

A black and white photograph of two hands reaching towards each other against a dark, textured background. The hands are positioned in the upper right and lower left corners, creating a sense of tension and hope. The lighting highlights the skin texture and the lines on the palms.

Prévention du suicide

l'état d'urgence mondial



Organisation
mondiale de la Santé

Prévention du suicide

l'état d'urgence mondial



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.

1.Tentative de suicide. 2.Suicide – prévention et contrôle.
3.Idéation suicidaire. 4.Programmes nationaux de santé.
I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 256477 8
(classification NLM : HV 6545)

© Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int .

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut

ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Graphisme et mise en page : Yusuke Nakazawa, Japon
Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

TABLE DES MATIÈRES

02	Avant-propos
03	Préface
04	Remerciements
06	Résumé d'orientation
10	Introduction
14	L'épidémiologie mondiale du suicide et des tentatives de suicide
16	La mortalité associée au suicide
25	Les tentatives de suicide
28	Les facteurs de risque et de protection et les interventions associées
32	Les facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés
36	Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations
40	Les facteurs de risque individuels
44	Les facteurs de protection contre les risques de suicide
46	La situation actuelle en matière de prévention du suicide
48	L'état des lieux des connaissances et des avancées
49	Que font les pays pour la prévention du suicide ?
51	Le statut juridique actuel du suicide dans le monde et les perspectives d'évolution
52	Le développement d'une stratégie nationale globale de prévention du suicide
56	Comment les pays peuvent-ils élaborer une stratégie nationale globale et en quoi une telle stratégie est-elle utile ?
61	Comment suivre les progrès dans le cadre de l'évaluation d'une stratégie nationale de prévention du suicide ?
63	Le coût et le rapport coût-efficacité des efforts de prévention du suicide
64	La voie à suivre en matière de prévention du suicide
66	Les actions possibles et les acteurs concernés
66	Ouvrir la voie
71	À quoi ressemble la réussite ?
72	Les messages forts
74	Références
80	Annexes
80	Annexe 1. Estimation du nombre de suicides et des taux par sexe et âge, 2000 et 2012
88	Annexe 2. États membres de l'OMS classés par région et revenu moyen par habitant

Avant-propos



Tout suicide est une tragédie. Chaque année, selon les estimations, plus de 800 000 personnes décèdent en mettant fin à leurs jours et il y a, pour chaque décès, de nombreuses tentatives de suicide. L'impact sur les familles, les proches et les communautés est profondément dévastateur, y compris longtemps après la perte de l'être cher.

Or, le suicide ne figure que très rarement au rang des priorités en matière de santé publique. Malgré des avancées certaines dans la recherche et les connaissances en matière de suicide et de prévention du suicide, le tabou et la stigmatisation qui lui sont associés perdurent ; aussi les personnes concernées sont-elles souvent laissées à l'écart ou demandent rarement de l'aide. Et celles qui cherchent de l'aide sont confrontées à de nombreux systèmes et services de santé incapables de proposer une assistance efficace et opportune.

Toutefois, le suicide est évitable. Ce rapport encourage les pays ayant entrepris des actions à poursuivre leurs efforts et à placer la prévention du suicide à l'ordre du jour, quel que soit leur taux de suicide ou leur degré d'implication dans les activités de prévention. Des interventions, un traitement et un soutien efficaces et opportuns, basés sur les données factuelles, peuvent contribuer à prévenir le suicide et les tentatives de suicide. Le fardeau du suicide ne pèse pas seulement sur le secteur de la santé ; ses répercussions sont multiples sur bon nombre de secteurs et sur la société en général. Aussi une prévention sans faille passe-t-elle nécessairement par l'adoption d'une approche multisectorielle et globale du suicide impliquant toutes les parties prenantes et tous les secteurs concernés.

Dans le cadre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, les États membres de l'OMS se sont engagés à atteindre la cible mondiale visant à réduire de 10 % les taux

de suicide dans les pays d'ici 2020. Le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, lancé en 2008, considère le suicide comme une affection prioritaire et formule des orientations techniques fondées sur les données factuelles pour élargir la prestation de services partout dans le monde.

C'est pourquoi je suis heureuse de présenter le rapport Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Il se fonde sur de précédents travaux et fournit les éléments clés pour progresser : une base de connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide pour guider les gouvernements, les décideurs politiques et les parties prenantes concernés, d'une part, et les mesures à prendre par les pays en fonction de leurs ressources et leur contexte actuel, d'autre part. Il constitue en outre une ressource importante pour développer une stratégie multisectorielle globale de prévention efficace du suicide.

Chaque vie qui s'éteint par suicide est une vie de trop. La seule façon d'avancer est d'agir ensemble, et ce dès à présent. J'appelle toutes les parties prenantes à décréter l'état d'urgence en matière de prévention du suicide.

Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Préface

Le suicide est évitable. Pourtant, toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Il touche toutefois particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans, chez qui il constitue la deuxième cause de mortalité à l'échelle mondiale.

Le suicide affecte les populations les plus vulnérables de la planète et plus particulièrement les groupes sociaux qui souffrent déjà de marginalisation et de discrimination. Ce grave problème de santé publique ne sévit pas seulement dans les pays développés. Il pèse plus lourdement encore sur les pays à revenu faible et intermédiaire où les ressources et les services, s'ils existent, sont souvent insuffisants pour identifier précocement, prendre en charge et aider les personnes en détresse. Ces circonstances dramatiques et le manque criant d'actions entreprises en temps opportun font du suicide un problème de santé publique majeur auquel il convient de s'attaquer impérativement, sans plus attendre.

C'est la première fois que l'OMS publie un rapport en la matière. Ce document rassemble les connaissances acquises dans le domaine afin de faciliter l'action immédiate. Il vise à accroître la prise de conscience du véritable enjeu de santé publique que représentent le suicide et les tentatives de suicide et à faire figurer la prévention du suicide en meilleure place dans les priorités mondiales de santé publique. Il a pour objectif d'encourager les pays à développer ou renforcer leurs stratégies globales de prévention du suicide selon une approche multisectorielle de la santé publique. Afin de mettre en place une stratégie nationale de prévention du suicide, les gouvernements doivent assumer pleinement leur rôle de fédérateurs (leadership). Ils sont en effet en mesure de mobiliser une multitude de parties prenantes qui, en d'autres circonstances, ne collaboreraient pas. Les gouvernements sont également les mieux placés pour fournir et diffuser les informations nécessaires à une action éclairée. Ce rapport

propose des orientations pratiques sur les actions stratégiques que les gouvernements peuvent entreprendre en fonction de leurs ressources et des activités de prévention du suicide existantes. Il existe en effet des interventions basées sur les données factuelles qui sont peu onéreuses et efficaces, y compris dans les milieux défavorisés.

La publication de ce rapport n'aurait pas été possible sans l'inestimable collaboration d'experts et de partenaires des quatre coins du monde. Nous tenons à les remercier pour leur immense travail et leur soutien indéfectible.

Ce rapport se veut une ressource qui permettra aux décideurs politiques et aux autres parties prenantes de faire de la prévention du suicide une priorité. Les pays seront ainsi en mesure de développer en temps opportun une action nationale efficace et, de ce fait, d'apaiser la souffrance ressentie par les personnes, les familles, les communautés et la société dans son ensemble face au suicide et aux tentatives de suicide.

Dr Shekhar Saxena
Directeur du département Santé mentale
et abus de substances psychoactives
Organisation mondiale de la Santé

Dr Etienne Krug
Directeur du département Prévention de
la violence, des traumatismes et du handicap
Organisation mondiale de la Santé

Remerciements

CONCEPTION ET ORIENTATION

Shekhar Saxena (OMS), Etienne Krug (OMS), Oleg Chestnov (OMS).

COORDINATION ET RÉDACTION DU PROJET

Alexandra Fleischmann (OMS), Sutapa Howlader (Australie), Lakshmi Vijayakumar (Inde), Alex Butchart (OMS).

CONTRIBUTION TECHNIQUE ET RÉVISION PAR DES EXPERTS

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL

Groupe de travail 1 :

Épidémiologie du suicide et des tentatives de suicide

Michael Phillips (président, Chine), Vladeta Ajdacic-Gross (Suisse), Vladimir Carli (Suède), Paul Corcoran (Irlande), Alex Crosby (États-Unis d'Amérique), Diego De Leo (Australie), David Gunnell (Royaume-Uni), Thomas Simon (États-Unis d'Amérique).

Groupe de travail 2 :

Facteurs de risque et de protection et interventions associées

Danuta Wasserman (présidente, Suède), Alan Apter (Israël), Annette Beautrais (Nouvelle-Zélande), Vladimir Carli (Suède), Gergö Hadlaczky (Suède).

Groupe de travail 3 :

Situation actuelle et développement d'une stratégie nationale globale de prévention du suicide

Alan Berman (président, États-Unis d'Amérique), Ella Arensman (Irlande), Stephanie Burrows (Afrique du Sud), Brian Mishara (Canada), Vanda Scott (France), Morton Silverman (États-Unis d'Amérique), Tadashi Takeshima (Japon).

Groupe de travail 4 :

La voie à suivre

Diego De Leo (président, Australie), Alex Crosby (États-Unis d'Amérique), Keith Hawton (Royaume-Uni), Merete Nordentoft (Danemark), Thomas Simon (États-Unis d'Amérique).

CONTRIBUTEURS INTERNATIONAUX

Guilherme Borges (Mexique), Robert Bossarte (États-Unis d'Amérique), Yoshinori Cho (Japon), Pamela Collins (États-Unis d'Amérique), Margreet Duetz Schmucki, (Suisse), Tony Durkee (Suède), Maiko Fujimori (Japon), Ulrich Hegerl (Allemagne), Wakako Hikiji (Japon), Sebastian Hokby (Suède), Masatoshi Inagaki (Japon), Miriam Iosue (Italie), Elvira Keller-Guglielmetti (Suisse), Marla Israel (Canada), Chiaki Kawanishi (Japon), Murad Khan (Pakistan), Manami Kodaka (Japon), Takafumi Kubota (Japon), Xianyun Li (Chine), Shih-Cheng Liao (Taipei chinois), Richard McKeon (États-Unis d'Amérique), Winnie Mitchell (États-Unis d'Amérique), Anahit Mkrтчian (Suède), Masayuki Morikawa (Japon), Mihoko Morley (Japon), Sheila Ndyanabangi (Ouganda), Etsuji Okamoto (Japon), Kotaro Otsuka (Japon),

Jong-Ik Park (République de Corée), Jane Pearson (États-Unis d'Amérique), Alfredo Pemjean (Chili), Jane Pirkis (Australie), Beverly Pringle (États-Unis d'Amérique), Yukio Saito (Japon), Marco Sarchiapone (Italie), Deborah Stone (États-Unis d'Amérique), Yoshitomo Takahashi (Japon), Osamu Tanaka (Japon), Camilla Wasserman (États-Unis d'Amérique), Barbara Weil (Suisse), Takashi Yamauchi (Japon).

EXPERTS ÉVALUATEURS

Paulo Alterwain (Uruguay), Karl Andriessen (Belgique), Judit Balázs (Hongrie), José M. Bertolote (Brésil), Jafar Bolhari (Iran), Eric Caine (États-Unis d'Amérique), Erminia Colucci (Australie), Karen Devries (Royaume-Uni), Michael Dudley (Australie), Jacqueline Garrick (États-Unis d'Amérique), Onja Grad (Slovénie), Ricardo Gusmão (Portugal), Christina Hoven (États-Unis d'Amérique), Hiroto Ito (Japon), Jack Jordan (États-Unis d'Amérique), Nav Kapur (Royaume-Uni), Elisabeth Kohls (Allemagne), Frances Law (Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong), Myf Maple (Australie), Sean McCarthy (Irlande), Roberto Mezzina (Italie), James Mugisha (Ouganda), Thomas Niederkrotenthaler (Autriche), Rory O'Connor (Royaume-Uni), George Patton (Australie), John Peters (Royaume-Uni), Steve Platt (Royaume-Uni), Jerry Reed (États-Unis d'Amérique), Dan Reidenberg (États-Unis d'Amérique), Karen Scavacini (Brésil), Jean-Pierre Soubrier (France), Emmanuel Streeel (Belgique), Kanna Sugiura (Japon), Elizabeth Theriault (Canada), Peeter Värnik (Estonie), Paul Yip (Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong).

PARTICIPANTS À L'ENQUÊTE

Ahmad Abdulbaghi (Irak), Emad Abdulghani (Irak), Francisca Trinidad Acosta (Honduras), Ahmed Al-Ansari (Bahreïn), Dora Ninette Alburez de von Ahn (Guatemala), Charity Sylvia Akotia (Ghana), Atalay Alem (Éthiopie), Layachi Anser (Qatar), Alan Apter (Israël), Ella Arensman (Irlande), Tomas Baader (Chili), Hissani Abdou Bacar (Comores), Loraine Barnaby (Jamaïque), Annette Beautrais (Nouvelle-Zélande), Siham Benchevron (Maroc), Eleanor Bennett (Belize), Julio Bobes (Espagne), José M Bertolote (Brésil), Dora Caballero (Paraguay), Mohamed Chakali (Algérie), Kin Sun Chan (Chine, Région administrative spéciale de Macao), Ana-Maria Chavez-Hernandez (Mexique), Doina Cozman (Roumanie), Diego De Leo (Australie), Remco De Winter (Pays-Bas), Sounkary Doumbouya (Guinée), Kari Dyregrov (Norvège), Michel Dzalamou (Congo), Rabih El Chammay (Liban), Félix Evangelista (El Salvador), Mohamed Chakali (Algérie), Rangiau Fariu (Iles Cook), Georg Fiedler (Allemagne), Gonzalo Baldomero Gonzalez Henriquez (Panama), Tobi Graafsma (Suriname), Onja Grad (Slovénie), Alenka Tancic Grum (Slovénie), Kyooseob Ha (République de Corée), Mitra Hefazi (Iran), Hilda Ho (Brunei Darussalam), Seyed Mohammad Hosseini (Iran), Gerard Hutchinson (Trinité-et-Tobago), Tekie Iosefa (Tokelau), Zahidul Islam (Bangladesh), Bhoomikumar Jegannathan (Cambodge),

Mark Jordans (Népal), Nusa Konec Juricic (Slovénie), Nestor Kapusta (Autriche), Chiaki Kawanishi (Japon), Murad M Khan (Pakistan), Brigitte Khoury (Liban), Michael Lebina (Lesotho), Filifaiésea Lilo (Tonga), Paul Links (Canada), Nasser Loza (Égypte), Daniella Malulu (Seychelles), T Maniam (Malaisie), Sabour A Mansouri (Afghanistan), Cardoso Margarida (Cabo Verde), Carlos Martinez (Argentine), Lars Mehlum (Norvège), Naomi Mnthali (Botswana), Alkhalaidi Mohamed (Yémen), Driss Moussaoui (Maroc), James Mugisha (Ouganda), David Ndetei (Kenya), Tharcisse Niyonzigiye (Burundi), Merete Nordentoft (Danemark), Wilhelm Nordfjord (Islande), Rory O'Connor (Royaume-Uni), Silvia Peláez (Uruguay), Michael Phillips (Chine), Alexander Pinzon (Colombie), Maurizio Pompili (Italie), Vita Postuvan (Slovénie), Toms Pulmanis (Lettonie), Mbolatiana Soanirina Raharinivo (Madagascar), Lakshmi Ratnayake (Sri Lanka), Sateesh Babu Ravulapati (Inde), Yury Razvodovsky (Bélarus), Daniel Reidenberg (États-Unis d'Amérique), Saška Roškar (Slovénie), Vsevolod Rozanov (Ukraine), Outi Ruishalme (Finlande), Luis Miguel Sanchez-Loyo (Mexique), Bashir Ahmad Sarwari (Afghanistan), Lourens Schiebusch (Afrique du Sud), Armin Schmidtke (Allemagne), Jozef Sidlo (Slovaquie), Chhit Sophal (Cambodge), Jean-Pierre Soubrier (France), Aida Sylla (Sénégal), Zonda Tamás (Hongrie), Alexandre Teixeira (Portugal), Prakarn Thomyangkoon (Thaïlande), Edgardo Juan Tolentino (Philippines), Kees Van Heeringen (Belgique), Airi Värnik (Estonie), Margda Waern (Suède), Abdirisak Mohamed Warsame (Somalie), Barbara Weil (Suisse), Paul Wong (Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong), Antonio Eugenio Zacarias (Mozambique), Anka Zavasnik (Slovénie).

SIÈGE DE L'OMS

Katerina Ainali, Richard Brown, Somnath Chatterji, Dan Chisholm, Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Jane Ferguson, Michelle Funk, Claudia Garcia Moreno, Anna Gruending, Evelyn Kortum, Doris Ma Fat, Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers, Mwansa Nkowane, Margaret Peden, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Leanne Riley, Florence Rusciano, Chiara Servili, Joanna Tempowski, Rebekah Thomas Bosco, Mark van Ommeren, Erica Wheeler, Taghi M Yasamy.

BUREAUX RÉGIONAUX DE L'OMS

Sebastiana Da Gama Nkomo, Bureau régional de l'Afrique ; Claudina Cayetano, Hugo Cohen, Devora Kestel et Jorge Rodriguez, Bureau régional des Amériques ; Nazneen Anwar, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ; Matthijs Muijen, Bureau régional de l'Europe ; Khalid Saeed, Bureau régional de la Méditerranée orientale ; Yutaro Setoya et Xiangdong Wang, Bureau régional du Pacifique occidental.

STAGIAIRES

Rhett Corker, Justin Granstein, Henrik Heitmann, Eugenie Ng, Amrita Parekh, Charlotte Phillips, Veronica Pisinger, Tahilia Rebello, Nóra Sándor.

SOUTIEN ADMINISTRATIF

Adeline Loo (OMS), Grazia Motturi (OMS), Paule Pillard (OMS).

ÉQUIPE DE PRODUCTION

Édition: David Bramley, Suisse

Graphisme et mise en page: Yusuke Nakazawa, Japon

Traduction française: Anne-Sophie Rousse Fasoli et Ludivine Gotor Duquenoy

L'OMS tient à remercier l'association internationale pour la prévention du suicide (IASP) ; le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en prévention du suicide de Brisbane, en Australie ; le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en prévention du suicide de Beijing, en Chine ; le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche, le développement de méthodes et la formation en prévention du suicide de Stockholm, en Suède ; le Centre pour la prévention du suicide, au Japon ; les centres des États-Unis d'Amérique pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC) ; le Defense Suicide Prevention Office des États-Unis d'Amérique ; le gouvernement du Japon ; le gouvernement de la Suisse ; le National Institute of Mental Health (NIHM) des États-Unis d'Amérique ; l'Agence de la santé publique du Canada ; le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) des États-Unis d'Amérique ; et la Veterans Health Administration des États-Unis d'Amérique pour leurs contributions techniques.

L'OMS remercie également les centres des États-Unis d'Amérique pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC), le gouvernement japonais, le gouvernement suisse et le National Institute of Mental Health (NIHM) des États-Unis d'Amérique pour leurs contributions financières, sans oublier Syngenta, en Suisse, pour sa participation à l'impression de ce rapport.

Résumé d'orientation

Introduction

En mai 2013, la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé adoptait le tout premier plan d'action pour la santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide fait partie intégrante dudit plan, l'objectif étant la réduction de 10 % du taux de suicide dans l'ensemble des pays d'ici à 2020 (1). Aucun facteur ne peut expliquer à lui seul pourquoi des personnes mettent fin à leurs jours. Toutefois, le suicide est souvent un acte impulsif et, de ce fait, l'accès facile à des moyens de suicide, comme les pesticides ou les armes à feu, peut déterminer l'issue fatale de cet acte.

Les comportements suicidaires peuvent être influencés par des facteurs sociaux, psychologiques, culturels ou autres, interdépendants, mais la stigmatisation associée aux troubles mentaux et au suicide dissuade de nombreuses personnes de demander de l'aide. Malgré les données factuelles indiquant que de nombreux décès sont évitables, le suicide est trop souvent relégué en queue des priorités des gouvernements et des décideurs politiques. Ce rapport vise à accroître la prise de conscience du véritable enjeu de santé publique que représente le suicide et à faire figurer la prévention du suicide en meilleure place dans les programmes mondiaux de santé et de politique publiques. Ce rapport est le fruit d'un processus de consultation et se fonde sur des revues systématiques des données ainsi que sur la concertation des partenaires et des parties prenantes.

L'épidémiologie mondiale du suicide et des tentatives de suicide

On estime à 804 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes). Toutefois, étant donné que le suicide se révèle un sujet sensible, et qu'il est parfois même considéré comme illégal dans certains pays, il est susceptible de faire l'objet d'une sous-notification. Dans les pays dotés d'un système d'enregistrement de l'état civil efficace, il n'est pas rare que le suicide soit classé à tort dans les catégories « accidents » ou « autres causes de décès ». L'enregistrement du suicide est une procédure complexe impliquant différentes autorités et notamment les services de police. Et dans les pays ne disposant pas d'un système d'enregistrement efficace, les suicides tombent tout simplement dans l'oubli.

Dans les pays plus riches, trois fois plus d'hommes que de femmes décèdent par suicide, contre 1,5 fois dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans le monde, le suicide représente 50 % des morts violentes chez les hommes et 71% chez les femmes. En ce qui concerne l'âge, les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 70 ans ou plus, tous sexes confondus, dans quasiment toutes les régions du monde, à quelques exceptions près, où les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les jeunes. Dans le monde, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. L'ingestion de pesticides, la pendaison et les armes à feu figurent parmi les méthodes les plus utilisées. Toutefois, il en existe beaucoup d'autres et le choix de la méthode varie souvent selon le groupe de population concerné.

Chaque année, on compte un bien plus grand nombre de tentatives de suicide que de suicides. Il est important de noter qu'une tentative de suicide antérieure constitue en soi le facteur de risque de suicide le plus important chez la population générale. Une prévention efficace du suicide et des tentatives de suicide passe nécessairement par l'amélioration de la qualité des données provenant des registres de l'état civil, des systèmes d'enregistrement des hôpitaux et des études, d'une part, et de l'accès aux dites données, d'autre part.

La limitation de l'accès aux moyens de suicide constitue une composante essentielle des efforts de prévention du suicide. Toutefois, les politiques en la matière (notamment l'accès limité aux pesticides et aux armes à feu ou la sécurisation des ponts) nécessitent une bonne compréhension des préférences des différents groupes de population quant à la méthode et reposent sur la coopération et la collaboration multisectorielles.

Les facteurs de risque et de protection et les interventions associées

Souvent, un cumul de plusieurs facteurs de risque vient accentuer la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires.

Parmi les facteurs de risque liés au système de santé et à la société en général figurent les difficultés d'accès aux soins de santé et à la prise en charge requise, l'accès facile aux moyens de suicide, les descriptions inappropriées ou sensationnalistes du suicide dans les médias qui ne font qu'accroître le risque de suicide mimétique, et la stigmatisation des personnes qui recherchent de l'aide pour faire face à leur comportement suicidaire, à leurs troubles de santé mentale ou à leur consommation abusive de substances psychoactives.

Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations incluent la guerre et les catastrophes naturelles, le stress provoqué par l'acculturation (parmi les peuples autochtones ou les réfugiés), la discrimination, le sentiment d'isolement, la maltraitance, la violence et les relations conflictuelles. Enfin, les facteurs de risque au niveau individuel incluent les antécédents de tentative de suicide, les troubles mentaux, la consommation nocive d'alcool, les pertes financières, la douleur chronique et les antécédents familiaux de suicide.

Il existe trois types de stratégies pour contrecarrer ces facteurs de risque. Tout d'abord, les stratégies de prévention « universelles » sont élaborées pour atteindre la population dans son ensemble et visent souvent à faciliter l'accès aux soins de santé, à promouvoir la santé mentale, à réduire la consommation nocive d'alcool, à limiter l'accès aux moyens de suicide et à encourager les médias à appliquer des pratiques responsables de couverture du suicide. Ensuite, les stratégies de prévention « sélectives » ciblent les groupes jugés vulnérables, comme les personnes qui ont été victimes de traumatismes ou d'abus, qui sont confrontées à des conflits ou à des catastrophes naturelles, les réfugiés ou les migrants, et les personnes ayant perdu un proche par suicide. Ces stratégies sélectives consistent à former des « sentinelles », chargées d'accompagner ces personnes vulnérables, et à proposer des services d'aide comme des lignes téléphoniques d'assistance. Enfin, les stratégies « indiquées » s'adressent à des personnes vulnérables bien précises et consistent en un soutien communautaire, un suivi suite à une hospitalisation, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé, ainsi que l'identification et la prise en charge accrues des troubles mentaux et liés à la consommation de substances psychoactives. La prévention peut également être renforcée par la promotion des facteurs de protection comme les relations personnelles solides, les croyances personnelles et les stratégies d'adaptation positives.

La situation actuelle en matière de prévention du suicide

Les connaissances en matière de comportements suicidaires ont considérablement évolué au cours des dernières décennies. La recherche a, par exemple, mis en exergue l'importance de l'interdépendance entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels dans le déterminisme des comportements suicidaires. Parallèlement, l'épidémiologie a permis d'identifier de nombreux facteurs de risque et de protection aussi bien au sein de la population générale qu'au sein des groupes vulnérables. La variabilité culturelle du risque de suicide s'est faite également plus évidente, la culture pouvant s'avérer un facteur de risque aggravant ou, au contraire, un important facteur de protection contre le comportement suicidaire.

Aujourd'hui, 28 pays sont dotés d'une stratégie nationale de prévention du suicide et la Journée mondiale de la prévention du suicide, organisée chaque année le 10 septembre par l'Association internationale pour la prévention du suicide, suscite un vif intérêt de par le monde. En outre, de nombreuses unités de recherche sur le suicide ont été instaurées et il existe des programmes universitaires axés sur le suicide et la prévention du suicide. En vue d'apporter une aide sur le terrain, des professionnels de santé non spécialisés ont été mobilisés pour améliorer le dépistage et la prise en charge des comportements suicidaires, des groupes d'entraide de familles endeuillées ont été créés en nombre à travers le monde et des bénévoles formés prodiguent des conseils par téléphone et par Internet.

Au cours des cinquante dernières années, de nombreux pays ont dépénalisé le suicide, facilitant ainsi la démarche de recherche de soutien en cas de comportement suicidaire.

Le développement d'une stratégie nationale globale de prévention du suicide

Le développement d'une action nationale de lutte contre le suicide passe systématiquement par l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Une stratégie nationale marque clairement la volonté du gouvernement de prendre fait et cause pour la prévention du suicide. Les stratégies nationales proposent généralement toute une série d'activités préventives, comme la surveillance, la limitation de l'accès aux moyens de suicide, les directives relatives aux médias, la réduction de la stigmatisation, la sensibilisation du public et la formation des sentinelles, notamment les professionnels de santé, les éducateurs et la police. Elles incluent par ailleurs souvent des services de prise en charge des crises et la postvention.

Dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide, il est primordial de faire de la prévention une priorité multisectorielle impliquant non seulement le secteur de la santé mais également les secteurs de l'éducation, de l'emploi, de la protection sociale et de la justice, entre autres. La stratégie doit être adaptée au contexte culturel et social de chaque pays et recenser, dans une approche globale, les meilleures pratiques et les interventions basées sur les données factuelles. L'allocation de ressources permettant d'atteindre les objectifs à court, moyen et long terme, une planification efficace et l'évaluation régulière de la stratégie, dont les résultats sont susceptibles d'alimenter la planification future, sont autant d'éléments nécessaires à une telle stratégie.

L'absence d'une stratégie nationale globale aboutie dans certains pays ne doit pas les empêcher de mettre en œuvre des programmes ciblés de prévention du suicide, susceptibles de contribuer à une action nationale. Ces programmes ciblés permettent d'identifier les groupes vulnérables au risque de suicide et d'améliorer l'accès desdits groupes aux services et ressources dont ils ont besoin.

La voie à suivre en matière de prévention du suicide

Les ministres de la Santé ont un rôle important à jouer dans le leadership et la fédération des parties prenantes d'autres secteurs de leur pays afin de travailler main dans la main. Les pays qui n'ont pas encore mis en place des activités de prévention du suicide doivent concentrer leurs efforts sur la recherche de parties prenantes et dans le développement d'activités là où les besoins sont les plus criants ou là où des ressources existent déjà. L'amélioration de la surveillance s'avère par ailleurs essentielle. Dans les pays déjà dotés d'un certain nombre d'activités de prévention du suicide, une analyse de la situation peut montrer ce qui est déjà en place et mettre en relief les lacunes à combler. Les pays comptant déjà un programme national relativement complet devraient axer leurs efforts sur l'évaluation et l'amélioration, en renforçant leurs connaissances à l'aide des nouvelles données et en augmentant leur efficacité.

Au fur et à mesure des avancées, deux points doivent être pris en considération. Tout d'abord, les activités de prévention du suicide doivent être menées de front avec la collecte de données. Ensuite, même si dans certains pays, la mise en place d'une stratégie de prévention nationale semble encore lointaine, le processus de consultation des parties prenantes en vue de l'élaboration d'une action nationale suscite souvent l'intérêt et crée un environnement propice au changement. Le processus de conception permet de susciter l'engagement des parties prenantes, d'encourager le débat public sur la stigmatisation, d'identifier les groupes vulnérables, de définir les priorités de recherche

et d'accroître la sensibilisation du public et des médias. Indicateurs de mesure des progrès accomplis grâce à la stratégie :

- une diminution du taux de suicide ;
- le nombre d'interventions de prévention du suicide mises en œuvre avec succès ;
- une réduction du nombre d'hospitalisations imputables aux tentatives de suicide.

Les pays qui s'appuient le Plan d'action pour la santé mentale 2013–2020 (1) de l'OMS peuvent réduire leur taux de suicide de 10 %. Toutefois, nombre d'entre eux ne souhaiteront pas en rester là. Sur le long terme, la baisse du risque ne permettra pas de réduire à elle seule le taux de suicide. Placer l'accent sur les facteurs de protection jettera des bases solides pour l'avenir. Un avenir dans lequel les organisations communautaires offriront leur soutien et une orientation appropriée aux personnes nécessitant de l'aide, les familles et le cercle social renforceront la résilience et interviendront de façon efficace pour aider les êtres aimés. Cela permettra également de favoriser un climat social où la demande d'aide ne sera plus taboue et où le débat public sera encouragé.

Les messages forts

Le suicide prélève un lourd tribut en vies humaines. Chaque année, plus de 800 000 personnes se suicident. Ce dernier constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. Certains éléments indiquent que, pour chaque adulte qui se suicide, il pourrait y en avoir plus de vingt autres qui font des tentatives.

Le suicide est évitable. Pour que les actions nationales soient efficaces, les pays doivent se doter d'une stratégie multisectorielle globale de prévention du suicide.

Restreindre l'accès aux moyens de suicide porte ses fruits. Une stratégie de prévention du suicide et des tentatives de suicide efficace vise à limiter l'accès aux moyens les plus courants, notamment les pesticides, les armes à feu et certains médicaments.

Les services de soins de santé doivent incorporer la prévention du suicide en tant que composante essentielle. Les troubles mentaux et l'usage nocif de l'alcool sont responsables de nombreux suicides à travers le monde. Afin de s'assurer que les personnes reçoivent l'aide dont elles ont besoin, il est primordial d'identifier ces deux problèmes à un stade précoce et de les prendre efficacement en charge.

Les communautés jouent un rôle crucial dans la prévention du suicide. Elles peuvent apporter un soutien social aux personnes vulnérables et s'impliquer dans les soins de suivi, lutter contre la stigmatisation et venir en aide aux personnes endeuillées suite à un suicide.

Introduction

Chaque suicide est un drame personnel qui met prématurément fin à l'existence d'une personne et qui a des répercussions durables sur la vie des familles, des amis et des communautés. Chaque année, plus de 800 000 personnes se suicident dans le monde, soit une personne toutes les 40 secondes. Ce problème de santé publique affecte des communautés, des régions et des pays du monde entier.

Les jeunes figurent parmi les plus touchés et le suicide est désormais la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans à l'échelle mondiale. Les chiffres varient d'une région à l'autre, mais c'est dans les pays à revenu faible et intermédiaire que le suicide pèse le plus lourdement. Ils enregistrent environ les trois quarts des suicides mondiaux.

En mai 2013, la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé adoptait le tout premier plan d'action pour la santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce plan appelle les États membres de l'OMS à affirmer leur engagement en faveur de la santé mentale en atteignant les cibles spécifiques qui y sont définies. La prévention du suicide fait partie intégrante dudit plan, avec pour objectif la réduction de 10 % du taux de suicide dans les pays d'ici à 2020 (1).

Qu'est-ce qui pousse une personne à se suicider ? Pourquoi les gens sont-ils chaque année si nombreux à mettre fin à leurs jours ? Quels sont les facteurs en cause ? La pauvreté ? Le chômage ? La rupture amoureuse ? Ou cela peut-il s'expliquer par une dépression ou d'autres troubles mentaux ? Le suicide est-il un acte impulsif ou est-il favorisé par les effets désinhibants de l'alcool ou de la drogue ? Les questions se bousculent, mais il n'est pas simple d'y répondre sommairement. Un unique facteur ne suffit pas à expliquer à lui seul pourquoi une personne se suicide. Le comportement suicidaire est un phénomène complexe influencé par plusieurs facteurs interdépendants (personnels, sociaux, psychologiques, culturels, biologiques et environnementaux).

Si le lien entre le suicide et les troubles mentaux est bien établi, la généralisation des facteurs de risque s'avère contreproductive. Les données factuelles tendent de plus en plus à montrer que le contexte est un élément indispensable à la compréhension du risque de suicide. Toutefois, le suicide est souvent un acte impulsif commis dans un moment de crise et, de ce fait, l'accès facile à des moyens de suicide, comme les pesticides ou les armes à feu, peut en déterminer l'issue fatale. Parmi les autres facteurs de risque figure la perte de la capacité à faire face, dans la vie de tous les jours, à une situation de stress aigu ou chronique, comme des difficultés financières. Par ailleurs, la violence sexiste et la maltraitance sur mineur sont étroitement associées au comportement suicidaire. Les taux de suicide varient également au sein d'un même pays et sont plus élevés chez les minorités ou les victimes de discrimination.

La stigmatisation, entourant notamment les troubles mentaux et le suicide, dissuade beaucoup de personnes de demander de l'aide. Par conséquent, il est important que les pays sensibilisent davantage la communauté et brisent les tabous dans le cadre de leurs efforts de prévention du suicide.

Des solutions existent pour bon nombre de ces problèmes et les connaissances sont assez solides pour nous permettre d'agir.

Le suicide est évitable

Les efforts de prévention du suicide passent par la coordination et la collaboration de multiples secteurs de la société, publics et privés, de la santé ou non, tels que ceux de l'éducation, du travail, de l'agriculture, des entreprises, de la justice, de la défense, de la politique et des médias. Ces efforts doivent être complets, intégrés et synergiques. En effet, aucune approche isolée ne peut résoudre à elle seule une question aussi complexe que le suicide.

Le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux constituent une stratégie de prévention du suicide éprouvée, comme le montre le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP), qui identifie des stratégies basées sur les données factuelles visant à prévenir le suicide au niveau individuel, notamment le dépistage chez personnes ayant tenté de se suicider et leur prise en charge. Au niveau de la population, le programme mhGAP recommande de limiter l'accès aux moyens de suicide, de mettre en œuvre une politique visant à réduire la consommation nocive d'alcool par le biais de toute une série de mesures, et d'encourager les médias à appliquer des pratiques responsables de couverture du suicide.

En outre, faire des interventions de prévention une priorité auprès des populations vulnérables, notamment celles ayant des antécédents de tentative, s'est également avéré utile. La postvention a ainsi été identifiée comme une composante essentielle de la prévention du suicide. En effet, les familles et les proches endeuillés à la suite d'un suicide ont également besoin de soutien.

La prévention du suicide nécessite des orientations, un plan et un éventail de stratégies. Ces efforts doivent se fonder sur des données. Un cadre conceptuel d'orientation culturellement adapté doit être créé même s'il est évident qu'il n'existe aucune solution susceptible de fonctionner à l'identique dans tous les pays. Un leadership sans faille est essentiel à l'atteinte des objectifs en matière de prévention du suicide, laquelle passe nécessairement par des efforts soutenus.

Trois facteurs importants sont susceptibles de favoriser le changement social : les connaissances (scientifiques et fondées sur la pratique), le soutien public (volonté politique) et une stratégie sociale (action nationale pour atteindre les objectifs en matière de prévention du suicide).

Objectifs du rapport

Malgré les données factuelles indiquant que le suicide est évitable, souvent à l'aide d'interventions peu onéreuses, le suicide est généralement relégué en queue des priorités des gouvernements et des décideurs politiques. Ce rapport vise à accroître la prise de conscience du véritable enjeu de santé publique que représente le suicide et à faire figurer la prévention du suicide en meilleure place dans les programmes mondiaux de santé et de politique publiques. Dans ce rapport, l'OMS formule des recommandations basées sur des données factuelles en vue de faire fléchir les taux de suicide et enjoint ses partenaires d'intensifier leurs efforts de prévention.

Ce rapport dénonce l'ampleur du problème. Il dresse un état des lieux du suicide, des tentatives de suicide et de leurs conséquences dans le monde en se fondant sur toutes les données disponibles. Certaines parties dédiées du rapport offrent des conseils pratiques sur les approches de santé publique que les pays peuvent adopter afin de prévenir le suicide tout au long de la vie.

Ce rapport se veut une ressource incontournable pour tous ceux qui œuvrent à la prévention du suicide, particulièrement les ministères de la Santé, les planificateurs et les décideurs politiques, mais aussi les ONG, les chercheurs, les professionnels de santé, les agents communautaires, les médias et le public en général.

Méthodologie

Ce rapport est le fruit d'un processus de consultation mondial et se fonde sur des revues systématiques de données factuelles ainsi que sur la concertation de partenaires et de parties prenantes, internes ou externes à l'OMS. Les différentes parties ont été définies et rédigées par des experts de premier plan en matière de prévention du suicide. Ces derniers ont mis leur expertise collective en commun afin de dresser un état des lieux du suicide et d'établir une feuille de route pour sa prévention.

Terminologie

Il est important de signaler que, durant la réalisation de ce rapport, la question des définitions a soulevé de nombreuses discussions. Il a finalement été décidé d'opter pour celles figurant ci-après, sans toutefois que cela ne conteste l'évolution terminologique dans ce domaine ni l'utilisation d'autres termes à bon escient dans d'autres circonstances toujours relatives au suicide. Il n'est pas du ressort de ce rapport de statuer sur les questions de la terminologie ou des définitions du comportement suicidaire.

Dans le présent rapport, le terme **suicide** se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort.

Dans le présent rapport, le terme **tentative de suicide** est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intention de mourir ou pas.

Il convient de souligner la complexité induite par l'inclusion de l'autoagression dans la définition de « tentative de suicide ». L'autoagression non mortelle sans intention de suicide est donc comprise dans la définition, ce qui s'avère problématique en raison des éventuelles variations dans les interventions y relatives. Toutefois, l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées.

En outre, il se peut que des cas de décès dus à une autoagression sans intention de suicide, ou à des tentatives de suicide avec intention initiale de suicide mais au cours desquelles les suicidants ont changé d'avis trop tard, soient inclus dans les données relatives aux décès par suicide. La distinction entre les deux est très subtile et il est donc difficile de vérifier combien de cas sont imputables à l'autoagression avec ou sans intention de suicide.

Le comportement suicidaire se réfère à un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide. L'inclusion des idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire est une question complexe qui fait actuellement débat. Cette décision d'inclure les idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire a été prise à des fins de simplification étant donné que la position des différentes sources de recherche retenues dans ce rapport en ce qui concerne les idées suicidaires n'est pas uniforme.

Contenu du rapport

Ce rapport, le premier de l'OMS en la matière, dresse un état des lieux complet du suicide, des tentatives de suicide et des efforts de prévention du suicide dans le monde. Il identifie des approches basées sur les données factuelles en matière d'élaboration de politiques et de développement de programmes de prévention du suicide pouvant être mis en œuvre dans différents milieux. Le présent rapport s'appuie sur le modèle de santé publique pour la prévention du suicide (Image 1). Ainsi, la première étape de la prévention du suicide n'est autre que la surveillance, qui permet de définir le problème et de le comprendre. Vient

ensuite l'étape de l'identification des facteurs de risque et des facteurs de protection (ainsi que des interventions efficaces). Et enfin la mise en œuvre, qui comprend l'évaluation et le passage des interventions à plus grande échelle, pour revenir à la surveillance et aux étapes qui s'ensuivent. Un cadre conceptuel général – dans l'idéal, une stratégie nationale globale – culturellement adapté et se fondant sur les données doit être élaboré afin d'orienter le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de la prévention du suicide en s'appuyant sur une vision, la volonté politique, le leadership, l'adhésion des parties prenantes et le financement.

Figure 1. Le modèle de santé publique



Si le suicide compte parmi les principales causes de mortalité dans le monde, il ne figure toujours pas au rang des priorités de santé publique. La prévention du suicide et la recherche sur le suicide ne bénéficient pas des ressources financières et humaines dont elles ont désespérément besoin. Le présent rapport a vocation à servir de guide de développement et de mise en œuvre de stratégies globales de prévention du suicide dans le monde.

L'épidémiologie mondiale du suicide et des tentatives de suicide

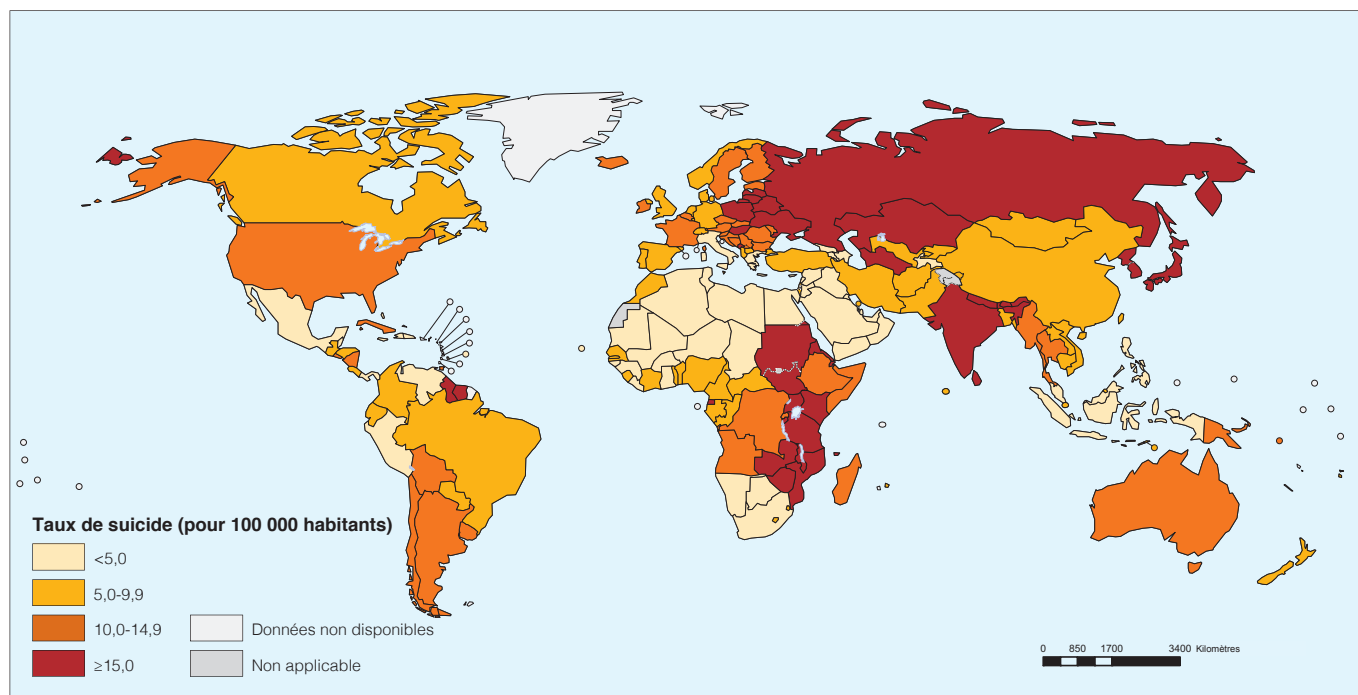
Mythe

Les personnes qui évoquent le suicide ne pensent pas passer à l'acte.

Fait

Les personnes qui évoquent le suicide lancent peut-être un appel à l'aide. Bon nombre de ceux qui pensent au suicide sont anxieux, déprimés, désespérés et ont l'impression de ne pas avoir d'autre choix.

Carte 1. Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), hommes et femmes, 2012



La prévalence des comportements suicidaires, leurs caractéristiques ainsi que les méthodes associées varient largement entre les communautés, les groupes démographiques, et dans le temps. Par conséquent, la surveillance régulière des suicides et des tentatives de suicide constitue un élément essentiel des efforts locaux et nationaux de prévention du suicide. Le suicide est stigmatisé (ou illégal) dans de nombreux pays. Il s'avère donc difficile d'obtenir des données réalistes de haute qualité sur les comportements suicidaires, en particulier dans les pays ne disposant pas de systèmes d'état civil (qui enregistrent les décès par suicide) ou de systèmes de collecte des données sur la prestation de services hospitaliers (qui enregistrent la prise en charge médicale des tentatives de suicide) performants. Pour concevoir et mettre en œuvre des programmes de prévention du suicide adaptés à une communauté ou un pays, il convient de comprendre les limites des données disponibles, d'une part, et de s'engager à améliorer la qualité des données afin qu'elles reflètent mieux l'efficacité des interventions spécifiques, d'autre part.

La mortalité associée au suicide

Les estimations sanitaires mondiales (Global Health Estimates) de l'OMS constituent la principale source de données de ce chapitre. Les estimations se fondent largement sur la base de données sur la mortalité de l'OMS, un registre mondial d'état civil et des causes de décès créé à partir de données fournies à l'OMS par les États membres (2). Pour obtenir ces estimations, un certain nombre de techniques de modélisation statistique sont utilisées. Les méthodes employées pour générer les estimations sont décrites dans des documents techniques du Département OMS Statistiques sanitaires et systèmes d'information (3). Ce chapitre présente les résultats régionaux et mondiaux. Dans la plupart des cas, les taux indiqués sont standardisés selon l'âge d'après la ventilation par âge de la population mondiale standard de l'OMS, ce qui facilite la comparaison entre les régions et dans le temps. La Carte 1 ainsi que les Annexes 1 et 2 montrent les estimations des taux de suicide spécifiques aux pays pour les 172 États membres comptant 300 000 habitants ou plus (les taux des pays ayant une population inférieure étant instables).

Les taux de suicide régionaux et mondiaux

Comme le montre le Tableau 1, on a estimé à 804 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes).

Tableau 1. Estimations du nombre de suicides et du taux de suicide par région et dans le monde, 2012

Région	% de la population mondiale	Nombre de suicides en 2012 (milliers)	% du nombre de suicides dans le monde	Taux de suicide standardisés selon l'âge* (pour 100 000), 2012			Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2012
				Tous	Femmes	Hommes	
Monde**	100,0 %	804	100,0 %	11,4	8,0	15,0	1,9
Tous les États membres à revenu élevé	17,9 %	192	23,9 %	12,7	5,7	19,9	3,5
Tous les États membres à revenu faible et intermédiaire (PRFI)	81,7 %	607	75,5 %	11,2	8,7	13,7	1,6
PRFI en Afrique	12,6 %	61	7,6 %	10,0	5,8	14,4	2,5
PRFI dans les Amériques	8,2 %	35	4,3 %	6,1	2,7	9,8	3,6
PRFI en Méditerranée orientale	8,0 %	30	3,7 %	6,4	5,2	7,5	1,4
PRFI en Europe	3,8 %	35	4,3 %	12,0	4,9	20,0	4,1
PRFI en Asie du Sud-Est	25,9 %	314	39,1 %	17,7	13,9	21,6	1,6
PRFI dans le Pacifique occidental	23,1 %	131	16,3 %	7,5	7,9	7,2	0,9
Régions de la Banque mondiale**							
Revenu élevé	18,3 %	197	24,5 %	12,7	5,7	19,9	3,5
Revenu moyen supérieur	34,3 %	192	23,8 %	7,5	6,5	8,7	1,3
Revenu moyen inférieur	35,4 %	333	41,4 %	14,1	10,4	18,0	1,7
Revenu faible	12,0 %	82	10,2 %	13,4	10,0	17,0	1,7

PRFI : pays à revenu faible et intermédiaire.

* Les taux sont standardisés d'après la population mondiale standard de l'OMS, qui tient compte des différences de pyramides des âges. Les comparaisons entre les régions et dans le temps sont ainsi plus facilement réalisables.

** Inclut les données de trois territoires qui ne sont pas des États membres de l'OMS.

Le taux de suicide standardisé selon l'âge est légèrement supérieur dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) (12,7 et 11,2 pour 100 000 habitants respectivement). Cependant, étant donné que les PRFI concentrent la plus grande partie de la population mondiale, ils enregistrent 75,5 % de tous les suicides (Figure 2).

Parmi les PRFI des six régions OMS, le taux de suicide standardisé selon l'âge varie du simple au triple, passant d'un taux faible de 6,1 pour 100 000 dans la région des Amériques à un taux élevé de 17,7 pour 100 000 dans la région de l'Asie du Sud-Est. L'une des conséquences de cette variation des taux de suicide entre les régions OMS est que, en 2012, la région de l'Asie du Sud-Est comptabilisait 26 % de la population mondiale mais 39 % des suicides mondiaux (Figure 3).

Figure 2. Suicides mondiaux par âge et niveau de revenu des pays, 2012

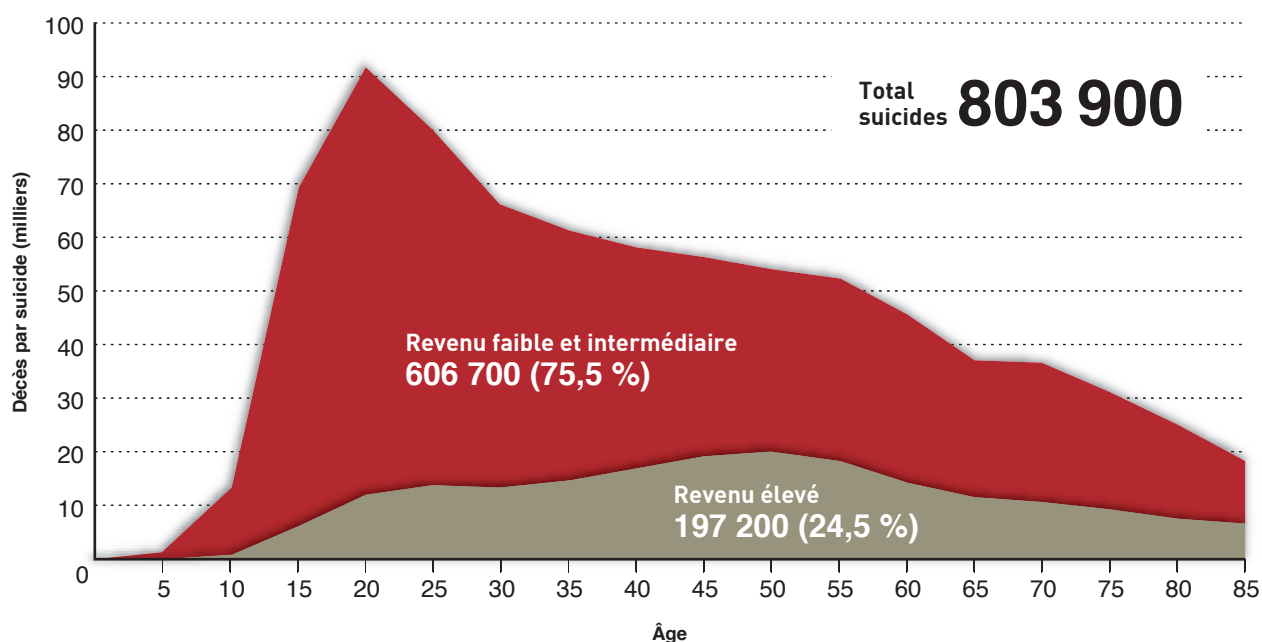
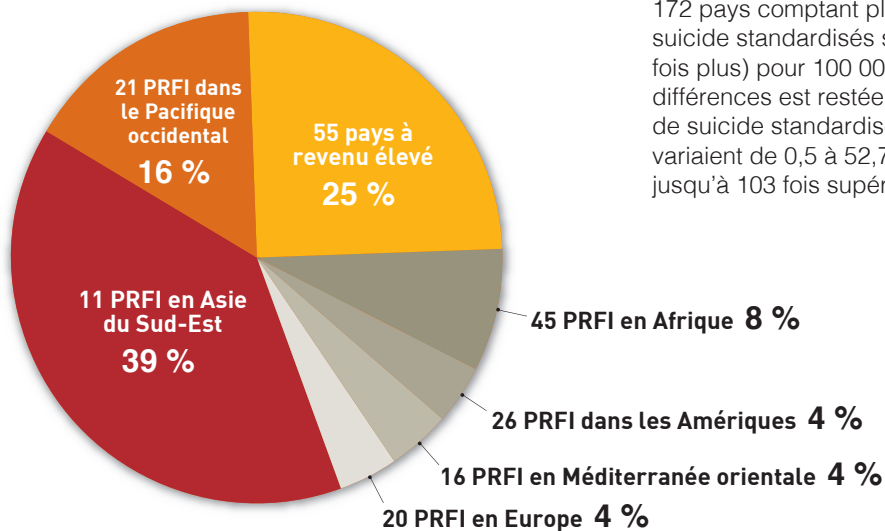


Figure 3. Répartition régionale des suicides mondiaux, 2012



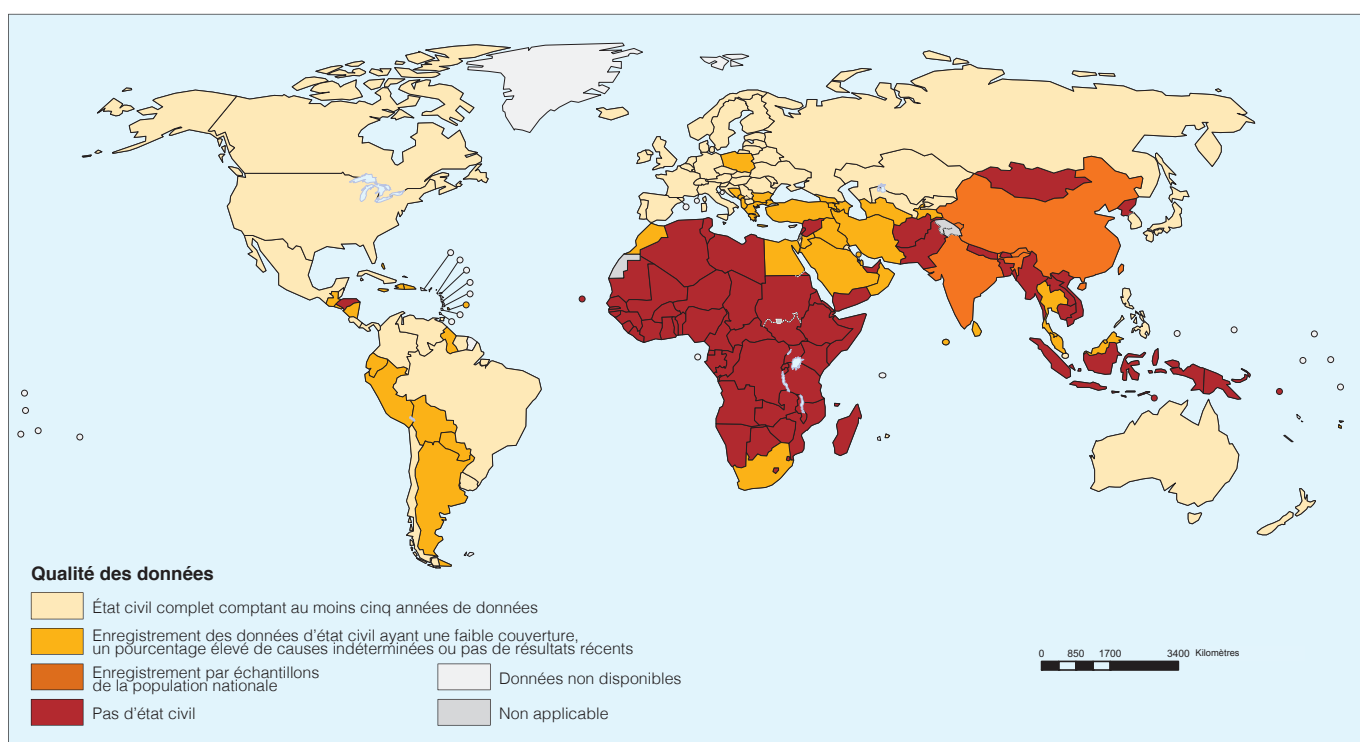
La différence entre les taux est encore plus prononcée lorsque l'on compare les données nationales. Dans les 172 pays comptant plus de 300 000 habitants, les taux de suicide standardisés selon l'âge vont de 0,4 à 44,2 (soit 105 fois plus) pour 100 000 habitants. L'ampleur de ces différences est restée relativement stable : en 2000, les taux de suicide standardisés selon l'âge dans les 172 pays variaient de 0,5 à 52,7 pour 100 000 (soit une variation jusqu'à 103 fois supérieure).

PRFI : pays à revenu faible et intermédiaire.

Il convient d'émettre quelques réserves importantes concernant l'évaluation de ces données relatives à la mortalité associée au suicide. Sur les 172 États membres de l'OMS pour lesquels des estimations ont été réalisées, seuls 60 (Carte 2 et Annexes 1 et 2) disposent de données d'état civil de bonne qualité pouvant être directement utilisées pour estimer les taux de suicide. Les estimations des taux de suicide dans les 112 autres États membres (qui comptent pour environ 71 % de tous les suicides dans le monde) sont

donc nécessairement basées sur des méthodes de modélisation. En toute logique, il est bien plus probable de trouver des systèmes d'état civil performants dans les pays à revenu élevé. Ainsi, les 39 pays à revenu élevé disposant de données d'état civil de bonne qualité concentrent 95 % de tous les suicides estimés dans les pays de ce niveau de revenu, alors que les 21 PRFI disposant de données d'état civil de bonne qualité totalisent seulement 8 % de tous les suicides estimés dans les pays de ce niveau.

Carte 2. Qualité des données sur la mortalité associée au suicide, 2012



Le problème de la mauvaise qualité des données relatives à la mortalité n'est pas propre au suicide. Toutefois, étant donné que le suicide se révèle un sujet sensible, et qu'il est parfois même considéré comme illégal dans certains pays, la sous-déclaration et les erreurs de classification peuvent s'avérer bien plus problématiques pour le suicide que pour la plupart des autres causes de décès. L'enregistrement des cas de suicide est une procédure complexe, à plusieurs niveaux, qui fait intervenir les secteurs médical et juridique et implique plusieurs autorités responsables pouvant varier d'un pays à l'autre. Le plus souvent, les suicides sont à tort classés comme des « événements dont l'intention n'est pas déterminée » (codes Y10-Y34) et également des « accidents » (codes V01-X59), des « agressions » (X85-Y09) et des « causes de mortalité mal définies et inconnues (codes R95-R99) selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) (4, 5, 6). L'importante variation des taux de suicide estimés pour les divers pays et régions pourrait être le reflet des différentes méthodes de

notification et d'enregistrement employées. Dans les 60 pays dotés de systèmes d'état civil performants, les taux de suicide nationaux ajustés selon l'âge vont de 0,89 à 28,85 pour 100 000, soit une variation jusqu'à 32 fois supérieure, en 2012. Malgré des décennies passées à essayer d'améliorer la précision des données nationales relatives à la mortalité, les différences régionales persistent. Il convient également d'envisager qu'une part considérable des différences observées soit, en fait, de vraies différences.

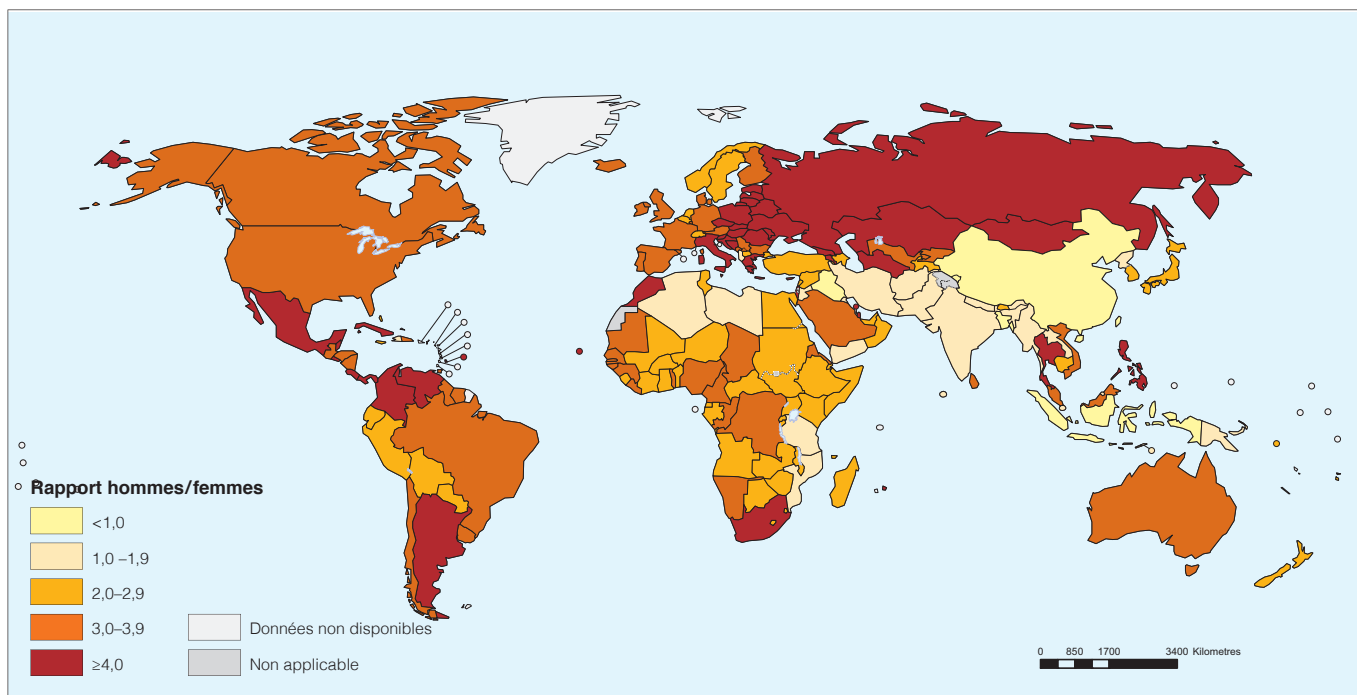
Trois questions essentielles se posent alors. 1) Comment les pays peuvent-ils améliorer la surveillance des comportements suicidaires ? 2) Pourquoi les taux de suicide varient-ils autant entre les régions et les pays ? 3) Parmi les nombreux facteurs jouant sur les taux de suicide, quels sont ceux sur lesquels les politiques ou les programmes pourraient avoir une influence ? Nous allons nous efforcer de répondre à ces questions dans ce chapitre et les chapitres suivants.

Les taux de suicide par sexe

Les taux de suicide varient selon le sexe (Carte 3 et Figure 4). Pendant de nombreuses années, il était généralement admis que, dans le monde, le nombre d'hommes décédant par suicide était trois fois supérieur à celui des femmes. Ce rapport hommes/femmes élevé est néanmoins un phénomène principalement observé dans les pays à revenu élevé où, en 2012, le rapport des taux de suicide standardisés selon l'âge était de 3,5. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le rapport hommes/femmes est de 1,6, soit bien inférieur, et montre que le taux de suicide est 57 % (et non 300 %) plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Il existe toutefois de grandes disparités entre les régions et les pays. Comme le montre le Tableau 1, les rapports hommes/femmes régionaux dans les PRFI vont de 0,9 dans le Pacifique occidental à 4,1 en Europe, soit une variation de 4,5. Dans les 172 États membres comptant plus de 300 000 habitants, le rapport hommes/femmes moyen et médian est de 3,2 et 2,8 respectivement, et il varie entre 0,5 et 12,5 (soit une variation de 24).

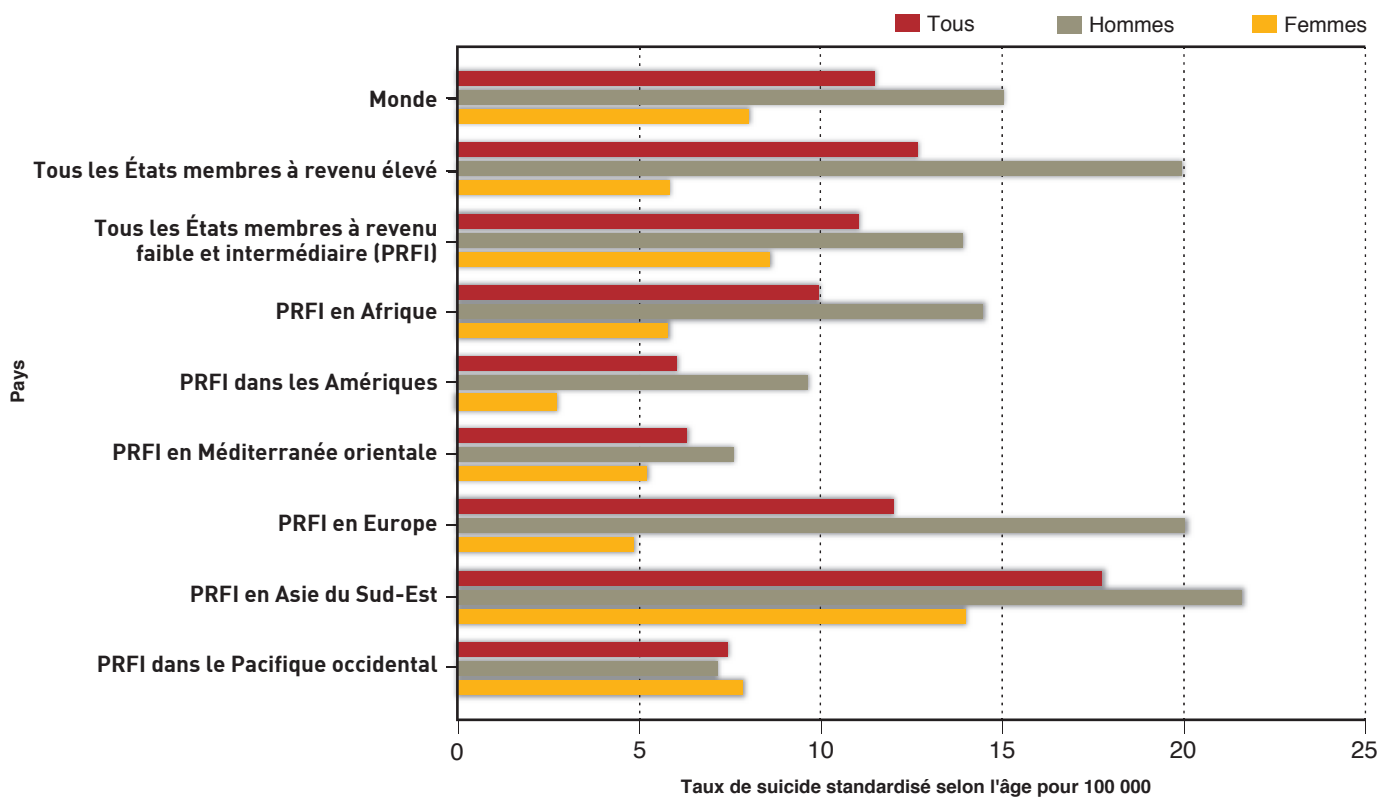
Carte 3. Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2012



Comme le montre la Figure 5, il existe également des différences dans la répartition par sexe par tranches d'âge. Les raisons expliquant les différents taux de suicide entre les hommes et les femmes sont nombreuses : problèmes d'égalité des sexes, différences entre les méthodes socialement acceptables de gestion du stress et des conflits pour les hommes et les femmes, disponibilité des moyens de

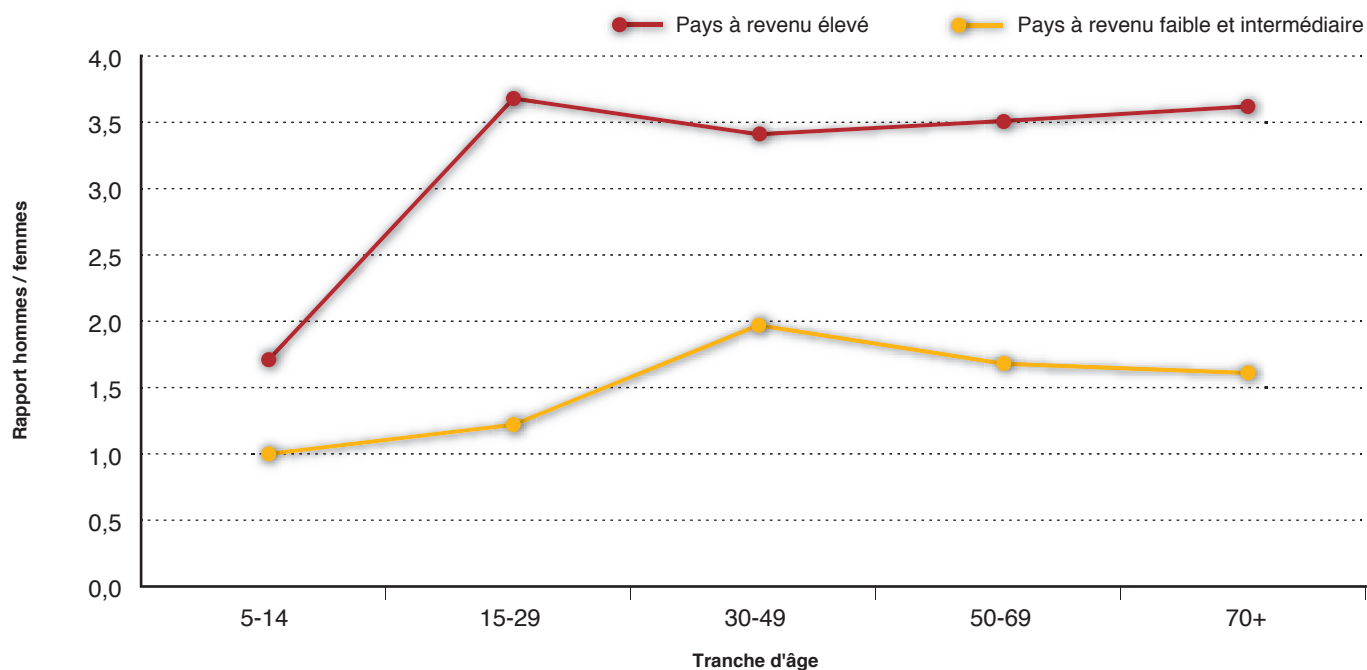
suicide et préférences en la matière, disponibilité de l'alcool et schémas de consommation, et différences des taux de recours aux soins en cas de troubles mentaux entre hommes et femmes. La très grande amplitude de la répartition par sexe du suicide suggère que l'importance relative de ces différentes raisons varie elle-même largement selon les pays et les régions.

Figure 4. Taux de suicide standardisés selon l'âge dans les différentes régions du monde, 2012



PRFI : pays à revenu faible et intermédiaire.

Figure 5. Rapport hommes / femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge par tranche d'âge et niveau de revenu des pays, 2012



Les taux de suicide par âge

Concernant l'âge, les taux de suicide sont plus bas chez les personnes âgées de moins de 15 ans et plus élevés chez celles âgées de 70 ans ou plus, aussi bien chez les hommes que chez les femmes et dans presque toutes les régions du monde. Les schémas âge-sexe relatifs aux taux de suicide entre 15 et 70 ans varient toutefois selon les régions. Ainsi, dans certaines, les taux de suicide augmentent régulièrement avec l'âge alors que, dans d'autres, on constate un pic des taux de suicide chez les jeunes adultes qui s'atténue chez les personnes d'âge moyen. Dans certaines régions, les tendances selon l'âge sont identiques chez les hommes et les femmes alors que, dans d'autres, elles sont relativement différentes. Dans les PRFI, les jeunes adultes et les femmes âgées affichent des taux de suicide bien plus élevés que ceux des pays à revenu élevé où, parallèlement, le taux de suicide est nettement supérieur chez les hommes d'âge moyen que chez ceux des PRFI. Ce sont là les principales différences entre ces deux catégories de pays. À l'instar des taux de suicide mondiaux, la variabilité des taux de suicide par âge dans les différents pays est encore plus grande que la variabilité par région.

La relative importance du suicide comme l'une des causes principales de mortalité

En 2012, le suicide comptait pour 1,4 % de tous les décès du monde, ce qui en faisait la 15^e principale cause de mortalité. Ces décès inattendus, qui surviennent principalement chez les adultes jeunes et d'âge moyen, font peser un énorme fardeau économique, social et psychologique sur les personnes, les familles, les communautés et les pays. Le suicide constitue un problème de santé publique majeur dans tous les pays et toutes les communautés du monde.

Le pourcentage de tous les décès imputables au suicide est plus élevé dans les pays à revenu élevé (1,7 %) que dans les pays à revenu faible et intermédiaire (1,4 %). Le plus grand nombre de décès dus à des maladies infectieuses et à d'autres causes dans les PRFI que dans les pays à revenu élevé explique en grande partie cette différence. Dans toutes les régions du monde, à l'exception notable des PRFI du Pacifique occidental, la part de tous les décès imputables au suicide est plus grande chez les hommes que chez les femmes et le suicide constitue une cause de mortalité plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Le pourcentage de tous les décès par suicide ainsi que l'importance de ce dernier en tant que cause de mortalité varient largement selon l'âge. Dans le monde, parmi les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans, le suicide compte pour 8,5 % de tous les décès et arrive en deuxième position des causes de mortalité (après les accidents de la route). Chez les adultes entre 30 et 49 ans, il représente 4,1 % de tous les décès et constitue la cinquième principale cause de mortalité. Il est intéressant de remarquer que dans les pays à

revenu élevé et ceux à revenu faible et intermédiaire de la région de l'Asie du Sud-Est, le suicide compte pour 17,6 % et 16,6 % respectivement de tous les décès chez les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans et est la principale cause de mortalité chez les hommes et les femmes.

Pour mesurer l'importance du suicide en tant que problème de santé publique, on peut également évaluer sa contribution relative à tous les décès intentionnels qui incluent la mortalité associée à la violence interpersonnelle, aux conflits armés et au suicide (à savoir, les morts violentes). La Figure 6 montre les pourcentages de toutes les morts violentes dues au suicide dans les différentes régions du monde. Les suicides représentent 56 % de toutes les morts violentes à l'échelle mondiale (50 % chez les hommes et 71 % chez les femmes). Dans les pays à revenu élevé, ce chiffre se monte à 81 %, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, alors que dans les PRFI, il est de 44 % chez les hommes et 70 % chez les femmes.

L'évolution des taux de suicide entre 2000 et 2012

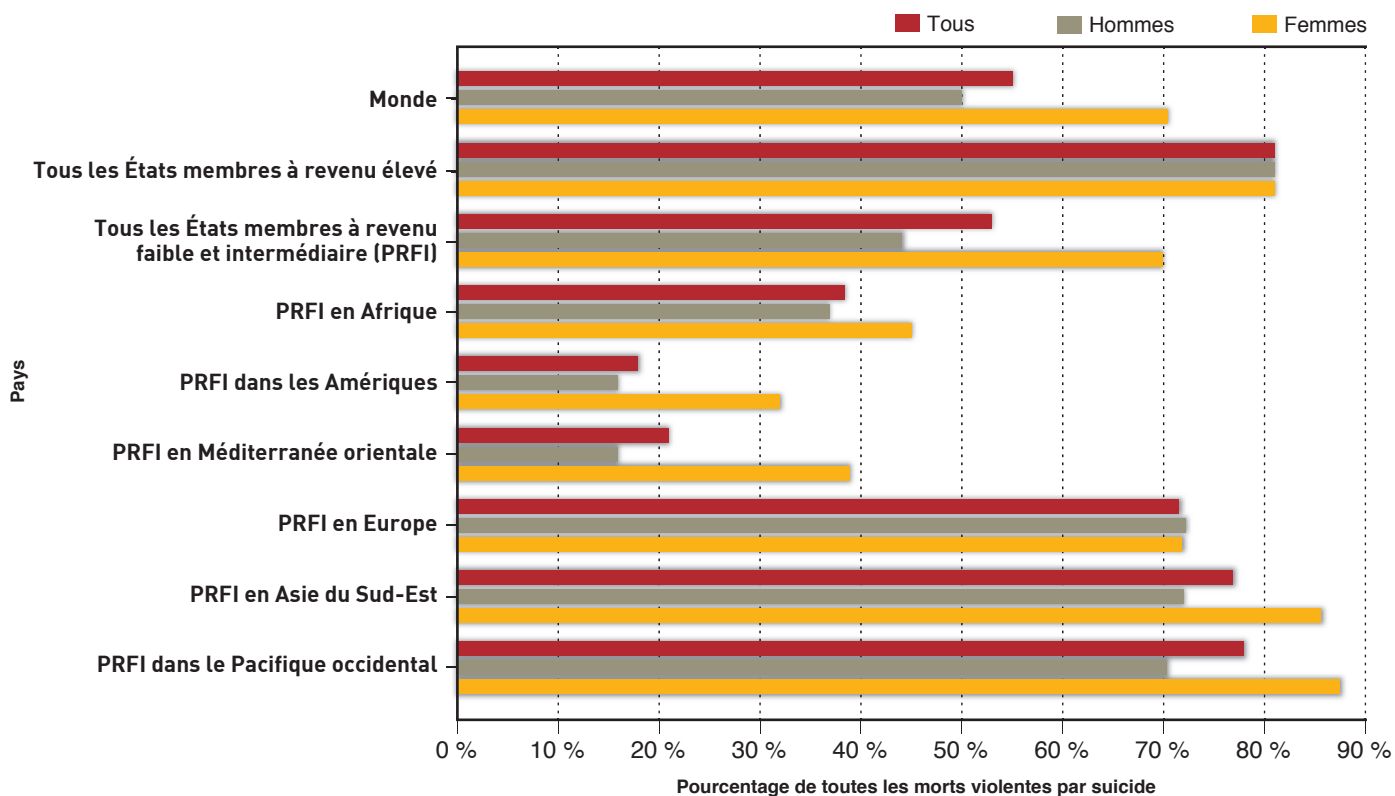
Malgré l'accroissement de la population mondiale entre 2000 et 2012, le nombre absolu de suicides est passé de 883 000 à 804 000, soit une baisse de 9 % environ. On observe toutefois des tendances très différentes selon les régions. En effet, le nombre total de suicides a augmenté de 38 % dans les PRFI de la région Afrique et diminué de 47 % dans ceux de la région du Pacifique occidental.

À l'échelle mondiale, le taux de suicide standardisé selon l'âge (qui corrige les différences de taille et de pyramide des âges des populations dans le temps) a affiché une baisse de 26 % (23 % chez les hommes et 32 % chez les femmes) au cours des 12 années concernées. Cette baisse a été observée dans toutes les régions du monde excepté dans les PRFI de la région Afrique et chez les hommes des PRFI de la Méditerranée orientale.

Cette analyse mondiale et régionale masque cependant l'évolution des taux de suicide au niveau national. Dans les 172 États membres comptant plus de 300 000 habitants (voir Annexes 1 et 2), les taux de suicide standardisés selon l'âge ont connu une importante variation, la chute la plus importante étant de 69 % et la plus forte augmentation de 270 %, pour la période 2000-2012. Parmi ces 172 pays, 85 (49,4 %) ont vu leur taux de suicide standardisé selon l'âge diminuer de plus de 10 %, 29 (16,9 %) ont observé une augmentation de plus de 10 % et 58 (33,7 %) ont constaté peu de changements (de -10 % à +10 %).

On ignore les raisons de ces variations soudaines. L'amélioration spectaculaire de la santé mondiale au cours de la dernière décennie pourrait les expliquer en partie. En effet, entre 2000 et 2012, la mortalité standardisée selon l'âge à l'échelle mondiale, toutes causes confondues, a

Figure 6. Pourcentages de toutes les morts violentes par suicide dans les différentes régions du monde, 2012



PRFI : pays à revenu faible et intermédiaire.

chuté de 18 %. La baisse des taux de suicide a été plus rapide que celle de la mortalité globale (26 % contre 18 %), mais seulement de 8 %. Si cette tendance peut être maintenue, l'objectif de réduire de 10 % le taux de suicide d'ici à 2020 inscrit dans le Plan d'action pour la santé mentale de l'OMS (1) pourrait être réalisable.

Les méthodes de suicide

La plupart des personnes qui ont des conduites suicidaires ne sont pas sûres de vouloir mourir au moment de l'acte, et certains actes suicidaires sont le fruit d'une réaction impulsive à un stress psychosocial extrême. La limitation des moyens (limiter l'accès aux moyens de se suicider) est un élément essentiel des efforts de prévention du suicide car elle permet à ces personnes de réfléchir à ce qu'elles s'appêtent à faire et, idéalement, de désamorcer la crise. Cependant, élaborer des politiques de restriction des moyens appropriées (par ex. : limiter l'accès aux pesticides et aux armes à feu, installer des barrières sur les quais des métros, sur les ponts et sur les bâtiments emblématiques, modifier les réglementations en matière de conditionnement des médicaments) requiert une compréhension approfondie des méthodes de suicide employées dans la communauté,

d'une part, et des préférences des différents groupes démographiques au sein de cette communauté, d'autre part.

Au niveau national, les données sur les méthodes utilisées pour se suicider sont malheureusement bien peu nombreuses. La CIM-10 comprend des codes X pour les causes externes de morbidité et de mortalité, y compris les méthodes de suicide, mais bon nombre de pays ne recueillent pas ces informations. Entre 2005 et 2011, seuls 76 des 194 États membres de l'OMS ont saisi des données sur les méthodes de suicide dans la base de données sur la mortalité de l'OMS. Ces pays comptent pour environ 28 % de tous les suicides dans le monde, ce qui signifie que les méthodes utilisées dans 72 % des suicides restent méconnues. Comme l'on peut s'y attendre, la couverture est bien meilleure dans les pays à revenu élevé que dans ceux à revenu faible et intermédiaire. Dans les pays à revenu élevé, la pendaison est utilisée dans un suicide sur deux et les armes à feu, employées dans 18 % des cas, constituent la deuxième méthode la plus courante. Ce dernier pourcentage, relativement élevé, est principalement dû au fait que dans les pays à revenu élevé des Amériques, les armes à feu comptent pour 46 % de tous les suicides, contre seulement 4,5 % dans les autres pays du même niveau de revenu.

Au vu du manque de données nationales sur les méthodes de suicide dans les PRFI dans la base de données sur la mortalité de l'OMS, les chercheurs doivent s'appuyer sur les données publiées dans la documentation scientifique pour évaluer les schémas de méthodes de suicide utilisées dans ces régions (7). L'auto-intoxication par des pesticides est l'une des méthodes de suicide privilégiées dans les PRFI, en particulier dans ceux dont une grande partie des habitants des zones rurales travaillent dans l'agriculture à petite échelle. Une revue systématique (8) des données mondiales pour la période 1990-2007 a estimé à environ 30 % (valeurs plausibles 27-37 %) le nombre de suicides dans le monde dus à une auto-intoxication par des pesticides, la plupart survenant dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Selon ces estimations, l'ingestion de pesticides figure parmi les méthodes de suicide les plus couramment utilisées dans le monde. Le cas échéant, cela pourrait avoir une incidence importante sur la prévention car une restriction de l'accès aux pesticides, bien que complexe, est souvent plus facile à mettre en œuvre qu'une restriction de l'accès aux moyens de pendaison.

D'autres études montrent que la méthode de suicide la plus fréquente dans une communauté peut être fonction de l'environnement, changer rapidement dans le temps et se répandre d'une communauté à l'autre. Dans les zones très urbanisées comme la région administrative spéciale de Hong Kong en Chine et Singapour, où une majorité de la population vit dans des immeubles de grande hauteur, se jeter dans le vide constitue une méthode de suicide courante. En 1998, l'utilisation massive du charbon de bois pour produire du monoxyde de carbone hautement toxique comme moyen de suicide a débuté à Hong Kong et s'est rapidement étendue à Taïwan où, en huit ans, cette méthode de suicide est devenue la méthode privilégiée. Ailleurs, d'autres méthodes sont récemment devenues populaires, notamment le mélange de produits chimiques afin d'obtenir du sulfure d'hydrogène (au Japon) et le recours à l'hélium. Ces résultats soulignent l'importance de surveiller en continu les méthodes employées pour les suicides et les tentatives de suicide afin de garantir que les efforts visant à limiter l'accès aux moyens et à éduquer les communautés tiennent compte des schémas de suicide en constante évolution. Cependant, la plupart de ces nouvelles méthodes émergentes ne peuvent être précisément identifiées à l'aide des codes actuels de la CIM-10. Elles ne seront donc pas mises en évidence dans les systèmes d'enregistrement des décès à moins que les autorités locales ne décrètent l'utilisation dans la liste de la CIM-10 de sous-classifications uniques, réservées spécifiquement aux méthodes (voir Encadré 1).

Les données régionales ou nationales sur le suicide sont peu représentatives de l'importante variabilité des taux, des schémas démographiques et des méthodes de suicide au sein d'un pays. Leur utilisation dans la conception de programmes de prévention du suicide ciblés est, par conséquent, limitée et il convient de les manipuler avec prudence. Il a été amplement démontré que les taux de suicide et les caractéristiques démographiques y afférentes varient largement selon les lieux

dans un même pays, par exemple, entre les zones urbaines ou rurales en Chine (12) ou entre les différents états en Inde (13). Dans ce contexte, les données nationales ne permettent pas de déterminer les régions géographiques ou les groupes démographiques sur lesquels les interventions devraient se concentrer. Les estimations des pourcentages de tous les suicides par méthode peuvent orienter les efforts de restriction des moyens au niveau national mais, bien souvent, ces efforts doivent être adaptés en fonction des régions de chaque pays. Par exemple, les suicides par ingestion de pesticides surviennent principalement dans les zones rurales donc les mesures de restriction en la matière ne seront probablement pas une priorité pour les programmes de prévention du suicide dans les zones urbaines des pays affichant pourtant un pourcentage national élevé de suicides par ingestion de pesticides.

Encadré 1.

Le système national de notification des morts violentes aux États-Unis

Les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) sont dotés d'un système national de notification des morts violentes (NVDRS, National Violent Deaths Reporting System). Il s'agit d'un système de surveillance qui recueille des informations détaillées sur les morts violentes, y compris les suicides (10, 11). Le NVDRS sert de registre de données qui met en lien les informations pertinentes sur chaque incident à partir de nombreuses sources, y compris le certificat de décès de la victime, les rapports de toxicologie et d'autopsie, d'autres rapports d'enquête des services de police, du médecin légiste ou des enquêteurs présents sur le lieu du décès. Il fournit des détails sur les caractéristiques démographiques de la personne décédée, les armes/dispositifs utilisés, d'autres informations concernant l'incident (le lieu et l'heure du décès), ainsi que les circonstances liées à l'état de santé ou aux conditions de vie stressantes de la personne décédée susceptibles d'être à l'origine de sa mort d'après les résultats des enquêtes sur le lieu du décès, les témoignages recueillis, les révélations du défunt et d'autres preuves matérielles (une lettre d'adieu par exemple). À l'heure actuelle, le NVDRS collecte des données provenant de 18 des 50 états des États-Unis. Au niveau des états, les données sont recueillies via les départements de santé locaux ou des organismes sous-traitants comme les services de médecine légale. Les données sont rassemblées et encodées par des codificateurs qualifiés. Les CDC prévoient d'étendre le NVDRS à tous les états en fonction des fonds disponibles.

Les tentatives de suicide

En raison de l'utilisation des services de santé pour soigner les blessures, de l'impact psychologique et social d'un tel comportement sur la personne concernée et ses proches et, parfois, de l'invalidité à long terme qui résulte des blessures, les tentatives de suicide font peser sur les communautés un lourd fardeau. Mais, plus important encore, un antécédent de tentative de suicide constitue le plus important facteur de prédiction d'un décès par suicide au sein de la population générale. En effet, les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide présentent un risque bien plus élevé de se suicider que les personnes n'ayant jamais tenté de mettre fin à leurs jours. L'identification de ces personnes à haut risque ainsi que la fourniture de soins et d'un soutien de suivi constituent un élément essentiel de toute stratégie globale de prévention du suicide.

La surveillance de la prévalence, des schémas démographiques et des méthodes employées lors des tentatives de suicide dans une communauté fournit d'importantes informations pouvant aider à l'élaboration de stratégies de prévention du suicide et à leur évaluation. Combinées aux données sur les décès par suicide, les données relatives aux taux et méthodes de tentatives de suicide peuvent servir à estimer le taux de létalité des comportements suicidaires (c'est-à-dire le pourcentage de tous les actes suicidaires qui se soldent par un décès) par sexe, âge et méthode. Ces informations sont utiles pour identifier les groupes à haut risque au sein de la communauté sur lesquels devraient porter des interventions psychosociales ciblées, d'une part, et les méthodes à haut risque qui devraient être visées par les interventions portant sur la limitation des moyens, d'autre part.

Il existe deux méthodes principales pour obtenir des données sur les taux de tentatives de suicide au niveau national ou régional : les auto-déclarations de comportements suicidaires dans les enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs des résidents de la communauté, et les dossiers médicaux sur le traitement d'autoagressions au sein d'échantillons représentatifs des établissements de santé (généralement des hôpitaux) de la communauté. L'OMS ne collecte pas systématiquement les données sur les tentatives de suicide mais elle soutient les activités des enquêtes de l'OMS sur la santé mentale (14) qui recueillent des informations à ce sujet. Par ailleurs, la méthode STEPS de l'OMS (approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques) comprend des questions visant à obtenir des données sur les tentatives de suicide (15). L'OMS a également publié un livret de ressources, en plus de celui portant sur l'enregistrement des cas de suicide (16), concernant la création de registres des tentatives de suicide médicalement prises en charge en milieu hospitalier (17).

L'autodéclaration des comportements suicidaires dans les enquêtes

La plupart des enquêtes communautaires sur les problèmes psychosociaux incluent des questions d'autodéclaration de comportement suicidaire. Lorsque la même enquête est menée durablement auprès du même groupe, il est possible de tirer des conclusions raisonnables quant à l'évolution des tendances concernant les conduites suicidaires décrites par les participants. C'est le cas de l'étude américaine Youth Risk Behaviour Surveillance System (système de surveillance des comportements à risque chez les jeunes, YRBSS), révisée tous les deux ans (18). Il s'avère toutefois bien plus difficile d'interpréter les résultats lorsque différents outils d'enquête sont utilisés ou lorsqu'une même enquête est menée auprès de plusieurs groupes (en particulier dans plusieurs langues). Au-delà des problèmes méthodologiques classiques liés aux enquêtes communautaires (s'assurer que l'échantillon interrogé soit bien représentatif de la population ciblée par exemple), il existe de nombreux facteurs confondants susceptibles d'influencer les taux d'autodéclaration des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Ces facteurs incluent le niveau d'alphabétisme de la population, la formulation exacte du questionnaire, la durée du questionnaire, l'interprétation (à savoir la signification exacte et les implications) de la formulation dans la langue locale, la période concernée et, plus important, la mesure dans laquelle les personnes interrogées sont prêtes à faire part de ces informations.

L'envie de révéler des conduites suicidaires peut varier selon l'âge, le sexe, la religion, l'appartenance ethnique et d'autres facteurs. La prudence est donc de mise lorsque l'on compare les taux d'autodéclaration des comportements suicidaires chez différents groupes démographiques ou culturels. Ce type de comparaison est particulièrement problématique car avoir des idées suicidaires est souvent une expérience momentanée, fluctuante, invisible pour autrui. En outre, les différents âges des personnes interrogées ainsi que les biais de mémoire portant sur des événements passés depuis longtemps rendent la comparaison des taux d'autodéclaration des idées suicidaires et des tentatives de suicide, dont l'intérêt pour l'évaluation des risques actuels de suicide pourrait être limité, encore plus floue. Par conséquent, le nombre de tentatives de suicide (qui entraînent des blessures physiques d'une certaine gravité) survenues dans l'année écoulée constitue l'unité de mesure la plus utile et, sans doute, la plus fiable générée par les enquêtes par autodéclaration réalisées au sein de la communauté.

Les enquêtes de l'OMS sur la santé mentale (14) utilisent le Composite International Diagnostic Interview (entretien diagnostique international global, CIDI) de l'OMS, qui comprend une série de questions standardisées sur l'occurrence des tentatives de suicide, le moment où elles

ont lieu, la ou les méthodes employées ainsi que la façon dont elles sont traitées, le cas échéant. Le rapport disponible sur la prévalence, sur 12 mois, des tentatives de suicide chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (études menées entre 2001 et 2007) se fonde sur des données provenant de 10 pays à revenu élevé (dont neuf ont utilisé des échantillons représentatifs sur le plan national), pour un échantillon total de 52 484 personnes, six pays à revenu intermédiaire (dont quatre ont utilisé des échantillons représentatifs sur le plan national), pour un échantillon total de 25 666 personnes, et cinq pays à revenu faible (dont un a utilisé un échantillon représentatif sur le plan national), pour un échantillon total de 31 227 personnes (19). La prévalence indiquée des personnes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de l'année précédente était de 3 pour 1000 (soit 0,3 %) chez les hommes et les femmes dans les pays à revenu élevé, 3 pour 1000 chez les hommes et 6 pour 1000 chez les femmes dans les pays à revenu intermédiaire, et 4 pour 1000 chez les hommes et les femmes dans les pays à revenu faible. Si l'on applique la prévalence dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible à la population adulte (âgée de 18 ans et plus) de tous les pays de chacun de ces niveaux de revenu définis par la Banque mondiale, on obtient une prévalence annuelle mondiale estimée d'environ 4 pour 1000 adultes ayant déclaré avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Si l'on tient compte du taux de suicide mondial 2012 estimé à 15,4 pour 100 000 adultes âgés de 18 ans ou plus, il est possible d'en conclure que pour chaque adulte qui s'est suicidé, probablement plus de 20 ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Cependant, à l'instar des taux de suicides et de tentative de suicide, le rapport tentatives/décès et le taux de létalité des comportements suicidaires varient largement en fonction de la région, du sexe, de l'âge et de la méthode.

Les données hospitalières sur les tentatives de suicide médicalement traitées

Les dossiers relatifs au traitement médical des automutilations provenant des services d'urgence ou de consultation externe des hôpitaux et d'autres établissements de santé constituent l'autre source de données sur les taux de tentatives de suicide. Contrairement à l'enregistrement des décès, il n'existe pas de méthode admise au niveau international pour standardiser la collecte des données relatives aux tentatives de suicide. Il convient donc de tenir compte d'un certain nombre d'aspects méthodologiques lorsque l'on compare les taux entre différentes instances. Si les hôpitaux choisis ne sont pas représentatifs de tous les hôpitaux de la communauté, d'une part, ou si la plupart des cas de tentatives de suicide sont pris en charge uniquement dans les centres de soins locaux et n'arrivent donc pas jusqu'à un hôpital, d'autre part, les estimations des taux de tentatives de suicide médicalement traitées basées sur les dossiers hospitaliers peuvent s'avérer erronées. Par ailleurs, les taux indiqués des tentatives de suicide médicalement traitées sont largement influencés par les procédures d'enregistre-

ment mises en œuvre dans les hôpitaux. Ces procédures peuvent ne pas être totalement fiables car :

- elles ne distinguent pas les personnes des traitements (ainsi, les personnes qui commettent plusieurs tentatives de suicide au cours d'une même année sont comptées deux fois) ;
- elles n'excluent pas les personnes décédées à l'hôpital pendant le traitement de l'acte suicidaire ou renvoyées chez elles pour y mourir (ce qui ne constitue donc pas une tentative de suicide) ;
- elles ne font pas de différence entre l'automutilation non suicidaire et l'automutilation suicidaire ;
- elles n'incluent pas les personnes prises en charge dans les services d'urgence et qui sortent avant d'être officiellement hospitalisées ;
- elles n'incluent pas les personnes directement admises dans différents services hospitaliers sans passer par les urgences ;
- elles n'enregistrent pas la méthode employée lors de la tentative de suicide (ce qui exclut toute évaluation des taux de létalité selon la méthode) ; et, plus important
- elles enregistrent systématiquement les tentatives de suicide comme des « accidents » en raison de la stigmatisation associée aux conduites suicidaires, de l'absence d'assurance en cas de comportement suicidaire ou d'inquiétudes concernant les complications juridiques potentielles.

Pour comprendre et, à terme, faire reculer le suicide, les pays doivent impérativement inclure la standardisation des procédures d'enregistrement au niveau national puis international à leurs efforts (voir Encadré 2).

Seul un certain nombre de tentatives de suicide entraînent des blessures nécessitant un traitement médical. Par conséquent, les estimations de la létalité basées sur les tentatives de suicide médicalement traitées seront nécessairement plus élevées que celles basées sur les taux d'autodéclaration des tentatives de suicide indiqués dans les enquêtes communautaires. Très peu de pays ont mis en place des systèmes d'enregistrement des tentatives de suicide médicalement traitées nationaux ou représentatifs sur le plan national. Il n'est donc que rarement possible d'intégrer les données hospitalières aux taux de suicide nationaux. Les taux de létalité peuvent être calculés lorsque des données sur les tentatives de suicide médicalement traitées, représentatives au niveau national, sont disponibles. Malheureusement, nous ne disposons pas de données de ce type pour les PRFI donc les exemples se limitent à quatre pays à revenu élevé : la région flamande en Belgique (22), l'Irlande (20), la Suède (23) et les États-Unis (24). La létalité

globale des « comportements suicidaires médicalement graves » (définis comme des conduites suicidaires nécessitant un traitement médical ou entraînant la mort) variait de 4,2 % en Irlande à 17,8 % dans la région flamande, le dernier taux étant 4 fois supérieur au premier. Le schéma de la létalité selon l'âge et le sexe est identique dans les quatre pays : un comportement suicidaire médicalement grave est bien plus susceptible d'être fatal chez les hommes que chez les femmes. En outre, il apparaît clairement que la létalité des conduites suicidaires médicalement graves augmente progressivement avec l'âge. Les résultats sont cohérents avec les rapports infranationaux précédents sur le sujet (25, 26).

Le taux de létalité hospitalière par méthodes spécifiques (soit le nombre de décès survenus à l'hôpital selon une méthode divisé par le nombre de personnes traitées dans cet hôpital et ayant utilisé cette méthode pour tenter de se suicider) constitue une autre mesure potentiellement utile. Il est également disponible par lieux spécifiques dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire. Déterminer le taux de létalité hospitalière par méthode peut permettre d'identifier les méthodes hautement mortelles sur lesquelles la prévention par la limitation des moyens dans la communauté, d'une part, et les efforts accomplis par les hôpitaux pour améliorer la prise en charge médicale des conduites autoagressives, d'autre part, devraient se concentrer. Par exemple, la prise en charge médicale des tentatives de suicide par ingestion de pesticides pose souvent problème et peut nécessiter du matériel sophistiqué dont les hôpitaux ruraux de nombreux PRFI ne disposent pas. Dans ces milieux, il s'avère primordial de former le personnel soignant et de fournir le matériel adapté dans le cadre des efforts de prévention du suicide (27). En vue de définir le type de formation et de matériel dont les hôpitaux ont le plus besoin, des données sur les taux de létalité hospitalière des différents pesticides, qui peuvent aller de 0 % à 42 %, sont indispensables (28).

Encadré 2.

Le registre national des conduites autoagressives délibérées en Irlande

Le National Registry of Deliberate Self-Harm (registre national des conduites autoagressives délibérées, NRDSH) irlandais est un système national de surveillance des actes autoagressifs délibérés au sein de la population. Il a été créé par la National Suicide Research Foundation (fondation nationale de recherche sur le suicide) à la demande du ministère irlandais de la Santé et est financé par le bureau national pour la prévention du suicide du Health Service Executive (direction des services de santé). Il a pour objectif de déterminer et de surveiller l'incidence et la récurrence des cas d'autoagression dans les services d'urgence hospitaliers afin d'identifier les groupes et les zones qui présentent une incidence élevée, d'une part, et d'informer les services et les professionnels de santé impliqués dans la prévention des comportements suicidaires, d'autre part (20, 21).

**Les facteurs de risque et
de protection et
les interventions associées**

Mythe

La plupart des suicides surviennent soudainement, sans signal d'alarme.

Fait

La majorité des suicides sont précédés de signes annonciateurs, oraux ou comportementaux.

Il existe évidemment des cas soudains mais il est important de comprendre les signaux d'alarme et de savoir les repérer.

En matière de prévention du suicide, l'identification des facteurs de risque du suicide propres au contexte et leur réduction par la mise en œuvre d'interventions appropriées constituent le fondement de toute mesure efficace. Les comportements suicidaires sont complexes. En ce qui concerne le suicide, il existe une multitude de facteurs contributifs et de chemins causaux ainsi que tout un éventail d'options pour sa prévention. Généralement, une seule cause ou un seul facteur de stress ne permet pas d'expliquer un acte suicidaire. Souvent, un cumul de plusieurs facteurs de stress vient accentuer la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires. Dans le même temps, l'existence de facteurs de risque ne conduit pas nécessairement à un comportement suicidaire. En effet, toute personne atteinte d'un trouble mental ne se suicide pas, par exemple. Il est primordial de mettre en œuvre des interventions efficaces pouvant atténuer les facteurs de risque identifiés. Les facteurs de protection sont, quant à eux, tout aussi importants et leur capacité à améliorer la résilience a été prouvée. Par conséquent, renforcer ces facteurs de protection constitue également un objectif majeur d'une action globale de prévention du suicide.

Les facteurs de risque

Un large spectre de facteurs de risque a été identifié. Les principaux sont illustrés dans la Figure 7. Pour faciliter la lecture, ils ont été regroupés dans différentes catégories, à savoir systèmes de santé, société, communauté, relations (lien social avec la famille et les amis proches) et individus, qui reflètent un modèle écologique.

Il est important de noter que la liste des facteurs de risque présentée ici est loin d'être exhaustive. Il existe bien d'autres facteurs qui peuvent être classés différemment. L'importance de chaque facteur de risque et sa classification dépendent du contexte. Ces facteurs peuvent contribuer aux comportements suicidaires directement mais également indirectement, en influençant la prédisposition des individus aux troubles mentaux. Ce serait une erreur que de considérer bien distinctement les catégories identifiées qui, à l'instar des facteurs de risques qui interagissent entre eux, ne sont pas mutuellement exclusives. Il est bien plus judicieux de penser que ces catégories évoluent des systèmes jusqu'aux individus. En réalité, certains facteurs de risque spécifiques pourraient appartenir simultanément à plusieurs de ces catégories. Par exemple, la perte d'un emploi ou d'une aide financière pourrait avoir des conséquences sur une personne et se traduire par une détérioration de ses relations avec ses proches mais elle pourrait également être liée à une récession économique au niveau systémique. Les groupes ainsi créés permettent de simplifier la longue liste des facteurs de risque existants et d'identifier plus facilement les interventions pertinentes.

Les interventions

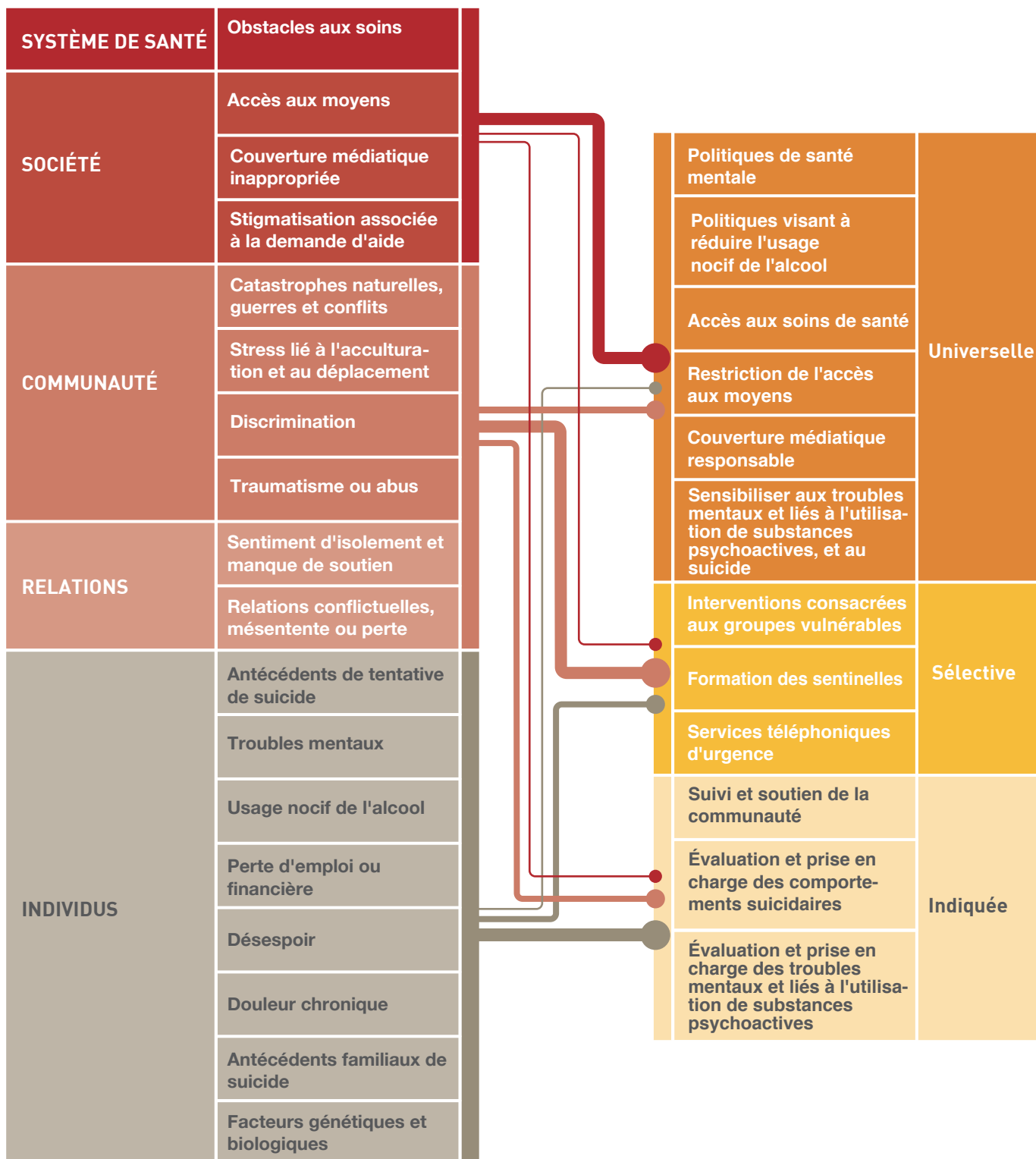
Les interventions de prévention du suicide fondées sur les données factuelles s'inscrivent dans un cadre théorique qui fait la distinction entre les interventions universelles, sélectives et indiquées (29, 30). La Figure 7 relie ces interventions aux facteurs de risque correspondants. Les liens ainsi créés ne sont pas immuables et devraient, en réalité, évoluer selon le contexte. Il existe trois types d'interventions :

- 1. Les stratégies de prévention universelles (Universelle)** sont conçues pour toucher l'ensemble d'une population en vue d'optimiser la santé et de minimiser les risques de suicide en éliminant les obstacles aux soins et en élargissant l'accès aux services d'aide, en renforçant les processus de protection comme le soutien social, et en modifiant l'environnement physique.
- 2. Les stratégies de prévention sélectives (Sélective)** ciblent les groupes vulnérables au sein d'une population en fonction de caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le statut professionnel ou les antécédents familiaux. Certaines personnes ne manifestent peut-être pas, à l'heure actuelle, de comportements suicidaires mais peuvent présenter un niveau élevé de risque biologique, psychosocial ou socio-économique.
- 3. Les stratégies de prévention indiquées (Indiquée)** se concentrent sur des personnes vulnérables spécifiques au sein de la population. Il s'agit par exemple de celles qui montrent des signes précoces de potentiel suicidaire ou qui ont déjà fait une tentative de suicide.

Au vu des multiples facteurs qui entrent en jeu et des nombreux chemins qui mènent aux conduites suicidaires, les efforts de prévention du suicide requièrent une approche multisectorielle globale qui porte sur les différents groupes à risque, populations et contextes tout au long de la vie.

Figure 7. Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes.

(L'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux pour différentes catégories de facteurs de risque.)



Les facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés

Les tabous, la stigmatisation, la honte et la culpabilité masquent les comportements suicidaires. En y faisant activement face, les systèmes de santé et les sociétés peuvent aider à prévenir le suicide. Certains des principaux facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés sont présentés ci-après.

Les obstacles à l'accès aux soins de santé

La comorbidité accroît de façon significative le risque de suicide. Par conséquent, l'accès efficace et en temps opportun aux soins de santé est primordial pour réduire ce risque (37). Pourtant, dans bon nombre de pays, les systèmes de santé sont complexes et manquent de ressources. S'y retrouver constitue, pour les personnes ne disposant que de peu de notions de base concernant la santé en général, et la santé mentale en particulier (38), un véritable défi. La stigmatisation associée à la demande d'aide en cas de tentatives de suicide et de troubles mentaux accentue la difficulté. Il en résulte un accès aux soins inapproprié et un risque de suicide accru.

L'accès aux moyens

L'accès aux moyens de suicide constitue un facteur de risque majeur. L'accès direct aux moyens (notamment les pesticides, les armes à feu, les lieux en hauteur, les voies ferrées, les poisons, les médicaments, les sources de monoxyde de carbone comme les gaz d'échappement des véhicules ou le charbon de bois, ainsi que d'autres gaz hypoxiques et toxiques), ou leur proximité, augmente le risque de suicide. La disponibilité des moyens de suicide spécifiques, ou les préférences en la matière, dépendent également des contextes géographiques et culturels (39).

La couverture médiatique et l'utilisation des médias sociaux inappropriées

Les mauvaises pratiques en matière de couverture médiatique font du suicide un événement sensationnel et séduisant et augmentent le risque d'imitation chez les personnes vulnérables. Les pratiques médiatiques sont inappropriées lorsqu'elles couvrent sans motif valable le suicide de personnes célèbres, font état de méthodes de suicides inhabituelles ou de vagues de suicides, montrent des images ou fournissent des informations sur les méthodes utilisées ou normalisent le suicide en tant que réponse acceptable à une crise ou une épreuve difficile.

Il a été prouvé que l'exposition à des exemples de suicide augmente le risque de comportement suicidaire chez les personnes vulnérables (31, 32, 33). Par ailleurs, le rôle supplémentaire joué par Internet et les médias sociaux dans la communication sur le suicide soulève des inquiétudes croissantes. Internet représente dorénavant l'une des principales sources d'information concernant le suicide, avec des sites facilement accessibles susceptibles de véhiculer une image erronée du suicide (34). Des sites web et des médias sociaux ont été pointés du doigt pour avoir encouragé et favorisé les conduites suicidaires. Des particuliers peuvent également diffuser, sans aucun filtrage, des actes suicidaires et des informations connexes accessibles par ces deux médias.

La stigmatisation associée à la demande d'aide

La stigmatisation à l'encontre des personnes qui veulent se faire aider pour des comportements suicidaires, des problèmes de santé mentale ou d'abus de substances psychoactives, ou tout autre stress émotionnel, existe toujours dans de nombreuses sociétés. Ainsi stigmatisées, ces personnes ne recevront peut-être pas l'aide dont elles ont besoin. Par ailleurs, par peur d'être à leur tour stigmatisés, les amis et les familles des personnes vulnérables pourraient ne pas leur apporter le soutien dont elles ont besoin voire même choisir d'ignorer totalement leur situation. La stigmatisation est l'un des piliers de la résistance au changement et à la mise en œuvre de programmes de prévention du suicide.

Les interventions pertinentes en matière de facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés

1. Les politiques de santé mentale

En 2013, l'OMS a lancé le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 (1). Ce plan encourage les pays à élaborer leurs propres politiques de santé mentale en se concentrant sur quatre objectifs principaux :

1. Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale.
2. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire.
3. Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.
4. Renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale.

Le taux de suicides est un indicateur et sa baisse constitue l'une des cibles du plan d'action.

2. Les politiques visant à réduire l'usage nocif de l'alcool

Des politiques et des interventions ayant pour objectif de faire baisser la consommation nocive d'alcool ont été publiées dans la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de l'OMS (35). Dix domaines d'action pour la prévention efficace du suicide y sont proposés :

1. leadership, prise de conscience et engagement ;
2. action des services de santé ;
3. action communautaire ;
4. politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant ;
5. offre d'alcool ;
6. marketing des boissons alcoolisées ;
7. politiques de prix ;
8. réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique ;
9. réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ;
10. suivi et surveillance.

Chez les populations qui présentent une prévalence de la consommation excessive inférieure, des stratégies telles que la sensibilisation peuvent être mises en œuvre par le biais de campagnes médiatiques auprès du grand public, d'activités de promotion de la santé dans les écoles ou d'informations fournies aux personnes vulnérables par les professionnels de santé (36). Afin de s'assurer que les stratégies retenues sont efficaces dans le contexte, il convient d'abord d'étudier attentivement la culture de l'alcool propre à certaines régions spécifiques. En outre, un système juridique performant constitue également une condition indispensable à la bonne application de ces stratégies.

3. L'accès aux soins de santé

L'accès à un traitement rapide et approprié des troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives peut réduire le risque de comportement suicidaire (37) (voir également l'Encadré 6). Mettre en œuvre des pratiques et des politiques d'instruction en santé à tous les niveaux des systèmes de santé et des institutions, et notamment dans les établissements de santé communautaires, est l'un des meilleurs moyens d'améliorer l'accès aux services de soins de santé en général, et aux services de santé mentale en particulier. Parmi les pratiques envisageables, citons l'envoi aux utilisateurs de messages clairs concernant les services disponibles, l'utilisation d'un langage adapté par les prestataires de soins de santé et une meilleure définition des parcours de soins des patients dans le système. En particulier, il conviendrait d'inclure des notions de base en santé mentale dans les stratégies et les politiques d'instruction en santé (38).

4. La restriction de l'accès aux moyens

Les moyens de suicide les plus communément utilisés dans le monde sont l'auto-intoxication par des pesticides, la pendaison, l'utilisation d'armes à feu et les sauts dans le vide (39, 40). Limiter l'accès aux moyens de suicide permet de prévenir efficacement le suicide, en particulier le suicide impulsif, car cela donne aux personnes qui envisagent de se suicider du temps pour revenir sur leur décision (41). Des stratégies visant à restreindre l'accès aux moyens peuvent être mises en œuvre au niveau national, par le biais de lois et de réglementations, et au niveau local, en sécurisant les environnements à risque par exemple (42).

Certaines des principales interventions permettant de limiter l'accès aux moyens de se suicider sont présentées ci-dessous.

• L'accès aux pesticides

Les pesticides comptent pour environ un tiers de tous les suicides dans le monde (8). Le suicide par ingestion intentionnelle de pesticides survient principalement dans les zones rurales des pays à revenu faible et intermédiaire en Afrique, en Amérique centrale, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental. Les mesures proposées pour prévenir le suicide par ingestion de pesticides incluent : la ratification, la mise en œuvre et l'application des conventions internationales pertinentes sur les déchets et les produits chimiques dangereux ; l'adoption de lois visant à supprimer des pratiques agricoles les pesticides qui posent problème au niveau local ; l'application des réglementations en matière de vente de pesticides ; la restriction de l'accès aux pesticides en incitant les personnes et les communautés à les stocker et les éliminer de façon plus sûre ; et la réduction de la toxicité des pesticides (43, 44). Par ailleurs, il conviendrait d'optimiser la prise en charge médicale des personnes qui tentent de se suicider en ingérant des pesticides. Des informations détaillées sont disponibles dans trois publications de l'OMS portant sur la prévention du suicide par ingestion de pesticides (27, 45, 46).

Les interventions pertinentes en matière de facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés (suite)

• L'accès aux armes à feu

Le suicide par armes à feu est une méthode hautement mortelle qui compte pour la majorité des suicides dans certains pays comme les États-Unis (47). Les données disponibles montrent une étroite corrélation entre le pourcentage de foyers qui possèdent des armes à feu et le pourcentage de suicides par ce moyen (48).

L'adoption de lois limitant la possession d'armes à feu a été associée à une réduction des taux de suicides par armes à feu dans de nombreux pays, notamment en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et au Royaume-Uni. Renforcer les règles sur la disponibilité des armes à feu dans les lieux de résidence privés et les procédures d'obtention des permis et d'enregistrement, limiter la possession d'armes à feu dans le cadre privé aux pistolets, étendre la période d'attente avant de pouvoir procéder à l'achat, appliquer des obligations de stockage sûr, fixer un âge minimum pour l'achat d'armes à feu et procéder à des vérifications du passé criminel et des antécédents psychiatriques en cas d'achat d'armes à feu sont autant de mesures législatives et réglementaires pouvant réduire les suicides par armes à feu. Dans les pays où les armes à feu constituent un objet familier de la société, il est également impératif de sensibiliser la communauté quant aux réglementations existantes (49).

• Les ponts, les immeubles et les voies ferrées

Sauter, dans le vide depuis un pont ou un immeuble de grande hauteur, ou devant un train est une méthode de suicide

courante car facilement accessible. Pour prévenir les suicides de ce type, les interventions visant à limiter l'accès aux structures concernées s'avèrent efficaces (50).

• L'accès aux gaz toxiques

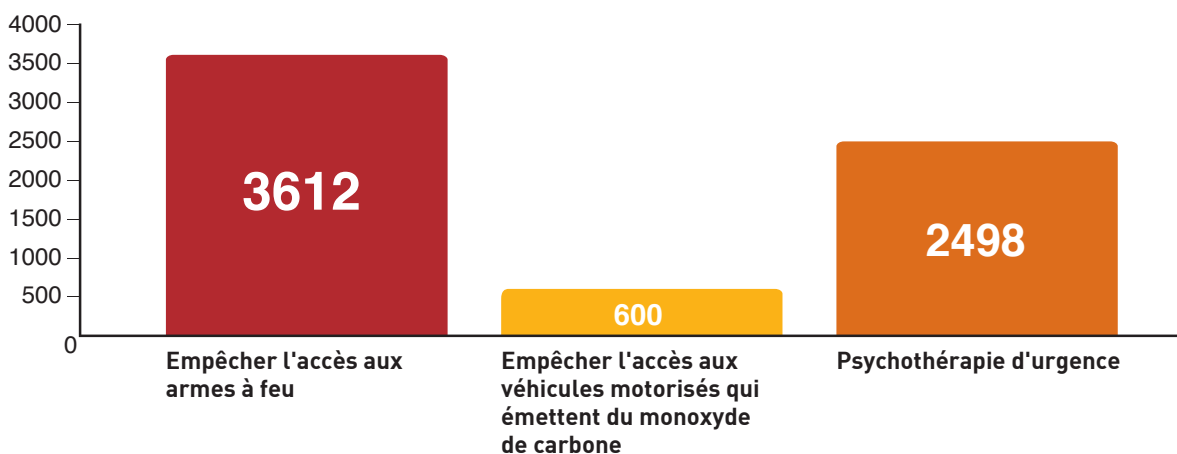
Traditionnellement, l'intoxication volontaire au monoxyde de carbone représente l'une des méthodes de suicide les plus employées. Des modifications législatives et pragmatiques ont été apportées au gaz aux niveaux national et régional et ont permis de réduire de façon significative le nombre de suicides au moyen de cette méthode (51). Dans l'ensemble, les données factuelles montrent que la réduction de la létalité du monoxyde de carbone a un impact direct sur la baisse globale des taux de suicide.

L'intoxication au charbon de bois est une méthode de suicide récente qui s'est rapidement popularisée dans certains pays asiatiques (9). Dans les principaux grands magasins de la région administrative spéciale de Hong Kong, Chine, les paquets de charbon de bois ont été retirés des rayons et placés dans une zone surveillée, entraînant ainsi une réduction significative des décès par suicide utilisant cette méthode (52).

• L'accès aux produits pharmaceutiques

Dans la plupart des pays européens, l'auto-intoxication par des médicaments représente la deuxième ou la troisième méthode de suicide et de tentative de suicide la plus courante (53). Limiter l'accès aux médicaments couramment utilisés dans les cas de suicide, ainsi que leur disponibilité, s'est avéré une mesure de prévention efficace (54). Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle crucial en limitant le volume de

Figure 8. En 2010, les décès par suicide évités grâce aux interventions proposées représentent une réduction d'environ 20 % de la mortalité associée au suicide aux États-Unis (55)



La Figure 8 montre une combinaison de trois approches qui, si elles étaient mises en œuvre, pourraient sauver des milliers de vies en l'espace d'une seule année aux États-Unis. Il convient cependant de noter que la figure est le résultat de la modélisation de la mise en œuvre optimale de quelques approches seulement (55).

médicaments prescrits, en informant les patients et leurs familles quant aux risques associés aux traitements médicamenteux, et en mettant l'accent sur l'importance de respecter les doses prescrites, d'une part, et de jeter les médicaments non utilisés, d'autre part.

5. La couverture médiatique responsable

Il a été prouvé que la couverture responsable du suicide dans les médias contribue à réduire les taux de suicide (40). Parmi les aspects importants de la couverture responsable, citons : éviter de décrire en détail les actes suicidaires, éviter toute dramatisation ou glorification, employer un langage responsable, minimiser l'importance des reportages consacrés au suicide, éviter les simplifications excessives, éduquer le public sur le suicide et les traitements disponibles, et indiquer où demander de l'aide (56). La collaboration et la participation des médias à l'élaboration et la généralisation de pratiques journalistiques responsables, ainsi qu'à la formation à ces pratiques, sont également essentielles pour réussir à améliorer la couverture médiatique du suicide et réduire les phénomènes d'imitation (57). De telles améliorations ont été observées en Australie et en Autriche suite au rôle actif joué par les médias dans la diffusion de directives relatives aux médias (58).

L'utilisation d'Internet et des médias sociaux pourrait constituer une stratégie universelle de prévention du suicide. Certains sites de promotion de la santé mentale montrent dorénavant des résultats prometteurs en encourageant les personnes concernées à demander de l'aide. Les données factuelles sur leur efficacité en matière de prévention du suicide restent toutefois très limitées (59). Les forums de discussion en ligne avec des professionnels consacrés aux personnes suicidaires, les programmes d'auto-assistance et la thérapie en ligne sont les meilleurs exemples de stratégies virtuelles de prévention du

suicide (60). Au Royaume-Uni, un site Internet diffuse des vidéos de jeunes gens qui parlent de leurs tentatives de suicide. Cela suscite l'empathie entre des jeunes qui vivent des situations similaires (61). En l'absence d'ordinateurs, l'envoi de messages écrits et l'utilisation, sans cesse croissante, des services de médias sociaux sur les dispositifs mobiles, entre autres, constituent une bonne solution alternative.

6. La sensibilisation aux troubles mentaux, aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et au suicide

Les personnes atteintes de troubles mentaux et qui demandent de l'aide sont stigmatisées et réprouvées par le reste de la population. Les campagnes de sensibilisation (voir également les Encadrés 3 et 6) visent à réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux et à la demande d'aide en matière de suicide, d'une part, et à renforcer l'accès aux soins, d'autre part. Les données factuelles permettant d'associer les campagnes de sensibilisation à la réduction du nombre de suicides sont très limitées. Ces campagnes ont toutefois eu un impact positif sur les attitudes au sein de la communauté et, ainsi, permis d'amener davantage ces questions dans le débat public. Pour être efficaces, les campagnes de sensibilisation à la santé mentale se concentrent sur un ou deux troubles et ont recours à différents canaux de diffusion (la télévision, la presse écrite, Internet, les médias sociaux, les affiches) afin de renforcer les messages, adaptent lesdits messages de façon appropriée, combinent plusieurs stratégies et mettent en place des programmes locaux qui ciblent des populations spécifiques (62, 63).

Encadré 3.

L'étude Saving and Empowering Young Lives in Europe

Un programme de sensibilisation à la santé mentale à composantes multiples destiné aux jeunes a été élaboré et testé dans le cadre du projet Saving and Empowering Young Lives in Europe (sauver et améliorer la vie des jeunes Européens, SEYLE). SEYLE est un programme de prévention mis à l'essai dans 11 pays européens et dont l'objectif est de promouvoir la santé mentale chez les adolescents scolarisés à travers l'Europe (64). Chaque pays a mené un essai comparatif randomisé sur trois interventions actives et une intervention minimale faisant office de témoin. Les interventions actives comprenaient la formation des sentinelles, un programme de sensibilisation à la

santé mentale et un dépistage professionnel des adolescents à risque (65).

Les taux d'idéation/planification suicidaire sévère et de tentatives de suicide étaient significativement inférieurs lors du suivi à 12 mois chez les adolescents ayant participé au programme de sensibilisation à la santé mentale par rapport à ceux ayant reçu l'intervention minimale. Pour optimiser la mise en œuvre des programmes de sensibilisation, il est important de s'appuyer sur les personnalités politiques locales, les établissements scolaires, les enseignants et d'autres parties prenantes (66).

Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations

Il existe une relation étroite entre les communautés au sein desquelles les personnes vivent et les facteurs de risque du suicide. Au niveau mondial, divers facteurs culturels, religieux, juridiques et historiques ont façonné le statut et la compréhension du suicide, permettant ainsi d'identifier un large éventail de facteurs communautaires qui influent sur le risque de suicide. Les relations directes qu'entretient une personne avec sa famille, ses amis proches et d'autres peuvent également avoir un impact sur les comportements suicidaires. Certains des principaux facteurs liés à ces catégories sont décrits ci-après.

Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits

En raison des impacts destructeurs qu'ils ont sur le bien-être, la santé, le logement, l'emploi et la sécurité financière, les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits civils peuvent accroître le risque de suicide. Paradoxalement, les taux de suicide peuvent diminuer pendant ou immédiatement après une catastrophe naturelle ou un conflit, mais ce phénomène varie entre les différents groupes de personnes. Le besoin émergeant de renforcer la cohésion sociale peut expliquer cette baisse subite. Dans l'ensemble, il ne semble y avoir aucune tendance claire en matière de mortalité associée au suicide suite aux catastrophes naturelles, les différentes études mettant en lumière différents schémas (67).

Les difficultés liées à l'acculturation et au déplacement

Les tensions liées à l'acculturation et au déplacement des populations constituent un important facteur de risque du suicide qui touche certains groupes vulnérables comme les peuples autochtones, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les personnes incarcérées, les personnes déplacées dans leur pays et les immigrants.

Le suicide est prévalent chez les peuples autochtones. Les taux de suicide sont bien plus élevés chez les Amérindiens des États-Unis, les Premières nations et les Inuits du Canada, les Aborigènes d'Australie et les Maoris de Nouvelle-Zélande que dans le reste de la population (68, 69). Cela est particulièrement vrai chez les jeunes et, en particulier, les jeunes hommes, qui figurent parmi les groupes les plus vulnérables au monde (70). Les conduites suicidaires sont également élevées dans les communautés autochtones et aborigènes en pleine transition (71). L'autonomie politique, économique et territoriale des populations autochtones est souvent bafouée, et leur culture et leurs langues ignorées. Ces circonstances peuvent créer un sentiment de dépression, d'isolement et de discrimination

doublé de ressentiment et de méfiance vis-à-vis des services sanitaires et sociaux publics, à fortiori si ces services ne tiennent pas compte du contexte culturel.

La discrimination

La discrimination à l'égard de certains sous-groupes au sein d'une population peut être permanente, endémique et systémique. La privation de liberté, le rejet, la stigmatisation et la violence sont autant d'événements stressants vécus par les sous-groupes concernés et pouvant susciter une conduite suicidaire.

Parmi les exemples des liens existant entre la discrimination et le suicide, citons :

- les personnes emprisonnées ou détenues (72) ;
- les personnes qui se déclarent lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (73) ;
- les personnes victimes de harcèlement, y compris par Internet, et de victimisation par les pairs (74) ;
- les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants (75).

Les traumatismes ou les abus

Les traumatismes ou les abus augmentent les facteurs de stress émotionnels et peuvent entraîner la dépression et des comportements suicidaires chez les personnes déjà vulnérables. Les facteurs de stress psychosociaux associés au suicide sont attribuables à différents types de traumatismes (notamment la torture, en particulier chez les demandeurs d'asile et les réfugiés), aux problèmes d'ordre juridique ou disciplinaire, aux difficultés financières, aux problèmes liés aux études ou au travail et au harcèlement (76). En outre, les jeunes ayant été confrontés à des difficultés dans leur enfance et au sein de leur famille (violence physique, abus sexuels ou psychologiques, négligence, mauvais traitements, violence familiale, séparation ou divorce des parents, placement en institution ou auprès des services de protection de l'enfance) présentent un risque bien plus élevé de suicide que les autres (77). Les effets des facteurs négatifs liés à l'enfance tendent à être étroitement liés et corrélés. Leur interaction augmente les risques de troubles mentaux et de suicide (78).

Le sentiment d'isolement et le manque de soutien social

On parle d'isolement lorsqu'une personne se sent déconnectée de son cercle social le plus proche, à savoir son/sa partenaire, les membres de sa famille, ses pairs, ses amis et d'autres proches. L'isolement va souvent de pair avec la dépression et un sentiment de solitude et de désespoir. Dans de nombreux cas, l'isolement survient lorsqu'une personne traverse des épreuves ou est soumise à un stress psychologique et ne parvient pas à en discuter avec un proche. Combiné à d'autres facteurs, l'isolement peut

accroître le risque de comportement suicidaire, en particulier chez les personnes plus âgées qui vivent seules, l'isolement social et la solitude étant d'importants facteurs contribuant au suicide (71).

Les conduites suicidaires se manifestent généralement en réponse à un stress psychologique personnel dans un contexte social où les sources de soutien manquent et peuvent être le signe d'une absence, plus large, de bien-être et de cohésion. La cohésion sociale est le tissu qui unit les gens à différents niveaux de la société, à savoir les individus, les familles, les écoles, les quartiers, les communautés locales, les groupes culturels et la société dans son ensemble. Entretenir des relations étroites, personnelles et durables et partager des valeurs permettent de donner un sens à sa vie et de se sentir en sécurité et en phase avec son entourage (134, 135).

Le conflit relationnel, la mésestime et la perte

Le conflit relationnel (par ex. : la séparation), la mésestime (par ex. : les litiges relatifs à la garde des enfants) et la perte (par ex. : le décès d'un/une partenaire) peuvent susciter des souffrances et un stress psychologique propre à la situation. En outre, ces phénomènes sont associés à un risque accru de suicide (79). Des relations malsaines peuvent également constituer un facteur de risque. La violence, y compris sexuelle, à l'encontre des femmes est monnaie courante et est souvent le fait d'un partenaire intime. Les personnes exposées à des violences de la part de leur partenaire intime présentent un risque accru de tentative de suicide et de suicide. À l'échelle mondiale, 35 % des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences sexuelles exercées par d'autres que leur partenaire (80, 81).

Les interventions pertinentes en matière de facteurs de risque communautaires et relationnels

1. Les interventions destinées aux groupes vulnérables

Un certain nombre de groupes vulnérables (voir également les Encadrés 4 et 6) ont été identifiés comme présentant un risque plus élevé de suicide. Malgré le manque d'évaluation rigoureuse, des exemples d'interventions ciblées sont présentés ci-dessous.

- Les victimes d'abus, de traumatismes, de conflits ou de catastrophes naturelles : au vu des données factuelles issues d'études portant sur ces facteurs de risque relationnels, les interventions devraient être axées sur les groupes les plus vulnérables suite à un conflit ou une catastrophe naturelle grave. Les décideurs politiques devraient encourager la protection des liens sociaux existants au sein des communautés touchées (82, 83).
- Les réfugiés et les migrants : les facteurs de risque varient selon les groupes. Par conséquent, il pourrait s'avérer plus efficace de concevoir des interventions sur mesure, adaptées aux groupes culturels spécifiques, plutôt que de traiter tous les immigrants à l'identique (84).
- Les peuples autochtones : une analyse des stratégies d'intervention mises en œuvre en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis a montré l'efficacité des initiatives de prévention communautaires, de la formation des sentinelles (voir plus bas) et des interventions éducatives sur mesure pour atténuer les sentiments de désespoir et de vulnérabilité au suicide. Les interventions où, par souci de pertinence culturelle, le contrôle au niveau local et la participation de la communauté autochtone étaient très élevés s'avéraient les plus efficaces.
- Les détenus : selon une analyse des facteurs de risque chez les prisonniers d'Australie, d'Europe, de Nouvelle-Zélande et des États-Unis, les interventions de prévention devraient viser à améliorer la santé mentale, réduire l'abus d'alcool et de substances psychoactives et éviter d'installer les personnes vulnérables dans des lieux isolés. Il conviendrait également de dépister les comportements suicidaires actuels ou passés chez tous les prisonniers (86).
- Les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les transgenres et les intersexués (LGBTI) : les efforts visant à réduire le suicide chez les LGBTI devraient se concentrer sur la prise en charge des facteurs de risque comme les troubles mentaux, l'abus de substances psychoactives, la stigmatisation, les préjugés ainsi que la discrimination individuelle et institutionnelle (87).
- Soutien de postvention aux personnes endeuillées ou touchées par le suicide : les interventions destinées aux personnes endeuillées ou touchées par le suicide ont pour objectif de soutenir ces personnes pendant le travail de deuil et de réduire le risque d'imitation des comportements suicidaires. Il peut s'agir de postvention à l'école, axée sur la famille ou bien communautaire. Tendre la main aux familles et aux amis après un suicide passe par un recours accru aux groupes de soutien, composés y compris de personnes endeuillées, et permet ainsi de réduire la détresse émotionnelle immédiate comme la dépression, l'anxiété et le désespoir (88).

Encadré 4.

Interventions auprès des militaires et des anciens combattants

Les données factuelles montrant que le risque de suicide chez les militaires et les anciens combattants est élevé sont de plus en plus nombreuses (89). Des études épidémiologiques telles que l'Army Study To Assess Risk and Resilience in Service members (étude visant à apprécier le risque et la résilience chez les militaires, STARRS), menée aux États-Unis, ont identifié plusieurs facteurs, y compris le diagnostic de maladie mentale, le grade et le sexe (90, 91), qui accroissent le risque de suicide chez les personnes actuellement dans l'armée ou qui en ont fait partie.

En 2007, le ministère américain des Anciens combattants a mis en place une ligne téléphonique nationale gratuite, la Veterans Crisis Line, destinée aux vétérans de l'armée américaine et à leurs familles. En 2009, ce service a été élargi à l'ensemble de la communauté militaire.

Ces dernières années, le ministère des Anciens combattants et celui de la Défense ont consacré d'énormes ressources à l'identification des caractéristiques associées à un risque accru de

suicide, d'une part, et à la mise en œuvre d'interventions visant à réduire le risque chez les personnes vulnérables, d'autre part. Ces efforts ont permis de mettre au jour plusieurs facteurs liés à une augmentation du risque de suicide ainsi que des stratégies permettant de reconnaître les personnes à risques et d'établir un contact avec elles. La gestion améliorée de cas, la promotion de la résilience, le soutien par les pairs et la planification dirigée par les patients conçue pour renforcer la sécurité en-dehors du contexte clinique sont autant d'exemples de ces stratégies.

À l'heure actuelle, les activités menées incluent l'identification des caractéristiques individuelles et collectives associées au risque accru de suicide pouvant être plus fréquentes chez les personnes engagées volontairement dans l'armée américaine, la prise de contact avec les personnes à risque en vue de les inciter à suivre un traitement des troubles sous-jacents fondé sur les données factuelles, et la gestion des périodes de risque accru, en particulier les périodes de transition (92).

2. La formation des sentinelles

Les personnes à risque de suicide demandent rarement de l'aide. Elles peuvent toutefois présenter des facteurs de risque et manifester des comportements permettant de les identifier comme vulnérables. Une « sentinelle » est une personne qui, de par sa situation, est à même de déterminer si quelqu'un envisage de se suicider. Les principales sentinelles potentielles incluent (93) :

- les professionnels de soins de santé primaires, les professionnels de santé mentale et les urgentistes ;
- les enseignants et autre personnel académique ;
- les responsables des communautés ;
- les policiers, les pompiers et autres intervenants de première ligne ;
- les officiers de l'armée ;
- les travailleurs sociaux ;
- les chefs spirituels et religieux ou autres guérisseurs traditionnels ;
- le personnel et les responsables des ressources humaines.

Les programmes de formation des sentinelles ont pour objectif d'accroître les connaissances et les compétences des participants, d'une part, et de faire évoluer leurs attitudes, d'autre part, afin de leur permettre d'identifier les personnes à risque, de déterminer le niveau de risque et d'orienter ces personnes à risque vers un traitement (voir également l'Encadré 6). Tous les contenus des formations devraient être adaptés au contexte culturel et inclure des informations locales sur l'accès aux soins de santé. Lorsqu'ils sont conçus sur mesure pour des populations spécifiques, comme des groupes autochtones par exemple, les programmes adaptés affichent des résultats prometteurs (85). Les études montrent que 25 à 50 % des femmes qui manifestent un comportement suicidaire ont consulté un professionnel de santé dans les quatre semaines précédentes. Par conséquent, la formation des sentinelles constitue une bonne occasion de commencer une intervention avec ces personnes (94).

À ce jour, aucun lien probant n'a été établi entre la formation des sentinelles, qui fait figure de bonne pratique, et la réduction des taux de suicide ou de tentative de suicide (95). L'Encadré 5 décrit un programme axé sur les sentinelles et leur santé.

Encadré 5.

Un programme de prévention du suicide sur le lieu de travail a fait reculer le suicide

À Montréal, au Canada, un programme de prévention du suicide complet et polyvalent axé sur les membres des forces de police a entraîné une baisse significative de 79 % des taux de suicide au sein de la police de Montréal. Ce programme comprenait une demi-journée de formation sur le suicide pour tous les policiers. L'accent était mis sur l'identification des risques et les moyens d'aider. Les responsables et les représentants syndicaux ont suivi une formation d'un jour sur l'évaluation des risques et l'entraide. En outre, une ligne d'assistance téléphonique opérée par des officiers bénévoles

spécialement formés a été créée et une campagne de promotion sur les ressources existantes et l'importance de la solidarité en matière de prévention du suicide a été lancée (96).

Les programmes de prévention du suicide complets, adaptés à la culture propre à l'environnement de travail, peuvent améliorer efficacement les attitudes, les connaissances et les comportements, et avoir un impact significatif sur les taux de suicide.

3. Les services téléphoniques d'urgence

Les services téléphoniques d'urgence sont des centres d'appel publics vers lesquels les personnes concernées peuvent se tourner lorsque tout autre soutien social ou professionnel est indisponible ou non souhaité. Ils peuvent être mis en place pour l'ensemble de la population ou pour certains groupes vulnérables. Cette dernière solution peut être avantageuse en cas de besoin de soutien par les pairs.

Aux États-Unis, les services téléphoniques se sont avérés efficaces pour établir un contact avec des personnes à très fortes tendances suicidaires et réduire le risque chez les appelants pendant les appels et les semaines qui ont suivi (97). Une étude portant sur les services téléphoniques et les forums en Belgique suggère que ces stratégies pourraient également présenter un bon rapport coût-efficacité pour la prévention du suicide (98). Les lignes téléphoniques d'assistance constituent une bonne pratique utile largement mise en œuvre. Cependant, malgré la baisse du risque de suicide, il n'existe aucune association probante avec la réduction des taux de suicide faute d'évaluation.

Les facteurs de risque individuels

Le risque de suicide peut être influencé par la vulnérabilité ou la résilience de chacun. Les facteurs de risque individuels sont liés à la probabilité qu'une personne développe des comportements suicidaires.

Les antécédents de tentative de suicide

Les antécédents de tentative de suicide constituent, de loin, le meilleur indicateur de risque futur de suicide. Même un an après une tentative de suicide, le risque de suicide et de décès prématuré imputable à d'autres causes reste élevé (100).

Les troubles mentaux

Dans les pays à revenu élevé, près de 90 % des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux (101). Chez les 10 % restants, chez qui aucun diagnostic clair n'a été posé, les symptômes psychiatriques ressemblent à ceux des personnes décédées par suicide. Dans certains pays asiatiques, les troubles mentaux semblent toutefois moins répandus chez les personnes qui se suicident (environ 60 %), comme l'ont montré des études menées en Chine et en Inde (12, 102).

Ce facteur de risque doit être considéré avec prudence. La dépression, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les comportements antisociaux sont relativement courants et la plupart des gens qui en sont atteints ne manifestent pourtant pas de conduite suicidaire. Il convient néanmoins de noter que les personnes qui se suicident ou tentent de se suicider présentent une importante comorbidité psychiatrique. Le risque de suicide varie selon le type de troubles, les plus fréquemment associés au comportement suicidaire étant la dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool. Le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4 % chez les patients atteints de troubles de l'humeur (103), 7 % chez les personnes alcooliques (104), 8 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire (105, 106) et 5 % chez les personnes schizophrènes (107). Le risque de comportement suicidaire augmente surtout en cas de comorbidité. En effet, ce risque est significativement accru chez les personnes qui présentent plusieurs troubles mentaux (101).

L'usage nocif de l'alcool et d'autres substances psychoactives

Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide (108). Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50 % de tous les cas de suicide (104). En outre, le risque de suicide augmente encore si, à cet usage, s'ajoutent d'autres troubles psychiatriques. Au total, 22 % de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool, ce qui signifie qu'un cinquième des suicides ne surviendraient pas si la population ne buvait pas d'alcool (109). La dépendance à d'autres substances

psychoactives, notamment le cannabis, l'héroïne ou la nicotine, constitue également un facteur de risque du suicide (110).

La perte d'emploi et les pertes financières

La perte d'emploi, la saisie immobilière et l'insécurité financière sont associées à un risque accru de suicide en cas de comorbidité avec d'autres facteurs de risque tels que la dépression, l'anxiété, la violence et l'usage nocif de l'alcool (111). Par conséquent, les récessions économiques peuvent être considérées comme un facteur de risque individuel dans la mesure où elles peuvent conduire des personnes à faire face à une perte d'emploi ou à une perte d'argent.

Le désespoir

Le désespoir, en tant qu'aspect cognitif du fonctionnement psychologique, est souvent utilisé comme un indicateur du risque de suicide lorsqu'il est associé à des troubles mentaux ou des antécédents de tentative de suicide (113). L'avenir, la perte de motivation et les attentes d'une personne sont les trois principales facettes sur lesquelles porte le désespoir. Souvent, ce dernier est détecté par la présence de pensées telles que « les choses n'iront jamais mieux » et « ma situation ne s'améliore pas » et s'accompagne, dans la plupart des cas, d'une dépression (114).

La douleur et les maladies chroniques

La douleur et les maladies chroniques constituent d'importants facteurs de risque des comportements suicidaires. On a constaté que les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale (115). Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse augmentent le risque de suicide (116). Sont entre autres concernés le cancer, le diabète et le VIH/sida.

Les antécédents familiaux de suicide

Le suicide d'un membre de la famille peut profondément bouleverser le cours de la vie d'une personne. Pour la plupart des gens, la perte d'un être cher est un événement déchirant. Outre la peine, la nature du décès peut faire naître un sentiment de stress, de culpabilité, de honte, de colère, d'anxiété et de détresse chez les membres de la famille et les proches. Les dynamiques familiales peuvent changer, les sources habituelles de soutien être perturbées, et la stigmatisation peut décourager les personnes concernées de demander de l'aide et les autres de la leur fournir (117). L'idée du suicide peut devenir plus acceptable chez une personne qui a perdu un membre de sa famille ou un proche par ce moyen (118). Pour toutes ces raisons, les personnes touchées par le suicide ou endeuillées présentent elles-mêmes un risque accru de suicide ou de trouble mental (119).

Les facteurs génétiques et biologiques

Des modifications génétiques ou du développement survenant dans un certain nombre de systèmes neurobiologiques sont responsables des conduites suicidaires. Par exemple, des taux bas de sérotonine sont

associés à de graves tentatives de suicide chez les patients atteints de troubles de l'humeur, de schizophrénie et de troubles de la personnalité. Les antécédents familiaux de suicide constituent un important facteur de risque du suicide et des tentatives de suicide (120).

Les interventions pertinentes en matière de facteurs de risque individuels

1. Le suivi et le soutien communautaire

Les patients récemment sortis de l'hôpital ne reçoivent que rarement le soutien social dont ils ont besoin. Ils peuvent se sentir isolés lorsqu'ils rentrent chez eux. L'efficacité du suivi et du soutien communautaire pour réduire les décès par suicide et les tentatives de suicide chez les patients récemment sortis de l'hôpital a été démontrée (121). Les visites fréquentes de suivi constituent une intervention peu onéreuse facile à mettre en œuvre. En effet, le personnel déjà en charge des traitements, y compris les agents de santé non spécialisés, peuvent assurer ces visites et ne requièrent que peu de ressources (122). Cette intervention s'avère particulièrement utile dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour établir ou tenter de maintenir le contact, il est possible d'envoyer des cartes postales, de téléphoner ou d'organiser des brèves visites en personne (formelles ou informelles) (123, 124). Il est important que les différents acteurs de la communauté, tels que la famille, les amis, les collègues, les centres de crise ou les établissements de santé mentale locaux, apportent leur soutien après la phase de soins car ils peuvent surveiller régulièrement les personnes concernées et les encourager à suivre leur traitement (122).

2. L'évaluation et la prise en charge des comportements suicidaires

Il est important de concevoir des stratégies efficaces visant à évaluer et prendre en charge les comportements suicidaires. Le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS recommande de réaliser une évaluation approfondie en cas de présence d'idées, de scénarios, de projets ou de planification d'actes autoagressifs ou suicidaires. Selon le Guide, toute personne âgée de plus de 10 ans qui présente l'une quelconque des autres affections prioritaires, une douleur chronique ou un trouble émotionnel aigu doit se voir demander si elle a eu des pensées ou fait des plans en vue d'un acte autoagressif et si elle a agi en ce sens (122). Une évaluation rigoureuse devrait être réalisée par le biais de consultations cliniques et étayée par des informations complémentaires (125).

Afin d'assurer le soutien psychologique des personnes qui en ont besoin ainsi que leur suivi systématique et un soutien communautaire, il est primordial d'éduquer et de former les agents de santé, en particulier le personnel des services d'urgence. En plus de contribuer à la gestion des facteurs de risque individuels, l'évaluation et la prise en charge des comportements suicidaires couvrent également les facteurs de risque relationnels.

3. L'évaluation et la prise en charge des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

La formation des agents de santé à l'évaluation et à la prise en charge des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives est l'un des éléments clés de la prévention du suicide. Un grand nombre des personnes qui se suicident ont eu un contact avec des prestataires de soins de santé primaires dans le mois précédant leur acte (126). Apprendre aux professionnels de santé à identifier la dépression et d'autres troubles mentaux et troubles liés à l'usage de substances psychoactives, d'une part, et réaliser des évaluations détaillées des risques de suicide, d'autre part, jouent un rôle déterminant dans la prévention du suicide. La formation devrait être continue ou régulière pendant plusieurs années et mobiliser la majorité des agents de santé d'une région ou d'un pays. (42). Il est important de tenir compte des facteurs de risque locaux et d'y adapter les programmes de formation afin d'en garantir la réussite au sein des pays et des cultures.

Le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS, qui vise en premier lieu la formation des agents de santé non spécialisés, fournit des orientations sur l'évaluation et la prise en charge des maladies prioritaires suivantes : la dépression, la psychose, l'épilepsie/les crises convulsives, les troubles du développement et du comportement, la démence, les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues et les conduites autoagressives/suicidaires (122).

Il convient toutefois de garder à l'esprit que de nombreux facteurs sont liés à l'inaptitude des agents de santé en matière d'évaluation et de prise en charge. Le manque d'informations relatives à la santé mentale et d'expérience connexe, la stigmatisation, l'absence de coopération avec les psychiatres et les faibles compétences lors des entretiens en sont autant d'exemples. Résoudre ces problèmes, grâce à des programmes d'enseignement et de formation, pourrait donc permettre d'améliorer l'évaluation et la prise en charge.

Encadré 6.

Les interventions à composantes multiples

Les causes du suicide et les chemins qui y mènent sont multiples. En matière de prévention du suicide, les interventions qui contiennent plus d'une stratégie peuvent donc s'avérer particulièrement utiles. En effet, les recherches montrent que les stratégies à programmes multiples sont associées à une réduction des taux de suicide.

Prenons l'exemple du programme de prévention du suicide au sein des forces aériennes des États-Unis. Il s'articule autour de 11 composantes communautaires et sanitaires qui doivent rendre des comptes et respecter des protocoles et s'est révélé très efficace (127).

À Nuremberg, en Allemagne, un programme à composantes multiples destiné aux personnes atteintes de troubles dépressifs a permis de réduire de façon significative les taux de suicide et de tentative de suicide (128). Ce programme comportait quatre interventions différentes : une campagne de promotion à l'attention du grand public, la formation des facilitateurs communautaires tels que les enseignants, les journalistes et les policiers, la formation des médecins généralistes et le soutien aux patients et à leurs familles. Cette intervention à plusieurs facettes est désormais mise en œuvre par la European Alliance against Depression (l'alliance

européenne contre la dépression, EAAD) qui compte des partenaires dans 17 pays (129).

Les interventions à composantes multiples destinées aux personnes à haut risque semblent également être efficaces. Au Royaume-Uni, une étude a examiné l'effet de neuf éléments d'une réforme des services de santé sur les résultats en matière de suicide (130) et montré que les trusts de santé qui mettaient en œuvre davantage de réformes affichaient des réductions du nombre de suicides plus importantes. C'était notamment le cas de trois programmes : un service de réponse d'urgence 24 heures sur 24, des politiques en faveur du double diagnostic, et une analyse pluridisciplinaire suite à un décès par suicide. Ensemble, ces études montrent que l'intégration d'interventions multiples produit des effets cumulés et synergiques.

Mythes autour du suicide

Mythe

Les personnes suicidaires sont déterminées à mourir.

Fait

Au contraire, les personnes suicidaires ne savent souvent pas si elles veulent vivre ou mourir. Par exemple, elles vont agir de manière impulsive en ingérant des pesticides et mourir quelques jours plus tard alors qu'elles auraient en fait voulu continuer à vivre. L'accès à un soutien psychologique à temps peut permettre d'éviter un suicide.

Les facteurs de protection contre les risques de suicide

À l'inverse des facteurs de risques, les facteurs de protection prémunissent les individus contre les risques de suicide. Si de nombreuses interventions sont axées sur la réduction des facteurs de risque dans le cadre de la prévention du suicide, il est tout aussi important de connaître et de renforcer les facteurs qui intensifient efficacement la résilience et les liens sociaux et qui protègent contre les conduites suicidaires. La résilience a un effet « tampon » sur le risque de suicide. Chez les personnes très résilientes, l'association entre le risque de suicide et les comportements suicidaires est moindre (131). Certains facteurs de protection neutralisent des facteurs de risque spécifiques alors que d'autres protègent les individus d'un certain nombre de facteurs de risque du suicide différents.

Des relations personnelles solides

Le risque de comportement suicidaire augmente en cas de conflit relationnel, de perte ou de mésentente. Inversement, cultiver et entretenir des relations étroites et saines peuvent renforcer la résilience individuelle et agir en tant que facteur de protection contre le risque de suicide. Le cercle social le plus proche d'une personne, à savoir les partenaires, les membres de la famille, les pairs, les amis et d'autres proches, a la plus grande influence et peut soutenir la personne concernée en période de crise. Les amis et la famille constituent une importante source de soutien social, émotionnel et financier et peuvent amortir l'impact des facteurs de stress extérieurs. En particulier, la résilience engendrée par ce soutien atténue le risque de suicide associé aux traumatismes vécus pendant l'enfance (51). Les relations jouent un rôle particulièrement important dans la protection des adolescents et des personnes âgées, deux groupes davantage dépendants.

Les croyances religieuses ou spirituelles

Les capacités potentielles de protection contre le suicide des croyances religieuses et spirituelles sont un sujet à aborder avec prudence. La foi peut en effet constituer un facteur de protection car elle crée un système de croyance structuré et encourage à des comportements pouvant être considérés comme bénéfiques tant sur le plan physique que mental (132). Cependant, en raison de leurs prises de position morale sur le sujet, qui peuvent décourager la demande d'aide, de nombreuses croyances et pratiques religieuses et culturelles ont également contribué à la stigmatisation associée au suicide. La valeur protectrice de la religion et de la spiritualité pourrait s'expliquer par l'accès à une communauté qui assure une cohésion et un soutien sociaux et partage des valeurs communes. Bon nombre de groupes religieux interdisent également des facteurs de risque du suicide comme la consommation d'alcool. En parallèle, les pratiques sociales de certaines religions encouragent l'auto-immolation par le feu chez des groupes spécifiques tels que les femmes ayant perdu leur mari en

Asie du Sud (133). Par conséquent, la protection contre le suicide que peuvent offrir les croyances religieuses et spirituelles dépend des pratiques et des interprétations culturelles et contextuelles.

Un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être

Le bien-être personnel subjectif et les stratégies d'adaptation positives efficaces offrent une protection contre le suicide (134). Le bien-être dépend en partie des traits de la personnalité qui déterminent la vulnérabilité et la résistance d'une personne au stress et aux traumatismes. Un solide équilibre émotionnel, une vision optimiste et une forte identité personnelle aident à faire face aux difficultés de la vie. L'impact des facteurs de stress et des épreuves vécues dans l'enfance peut être atténué par une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle et des compétences efficaces en résolution de problèmes, qui incluent la capacité à demander de l'aide si le besoin s'en fait sentir (135). La volonté de se faire aider en cas de problèmes de santé mentale peut notamment être influencée par les attitudes personnelles. Les troubles mentaux étant largement stigmatisés, les personnes qui en sont atteintes (et surtout les hommes) peuvent hésiter à se tourner vers les services dédiés. Cela accentue les problèmes de santé mentale et, partant, augmente le risque de suicide qui pourrait, en d'autres circonstances, être efficacement évité au moyen d'une intervention précoce. Pratiquer une activité physique régulière, avoir une alimentation et un sommeil appropriés, connaître l'impact de la consommation d'alcool et de drogues sur la santé, entretenir de bonnes relations et des liens sociaux, et gérer efficacement le stress sont autant de choix de style de vie sain qui favorisent le bien-être mental et physique (136, 137).

L'utilisation d'« approches en amont », comme la prise en charge précoce des facteurs de risque et de protection au cours de la vie, peut, au fil du temps, « renverser la tendance en faveur d'une meilleure adaptation ». Par ailleurs, ce type d'approches pourrait avoir un impact simultané sur plusieurs résultats sanitaires et sociétaux tels que le suicide, l'abus de substances psychoactives, la violence et la criminalité (138) (voir Encadré 7).

Encadré 7.

Approches de prévention en amont théoriquement valides

Les difficultés vécues pendant l'enfance (la maltraitance, l'exposition à la violence domestique, des parents atteints de troubles mentaux) et d'autres facteurs de risque qui apparaissent précocement au cours de la vie (le harcèlement, la délinquance) ont été associés à la morbidité et la mortalité observées plus tard, notamment le suicide (139). De la même façon, les facteurs de protection (comme les liens sociaux) acquis pendant l'enfance peuvent réduire le risque futur de suicide. Des stratégies en amont efficaces existent mais leur impact sur le suicide et les tentatives de suicide n'est que très rarement évalué. Elles sont toutefois théoriquement valides et fournissent des pistes prometteuses pour l'avenir de la prévention et de l'évaluation du suicide.

Les exemples de stratégies en amont incluent :

- Des visites à domicile très tôt dans l'enfance effectuées par du personnel qualifié (du personnel infirmier par exemple) afin d'éduquer les femmes enceintes/jeunes mères à faible revenu (140, 141).
- Des programmes de mentorat visant à renforcer les liens entre les jeunes vulnérables et les adultes stables, bienveillants et attentionnés (142).
- Des systèmes de prévention à l'échelle de la communauté en vue de donner à cette dernière les moyens de prendre en charge la santé des adolescents et leurs problèmes de comportements par le biais d'un processus collaboratif d'engagement (143).
- Des programmes de prévention de la violence et de développement des compétences en milieu scolaire ayant pour objectif d'inciter les enseignants/le personnel, les élèves et les parents à promouvoir la responsabilité sociale et l'acquisition de compétences sociales et émotionnelles (savoir faire face, résoudre les problèmes et demander de l'aide par exemple) (144).

La situation actuelle en matière de prévention du suicide

Mythe

**Une fois qu'une personne est suicidaire,
elle le reste toute sa vie.**

Fait

**Le risque majeur de suicide se
manifeste souvent sur le court
terme et dans une situation précise.
Si les pensées suicidaires peuvent
revenir, elles ne sont que
temporaires. Une personne ayant
déjà eu ce genre de pensées et fait
des tentatives de suicide peut vivre
jusqu'à ses vieux jours.**

Le suicide est l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde mais il est évitable. Il est impératif que davantage de gouvernements, par le biais de leurs secteurs sanitaire et social et des autres secteurs concernés, investissent des ressources financières et humaines dans la prévention du suicide (145). Les ministères de la Santé jouent un rôle central dans les efforts menés par les gouvernements pour faire reculer le suicide. Mais, pour être efficaces au niveau national, ces efforts doivent être multisectoriels. Ainsi, il incombe aux ministères de la Santé d'entraîner dans leur sillage d'autres ministères, ainsi que des parties prenantes du secteur privé, dans le cadre d'une action nationale exhaustive.

L'état des lieux des connaissances et des avancées

Au cours des dernières décennies, les connaissances relatives aux comportements suicidaires ont énormément progressé. Il convient d'examiner certaines avancées en matière de recherche, de politiques et de pratiques dans le domaine du suicide.

Les avancées en matière de recherche

1. Reconnaître la multicausalité : l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels et le déterminisme des comportements suicidaires est désormais largement admise. Le rôle de la comorbidité (la présence de troubles de l'humeur ou liés à la consommation d'alcool par exemple) dans l'augmentation du risque de suicide est devenu évident aussi bien pour les chercheurs que pour les cliniciens.

2. Identifier les facteurs de risque et de protection : les études épidémiologiques menées auprès de la population générale et des groupes vulnérables ont permis d'identifier de nombreux facteurs de risque et de protection des comportements suicidaires. Les connaissances relatives aux facteurs psychologiques, d'une part, et à plusieurs mécanismes cognitifs liés au suicide, tels que les sentiments de désespoir, la rigidité cognitive, le sentiment d'être pris au piège, les difficultés à prendre des décisions, l'impulsivité et le rôle protecteur du soutien social et des capacités à faire face aux difficultés, d'autre part, ont évolué.

3. Reconnaître les différences culturelles : la variabilité culturelle des facteurs de risque du suicide ne fait plus aucun doute. Les lacunes de prise en charge des troubles mentaux dans des pays comme la Chine (12) et l'Inde (13) en sont une illustration flagrante. L'importance des facteurs psychosociaux et culturels/traditionnels dans le suicide est de plus en plus reconnue. Cependant, la culture peut aussi constituer un facteur de protection. Par exemple, la continuité culturelle (à savoir la protection des identités

traditionnelles) s'est avérée un important facteur de protection chez les Premières nations et les communautés autochtones d'Amérique du Nord (147).

Les avancées en matière de politiques

1. Les stratégies nationales de prévention du suicide : au cours des dernières décennies, et plus particulièrement depuis l'an 2000, un certain nombre de stratégies nationales de prévention du suicide ont été élaborées. À l'heure actuelle, 28 pays sont dotés de stratégies nationales qui témoignent d'un engagement en faveur de la prévention du suicide.

2. La journée mondiale de prévention du suicide : la reconnaissance internationale du suicide en tant que problème de santé publique majeur a abouti à la création, le 10 septembre 2003, de la Journée mondiale de prévention du suicide. Cette journée, qui a lieu chaque année à la date anniversaire du 10 septembre, est organisée par l'Association internationale pour la prévention du suicide (IASP) et coparrainée par l'OMS. Elle a suscité le lancement de campagnes nationales et locales et contribué à sensibiliser le public et à réduire la stigmatisation à travers le monde.

3. L'éducation sur le suicide et sa prévention : au niveau universitaire, de nombreuses unités de recherche sur le suicide ainsi que des cours d'enseignement supérieur ont été créés. Au cours des 15 dernières années, les formations sur la prévention du suicide se sont également répandues, avec des modules spécifiques pour les différents environnements tels que les écoles, les milieux militaires et les prisons.

Les avancées en matière de pratiques

1. Le recours aux professionnels de santé non spécialisés : des directives qui élargissent les capacités du secteur des soins de santé primaires ont été élaborées afin d'améliorer la prise en charge et l'évaluation des comportements suicidaires en incluant des agents de santé non spécialisés. Il s'agit là d'une avancée remarquable pour les pays à revenu faible et intermédiaire où les ressources sont limitées (122, 148).

2. Les groupes d'entraide : le nombre de groupes d'entraide pour ceux qui restent, aussi bien les survivants à une tentative de suicide que les personnes endeuillées, a significativement augmenté depuis 2000 (149).

3. Les bénévoles formés : les bénévoles formés qui prodiguent des conseils par téléphone et par Internet constituent une source précieuse d'aide psychologique pour les personnes en crise (150). En particulier, les services téléphoniques d'urgence ont acquis une reconnaissance internationale pour leur rôle crucial dans le soutien aux personnes qui traversent une crise suicidaire (151).

Que font les pays pour la prévention du suicide ?

En 2013, l'IASP et le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS ont lancé l'enquête mondiale IASP-OMS sur la prévention du suicide afin de dresser le bilan des informations existantes sur les stratégies et les activités nationales dans ce domaine. Des questionnaires ont été envoyés, principalement aux membres de l'IASP répartis dans 157 pays. Au total, 90 pays ont répondu (taux de réponse global de 57 %). En termes de régions OMS, les pays ayant répondu étaient au nombre de 18 dans la région de l'Afrique, 17 dans la région des Amériques, 11 dans la région de la Méditerranée orientale, 26 dans la région de l'Europe, 7 dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 11 dans la région du Pacifique occidental. Il convient d'interpréter les résultats avec prudence car ils ne peuvent en aucun cas être généralisés à tous les pays.

Les actions nationales face au suicide

Dans 55 (61 %) des pays ayant répondu à l'enquête, le suicide était perçu comme un important problème de santé publique. Au sein des différentes régions OMS, ce chiffre passait de 20 (77 %) en Europe à deux (29 %) en Asie du Sud-Est.

Dans 28 (31 %) des pays ayant participé, le gouvernement avait adopté une stratégie ou un plan d'action national (Tableau 2). Depuis 2000, la situation a évolué dans la grande majorité des pays.

Tableau 2. Nombre de pays ayant répondu à l'enquête dans lesquels une stratégie nationale de prévention du suicide a été adoptée ou est en cours d'élaboration

	Nombre de pays dotés d'une stratégie ou d'un plan d'action national(e)	Nombre de pays dans lesquels une stratégie ou un plan d'action national(e) est en cours d'élaboration
Région de l'Afrique	0	3
Région des Amériques	8	2
Région de la Méditerranée orientale	0	1
Région de l'Europe	13	5
Région de l'Asie du Sud-Est	2	0
Région du Pacifique occidental	5	2
Nombre total de pays	28	13

Dans 48 pays (53 %), une ONG a été notée comme spécifiquement dédiée à la prévention du suicide. Au sein des régions, ce nombre variait de 22 en Europe à un en Méditerranée orientale. Dans 20 (22 %) des pays ayant participé à l'enquête, un centre ou un institut national se consacrait entièrement à la recherche sur le suicide et/ou la prévention. La région de l'Europe comptait le plus grand nombre de centres nationaux (10) alors que les régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale étaient celles qui en comptaient le moins (un chacune).

Concernant les pays qui ne disposaient pas de stratégie nationale, des activités de prévention du suicide étaient menées dans 47 pays (52 %) ayant répondu à cette question spécifique (Tableau 3).

Tableau 3. Activités menées par les pays ayant répondu à l'enquête ne disposant pas d'une stratégie nationale de prévention du suicide

Type de programme	Description	Nombre de pays
Programme national	Une initiative ou un programme axé sur un ou plusieurs domaines clés de la prévention du suicide au niveau national, mené sous la houlette d'une ONG ou d'une université.	7
Programme spécifique à un milieu	Une ou plusieurs initiatives de prévention du suicide globales et polyvalentes gérées par une institution, le secteur privé ou autre.	9
Programmes isolés	Activités ou programmes isolés/dispersés axés sur un ou plusieurs domaines clés de la prévention du suicide au niveau infranational, menés sous la houlette des autorités fédérales, régionales ou locales.	26
Programme intégré	Pas de stratégie ou de programme spécifique. La prévention du suicide est intégrée aux politiques sanitaires en tant que sous-thème d'un autre domaine (par ex. : la santé mentale, l'alcool, les maladies non transmissibles).	8

La formation à l'évaluation du risque de suicide et aux interventions

Dans 34 (38 %) des pays ayant répondu à l'enquête, les professionnels de santé mentale avaient largement accès à une formation à l'évaluation du suicide et aux interventions associées. Quatorze pays de la région de l'Europe proposaient ces formations contre trois dans la région de l'Afrique.

En outre, une formation destinée aux médecins généralistes était accessible dans 23 (26 %) des pays participants. Au sein des régions, ce chiffre allait de neuf pays dans la région de l'Europe à un pays dans la région de l'Afrique et un pays également dans celle du Pacifique occidental.

Trente-trois (37 %) des pays disposaient d'une formation à la prévention du suicide pour les professionnels de secteurs autres que la santé comme les intervenants de première ligne, les enseignants ou les journalistes. La région de l'Europe comptait 15 pays dans ce cas alors qu'il n'y en avait aucun dans la région de l'Afrique.

Les groupes de soutien aux personnes endeuillées

Dans 38 (42 %) des 90 pays ayant répondu à l'enquête, des groupes d'entraide avaient été créés pour les personnes endeuillées à la suite d'un suicide. Cela concernait 20 pays dans la région de l'Europe et aucun dans la région de la Méditerranée orientale. Dans 25 (66%) de ces 38 pays, certains groupes de soutien étaient dirigés par des professionnels agréés et dans neuf (24 %) pays, cela était le cas pour tous les groupes de soutien.

Le statut juridique actuel du suicide dans le monde et les perspectives d'évolution

Au début du XIX^e siècle, la plupart des pays du monde comptaient des lois sanctionnant, parfois par des peines de prison, les tentatives de suicide. Au cours des cinquante dernières années, la situation a toutefois beaucoup changé. La plupart des pays ont dépénalisé le suicide, même si quelques exceptions subsistent.

Sur les 192 pays et États indépendants étudiés (152), 25 disposent de lois et de sanctions spécifiquement relatives aux tentatives de suicide. En outre, dix pays supplémentaires appliquent la charia. Dans ces pays, les personnes qui font des tentatives de suicide doivent être punies. Les sanctions prévues par les lois vont d'une faible amende ou de courtes peines d'emprisonnement à la prison à vie. Bon nombre de pays dotés de telles lois ne poursuivent cependant pas les personnes qui tentent de se suicider en justice. Les exemples ci-dessous illustrent parfaitement bien la complexité de la situation dans les différents pays.

- Les personnes qui ont fait une tentative de suicide sont arrêtées mais ne sont généralement pas poursuivies s'il s'agit d'une première tentative. Elles sont alors libérées après avoir reçu un avertissement quant aux conséquences d'une deuxième tentative. Après une deuxième tentative, une peine de prison est généralement prononcée.
- Les personnes qui attentent à leur vie sont incarcérées. Un groupe d'avocats bénévoles les conseillent, les aident à être libérées et les orientent vers la structure adaptée pour y être traitées.
- La police arrête parfois les personnes qui font des tentatives de suicide mais les juges les relâchent.

Quels sont les effets de la dépénalisation ?

Aucune donnée ni aucun rapport d'étude de cas n'indique que la dépénalisation est associée à une hausse du nombre de suicides. En réalité, les taux de suicide tendent à baisser dans les pays qui le dépénalisent. Une fois la peur des conséquences juridiques éliminée, la dépénalisation est susceptible de contribuer à augmenter la notification des cas de suicide. Cette notification accrue permettra de mesurer plus justement l'étendue réelle du problème. Lorsque le suicide est considéré comme un acte criminel, les tentatives de suicide sont souvent dissimulées et les décès par suicide sous-déclarés. Se crée alors l'impression erronée que les comportements suicidaires sont moins fréquents. Tous les pays devraient revoir leurs dispositions juridiques en matière de suicide afin de veiller à ce qu'elles ne dissuadent pas les personnes concernées de demander de l'aide.

**Le développement d'une stratégie
nationale globale de
prévention du suicide**

Mythe

Seules les personnes atteintes de troubles mentaux sont suicidaires.

Fait

Les comportements suicidaires indiquent un profond mal-être mais pas nécessairement un trouble mental. Bon nombre des personnes qui vivent avec des troubles mentaux n'ont pas de conduite suicidaire et toutes les personnes qui se suicident ne présentent pas de trouble mental.

L'élaboration d'une action nationale de prévention du suicide est l'occasion de s'atteler à prévenir le suicide à l'échelle mondiale d'une façon adaptée au contexte d'un pays. Indépendamment du degré d'implication d'un pays dans la prévention du suicide et des ressources qu'il y consacre, le processus même d'une telle élaboration permet déjà d'améliorer la prévention. Il constitue un élément fédérateur qui mobilise un éventail d'acteurs de la prévention du suicide et s'appuie sur leurs connaissances au moyen d'une démarche participative. Il en résulte une convergence des parties prenantes issues des gouvernements, des ONG, du secteur sanitaire et d'autres secteurs vers la création de stratégies nationales, durables et propres au pays fondées sur un modèle de santé publique. Bon nombre de ces parties prenantes, des groupes de soutien aux survivants aux groupes de défense des populations vulnérables, jouent déjà un rôle clé dans les activités de prévention du suicide menées à l'échelle de leur pays. Les ministères de la Santé et les décideurs politiques nationaux assurent, quant à eux, la coordination de ce processus. Un leadership fort garantit des objectifs bien définis et mesurables.

Pour être efficaces, les objectifs nationaux de prévention du suicide doivent viser à :

- renforcer la surveillance et la recherche ;
- identifier et cibler les groupes vulnérables ;
- améliorer l'évaluation et la prise en charge des comportements suicidaires ;
- promouvoir les facteurs de protection individuels et environnementaux ;
- sensibiliser le public en l'éduquant ;
- améliorer les attitudes et les croyances sociétales et éliminer la stigmatisation envers les personnes atteintes de troubles mentaux ou qui manifestent des comportements suicidaires ;
- réduire l'accès aux moyens de suicide ;
- encourager les médias à adopter de meilleures politiques et pratiques pour la couverture du suicide ; et
- soutenir les personnes endeuillées suite à un suicide.

Par ailleurs, tous les pays devraient revoir leurs dispositions juridiques en matière de suicide afin de veiller à ce qu'elles ne découragent pas les personnes concernées de demander de l'aide.

L'absence d'une stratégie nationale globale aboutie ne devrait pas empêcher de mettre en œuvre des programmes ciblés de prévention du suicide susceptibles de contribuer à une action nationale. Ces programmes permettent d'identifier les groupes vulnérables au risque de suicide et d'améliorer l'accès desdits groupes aux services et ressources dont ils ont besoin. Ils ont pour objectif de favoriser le bien-être mental et de réduire le risque de suicide. Lors de la conception de programmes ciblés, il est important de tenir compte de la diversité culturelle, de mettre à profit les avancées technologiques et d'incorporer la formation et l'éducation des groupes (153).

L'évaluation d'une action nationale globale est un élément important qui doit être intégré à toutes les interventions et tous les programmes ciblés de prévention. Elle constitue encore aujourd'hui un véritable défi (154). Tous les systèmes de service impliqués dans la prévention du suicide manquent de ressources et de compétences pour évaluer les programmes. Il s'avère donc fondamental de mettre en place les infrastructures de formation et d'éducation nécessaires, d'une part, et d'encourager et soutenir le partage d'informations relatives aux méthodes d'évaluation, d'autre part.

Étude de cas : Japon, la prévention du suicide face aux changements socioéconomiques

Contexte

En 1998, le Japon a enregistré une hausse significative du nombre de suicides qui est passé de 24 391 l'année précédente à 32 863. Entre 1978 et 1997, le nombre moyen de suicides par an était d'environ 25 000. La plupart des gens ont attribué cette rapide augmentation aux problèmes socioéconomiques du pays.

Cette hausse concernait toutes les tranches d'âge mais plus particulièrement les hommes d'âge moyen. Si les facteurs de risque étaient bien connus, le suicide n'en demeurait pas moins un véritable tabou social considéré comme un problème d'ordre personnel rarement abordé publiquement.

Les facteurs de changement

En 2000, la situation a commencé à changer lorsque les enfants dont les parents s'étaient suicidés ont brisé les tabous en osant raconter leur expérience dans les médias. En 2002, le ministère japonais de la Santé, du Travail et de la Protection sociale a organisé une « table ronde d'experts en mesures de prévention du suicide ». Le rapport qui en a découlé a indiqué qu'une politique de prévention du suicide ne doit pas uniquement porter sur les questions de santé mentale mais doit également inclure un examen à multiples facettes des facteurs psychologiques, sociaux, culturels et économiques. Ce rapport n'a toutefois été considéré que comme de simples recommandations d'experts et ne s'est pas traduit par une prise de mesures concrètes.

Ce n'est qu'aux alentours de 2005-2006, lorsque le suicide a commencé à être perçu au Japon comme un « problème social », que de telles mesures ont été mises en œuvre. En mai 2005, l'ONG LIFELINK a collaboré avec un député japonais à la création du premier forum consacré au suicide. Lors de ce forum, LIFELINK, ainsi que d'autres ONG, ont soumis des propositions urgentes en faveur d'une action globale de prévention du suicide. Le ministre de la Santé, du Travail et de la Protection sociale, qui a assisté au forum, a promis, au nom du gouvernement, de s'attaquer au problème du suicide, promesse largement relayée dans les médias.

Législation

Suite à cela, un groupe parlementaire bipartite a été formé en 2006 dans l'optique de soutenir l'élaboration d'une politique de prévention du suicide. Portée par une pétition comptant plus de 100 000 signatures en faveur d'une législation sur la prévention du suicide, la loi relative à la prévention du suicide au Japon (Basic Act for Suicide Prevention) a été adoptée en juin 2006. Le Cabinet du Japon a alors pris les rênes à la place du ministère de la Santé et la prévention du suicide est devenue une politique phare du gouvernement qui n'était plus circonscrite à un seul et unique ministère. En 2007, la politique intitulée « Principes généraux de la prévention du suicide » est entrée en vigueur avec pour objectif de lutter contre le suicide et de venir en aide aux survivants. La philosophie sous-jacente était qu'une politique de prévention du suicide aiderait à construire une société au sein de laquelle les citoyens pourraient vivre une vie épanouie. Diverses responsabilités ont été attribuées à l'État. Les principes de la loi expriment l'idée que les activités de prévention du suicide doivent tenir compte de la complexité des facteurs liés au suicide et ne doivent pas être axées uniquement sur les troubles mentaux. Ainsi, ces activités doivent inclure des composantes de prévention, d'intervention et de postvention et être menées en étroite collaboration avec les différentes parties prenantes.

Suite à la crise économique mondiale de 2008, le gouvernement japonais a obtenu un financement, en 2009, du « Fond régional de soutien d'urgence de la politique globale de prévention du suicide » ou Fond régional. Ce fond avait pour principal objectif de renforcer les activités locales de prévention du suicide, notamment les campagnes intensives de sensibilisation du public pendant le mois crucial de mars au cours duquel une augmentation du taux de suicide est généralement observée. En 2010, le gouvernement a décrété le mois de mars comme le mois national de la prévention du suicide. Il a également introduit des réformes concernant la collecte des données et chargé les services de la police nationale de diffuser, chaque mois, les statistiques détaillées du suicide au niveau municipal. Cela a facilité la promotion de mesures de prévention du suicide adaptées aux besoins locaux.

En 2012, la loi « Principes généraux de la prévention du suicide » a été révisée afin de mettre davantage l'accent sur le soutien aux jeunes et aux personnes ayant des antécédents de tentative de suicide.

Résultats

Après une baisse régulière amorcée en 2009, le nombre de suicides au Japon est passé, pour la première fois depuis 1998, sous la barre des 30 000 en 2012. Cette baisse concernait principalement les zones urbaines. Le taux de suicide chez les jeunes a continué d'augmenter, montrant ainsi la nécessité de mettre en œuvre de nouvelles interventions ciblées. Les taux de

suicide chez les personnes d'âge moyen et âgées ont, quant à eux, diminué, ce qui s'est traduit par une réduction générale. Les données des services de la police nationale ont également montré un net recul des suicides liés aux difficultés économiques et de subsistance.

Comment les pays peuvent-ils élaborer une stratégie nationale globale et en quoi une telle stratégie est-elle utile ?

Le développement d'une action nationale passe systématiquement par l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Une stratégie nationale marque clairement la volonté du gouvernement de prendre fait et cause pour la prévention du suicide et d'en faire une priorité. Elle fournit également un leadership et des orientations sur les activités essentielles de prévention du suicide fondées sur les données factuelles et les points prioritaires. Une stratégie permet d'identifier de façon claire les parties prenantes responsables de tâches spécifiques et montre à ces différents acteurs comment coordonner efficacement leurs efforts (145).

L'inclusion et l'intégration explicites de la prévention du suicide à d'autres partenariats et programmes de santé prioritaires (tels que les programmes consacrés au VIH/sida, à la santé des femmes et des enfants, aux maladies non transmissibles, et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé), d'une part, et aux lois et politiques d'autres secteurs pertinents (tels que l'éducation, l'emploi, le handicap, le système judiciaire, la protection des droits de l'homme, la protection sociale, la réduction de la pauvreté et le développement), d'autre part, constituent un moyen efficace de satisfaire aux prérequis pluridimensionnels d'une stratégie de prévention du suicide et d'en garantir la durabilité.

Il n'est point besoin d'attendre une stratégie nationale pour s'atteler à la prévention du suicide. Bon nombre de pays disposent déjà d'activités et de programmes. Mais une stratégie nationale peut aider à établir un plan général. Par la suite, les différentes régions d'un pays peuvent mettre ce plan en œuvre au niveau pertinent.

Les principes directeurs de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies nationales

Après avoir consulté un large éventail d'experts et reçu un soutien technique de l'OMS, les Nations Unies ont publié un document intitulé « Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies » (Prévention du suicide : directives pour la formulation et la mise en œuvre de stratégies nationales) (155). Ce document fondateur a souligné la nécessité de mettre en place une collaboration intersectorielle, des approches pluridisciplinaires ainsi qu'une évaluation et des révisions continues.

Il a également mis en exergue des activités et approches pour atteindre les objectifs des stratégies nationales. Depuis, certaines des composantes classiques d'une stratégie nationale de prévention du suicide ont évolué (Tableau 4).

À l'époque où les directives des Nations Unies ont été préparées, seule la Finlande était dotée d'une initiative systématique soutenue par le gouvernement visant à développer un cadre et un programme nationaux de prévention du suicide. Quinze ans plus tard, plus de 25 pays à revenu faible, intermédiaire et élevé ont adopté des stratégies nationales (ou, dans certains cas, régionales) de prévention des conduites suicidaires. La plupart d'entre eux reconnaissent l'importance des directives des Nations Unies dans l'élaboration de leurs stratégies.

Tableau 4. Composantes classiques d'une stratégie nationale

Composante	Objectifs
Surveillance	Augmenter la qualité et l'à-propos des données nationales sur le suicide et les tentatives de suicide. Soutenir la création d'un système intégré de collecte des données servant à identifier les groupes et les personnes vulnérables ainsi que les situations à risque.
Restriction des moyens	Limiter la disponibilité, l'accès et l'attrait des moyens de suicide (les pesticides, les armes à feu et les lieux en hauteur par exemple). Réduire la toxicité/létalité des moyens existants.
Médias	Promouvoir la mise en œuvre de directives relatives aux médias visant à encourager la couverture responsable du suicide dans la presse écrite et télévisée et dans les médias sociaux.
Accès aux services	Faciliter l'accès à l'ensemble des services destinés aux personnes vulnérables aux comportements suicidaires. Éliminer les obstacles aux soins.
Formation et éducation	Mener à bien des programmes complets de formation des sentinelles identifiées (les agents de santé, les éducateurs, les officiers de police par exemple). Aider les prestataires de soins de santé primaires et les professionnels de la santé mentale à mieux reconnaître et traiter les personnes vulnérables.
Traitement	Améliorer la qualité des soins cliniques et des interventions cliniques fondées sur les données factuelles, en particulier chez les personnes hospitalisées suite à une tentative de suicide. Améliorer la recherche en matière d'interventions efficaces et leur évaluation.
Interventions en cas de crise	Garantir aux communautés les capacités nécessaires pour mettre en œuvre les interventions appropriées en cas de crise et aux personnes en crise l'accès à des soins de santé mentale d'urgence, y compris par le biais de lignes téléphoniques d'assistance et d'Internet.
Postvention	Améliorer l'aide aux personnes touchées par le suicide et les tentatives de suicide ainsi que leur prise en charge. Fournir des services de soutien et de réadaptation aux personnes ayant des antécédents de tentative de suicide.
Sensibilisation	Lancer des campagnes d'information du public visant expliquer que le suicide est évitable. Élargir l'accès du public et des professionnels aux informations relatives à tous les aspects de la prévention des comportements suicidaires.
Lutte contre la stigmatisation	Promouvoir le recours aux services de santé mentale et aux services de prévention du suicide et de l'abus de substances psychoactives. Faire reculer la discrimination à l'égard des personnes qui utilisent ces services.
Supervision et coordination	Mettre en place des institutions ou des agences dont l'objectif est de promouvoir et coordonner la recherche, la formation et la fourniture de services en rapport avec les comportements suicidaires. Renforcer la réponse du système sanitaire et social aux conduites suicidaires.

Les principaux éléments à prendre en considération lors de la conception d'une stratégie nationale sont les suivants :

a) Faire de la prévention du suicide une priorité multisectorielle, indépendamment des ressources disponibles

L'objectif global d'une stratégie nationale de prévention du suicide est de promouvoir, coordonner et soutenir des plans d'action et des programmes intersectoriels de prévention des comportements suicidaires aux niveaux national, régional et local. Il convient d'établir des partenariats avec de multiples secteurs publics (tels que la santé, l'éducation, l'emploi, la justice, les ménages et la protection sociale) et d'autres secteurs, notamment privés, selon le contexte national.

b) S'adapter à la diversité

Si les stratégies nationales existantes présentent des composantes similaires, il n'en existe pas deux identiques. Cela s'explique en partie par le fait que le problème du suicide est différent dans chaque pays. Le suicide dépend d'un certain nombre de facteurs et sa concrétisation est influencée par les contextes culturels et sociaux. Bien que des facteurs de risques communs aient été identifiés à l'échelle mondiale, les interventions et les objectifs doivent être adaptés au contexte spécifique.

c) Établir des bonnes pratiques

En regardant de plus près les composantes des stratégies nationales existantes, l'on s'aperçoit que ces dernières constituent une véritable compilation d'interventions et de bonnes pratiques fondées sur les données factuelles qui, mises ensemble, forment une approche globale pour la prise en charge d'un large éventail de facteurs de risque et de protection propres à un pays. La conception, la mise en œuvre et l'évaluation de projets pilotes, de programmes ciblés et d'étapes constituent le fondement même d'une stratégie de prévention du suicide.

d) Octroyer des ressources (temps, argent, personnel)

Pour qu'une stratégie de prévention du suicide soit complète et coordonnée, elle doit être dotée de ressources humaines et financières dédiées, d'un calendrier de mise en œuvre et d'objectifs à court, moyen et long terme. L'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide suppose l'existence d'un modèle financièrement durable en vue d'atteindre les objectifs souhaités. Le cadre logique est l'un des nombreux outils de planification et d'évaluation des programmes pouvant être utilisés pour mettre en relief les liens entre le problème à résoudre, les activités à entreprendre et les résultats escomptés.

e) Assurer une planification et une collaboration efficaces

Indépendamment des outils que les pays choisissent d'employer, la planification et l'évaluation doivent faire l'objet d'une collaboration. La création d'un groupe national de planification permet aux parties prenantes de se pencher sur leurs hypothèses sous-jacentes, d'identifier les ressources et les contributions requises et de prévoir les activités qui généreront les résultats souhaités.

f) Tirer parti des résultats des évaluations et partager les leçons apprises

Il convient d'évaluer la stratégie de prévention du suicide et ses composantes, et de partager les résultats et les leçons apprises avec les parties prenantes concernées. Les résultats des évaluations seront sans doute mieux mis à profit s'ils sont adaptés à des publics spécifiques et assortis de recommandations appropriées. Il faudrait faire un compte-rendu à tous les acteurs impliqués dans l'évaluation et les encourager à apporter les modifications qui s'imposent au vu des résultats. La diffusion implique le partage objectif, cohérent et en temps opportun des leçons et des résultats de l'évaluation avec les publics concernés. La stratégie de notification devrait tenir compte des destinataires et des autres parties prenantes et les informations fournies (le style, le ton et le format employés) devraient être adaptées au public.

Étude de cas : Chili, le début d'un nouveau système

Contexte

Au cours des 20 dernières années, en particulier depuis l'an 2000, les taux de suicide ont rapidement augmenté au Chili. Ces taux sont les plus élevés chez les hommes âgés et la hausse la plus importante concerne les jeunes. Pour faire face à ces nouvelles tendances, plusieurs mesures ont été prises.

1. L'accès aux soins de santé mentale s'est largement amélioré grâce à la nouvelle législation intitulée « Garanties universelles en matière de soins de santé » qui est entrée en vigueur en 2005. Cette loi favorise l'accès aux soins de santé et couvre quatre troubles mentaux qui constituent chacun un important facteur de risque du suicide.

2. Le Plan national de prévention du suicide, élaboré en 2007 et approuvé officiellement il y a peu, inclut des stratégies de prévention fondées sur les données factuelles recommandées par l'OMS, à savoir :

- la surveillance régionale et nationale de tous les cas de suicide et de tentative de suicide en vue de définir les profils de risque régionaux et de vérifier la prestation des soins de santé ;
- quinze plans de prévention régionaux et intersectoriels coordonnés par l'autorité régionale de santé ;
- la formation des prestataires de soins de santé, en particulier le personnel des soins de santé primaires et des services d'urgence ;
- la mise en place de programmes de prévention dans les écoles, axés sur la protection socio-environnementale, l'apprentissage de l'estime de soi, les aptitudes à la vie quotidienne, les capacités à faire face aux situations de crise et à prendre des décisions ;
- la création d'un système d'aide en cas de crise, notamment par le biais d'un service téléphonique, d'une page web et d'un programme d'intervention disponible dans chacun des 29 services généraux de santé du pays ; et
- la conception d'un programme d'éducation des médias visant à réduire la couverture médiatique inappropriée et à mettre en avant le rôle protecteur que les médias pourraient jouer.

Objectifs futurs

La stratégie nationale du Chili en matière de santé pour la période 2011-2020 vise à réduire de 10 % le taux de suicide chez les jeunes.

La mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention du suicide

Lors de la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention du suicide, il convient de définir clairement les intrants, les extrants et les résultats associés afin de déterminer la voie à suivre. Selon son orientation, la stratégie peut être menée au niveau national mais appliquée au niveau local. Des exemples d'intrants, d'extrants et de résultats d'un cadre logique sont présentés ci-dessous. La section d'après examine en détail l'évaluation des extrants, des résultats et des impacts.

Les intrants

Il s'agit des ressources, des contributions et des investissements nécessaires à la mise en œuvre des activités, à savoir :

- une source de financement et un financement durable ;
- des effectifs formés en nombre suffisant, ou le renforcement des capacités ;
- un leadership et une collaboration durables ;
- des programmes de prévention fondés sur les données factuelles et culturellement adaptés ;
- des données accessibles ;
- des partenaires de mise en œuvre bien identifiés ; et
- une volonté politique.

Les extrants

Ce sont les activités, les produits et les services fournis aux publics visés, à savoir :

- les programmes de formation des sentinelles ;
- les campagnes d'éducation du public ;
- l'accès aux soins ;
- les programmes communautaires et les services téléphoniques d'assistance ;
- les programmes de traitement et de continuité des soins ;
- la postvention ;
- les interventions visant à limiter l'accès aux moyens de suicide ;
- les directives relatives aux médias ; et
- la mise en œuvre des politiques.

Source: communication du ministère de la Santé, Chili

Les résultats

Il s'agit des changements, des aboutissements et des effets bénéfiques auxquels sont parvenus les personnes, les groupes, les agences, les communautés et/ou les systèmes grâce aux activités et aux autres extrants. Certains sont des résultats spécifiques qui peuvent être à court, moyen ou long terme et doivent pouvoir être mesurés, à savoir :

- le nombre de suicides et de tentatives de suicide ;
- le nombre de personnes formées ou influencées par des activités individuelles ;
- le nombre d'heures de services accessibles ;
- le nombre de patients traités ;
- les mesures montrant un recul de la stigmatisation perçue concernant la demande d'aide ;
- l'amélioration de la prestation des services de santé mentale ;
- la santé mentale, le bien-être ou les liens sociaux ;
- les mesures montrant le rapport coût-efficacité ; et
- la réduction des taux d'hospitalisation suite à une tentative de suicide ou du nombre de décès par suicide.

L'importance des données

Pour mettre en œuvre une stratégie nationale, il convient en premier lieu de bien comprendre le problème à résoudre, atténuer, changer ou prévenir. La surveillance fait référence à la collecte systématique de données spécifiques aux résultats (et surtout aux suicides et tentatives de suicide) « à des fins de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des pratiques en matière de santé publique » (156). Dans la plupart des pays, les systèmes de surveillance, qui fournissent des données de routine sur le suicide collectées systématiquement et aident à déterminer les cibles programmatiques des interventions et à orienter l'élaboration d'initiatives politiques, sont inexistantes ou, au mieux, très basiques. Concrètement, la majorité des pays ne savent pas quelles sont les principales méthodes de suicide utilisées ni le pourcentage des suicides précédés d'une ou plusieurs tentatives. Afin d'évaluer la réussite, ou l'échec, des efforts de réduction des suicides, des tentatives de suicide ou de l'impact du suicide sur la société, des données valides et fiables sont nécessaires (voir également l'Encadré 9). L'amélioration de la qualité dépend de la disponibilité de données indiquant les domaines à perfectionner.

L'adaptation des programmes en vue de leur mise en œuvre

Souvent, les pays disposent déjà de programmes qu'il est possible d'élargir ou d'adapter de manière à inclure dans une stratégie nationale les populations ciblées et les résultats identifiés. Parfois, de nouveaux programmes doivent être conçus et mis en œuvre. Il faudra alors tenir compte du contexte propre à chaque pays et de la façon dont ce dernier envisage la prévention du suicide. Par exemple, si, dans un pays, les données montrent un taux de

suicide élevé chez les jeunes au sein de groupes culturels spécifiques, l'application de la stratégie nationale en matière de suicide devra être particulièrement axée sur les jeunes. Il n'existe pas d'approche universelle du suicide. On ne peut pas s'attendre à ce que les interventions qui fonctionnent dans un pays ou une région soient efficaces ailleurs sans, au préalable, tenir compte du contexte et adapter les interventions à leur finalité.

La définition des priorités

Au vu des réalités fiscales de la plupart des pays, les stratégies de prévention du suicide à composantes multiples devront probablement être introduites graduellement une à une. Pour tirer le meilleur parti des ressources limitées, notamment humaines et financières, les pays doivent définir leurs priorités. Un état des lieux des besoins des différents secteurs en termes de personnel, de leadership et/ou de collaboration s'impose pour mettre en œuvre une stratégie. Pour les pays aux ressources limitées, il est particulièrement vital d'identifier les meilleures possibilités d'interventions immédiates en fonction des programmes existants ou de ceux qui peuvent être adaptés facilement. Les pays qui ont réalisé leurs objectifs de prévention du suicide à court terme peuvent disposer des ressources nécessaires pour commencer à se pencher sur des changements systémiques à long terme.

Les défis de la mise en œuvre

Dans bon nombre de cas, pour mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide, les personnes et leurs organisations doivent modifier leur façon de fonctionner. Ce faisant, elles vont se heurter à certaines difficultés qui dépendent du contexte mais peuvent inclure (157) :

- les connaissances limitées des parties prenantes sur la façon de modifier leur fonctionnement pour s'adapter aux données factuelles ;
- les croyances, attitudes et appréciations personnelles concernant le changement ainsi que les risques et les bénéfices perçus ;
- les compétences et les capacités individuelles pour mener à bien le changement ;
- une collaboration et un leadership défaillants ;
- des obstacles matériels, notamment le manque de ressources, d'équipement ou de personnel ;
- l'environnement politique ou social.

Les obstacles potentiels doivent être identifiés et éliminés. Une approche consultative et participative, avec les contributions des parties prenantes, et un retour d'information, permettra de réduire les obstacles au niveau individuel. La formation à de nouvelles compétences devrait être une composante essentielle de toute stratégie nationale.

Étude de cas : Suisse, la réponse à la diversité

Contexte

En Suisse, les taux de suicide se situent dans la moyenne des autres pays européens. En 2011, 1034 personnes se sont suicidées dans le pays.

La Suisse est dotée d'une structure fédérale, l'Office fédéral de la santé publique, qui traite les problématiques générales telles que l'assurance santé et l'information dans le domaine de la santé. Les 26 cantons sont responsables de la prévention du suicide, ce qui ne facilite pas la coordination d'une action globale à l'échelle du pays. Malgré cela, les activités de prévention du suicide, telles que la stratégie de prévention du suicide 2010-2015 du canton de Zoug, sont une réussite au niveau cantonal. Voici quelques exemples de progrès accomplis dans les cantons Suisse en matière de prévention du suicide :

- des projets de limitation de l'accès aux moyens de suicide ;
- le suivi des médias ;
- la surveillance ;
- des interventions à court terme destinées aux personnes ayant fait une tentative de suicide ainsi qu'un suivi ;
- la formation des sentinelles ;
- des activités de sensibilisation dans le cadre de la Journée mondiale de prévention du suicide ;
- des groupes d'entraide pour les personnes endeuillées ;
- des services téléphoniques d'urgence.

Les difficultés inhérentes à un état fédéral

En dépit du succès rencontré par les activités et les programmes de prévention du suicide au niveau local, le manque de coordination à l'échelle du pays continue de poser problème aux cantons. Cela peut se traduire par :

- l'impossibilité pour les cantons de partager les bonnes pratiques et d'apprendre les uns des autres ;
- un manque de coordination nationale en matière d'allocation et de surveillance des ressources ;
- un déséquilibre entre les cantons. Les interventions de prévention du suicide dépendant de la motivation de chaque canton, les ressources et les activités disponibles peuvent varier.

La voie à suivre

Depuis 2011, la pression politique en faveur d'une action de prévention du suicide a augmenté au niveau national. Une motion demandant à l'Administration fédérale (en l'occurrence l'Office fédéral de la santé publique) de mettre au point un plan d'action de prévention du suicide a été adoptée par le Parlement. Toutes les parties prenantes (les cantons, les ONG, etc.) doivent être impliquées dans ce processus et la base juridique doit être établie.

Comment suivre les progrès dans le cadre de l'évaluation d'une stratégie nationale de prévention du suicide ?

L'évaluation est une composante à part entière de toute stratégie nationale de prévention du suicide. Elle y apporte une valeur ajoutée de plusieurs façons.

La production de connaissances : l'évaluation fournit aux différents groupes de parties prenantes d'importantes informations concernant les avancées de la stratégie, ses points forts et ses points faibles. Ces informations peuvent ensuite servir à surveiller l'obtention des résultats à court, moyen et long termes. En outre, elles permettent d'apporter les éventuelles modifications nécessaires et d'orienter la planification et l'octroi de ressources à venir (158).

La planification et la gestion : l'évaluation propose des moyens d'améliorer la planification et la gestion de la stratégie nationale et des activités qui la composent. Elle favorise la conception de plans clairs axés sur les résultats, de partenariats inclusifs et de systèmes de collecte des données et de remontée d'informations visant à encourager l'apprentissage et l'amélioration continue (154).

La responsabilité : l'évaluation est un outil qui permet de rendre des comptes aux bailleurs de fonds, aux législateurs et au grand public. Elle aide à garantir que les approches les plus efficaces continuent à être employées et que les ressources ne sont pas gaspillées dans des programmes inefficaces (158).

La plupart des stratégies nationales couvrent une période définie de 5 à 10 ans et incluent une multitude d'objectifs, d'actions et de cibles. Il se peut qu'au cours de cette période certaines interventions prévues et planifiées ne soient pas mises en œuvre ou poursuivies. Si une stratégie nationale ne parvient pas à réduire les comportements suicidaires, à atténuer les facteurs de risque et à renforcer les facteurs de protection, il est primordial de déterminer si cet échec est dû à un défaut de mise en œuvre.

Bien que les pays soient de plus en plus nombreux à élaborer et appliquer des stratégies nationales de prévention du suicide, les évaluations exhaustives et systématiques n'en demeurent pas moins limitées (159, 160, 161). Les évaluations portant sur l'efficacité des stratégies nationales mettent au jour des résultats contradictoires. En effet, dans certains pays, les stratégies sont associées à une réduction significative des taux de suicide au sein de la population générale (par exemple en Finlande et en Écosse), alors que, dans d'autres (en Australie, en Norvège et en Suède), les effets sont limités (159, 162). Il convient néanmoins d'interpréter les résultats des évaluations avec prudence car les informations relatives à la mise en œuvre des activités sont de faible qualité. Les analyses de l'évolution des taux de suicide ou des facteurs de risque et de protection varient également entre les pays, ce qui ne facilite pas les comparaisons.

Étude de cas : Écosse, une stratégie multisectorielle complète

Initiative

En 2002, une stratégie nationale de prévention du suicide assortie d'un plan d'action, intitulée *Choose Life*, a été lancée avec pour objectif de réduire de 20 % de le taux de suicide en Écosse à l'orée de 2013. Le pays avait vu son taux de suicide augmenter, en particulier chez les hommes, pour atteindre 27 pour 100 000 en 2001 (9 pour 100 000 chez les femmes). La stratégie *Choose Life*, Choisir la vie, a été conçue et mise en œuvre dans le cadre d'un programme national de santé mentale qui, lui-même, s'inscrit dans des engagements politiques plus larges pris par l'exécutif écossais, à savoir améliorer la santé de la population, promouvoir la justice sociale et lutter contre les inégalités. Ainsi, les efforts de prévention du suicide sont entrepris dans un cadre élargi d'initiatives et d'objectifs politiques qui tendent tous vers un seul et unique but global, qui n'est autre que l'amélioration de la santé mentale de la population.

Un réseau national composé de représentants des conseils locaux, des services de police, d'ambulances, d'urgence et de prise en charge des accidents, de l'administration pénitentiaire et des principales ONG a été créé ainsi qu'un programme national de formation et de renforcement des capacités. Un plan de mise en œuvre, axé sur 32 conseils locaux, a été mis au point. Chaque plan local se concentrait sur trois objectifs prioritaires :

- coordonner l'action de prévention du suicide entre les différents services concernés, à savoir les services sociaux et de santé, d'éducation, du logement, de police, de protection sociale et de l'emploi ;
- concevoir des programmes de formation pluridisciplinaires visant à renforcer les capacités à soutenir la prévention du suicide ;
- fournir une aide financière aux interventions locales menées dans les communautés et les quartiers.

Entre 2002 et 2006, le gouvernement écossais a consacré environ 25 millions d'euros à la mise en œuvre de la stratégie *Choose Life*.

Résultats

En 2006, une évaluation indépendante des processus et une estimation des résultats intermédiaires ont été réalisées lors de la première phase de mise en œuvre de la stratégie. L'évaluation a montré que d'importants progrès avaient été réalisés concernant plusieurs étapes clés mais qu'il était nécessaire d'insister davantage sur la durabilité en continuant d'incorporer les objectifs de la stratégie *Choose Life* à d'autres volets politiques nationaux. Elle a également souligné le besoin d'une action ciblée telle que l'amélioration de l'intégration des services cliniques, notamment des services de traitement de l'usage nocif de substances psychoactives, au niveau du pays.

En Écosse, sur la période située entre 2000-2002 et 2010-2012, le taux de suicide a baissé de 18 %. Une évaluation de la stratégie *Choose Life* a été réalisée en 2012. Il est toutefois difficile de déterminer si la chute du taux de suicide peut être attribuée au programme dans son ensemble ou à certaines de ses composantes en particulier.

Les défis de l'évaluation

L'évaluation d'une stratégie nationale de prévention du suicide ne se fait pas en vase clos. Elle est influencée par des contraintes du monde réel (158). Elle doit être concrète, réalisable et menée dans les limites des ressources et du temps disponibles, et du contexte politique, social et économique d'un pays. Il n'existe pas d'évaluation idéale. Au cours de la mise en œuvre de la stratégie, tout type d'évaluation peut s'avérer approprié. Les comparaisons des variations régionales des efforts de prévention du suicide entre les états/territoires et les communautés locales peuvent donner des leçons précieuses sur les types de structures de mise en œuvre les plus efficaces (163). Dans les pays où les comportements suicidaires sont toujours considérés comme illégaux et rejetés tant par la société que par les religions, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies de prévention du suicide seront entravées par la forte stigmatisation à l'égard du suicide et le manque de données fiables sur la mortalité qui lui est associée (164, 165).

Dans la mesure où de nombreux autres facteurs peuvent influencer sur les taux de suicide et d'autres indicateurs, il s'avère particulièrement difficile d'attribuer les résultats ou les effets observés à la stratégie de prévention du suicide. Cette difficulté constitue l'un des principaux problèmes de conception de tout plan d'évaluation (166). Par exemple, une sensibilisation accrue et de meilleures données peuvent se traduire par davantage de communication et des informations plus fiables concernant les suicides qui, auparavant, seraient passés inaperçus. Les taux pourraient s'en trouver augmentés (159, 167). Par ailleurs, les bouleversements, comme les crises économiques, peuvent avoir un effet néfaste sur la santé de la population et le suicide en réduisant, par exemple, la capacité financière à faire face à ces questions. Par conséquent, il est tout à fait primordial de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit une stratégie (l'histoire, l'organisation ainsi que le milieu social et politique plus vaste). Cela permettra d'améliorer la conception et la réalisation des évaluations (154).

Il existe une lacune en termes d'évaluation rigoureuse des stratégies de prévention du suicide prometteuses. Si bon nombre d'interventions nouvelles et innovantes ont été identifiées et mises en œuvre à l'échelle mondiale, elles doivent encore être évaluées. Ce problème concerne particulièrement les pays à revenu faible qui ont peut-être tiré des enseignements essentiels en matière de mise en œuvre de la prévention du suicide, lesquels, en raison de l'absence de données, sont perdus à jamais. Il en résulte alors un parti pris en faveur des interventions et des recommandations en provenance de pays dotés d'un secteur universitaire actif. Accroître le nombre d'évaluations, en particulier dans les pays à revenu faible, pourrait combler cette sérieuse lacune.

Le coût et le rapport coût-efficacité des efforts de prévention du suicide

Il est important d'intégrer à l'évaluation une estimation des coûts liés à la mise en œuvre des interventions dans différents milieux, cultures et contextes, ainsi que des ressources nécessaires. Il convient également d'inclure des données qualitatives sur les réussites et les obstacles en matière de mise en œuvre (168). Les évaluations économiques qui tiennent compte des questions de contexte et de mise en œuvre peuvent aider à déterminer si les interventions qui sont efficaces et présentent un bon rapport coût-efficacité dans un pays sont réalisables dans d'autres pays. Là où les ressources sont limitées, l'estimation du rapport coût-efficacité peut aider à répartir au mieux les ressources.

Outre des données probantes sur l'effet ou l'impact des stratégies de prévention du suicide, les planificateurs et les décideurs politiques ont besoin d'informations relatives aux coûts prévus de la mise en œuvre et au rapport coût-efficacité afin de veiller à l'utilisation optimale des ressources. Par exemple, une étude économique de l'auto-intoxication au Sri Lanka est parvenue à déterminer que les ressources nécessaires pour les traitements dans le pays s'élèveraient à 866 000 dollars américains en 2004 (chaque cas traité coûtant en moyenne 32 dollars) (169).

À l'échelle mondiale, les études économiques solides indiquant aux planificateurs et aux décideurs politiques les ressources nécessaires et les retours sur investissement associés aux efforts de prévention du suicide sont trop peu nombreuses. Une analyse des stratégies de prévention du suicide récemment publiée par l'OMS, qui incluait le coût comme paramètre d'intérêt, a montré que deux tiers des stratégies jugées efficaces ou prometteuses entraient dans la catégorie peu onéreuse à laquelle étaient par ailleurs étroitement associées les approches de prévention universelles ou sélectives (en opposition aux approches indiquées) (40).

Dans certains pays, l'inclusion d'une composante économique aux essais cliniques financés a généré des données factuelles sur le rapport coût-efficacité de certaines stratégies. Citons, par exemple, l'entraide en ligne en vue de réduire l'idéation suicidaire aux Pays-Bas (170) ou les traitements cognitifs-comportementaux des personnes qui présentent des antécédents d'actes autoagressifs au Royaume-Uni (171). D'autres études économiques ont utilisé une modélisation afin d'estimer les coûts et les avantages escomptés dans le temps. C'est le cas du projet australien Assessing Cost-Effectiveness (ACE) in Prevention (évaluer le rapport coût-efficacité dans la prévention) qui a procédé à l'évaluation comparative des rapports coût-efficacité d'un certain nombre d'interventions dont (172) :

- la réduction de l'accès aux moyens de suicide en révisant la loi sur la possession d'armes à feu (pour une économie s'élevant à plus de 50 000 dollars australiens pour chaque année de vie en bonne santé supplémentaire) ;
- l'élaboration de directives pour une couverture médiatique plus responsable (27 000 dollars australiens économisés par année de vie en bonne santé tant qu'au moins un suicide est évité).¹

Ce type d'études illustre bien comment les analyses économiques doivent être réalisées et la mesure dans laquelle les stratégies nationales de prévention du suicide peuvent s'appuyer sur ces analyses.

¹ On considère comme saine une année de vie passée en parfaite santé, sans handicap ou morbidité.

La voie à suivre en matière de prévention du suicide

Mythes autour du suicide

Mythe

~~Parler du suicide est une mauvaise idée et peut être interprété comme un encouragement à passer à l'acte.~~

Fait

En raison de la stigmatisation très répandue associée au suicide, la plupart des personnes qui envisagent de se suicider ne savent pas vers qui se tourner. Aborder ouvertement le sujet n'incite pas à se suicider. Au contraire, cela ouvre d'autres possibilités à la personne concernée, ou lui laisse le temps de revenir sur sa décision, ce qui peut éviter un suicide.

Les actions possibles et les acteurs concernés

Il est temps d'agir pour faire de la prévention une réalité. Les approches de la prévention du suicide ont évolué au gré des changements d'attitudes et de croyances des communautés concernant le suicide. Dans bien des contextes, la stigmatisation des personnes qui cherchent à se faire aider a reculé. Aujourd'hui, les décideurs politiques et les autres parties prenantes doivent se rallier au renforcement du dialogue public sur le suicide et tirer parti de cet environnement pour lancer une action. Pour de nombreux pays, il reste beaucoup de chemin à parcourir. En outre, d'importants obstacles à la mise en œuvre de stratégies de prévention du suicide demeurent. Cette section du rapport propose des voies à suivre aux pays, quel que soit leur état d'avancement dans le domaine.

Ouvrir la voie

Les ministres de la Santé ont un rôle important à jouer dans le leadership et la fédération des parties prenantes d'autres secteurs de leur pays afin de travailler main dans la main. Ils peuvent faciliter la coordination entre les différents secteurs, notamment l'éducation, les médias publics, la justice, le travail, la protection sociale, la religion, les transports et l'agriculture, afin de les engager efficacement dans des activités de prévention du suicide qui utilisent la base des connaissances actuelles en matière de prévention. Cet engagement peut ensuite être mis à profit.

Les mesures que les pays devront prendre dépendent de leur état d'avancement sur la voie de la prévention du suicide. Le Tableau 5 dresse une liste des exemples d'actions stratégiques que les pays peuvent mettre en œuvre pour progresser en la matière. Ces actions se fondent sur les meilleures données factuelles disponibles décrites dans le présent rapport. Le tableau montre un éventail d'activités et d'options préventives déjà existantes qui peuvent être envisagées dans le cadre de plusieurs domaines stratégiques.

Les pays qui ne mènent aucune activité à l'heure actuelle

Dans les pays qui n'ont pas encore mis en place des activités de prévention du suicide, c'est l'action qui prime. Ces pays peuvent rechercher des parties prenantes et développer des activités opportunément, là où les besoins sont les plus criants ou là où des ressources existent déjà. Ce faisant, et en analysant la situation, ils pourraient s'apercevoir que certains groupes communautaires ont déjà commencé à travailler sur des activités de prévention du suicide à petite échelle. Pour en élargir la portée, ces groupes auront souvent besoin d'un meilleur soutien et cela passe par une collaboration renforcée. Par ailleurs, il est important d'améliorer la surveillance à ce

stade, bien que les pays puissent le faire parallèlement au lancement d'interventions de prévention du suicide pertinentes, et non à son détriment.

Les pays qui mènent déjà certaines activités

Dans les pays où il existe déjà un certain nombre d'activités de prévention du suicide, il peut s'avérer productif de concentrer, en premier lieu, les efforts sur la consolidation en réalisant une analyse de la situation. Ces pays peuvent appréhender les lacunes au niveau des services et travailler à l'élaboration d'une action nationale globale en identifiant et en recensant toutes les parties prenantes, d'une part, et en déléguant des rôles et des responsabilités dans le cadre de l'action nationale, d'autre part. Il convient de porter une attention particulière au contexte et aux groupes vulnérables et de hiérarchiser les facteurs de risque en conséquence.

Les pays qui mènent déjà une action nationale

Les pays déjà dotés d'une stratégie nationale relativement complète peuvent axer leurs efforts sur l'évaluation et l'amélioration. Si l'évaluation est tout aussi importante pour assurer une amélioration continue à des stades moins avancés, à ce stade, les ressources nécessaires aux évaluations approfondies devraient être plus facilement accessibles. L'important, pour ces pays, est d'inclure les nouvelles données en temps opportun et de veiller à ce que la stratégie nationale gagne en efficacité.

Une prévention du suicide efficace suppose un cycle continu d'apprentissage et de mise en pratique. Réfléchir aux progrès accomplis et anticiper les prochaines étapes de façon régulière peuvent s'avérer de véritables atouts pour les ministres de la Santé et les autres responsables de la prévention du suicide. Une analyse FFPM ou tout autre outil d'analyse de la situation peut être employé pour mesurer les progrès (voir Encadré 8). Les analyses de la situation bien menées permettent d'identifier les points forts à renforcer, les points faibles à améliorer, les possibilités à explorer et les menaces à éliminer.

Encadré 8.

Réaliser une analyse de la situation : l'exemple FFPM

Pour progresser de façon continue, la prévention du suicide exige de l'engagement et une réflexion constante sur les réalisations passées et les prochaines étapes potentielles. Les ministres de la Santé ainsi que les responsables de la prévention du suicide d'autres secteurs ont tout à gagner à réaliser régulièrement des analyses de la situation portant sur l'état des efforts de prévention du suicide dans le pays. Il existe plusieurs modèles pour de telles analyses et il est important d'en choisir un qui soit connu et considéré comme adapté aux besoins locaux. L'analyse FFPM est une approche

relativement directe. Il s'agit d'un outil de planification qui peut servir à fixer des objectifs et à déterminer les étapes à franchir pour réaliser ces objectifs. L'analyse FFPM consiste à répondre à des questions sur les **F**orces, les **F**aiblesses, les **P**ossibilités et les **M**enaces relatives à la prévention du suicide. Au cours d'une analyse de la situation, de type FFPM ou autre, il convient de prendre en considération les ressources existantes, la volonté politique, les options politiques et législatives ainsi que les partenariats entre les différents secteurs.

Exemple d'une analyse FFPM pour la surveillance :

Forces	Faiblesses	Possibilités	Menaces
Des données nationales sur la mortalité associée au suicide sont déjà disponibles.	Les données relatives aux tentatives de suicide sont insuffisantes.	Le ministre de l'Éducation propose d'ajouter des questions sur les comportements suicidaires à la prochaine enquête nationale sur la consommation de drogues chez les élèves du secondaire.	Les ressources nécessaires pour l'analyse et la diffusion des résultats. Les partenariats avec les chercheurs et les médias sont limités.

Le Tableau 5 indique des domaines pouvant faire l'objet d'une action stratégique. Ces domaines concernent l'engagement des parties prenantes appropriées qui peuvent œuvrer à la réduction du suicide en travaillant dans leur propre secteur ou dans d'autres, les efforts visant à réduire l'accès aux moyens de suicide, l'amélioration de la collecte systématique de données de surveillance afin de comprendre les tendances en matière de suicide, le suivi des effets des efforts de prévention dans le temps, les mesures visant à chasser les idées reçues et sensibiliser au fait que le suicide est un problème de santé publique évitable, ainsi que la mobilisation du système de santé.

Les colonnes du tableau contiennent des suggestions d'étapes vers chacune des actions stratégiques sans tenir compte de l'état d'avancement du pays dans la mise en œuvre d'une stratégie de prévention du suicide réussie. Le but souhaité est que les partenaires utilisent ces informations pour réfléchir aux actions stratégiques qu'ils doivent mener. Le tableau désigne un ou plusieurs responsables potentiels pour chaque action stratégique parmi les parties prenantes.

Ces dernières peuvent utiliser la liste pour identifier les actions supplémentaires qui viendront compléter les activités déjà menées et combler les lacunes de l'approche nationale de la prévention du suicide.

Si l'on souhaite garantir la participation des différents secteurs, il est fondamental de mobiliser les principales parties prenantes. Ce tableau peut servir aussi bien à réfléchir à la façon dont chaque secteur contribue, à l'heure actuelle, à la prévention du suicide qu'à identifier les possibilités d'élargir les contributions de ces secteurs, ou d'en tirer parti, pour amener d'autres partenaires à intervenir ou faciliter les progrès d'autres actions de prévention du suicide.

Tableau 5. Les actions stratégiques proposées en matière de prévention du suicide (classées par niveaux actuels de mise en œuvre)

Domaines d'action stratégique	Parties prenantes responsables	Pas d'activité (à l'heure actuelle, il n'existe aucune action de prévention du suicide au niveau national ou local)	Quelques activités (certaines activités de prévention du suicide ont été lancées dans des domaines prioritaires, au niveau national ou local)	Une stratégie de prévention du suicide établie existe déjà au niveau national
Engager les parties prenantes	Le ministère de la Santé ou tout autre organisme de coordination de la santé	Commencer l'identification et la mobilisation des principales parties prenantes dans les domaines prioritaires du pays ou dans ceux où des activités existent déjà.	Identifier toutes les principales parties prenantes dans les différents secteurs concernés et les inciter à s'engager sans réserve dans les activités de prévention du suicide. Répartir les responsabilités.	Évaluer régulièrement les rôles, les responsabilités et les activités de toutes les parties prenantes. Mettre à profit les résultats pour élargir la participation du secteur et accroître l'implication des parties prenantes.
Réduire l'accès aux moyens de suicide	Les systèmes juridique et judiciaire, les décideurs politiques, les secteurs de l'agriculture et des transports	Déployer des efforts pour limiter l'accès aux moyens de suicide par le biais d'interventions communautaires.	Coordonner et intensifier les efforts de réduction de l'accès aux moyens de suicide existants (y compris les lois, les politiques et les pratiques au niveau national).	Évaluer les efforts visant à limiter l'accès aux moyens de suicide. Mettre à profit les résultats de cette évaluation pour améliorer les actions.
Exercer une surveillance et améliorer la qualité des données	Le ministère de la Santé, le bureau des statistiques, toutes les autres parties prenantes et, en particulier, les systèmes de santé formels et informels pour la collecte des données	Commencer les activités de surveillance, en hiérarchisant les données relatives à la mortalité, à l'aide des informations de base sur l'âge, le sexe et les méthodes de suicide. Commencer à identifier les lieux représentatifs pour la conception de modèles.	Mettre en place un système de surveillance du suicide et des tentatives de suicide au niveau national (y compris la ventilation supplémentaire) et veiller à la fiabilité, la validité et la disponibilité publique des données. Établir des modèles de données réalisables qui soient efficaces et puissent être passés à grande échelle.	Surveiller, en temps utile, les attributs clés tels que la qualité, la représentativité, l'opportunité, l'utilité et le coût du système de surveillance. Mettre à profit les résultats pour améliorer le système. Transposer les modèles efficaces à une plus grande échelle pour assurer une couverture exhaustive et une qualité élevée des données.
Sensibiliser	Tous les secteurs, sous la houlette du ministère de la Santé et des médias	Organiser des activités visant à informer le public que les suicides sont évitables. S'assurer que les messages atteignent certaines des régions ou des populations visées et sont relayés par au moins un canal largement accessible.	Concevoir des campagnes stratégiques de sensibilisation et les mettre en œuvre au niveau national au moyen d'informations basées sur les données factuelles. Employer des méthodes et des messages adaptés aux populations ciblées.	Évaluer l'efficacité des campagnes de sensibilisation du public. Mettre à profit les résultats pour améliorer les futures campagnes.
Engager les médias	Partenariat entre les médias et le ministère de la Santé	Entamer un dialogue avec les médias concernant la couverture responsable du suicide.	Prendre contact avec les principaux médias du pays afin de les inciter à élaborer leurs propres normes et pratiques visant à garantir la couverture responsable du suicide. Collaborer avec les parties prenantes du secteur des médias pour promouvoir les ressources en matière de prévention et une orientation appropriée.	Évaluer la couverture médiatique des suicides. Mobiliser et former tous les médias à la couverture responsable. Organiser, en temps utile, des formations pour ceux qui débutent dans le métier.
Mobiliser le système de santé et former les agents de santé	Les systèmes formels et informels de santé, le secteur de l'éducation	Lancer la planification et la mise en œuvre de soins pour les personnes qui tentent de se suicider. Former les agents de santé.	Assurer l'accès à des soins d'urgence fondés sur les données factuelles, des soins cliniques et des services de postvention au niveau national. Dispenser des cours de remise à niveau aux agents de santé. Adapter les programmes de formation aux agents de santé.	Exercer des activités régulières de suivi et d'évaluation des services existants. Mettre à profit les résultats pour améliorer les soins proposés.

Domaines d'action stratégique	Parties prenantes responsables	Pas d'activité (à l'heure actuelle, il n'existe aucune action de prévention du suicide au niveau national ou local)	Quelques activités (certaines activités de prévention du suicide ont été lancées dans des domaines prioritaires, au niveau national ou local)	Une stratégie de prévention du suicide établie existe déjà au niveau national
Faire évoluer les attitudes et les croyances	Les médias, le secteur des services de santé, le secteur de l'éducation, les organisations communautaires	Commencer à mettre en œuvre des activités visant à réduire la stigmatisation à l'égard des personnes suicidaires qui demandent de l'aide. Favoriser la démarche de demande de soutien.	Faire évoluer les attitudes en faveur de l'utilisation des services de santé mentale et faire reculer la discrimination à l'encontre des usagers de ces services.	Mener des évaluations régulières pour suivre l'évolution des attitudes et des croyances du public relatives au suicide, aux troubles de la santé mentale et aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, ainsi qu'à la demande d'aide.
Mener des activités d'évaluation et de recherche	Les services sanitaires concernés de la communauté, le secteur de l'éducation et le ministère de la Santé	Commencer à planifier et à hiérarchiser les recherches nécessaires en matière de prévention du suicide. Rassembler les données existantes (les décès par suicide par exemple).	Élargir la recherche existante, octroyer des ressources en vue de guider et d'évaluer les efforts de prévention du suicide au niveau régional et/ou national.	Évaluer régulièrement le portefeuille de recherche afin de suivre les avancées scientifiques et d'identifier les lacunes dans les connaissances. Réorienter les ressources en fonction de l'évaluation.
Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale globale de prévention du suicide	Le ministère de la Santé	Commencer à élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide qui servira d'élément fédérateur, même si les données et les ressources ne sont pas encore disponibles.	Poursuivre l'élaboration d'une stratégie nationale et veiller à ce qu'elle soit complète, multisectorielle et à ce qu'elle comble toutes les lacunes en matière de services et de mise en œuvre.	Évaluer et suivre la mise en œuvre de la stratégie et de ses résultats afin d'identifier les composantes les plus efficaces. Utiliser les résultats pour mettre en permanence à jour la stratégie.

Le Tableau 5 n'est en aucun cas exhaustif. Il a pour objectif de favoriser l'amélioration continue et de proposer des idées d'actions à mener. Il contient des exemples d'actions stratégiques ou des progrès à envisager. Il ne prétend pas fournir une formule toute faite ou un modèle de prévention du suicide.

Au fur et à mesure des avancées, deux points principaux doivent être pris en considération. Tout d'abord, les activités de prévention du suicide doivent être menées de front avec la collecte des données (voir l'Encadré 9). La collecte et le rassemblement de données fiables sur le suicide et les tentatives de suicide sont importants et posent de grandes difficultés à la plupart des pays. Attendre un système de surveillance parfait n'est pourtant pas une solution. Les pays doivent améliorer la surveillance au fur et à mesure de la mise en œuvre des interventions de prévention du suicide et apporter les modifications qui s'avèrent nécessaires en réponse aux données obtenues.

Ensuite, certains pays peuvent penser que, pour diverses raisons, ils ne sont pas encore prêts à se doter d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Pourtant, le processus de consultation des parties prenantes en vue de l'élaboration d'une action nationale crée souvent un environnement propice au changement. La démarche de conception d'une stratégie nationale permet de susciter l'engagement des parties prenantes, d'encourager le débat public sur la stigmatisation, d'identifier les groupes vulnérables cibles, de définir les priorités de recherche et d'accroître la sensibilisation du public et des médias. Par conséquent, plutôt que de considérer la création d'une stratégie nationale comme une fin en soi, il serait plus juste de la voir comme un élément essentiel vers la voie de la prévention efficace du suicide.

Encadré 9.

Les principales actions en matière de surveillance

Pour que la prévention du suicide soit efficace, il convient d'améliorer la surveillance et le suivi du suicide et des tentatives de suicide. Les ressources consacrées à la prévention du suicide étant limitées, les administrateurs, les organismes de santé publique et les autres parties prenantes doivent décider quel pourcentage des fonds et des ressources disponibles consacrés à la prévention du suicide doit être alloué à la surveillance et comment répartir ces fonds et ressources entre les différentes activités associées. La situation varie largement selon les pays. Il n'existe donc aucun schéma universel de prise de décision. Certains principes généraux en matière d'actions clés peuvent toutefois s'avérer utiles dans la plupart des contextes :

- **Créer un groupe de travail permanent spécifiquement chargé de surveiller et d'améliorer la qualité des données relatives au suicide, qui constituera une composante à part entière de la stratégie globale de prévention du suicide.**

L'amélioration de la qualité des informations relatives au suicide est un élément essentiel des efforts de prévention du suicide et de toute stratégie nationale de prévention du suicide. C'est pourquoi un groupe dédié (groupe de travail) devrait se concentrer sur cette activité. Il convient d'abord de réaliser une analyse de l'état actuel des données relatives au suicide puis de mettre au point un plan visant à améliorer la disponibilité, l'exhaustivité et la qualité des données. La mise en œuvre de ce plan doit être suivie et le plan lui-même doit être régulièrement mis à jour.

- **Évaluer régulièrement la disponibilité, l'exhaustivité et la qualité des données relatives aux suicides et aux tentatives de suicide.**

Il est important d'évaluer et d'améliorer régulièrement la qualité des données issues de chacune des trois principales sources suivantes :

– Améliorer la qualité des données d'état civil sur le suicide. Les activités nécessaires à l'enregistrement des décès par suicide ou à son amélioration dépendront de l'état actuel du système d'état civil du pays.

– Améliorer la qualité des données relatives au traitement médical des tentatives de suicide. La création d'un système de surveillance hospitalière est un processus complexe. Il est possible de commencer par mettre au point une méthode réalisable de collecte des données dans certains lieux représentatifs puis de la transposer à l'échelle du pays.

– Améliorer la qualité des enquêtes communautaires concernant les comportements suicidaires. Pour cela, il faut tenir compte du fait que l'échantillon doit être suffisamment grand pour être représentatif de la communauté ou du pays. Il faut utiliser des questions standardisées, les plus importantes et utiles devant concerner les tentatives de suicide pendant l'année écoulée.

- **Opter pour des données de haute qualité issues de plusieurs lieux représentatifs plutôt que des données de qualité médiocre qui couvrent l'ensemble du pays.**

Dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, et dans certains pays à revenu élevé, des contraintes financières, techniques ou de personnel entravent la conception de systèmes nationaux de surveillance des suicides et des tentatives de suicide ou la réalisation régulière d'enquêtes à l'échelle du pays. Dans ces cas, il est plus judicieux d'identifier plusieurs sites cibles représentatifs puis de transposer les résultats à une plus grande échelle.

- **Intégrer, chaque fois que possible, la surveillance du suicide à d'autres activités plutôt que de lancer des activités uniques.**

Les données relatives aux décès par suicide sont généralement collectées dans le registre national des décès et non dans un système unique de surveillance. Il est plus facile d'organiser la surveillance des tentatives de suicide traitées dans les services d'urgence dans le cadre d'un système global de surveillance des blessures. Les enquêtes communautaires concernant les comportements suicidaires peuvent facilement être intégrées à d'autres enquêtes communautaires sur la santé physique ou mentale.

- **Inclure les efforts de réduction de la stigmatisation au plan global d'amélioration de la qualité des données.**

La stigmatisation associée aux comportements suicidaires constitue sans doute le plus grand obstacle à l'obtention de données de bonne qualité sur le suicide. Collaborer avec les médias pour faire évoluer la perception du grand public, et avec les facultés de médecine et les écoles de personnel infirmier pour changer les attitudes des professionnels de santé (en classant le suicide comme un problème de santé publique traitable par exemple) sont des étapes importantes vers la réalisation de l'objectif à long terme qu'est la réduction de la stigmatisation associée au suicide.

- **Trouver un équilibre entre le besoin de données nationales et le besoin de données propres à la communauté.**

En raison des importantes différences démographiques, économiques ou culturelles entre les régions ou les pays, l'utilité des données nationales pour concevoir et surveiller les stratégies de prévention locales peut être limitée. Il est important de déterminer dans quelle mesure le profil local du suicide diverge du profil national.

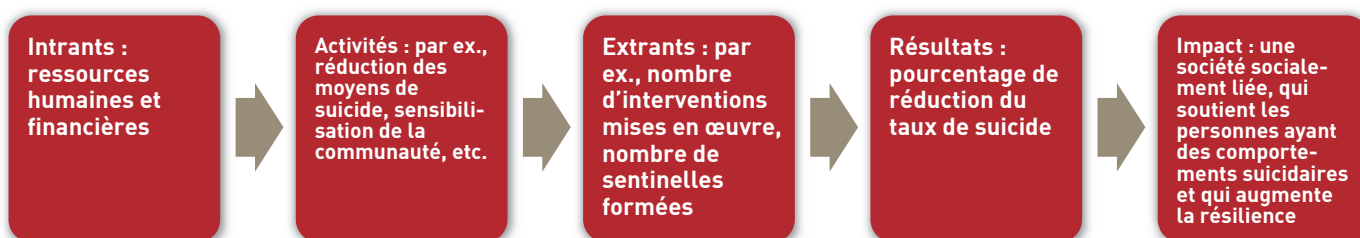
- **Garantir que le système de suivi est utilisé pour aider à élaborer et évaluer des activités de prévention du suicide.**

Toutes les grandes études sur la prévention du suicide commanditées par les gouvernements devraient exiger l'utilisation du suicide ou des tentatives de suicide comme principale mesure de résultats. En outre, elles devraient octroyer une part appropriée du budget au suivi de ces résultats.

À quoi ressemble la réussite ?

En plus d'aider les pays à planifier leurs intrants et leurs actions, un cadre logique tel que celui illustré à la Figure 9 peut être utilisé avec d'autres outils de suivi et d'évaluation pour suivre les progrès et mesurer la réussite. Après avoir exploré les intrants, les extrants et les activités de planification et de mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention du suicide potentiels, il est important de réexaminer les résultats et de se pencher plus avant sur les impacts de façon à pouvoir passer à l'évaluation.

Figure 9. Le cadre logique appliqué à la prévention du suicide



Les résultats

Les indicateurs quantitatifs qui permettent de mesurer les principaux résultats d'une stratégie nationale sont des indicateurs de progrès utiles. Ils incluent :

- le pourcentage de réduction du taux de suicide ;
- le nombre d'interventions de prévention du suicide mises en œuvre avec succès ;
- une réduction du nombre d'hospitalisations imputables aux tentatives de suicide.

Les pays ayant adopté le Plan d'action pour la santé mentale 2013–2020 (1) peuvent réduire leur taux de suicide de 10 %. Certains pays peuvent aller plus loin. Par exemple, l'Angleterre, dans sa stratégie nationale pour la santé précédente, intitulée « Saving lives: our healthier nation, 1999 » (Sauver des vies : pour un pays en meilleure santé) (173) s'était fixée pour objectif de santé mentale de réduire le taux de mortalité associée au suicide et aux blessures indéterminées d'au moins 20 % avant 2010, objectif atteint avec succès en 2008 (174). Les indicateurs quantitatifs liés aux principales activités posent d'importants jalons pour une action nationale coordonnée dans tous les secteurs.

Les impacts

Si les principaux résultats visés sont importants et peuvent montrer les progrès accomplis, ils peuvent également passer à côté d'informations qualitatives essentielles. Il arrive que, en raison d'une notification accrue des cas de suicide ou d'autres facteurs contextuels, les taux de suicide ne baissent pas. Les pays devraient regarder au-delà des principaux extrants et résultats, vers les impacts plus larges, afin de pouvoir appréhender l'ensemble des progrès et des réussites. Pour mesurer cet impact, il est possible d'utiliser des indicateurs quantitatifs et qualitatifs dont voici quelques exemples :

- les communautés où les organisations (écoles, groupes religieux, lieux de travail, etc.) soutiennent la population et sont suffisamment liées pour orienter correctement les personnes qui ont besoin d'aide ;
- les familles et les cercles sociaux qui fournissent un soutien social, renforcent la résilience, identifient les facteurs de risque du suicide et interviennent efficacement pour aider un proche ;
- un climat social où demander de l'aide en cas de comportement suicidaire n'est plus un tabou et où le dialogue public sur le sujet est encouragé.

Bien souvent, ces indicateurs sont plus difficiles à mesurer. Ils n'en restent pas moins importants car ils montrent les progrès significatifs accomplis en matière de prévention du suicide et ils devraient être considérés comme tels lors de l'évaluation des progrès et des réussites.

Les messages forts

Le suicide prélève un lourd tribut en vies humaines. Chaque année, plus de 800 000 personnes se suicident. Ce dernier constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. Certains éléments indiquent que, pour chaque adulte qui se suicide, il pourrait y en avoir plus de vingt autres qui font des tentatives.

Le suicide est un phénomène mondial qui n'épargne aucun pays. Malgré les idées reçues selon lesquelles le suicide est plus fréquent dans les pays à revenu élevé, en réalité, 75 % des suicides surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le suicide est une cause majeure de mortalité toute au long de la vie. Outre son impact sur les personnes qui tentent de se suicider et décèdent, les répercussions du suicide sur les familles, les amis, les communautés et les pays sont profondes.

Le suicide est évitable. Pour que les actions nationales soient efficaces, les pays doivent se doter d'une stratégie multisectorielle globale de prévention du suicide.

Pour être efficace, la stratégie nationale doit prévoir la collaboration entre les secteurs sanitaires et les autres secteurs aux niveaux gouvernemental et non gouvernemental. Elle doit impliquer les communautés ainsi que les médias afin d'encourager la couverture responsable du suicide. La stratégie doit améliorer la surveillance ainsi que les politiques relatives à la santé mentale et à la consommation d'alcool en particulier. La prévention précoce doit être une composante essentielle de toute stratégie.

Restreindre l'accès aux moyens de suicide porte ses fruits. Une stratégie de prévention du suicide et des tentatives de suicide efficace vise à limiter l'accès aux moyens les plus courants, notamment les pesticides, les armes à feu et certains médicaments.

La restriction de l'accès aux moyens joue un rôle important dans la prévention du suicide, en particulier en cas de suicide impulsif. La mise en œuvre de politiques efficaces assorties d'interventions communautaires a largement contribué à réduire le suicide par la limitation de l'accès aux moyens.

Les services de soins de santé doivent incorporer la prévention du suicide en tant que composante essentielle. Les troubles mentaux et l'usage nocif de l'alcool sont responsables de nombreux suicides à travers le monde. Afin de s'assurer que les personnes reçoivent l'aide dont elles ont besoin, il est primordial d'identifier ces deux problèmes à un stade précoce et de les prendre efficacement en charge.

Améliorer la qualité des soins aux personnes qui demandent de l'aide peut garantir l'efficacité des interventions précoces. En effet, c'est la condition sine qua non de la baisse des suicides dus à des troubles mentaux ou liés à la consommation d'alcool ainsi qu'à d'autres facteurs de risque. Les politiques relatives à la santé mentale et la consommation d'alcool doivent mettre l'accent sur les soins, en promouvoir l'intégration à d'autres services de soins de santé et fournir l'appui financier nécessaire à l'amélioration de ces services.

Les communautés jouent un rôle crucial dans la prévention du suicide. Elles peuvent apporter un soutien social aux personnes vulnérables et s'impliquer dans les soins de suivi, lutter contre la stigmatisation et venir en aide aux personnes endeuillées suite à un suicide.

On ne soulignera jamais assez l'importance que les communautés et leurs programmes de soutien en matière de prévention du suicide jouent dans tous les pays, en particulier dans ceux qui ne disposent que de ressources limitées. Un soutien social efficace au sein des communautés et la résilience individuelle peuvent permettre de protéger du suicide les personnes vulnérables en créant et en améliorant les liens sociaux et les capacités à faire face aux difficultés. Plus spécifiquement, la communauté peut aider en cas de crise, maintenir des contacts réguliers avec les personnes qui ont tenté de se suicider et soutenir les personnes ayant perdu un proche suite à un suicide.

Références

1. Plan d'action pour la santé mentale 2013-202. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1, consulté le 23 avril 2014).
2. WHO mortality database documentation: Mise à jour le 1er mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, consulté le 19 mai 2014).
3. WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HIS/GHE/2014.7. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
4. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Yur'Yev A, Kõlves K, Leppik L et al. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010;38(4):395–403.
5. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev*. 2012;18(5):321–5.
6. Höfer P1, Rockett IR, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health*. 2012;11(12):644.
7. Wu KCC, Chen YY, Yip PSF. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(4):1135–58.
8. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*. 2007a;7:357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
9. Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis. *PLoS Medicine*. 2014;11(4):e1001622.
10. National Violent Death Reporting System (NVDRS) Coding manual, version 3. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, 2014. (http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS_Coding_Manual_Version_3-a.pdf, consulté le 15 mai 2014.)
11. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr., Annest JL. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. *Inj Prev*. 2004;10(1):47–52.
12. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002;360:1728–36.
13. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur J S, Gajalakshmi V, Gururaj G et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet*. 2012;379(9834):2343–51.
14. Kessler R, Ustun TB, editors. The WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
15. STEPS optional module: mental health/suicide. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>, consulté le 15 mai 2014).
16. Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665_eng.pdf?ua=1, consulté le 5 mai 2014).
17. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1, consulté le 7 juin 2014).
18. Methodology of the youth risk behavior surveillance system – 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 62:1–20.
19. Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, de Girolamo G, Medina-Mora ME et al. Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys. In: Nock MK, Borges G, Ono Y, editors. *Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys*. New York (NY): Cambridge University Press; 2012:185–98.
20. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first registry. *PLoS ONE*. 2012;7(2):1–7.
21. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *Eur J Public Health*. 2013;1–6.
22. Wittouck C, De Munck S, Portzky G, Van Rijsselberghe L, Van Autreve S, van Heeringen K. A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. *Arch Suicide Res*. 2010;14(2):135–45.
23. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekblom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*. 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
24. Web-based injury statistics query and reporting system. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>, consulté le 15 mai 2014).
25. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL, Das C. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005. *Crisis*. 2009;30(4):180–5.
26. Miller M, Azraek D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the Northeast. *Inj Prev Res*. 2004;43(6):723–30.
27. Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456_eng.pdf, consulté le 23 avril 2014).
28. Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Medicine*. 2010;7(10):e1000357. doi:10.1371/journal.pmed.1000357.
29. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press; 1994.

30. Gordon, RSJ. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107–9.
31. Niederkröthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(11):1037–42.
32. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:123–38.
33. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PloS ONE.* 2013;8(10):e77555.
34. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res.* 2012;14(5):122. doi:10.2196/jmir.1979p.
35. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyfr.pdf?ua=1, consulté le 23 avril 2014).
36. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol.* 2004;65(6):782–93.
37. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health.* 2013;46(3):147–54.
38. Health Literacy. The solid facts. Copenhagen: Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf, consulté le 23 avril 2014).
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726–32.
40. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manille, Organisation mondiale de la Santé Bureau régionale du Pacifique occidental, 2010 (<http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.pdf?ua=1>, consulté le 24 avril 2014).
41. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012;379(9834):2393–9.
42. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 2013;61(4):363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
43. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list. *Lancet.* 2002;360(9340):1163–7.
44. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *In J Epid.* 2007b;36:1235–42.
45. Safer access to pesticides: community interventions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf, consulté le 22 avril 2014).
46. Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence-4th_milestones_meeting/publications, consulté le 23 avril 2014).
47. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions. *Am Behav Sci.* 2003;46(9):1192–210.
48. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014;160(2):101–10. doi:10.7326/M13-1301.
49. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health.* 2006;96:1752–5.
50. Cox GR, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Pirkis J et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13(1):214. doi:10.1186/1471-2458-13-214.
51. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(12):4550–62. doi:10.3390/ijerph8124550.
52. Yip PSF, Law CK, Fu KW, Law YW, Wong PW, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning. *Br J Psychiatry.* 2010;196:241–2.
53. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv.* 2009;60(5):596–9.
54. Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ.* 2013;346:f403.
55. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives. Rockville (MD): National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force; 2014.
56. La prévention du suicide. Indications pour les professionnels des médias. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_MNH_MBD_00.2_fre.pdf?ua=1, consulté le 23 avril 2014).
57. Pirkis J. Suicide and the media. *Psychiatry.* 2009;8:269–271.
58. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. *Crisis.* 2012;33(4):190–8.
59. Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC, Blanchard ME, Herrman HE, Rahilly K et al. ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. *Advances in Mental Health.* 2011;10(1):39–51.
60. Mishara BL, Kerkhof JFM, editors. Suicide prevention and new technologies: evidence based practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2013.

61. Youthhealthtalk (site Internet). Oxford: University of Oxford (www.youthhealthtalk.org, consulté le 14 avril 2014).
62. Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord*. 2014;152-154:526-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.007.
63. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(2):231-9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.
64. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*. 2013;13(1):479. doi:10.1186/1471-2458-13-479
65. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*. 2012;12:776. doi:10.1186/1471-2458-12-776.
66. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Lancet*. 2014 (en cours de publication).
67. Kölves K, Kölves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *J Affect Disord*. 2013;146(1):1-14.
68. Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:255-71.
69. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Statistics Canada; 2012.
70. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol*. 2008;63(1):14-31.
71. Casilio H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(2):118-24.
72. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:191-5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.
73. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58(1):10-51. doi:10.1080/00918369.2011.534038.
74. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry*. 2010;55(5):282-8.
75. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health*. 2013;103(3):30-42.
76. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):1-15.
77. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741-9.
78. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):758-66. doi:10.1038/mp.2012.86.
79. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(12):993.
80. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> consulté le 14 avril 2014).
81. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260-9.
82. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. Natural disasters and suicide: evidence from Japan. *Soc Sci Med*. 2013;82:126-33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.021.
83. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T. Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry*. 2013;28(8):514-20. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.
84. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. *Open J Med Psychol*. 2013;2:124-33.
85. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC public health*. 2013;13(1):463. doi:10.1186/1471-2458-13-463
86. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1721-31.
87. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):115-23. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.
88. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: a systematic review. *Can J Public Health*. 2011;102(1):18-29.

89. Kang HK, Bullman TA. Is there an epidemic of suicides among current and former U.S. military personnel? *Ann Epidemiol.* 2009;19(10):757–60.
90. Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. *JAMA.* 2008;300(6):652–3.
91. Schoenbaum M, Kessler RC, Gilman SE, Colpe LJ, Heeringa SG, Stein MB et al. Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):493–503. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417.
92. Kemp J. Suicide rates in VHA patients through 2011 with comparisons with other Americans and other veterans through 2010 (PowerPoint slides). Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2014 (http://www.mentalhealth.va.gov/docs/Suicide_Data_Report_Update_January_2014.pdf, consulté le 7 juin 2014).
93. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. *Ment Health Subst Use.* 2013;6(4):274–86. doi:10.1080/17523281.2012.744342.
94. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2014 ;109(3):379–91. doi:10.1111/add.12393.
95. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(5):506–15. doi:10.1521/suli.2010.40.5.506.
96. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis.* 2011;33(3):162–8.
97. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):338–52. doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
98. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare.* 2013;19(5):273–81. doi:10.1177/1357633X13495487.
99. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243–56.
100. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust NZ J Psychiatry.* 2003;37(5):595–9.
101. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol med.* 2003;33(3):395–405.
102. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. *Indian J Psychiatry.* 2012;54(4):304–19.
103. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry.* 2000;157(12):1925–32.
104. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):303–16.
105. Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(6):693–704.
106. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(10):1058–64.
107. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(3):247–53.
108. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 1996;153(8):1009–14.
109. Global status report on alcohol and health 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, consulté le 7 juillet 2014).
110. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction.* 2014;109(1):155–62.
111. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013;347:f5239.
112. Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death. London: Penguin Press; 2013.
113. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(1):73–85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
114. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 1990;147(2):190–5.
115. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575–86.
116. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective.* Oxford: Oxford University Press; 2009:293–9.
117. Jordan JR, McIntosh JL, editors. *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement).* New York (NY): Routledge; 2011.
118. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575–600.
119. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet.* 2002;360(9340):1126–30.

120. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. *Eur Psychiatry*. 2010;25(5):268–71.
121. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158.
122. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, version 1.0. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548068_fre.pdf?ua=1, consulté le 23 avril 2014).
123. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995.
124. Michel K, Gysin-Maillart A, editors. *Kurztherapie nach Suizidversuch: ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program*. Germany: Verlag Hans Huber; 2013.
125. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
126. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):825–32. doi:10.3399/bjgp09X472881.
127. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2457–63.
128. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression – a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(10):2404–9.
129. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. *Eur Psychiatry*. 2009;24:164.
130. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005–12.
131. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:563–91.
132. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009:7–12.
133. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. *Burns*. 2013;39(1):184–6.
134. Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(6):431–5.
135. Luthar SS, editor. *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
136. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(3):279–89.
137. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med*. 2014;15(2):248–54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
138. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*. 2005;12(2):9–25.
139. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37(9):664–674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
140. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasings RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e78185. doi:10.1371/journal.pone.0078185.
141. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78(1):65–78.
142. Chan CS, Rhodes JE, Howard WJ, Lowe SR, Schwartz SE, Herrera C. Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships. *J Sch Psychol*. 2013;51(1):129–42. doi:10.1016/j.jsp.2012.10.001
143. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Monahan KC, Abbott RD, Arthur MW. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(2):141–8. doi:10.1001/archpediatrics.2011.183.
144. Lewis KM, DuBois DL, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J. Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):706–11. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.06.012.
145. Action de santé publique pour la prévention du suicide. Un cadre de travail. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112853/1/9789242503579_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 23 avril 2014).
146. Soubrier JP. Looking back and ahead. *Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives?* Forum – Prevention of Suicide Worldwide. *World Psychiatry*. 2004;3(3):159–60.

147. Chandler M J, Lalonde CE. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Valaskakis G, editors. *The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and community*. Vancouver: University of British Columbia Press; 2008:221–48.
148. Soubrier JP. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In: Wasserman D, editor. *Suicide – an unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd; 2001:231–6.
149. De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O, Andriessen K, editors. *Bereavement after traumatic death – helping the survivors*. Boston (MA): Hogrefe Publishing; 2014.
150. Coveney CM, Pollock K, Armstrong S, Moore J. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline. *Crisis*. 2012;33(6):313–24.
151. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):291–307.
152. Mishara BL, Weisstub DN. Suicide Laws: An International Review. *International Journal of Law and Psychiatry*. (en cours de publication).
153. Benson KM. Evidence-based approaches to suicide prevention. In: Lester D, Rogers JR, editors. *Suicide: a global issue, Volume 2: Prevention*. Santa Barbara (CA): ABC-CLIO, LLC; 2013.
154. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999 Sep 17;48(RR-11):1–40.
155. United Nations, 1996. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York (NY), Nations Unies, 1996.
156. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev*. 1988;10:164–90.
157. *How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 (<http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/barrierstochange.jsp>, consulté le 22 avril 2014).
158. *Developing an effective evaluation plan*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
159. De Leo D, Evans RW. *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
160. Wasserman D. Evaluating suicide prevention: various approaches needed. *World Psychiatry*. 2004;3:153–4.
161. Wasserman GA, McReynolds LS, Musabegovic H, Whited AL, Keating JM, Huo Y. Evaluating Project Connect: improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. *Adm Policy Ment Health*. 2009;36(6):393–405.
162. *Suicide Prevention Strategy 2013–2016*. Édimbourg, gouvernement écossais, 2013 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616/downloads#res439429>, consulté le 14 avril 2014).
163. *National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action*. A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
164. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AL. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud*. 2012; 36(7):605–26.
165. Khan MM, Hyder AA. Suicides in the developing world: case study from Pakistan. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(1):76–81.
166. Mitchell P, editor. *Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2000.
167. Scott A, Guo B, editors. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? HEN synthesis report*. Copenhagen, Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe, 2012.
168. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 2008;22(8):20.
169. Wickramasinghe K, Steele P, Dawson A, Dharmaratne D, Gunawardena A, Senarathna L et al. Cost to government health-care services of treating acute self-poisonings in a rural district in Sri Lanka. *Bull World Health Organ*. 2009;87:180–5.
170. Van Spijker BA, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof A. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *J Med Internet Res*. 2012;14:e141.
171. Byford S, Knapp M, Greenshields J, Ukoumunne OC, Jones V, Thompson S et al. Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychol Med*. 2003;33:977–86.
172. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A et al, editors. *Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-Prevention): final report*. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University; 2010.
173. *Saving lives: our healthier nation*. Londres, Secretary of State for Health; 1999 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, consulté le 5 mai 2014).
174. *National suicide prevention strategy for England. Annual report on progress*. Londres, National Mental Health Development Unit; 2009 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, consulté le 5 mai 2014).

Annexes

Annexe 1. Estimation du nombre de suicides et des taux par sexe et âge, 2000 et 2012*

Pays (qualité des données relatives à la mortalité**)	Sexe	Nombre de suicides (tous âges confondus), 2012	Taux de suicide bruts tous âges confondus et par tranches d'âge (pour 100 000), 2012						Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2012	Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2000	% d'évolution des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2000-2012
			Tous âges confondus	5-14 ans	15-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus			
Afghanistan (4)	Tous	1205	4,0	0,8	7,5	6,1	8,3	12,6	5,7	6,1	-5,9 %
	Femmes	643	4,4	0,9	9,8	5,4	5,4	8,5	5,3	4,7	14,4 %
	Hommes	562	3,7	0,7	5,1	6,7	11,4	17,9	6,2	7,6	-17,6 %
Afrique du Sud (2)	Tous	1398	2,7	0,4	2,8	2,8	5,6	10,5	3,0	3,3	-8,8 %
	Femmes	280	1,0	0,2	1,0	0,9	2,2	4,3	1,1	1,0	7,7 %
	Hommes	1117	4,4	0,6	4,5	4,7	10,3	22,4	5,5	6,1	-10,5 %
Albanie (2)	Tous	205	6,5	0,8	5,3	7,0	9,1	19,3	5,9	7,0	-15,3 %
	Femmes	93	5,9	1,0	4,9	5,8	8,3	17,4	5,2	5,6	-7,0 %
	Hommes	112	7,1	0,6	5,7	8,3	9,9	21,4	6,6	8,5	-22,0 %
Algérie (4)	Tous	677	1,8	0,3	2,2	2,1	2,5	6,1	1,9	2,2	-12,8 %
	Femmes	277	1,5	0,3	2,0	1,6	1,8	5,1	1,5	1,9	-16,8 %
	Hommes	400	2,1	0,4	2,3	2,6	3,2	7,3	2,3	2,6	-10,6 %
Allemagne (1)	Tous	10 745	13,0	0,3	7,7	12,7	16,9	23,7	9,2	11,1	-17,0 %
	Femmes	2621	6,2	0,2	3,1	5,6	8,0	11,6	4,1	5,2	-20,2 %
	Hommes	8124	20,0	0,3	12,0	19,4	26,0	40,7	14,5	17,5	-17,4 %
Angola (4)	Tous	2206	10,6	2,3	21,4	17,4	13,7	18,8	13,8	9,2	50,3 %
	Femmes	612	5,8	1,9	11,7	8,2	7,9	10,7	7,3	4,4	64,8 %
	Hommes	1594	15,5	2,7	31,3	26,8	20,2	29,3	20,7	14,3	45,1 %
Arabie saoudite (2)	Tous	98	0,3	0,1	0,6	0,3	0,5	1,8	0,4	0,6	-27,6 %
	Femmes	19	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,9	0,2	0,3	-29,6 %
	Hommes	78	0,5	0,1	0,8	0,4	0,7	2,6	0,6	0,9	-29,4 %
Argentine (2)	Tous	4418	10,8	1,1	13,8	10,9	15,8	21,6	10,3	12,4	-17,1 %
	Femmes	901	4,3	0,9	5,3	4,7	5,9	7,0	4,1	5,1	-20,4 %
	Hommes	3517	17,5	1,2	21,9	17,3	26,9	45,6	17,2	20,6	-16,5 %
Arménie (2)	Tous	98	3,3	0,3	2,8	3,6	4,6	8,8	2,9	3,2	-8,1 %
	Femmes	17	1,2	0,2	0,9	0,7	1,2	5,2	0,9	1,0	-5,2 %
	Hommes	81	5,3	0,4	4,3	6,4	8,3	14,0	5,0	5,9	-14,8 %
Australie (1)	Tous	2679	11,6	0,6	12,2	17,2	13,2	12,9	10,6	11,9	-10,6 %
	Femmes	649	5,6	0,8	6,5	7,9	6,2	5,4	5,2	5,0	4,6 %
	Hommes	2030	17,7	0,4	17,5	26,5	20,4	22,2	16,1	18,9	-15,1 %
Autriche (1)	Tous	1319	15,6	1,0	9,5	14,3	21,5	32,9	11,5	16,3	-29,7 %
	Femmes	330	7,6	0,7	3,3	6,5	12,2	14,0	5,4	7,4	-27,2 %
	Hommes	989	23,9	1,3	15,5	22,1	31,3	61,2	18,2	26,7	-32,1 %
Azerbaïdjan (2)	Tous	154	1,7	0,2	1,6	1,8	2,6	5,2	1,7	1,7	-4,6 %
	Femmes	48	1,0	0,2	1,2	0,8	1,3	4,3	1,0	0,9	17,6 %
	Hommes	106	2,3	0,3	2,1	2,9	4,1	6,6	2,4	2,7	-12,8 %
Bahamas (2)	Tous	9	2,3	0,2	1,0	1,8	4,5	14,8	2,3	3,0	-23,6 %
	Femmes	3	1,4	0,2	0,6	0,9	2,2	9,2	1,3	2,1	-39,7 %
	Hommes	6	3,3	0,3	1,4	2,7	7,1	23,6	3,6	4,2	-13,2 %
Bahreïn (2)	Tous	95	7,3	1,1	8,7	8,2	8,9	36,4	8,1	8,0	0,1 %
	Femmes	11	2,2	0,3	2,9	2,2	3,2	16,6	2,9	3,0	-3,4 %
	Hommes	85	10,3	1,7	12,1	11,0	12,2	57,1	11,6	11,8	-1,8 %
Bangladesh (4)	Tous	10 167	6,6	1,0	8,1	6,4	13,6	28,9	7,8	7,8	-0,1 %
	Femmes	5773	7,6	1,3	10,8	6,6	13,9	31,6	8,7	8,2	5,8 %
	Hommes	4394	5,6	0,7	5,5	6,1	13,4	26,4	6,8	7,3	-6,8 %
Barbade (2)	Tous	7	2,6	0,2	2,2	2,2	4,0	8,1	2,3	3,4	-33,6 %
	Femmes	1	0,7	0,1	0,5	0,6	0,8	2,5	0,6	1,0	-44,7 %
	Hommes	6	4,6	0,3	3,7	3,7	7,4	16,7	4,1	6,0	-31,3 %
Biélorus (1)	Tous	2051	21,8	0,9	20,1	27,2	26,0	31,7	18,3	35,5	-48,4 %
	Femmes	400	7,9	0,5	6,2	8,9	9,5	13,4	6,4	8,8	-27,9 %
	Hommes	1651	37,8	1,2	33,4	46,6	47,0	76,6	32,7	66,2	-50,6 %
Belgique (1)	Tous	1955	17,7	0,7	9,5	24,1	24,6	25,1	14,2	18,0	-21,1 %
	Femmes	548	9,7	0,5	4,9	11,1	16,4	12,4	7,7	9,2	-16,4 %
	Hommes	1407	25,9	0,8	14,0	36,8	33,0	43,8	21,0	27,4	-23,1 %
Belize (1)	Tous	6	2,0	0,3	1,6	2,7	2,5	21,9	2,6	3,9	-32,6 %
	Femmes	1	0,6	0,0	1,2	0,8	0,0	0,0	0,5	0,6	-12,1 %
	Hommes	6	3,5	0,5	1,9	4,7	5,0	48,6	4,9	7,3	-32,2 %
Bénin (4)	Tous	368	3,7	0,7	5,5	4,5	8,0	26,5	5,7	6,0	-5,5 %
	Femmes	105	2,1	0,5	3,1	2,2	5,0	14,1	3,1	3,2	-2,2 %
	Hommes	262	5,2	1,0	7,9	6,7	11,3	44,7	8,8	9,6	-7,7 %

Pays (qualité des données relatives à la mortalité**)	Sexe	Nombre de suicides (tous âges confondus), 2012	Taux de suicide bruts tous âges confondus et par tranches d'âge (pour 100 000), 2012						Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2012	Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2000	% d'évolution des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2000-2012
			Tous âges confondus	5-14 ans	15-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus			
Bhoutan (4)	Tous	119	16,0	1,9	15,7	24,6	28,8	37,9	17,8	23,8	-25,1 %
	Femmes	35	10,2	1,4	13,1	14,2	16,7	19,1	11,2	16,1	-30,5 %
	Hommes	83	20,9	2,4	18,0	32,4	38,2	53,0	23,1	30,6	-24,5 %
Bolivie (2)	Tous	1224	11,7	4,8	20,6	13,3	12,0	13,9	12,2	12,5	-2,2 %
	Femmes	450	8,6	4,9	17,2	7,7	5,5	8,6	8,5	9,3	-9,4 %
	Hommes	774	14,8	4,8	23,9	19,1	19,2	20,9	16,2	15,9	2,0 %
Bosnie-Herzégovine (2)	Tous	532	13,9	0,4	6,8	13,2	23,8	29,0	10,8	12,0	-10,6 %
	Femmes	114	5,8	0,3	1,4	4,4	10,3	15,1	4,1	4,9	-16,5 %
	Hommes	418	22,3	0,5	12,0	22,1	38,8	48,2	18,0	20,2	-10,7 %
Botswana (4)	Tous	64	3,2	0,6	4,5	3,8	5,2	12,6	3,8	4,1	-7,8 %
	Femmes	17	1,7	0,3	2,2	1,4	3,4	8,7	2,0	2,3	-11,8 %
	Hommes	48	4,7	0,8	6,9	5,9	7,4	19,4	5,7	6,2	-7,0 %
Brésil (1)	Tous	11 821	6,0	0,4	6,7	8,4	8,0	9,8	5,8	5,3	10,4 %
	Femmes	2623	2,6	0,3	2,6	3,7	3,8	3,3	2,5	2,1	17,8 %
	Hommes	9198	9,4	0,4	10,7	13,3	12,7	18,5	9,4	8,7	8,2 %
Brunei Darussalam (2)	Tous	25	6,2	0,2	6,0	8,0	11,2	15,1	6,4	5,5	16,9 %
	Femmes	10	4,9	0,2	4,5	6,1	9,3	13,7	5,2	4,2	24,2 %
	Hommes	15	7,4	0,2	7,5	10,0	13,0	16,7	7,7	6,8	12,6 %
Bulgarie (2)	Tous	1054	14,5	0,8	8,0	14,4	21,2	24,1	10,8	15,5	-30,5 %
	Femmes	288	7,7	0,5	3,2	6,9	10,6	14,9	5,3	8,0	-34,3 %
	Hommes	766	21,6	1,1	12,5	21,5	33,1	38,6	16,6	23,5	-29,3 %
Burkina Faso (4)	Tous	485	3,0	0,6	4,8	3,9	6,4	21,5	4,8	4,8	0,0 %
	Femmes	151	1,8	0,4	2,9	1,9	4,5	12,7	2,8	2,6	8,1 %
	Hommes	334	4,1	0,8	6,7	5,9	9,0	36,0	7,3	7,6	-3,8 %
Burundi (4)	Tous	1617	16,4	5,2	27,3	21,0	29,2	82,4	23,1	19,6	17,8 %
	Femmes	401	8,0	4,2	11,4	7,0	16,7	70,8	12,5	10,3	21,7 %
	Hommes	1216	25,0	6,3	44,2	35,1	41,7	96,5	34,1	29,6	15,4 %
Cabo Verde (4)	Tous	19	3,9	0,3	2,5	2,7	7,2	38,7	4,8	5,4	-12,3 %
	Femmes	4	1,5	0,1	0,6	0,8	2,8	14,2	1,6	2,0	-18,2 %
	Hommes	16	6,4	0,6	4,3	4,5	12,8	77,7	9,1	10,0	-8,7 %
Cambodge (4)	Tous	1339	9,0	2,1	13,0	12,8	9,4	15,8	9,4	11,5	-18,0 %
	Femmes	474	6,2	1,8	8,7	6,9	9,2	11,5	6,5	8,5	-24,2 %
	Hommes	865	11,9	2,4	17,2	19,2	9,7	21,9	12,6	14,9	-15,2 %
Cameroun (4)	Tous	1070	4,9	1,2	7,9	6,0	8,6	30,5	7,0	6,8	3,1 %
	Femmes	257	2,4	0,7	3,2	2,7	5,6	15,1	3,4	3,4	0,9 %
	Hommes	814	7,5	1,7	12,5	9,2	11,8	49,6	10,9	10,5	3,6 %
Canada (1)	Tous	3983	11,4	0,6	10,0	15,2	15,6	11,3	9,8	11,0	-11,1 %
	Femmes	958	5,5	0,5	5,2	7,1	8,0	3,3	4,8	4,9	-2,8 %
	Hommes	3026	17,5	0,6	14,6	23,2	23,5	22,0	14,9	17,2	-13,5 %
Chili (1)	Tous	2262	13,0	1,0	16,5	16,0	16,2	16,8	12,2	10,7	14,3 %
	Femmes	533	6,0	1,1	8,0	7,9	6,9	5,0	5,8	2,9	98,6 %
	Hommes	1729	20,0	0,9	24,8	24,2	26,1	33,9	19,0	19,1	-0,7 %
Chine (3)	Tous	120 730	8,7	0,5	4,2	5,1	15,7	51,5	7,8	19,4	-59,6 %
	Femmes	67 542	10,1	0,5	5,9	7,1	17,0	47,7	8,7	21,7	-59,7 %
	Hommes	53 188	7,4	0,4	2,7	3,2	14,4	55,8	7,1	17,4	-59,3 %
Chypre (1)	Tous	58	5,2	0,0	5,9	7,8	5,0	4,7	4,7	1,3	269,8 %
	Femmes	9	1,6	0,0	2,4	2,0	1,5	1,5	1,5	1,1	41,5 %
	Hommes	49	8,6	0,0	9,0	13,1	8,6	8,7	7,7	1,5	416,9 %
Colombie (1)	Tous	2517	5,3	1,1	8,0	6,4	6,6	7,1	5,4	7,0	-22,8 %
	Femmes	471	1,9	1,2	3,6	1,6	2,2	0,4	1,9	3,0	-35,6 %
	Hommes	2046	8,7	0,9	12,4	11,4	11,5	16,3	9,1	11,3	-19,3 %
Comores (4)	Tous	75	10,5	1,9	12,9	13,0	28,6	82,1	16,9	15,6	8,6 %
	Femmes	21	6,0	1,5	6,5	5,5	16,3	67,0	10,3	9,6	7,4 %
	Hommes	54	14,9	2,2	19,2	20,5	41,4	101,6	24,0	21,9	9,7 %
Congo (4)	Tous	338	7,8	1,4	14,4	11,7	10,1	16,8	9,6	10,5	-8,7 %
	Femmes	82	3,8	1,0	6,7	5,3	5,3	9,1	4,6	5,6	-17,6 %
	Hommes	256	11,8	1,7	22,1	18,1	15,1	26,2	14,7	15,6	-5,6 %
Costa Rica (1)	Tous	331	6,9	0,6	7,9	10,4	8,5	7,2	6,7	7,0	-3,7 %
	Femmes	53	2,2	0,2	3,2	3,2	2,5	0,6	2,2	1,8	24,6 %
	Hommes	278	11,4	1,0	12,3	17,4	14,5	15,1	11,2	12,1	-7,8 %
Côte d'Ivoire (4)	Tous	1063	5,4	1,5	8,5	6,8	9,1	26,7	7,4	6,5	15,0 %
	Femmes	279	2,9	1,0	4,1	3,7	6,2	13,7	4,1	3,5	16,3 %
	Hommes	785	7,8	2,0	12,8	9,7	11,4	37,7	10,6	9,2	15,5 %
Croatie (1)	Tous	709	16,5	0,4	8,0	14,6	23,2	37,2	11,6	16,4	-29,1 %
	Femmes	155	7,0	0,1	2,7	5,1	9,7	16,0	4,5	6,9	-35,5 %
	Hommes	554	26,7	0,6	13,0	23,9	37,8	73,0	19,8	27,4	-27,8 %

Pays (qualité des données relatives à la mortalité**)	Sexe	Nombre de suicides (tous âges confondus), 2012	Taux de suicide bruts tous âges confondus et par tranches d'âge (pour 100 000), 2012						Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2012	Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2000	% d'évolution des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2000-2012
			Tous âges confondus	5-14 ans	15-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus			
Cuba (1)	Tous	1648	14,6	0,8	6,0	14,8	24,4	36,1	11,4	14,6	-21,9 %
	Femmes	334	6,0	1,5	1,5	4,2	13,4	12,0	4,5	8,7	-48,1 %
	Hommes	1315	23,2	0,1	10,2	25,0	35,7	65,1	18,5	20,8	-11,3 %
Danemark (1)	Tous	625	11,2	0,2	5,7	12,9	18,3	16,9	8,8	12,0	-27,0 %
	Femmes	154	5,5	0,1	2,9	5,1	9,8	8,4	4,1	6,0	-31,6 %
	Hommes	471	17,0	0,2	8,4	20,7	26,9	28,2	13,6	18,4	-26,2 %
Djibouti (4)	Tous	92	10,7	1,8	12,5	9,8	22,7	85,3	15,1	14,7	2,9 %
	Femmes	27	6,3	1,4	6,4	4,4	13,4	69,9	9,5	9,3	2,1 %
	Hommes	65	15,0	2,2	18,5	15,1	32,4	103,9	20,9	20,2	3,4 %
Égypte (2)	Tous	1264	1,6	0,3	1,9	2,0	2,4	5,3	1,7	2,6	-33,6 %
	Femmes	433	1,1	0,2	1,3	1,2	1,6	4,2	1,2	2,1	-45,3 %
	Hommes	831	2,1	0,4	2,4	2,8	3,3	7,1	2,4	3,1	-24,1 %
El Salvador (2)	Tous	806	12,8	1,6	17,6	18,1	17,5	20,6	13,6	13,7	-1,3 %
	Femmes	191	5,8	1,8	9,6	5,9	6,5	6,9	5,7	7,5	-24,5 %
	Hommes	615	20,6	1,5	25,8	34,0	32,1	39,3	23,5	21,3	10,1 %
Émirats arabes unis (4)	Tous	274	3,0	0,4	3,8	3,1	3,4	13,7	3,2	3,7	-12,9 %
	Femmes	31	1,1	0,2	1,8	1,0	1,9	10,9	1,7	2,5	-32,7 %
	Hommes	243	3,8	0,5	4,7	3,7	4,1	15,3	3,9	4,3	-9,0 %
Équateur (2)	Tous	1377	8,9	2,0	15,7	8,6	10,7	15,9	9,2	8,9	3,4 %
	Femmes	410	5,3	1,8	10,9	4,0	4,4	9,4	5,3	5,7	-8,0 %
	Hommes	967	12,5	2,2	20,4	13,4	17,4	23,4	13,2	12,1	9,0 %
Érythrée (4)	Tous	510	8,3	1,0	8,3	11,6	35,0	79,0	16,3	16,4	-0,4 %
	Femmes	124	4,0	0,6	3,0	4,1	18,0	57,8	8,7	9,2	-5,5 %
	Hommes	386	12,6	1,3	13,6	19,4	55,1	116,6	25,8	25,3	2,0 %
Espagne (1)	Tous	3296	7,1	0,1	3,0	7,8	9,6	13,9	5,1	6,4	-20,3 %
	Femmes	730	3,1	0,0	1,1	3,5	4,5	5,2	2,2	2,9	-24,1 %
	Hommes	2566	11,1	0,1	4,9	11,9	15,0	26,6	8,2	10,4	-20,7 %
Estonie (1)	Tous	226	17,5	1,6	13,3	15,6	25,1	33,6	13,6	25,0	-45,9 %
	Femmes	46	6,6	0,0	3,7	3,1	7,3	19,5	3,8	9,5	-59,7 %
	Hommes	181	30,2	3,0	22,6	28,3	47,8	65,5	24,9	43,6	-42,8 %
États-Unis d'Amérique (1)	Tous	43 361	13,7	0,8	12,7	17,4	20,1	16,5	12,1	9,8	24,2 %
	Femmes	9306	5,8	0,5	4,7	8,0	9,2	4,0	5,2	3,8	36,6 %
	Hommes	34 055	21,8	1,0	20,4	26,9	31,7	33,8	19,4	16,2	19,9 %
Éthiopie (4)	Tous	6852	7,5	1,7	10,7	8,1	15,9	61,3	11,5	13,1	-12,7 %
	Femmes	1781	3,9	1,2	4,1	2,7	9,5	52,2	6,7	7,5	-11,1 %
	Hommes	5071	11,1	2,1	17,2	13,6	22,9	71,4	16,5	18,9	-13,0 %
Ex-République yougoslave de Macédoine (1)	Tous	140	6,7	0,2	2,1	6,0	13,9	15,1	5,2	6,7	-22,0 %
	Femmes	45	4,2	0,0	1,1	4,4	7,1	11,8	3,2	4,0	-20,0 %
	Hommes	96	9,1	0,3	3,0	7,6	20,9	19,6	7,3	9,4	-22,5 %
Fédération de Russie (1)	Tous	31 997	22,4	1,7	27,3	26,5	22,6	32,1	19,5	35,0	-44,4 %
	Femmes	5781	7,5	1,3	8,0	7,5	6,9	15,4	6,2	9,6	-34,9 %
	Hommes	26 216	39,7	2,2	46,1	46,8	43,7	72,3	35,1	64,3	-45,3 %
Fidji (2)	Tous	52	5,9	0,3	3,8	6,1	14,5	36,5	7,3	8,5	-13,7 %
	Femmes	14	3,2	0,2	1,7	2,6	7,8	27,0	4,1	5,5	-25,4 %
	Hommes	38	8,5	0,3	5,8	9,4	21,3	48,4	10,6	11,5	-8,4 %
Finlande (1)	Tous	901	16,7	0,3	18,8	21,0	21,2	16,5	14,8	20,8	-28,9 %
	Femmes	224	8,1	0,1	10,7	10,0	10,9	5,6	7,5	10,0	-25,3 %
	Hommes	677	25,5	0,5	26,6	31,5	31,8	33,3	22,2	31,8	-30,2 %
France (1)	Tous	10 093	15,8	0,6	7,6	19,3	23,1	28,9	12,3	14,9	-17,2 %
	Femmes	2618	7,9	0,5	3,2	8,8	13,0	12,7	6,0	7,4	-19,5 %
	Hommes	7475	24,2	0,6	11,8	29,9	34,1	54,0	19,3	23,3	-17,4 %
Gabon (4)	Tous	114	7,0	0,9	12,0	8,8	9,6	20,4	8,2	7,9	3,8 %
	Femmes	31	3,8	0,8	6,2	4,5	5,7	12,1	4,5	4,3	3,0 %
	Hommes	83	10,1	1,1	17,6	13,1	13,7	31,5	12,1	11,7	3,2 %
Gambie (4)	Tous	58	3,2	0,8	5,4	4,3	6,3	20,9	5,0	5,2	-3,1 %
	Femmes	15	1,6	0,5	2,3	2,2	4,3	9,9	2,6	2,7	-4,8 %
	Hommes	43	4,9	1,2	8,7	6,6	8,3	31,7	7,6	7,7	-1,9 %
Géorgie (2)	Tous	165	3,8	0,4	2,9	4,4	4,7	8,1	3,2	4,3	-26,1 %
	Femmes	32	1,4	0,1	1,4	0,8	1,3	4,4	1,0	1,4	-25,2 %
	Hommes	132	6,4	0,6	4,5	8,4	8,8	14,3	5,7	7,6	-25,3 %
Ghana (4)	Tous	577	2,3	0,5	3,4	2,4	4,1	13,7	3,1	2,6	18,0 %
	Femmes	205	1,6	0,4	2,0	1,6	3,5	9,6	2,2	1,8	19,4 %
	Hommes	372	3,0	0,6	4,7	3,3	4,8	19,7	4,2	3,4	23,4 %
Grèce (2)	Tous	548	4,9	0,1	3,0	5,9	6,4	7,6	3,8	3,4	10,5 %
	Femmes	99	1,8	0,0	0,9	1,9	2,4	2,8	1,3	1,2	8,5 %
	Hommes	449	8,2	0,1	5,0	9,7	10,6	14,1	6,3	5,7	10,3 %

Pays (qualité des données relatives à la mortalité**)	Sexe	Nombre de suicides (tous âges confondus), 2012	Taux de suicide bruts tous âges confondus et par tranches d'âge (pour 100 000), 2012						Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2012	Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2000	% d'évolution des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2000-2012
			Tous âges confondus	5-14 ans	15-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus			
Guatemala (2)	Tous	1101	7,3	1,5	12,8	10,3	9,9	15,0	8,7	7,2	20,6 %
	Femmes	317	4,1	1,5	8,4	4,5	3,3	4,9	4,3	3,4	27,2 %
	Hommes	784	10,7	1,6	17,2	17,5	17,4	26,7	13,7	11,4	20,1 %
Guinée (4)	Tous	377	3,3	0,9	5,3	4,0	5,9	17,7	4,7	4,7	-1,3 %
	Femmes	95	1,7	0,6	2,3	1,8	3,9	9,1	2,4	2,5	-3,7 %
	Hommes	282	4,9	1,2	8,2	6,1	8,1	28,2	7,1	7,1	-0,7 %
Guinée Bissau (4)	Tous	51	3,1	0,6	4,8	3,0	6,7	23,1	4,7	4,3	7,9 %
	Femmes	14	1,6	0,4	2,5	1,2	4,1	11,8	2,4	2,4	1,3 %
	Hommes	38	4,5	0,8	7,2	4,8	9,4	36,9	7,2	6,6	9,5 %
Guinée équatoriale (4)	Tous	102	13,9	2,7	24,8	18,3	19,5	30,1	16,6	13,8	20,4 %
	Femmes	26	7,4	2,1	14,3	7,5	10,4	16,4	8,6	6,3	35,6 %
	Hommes	76	20,1	3,2	35,2	28,1	27,2	44,8	24,1	20,8	15,9 %
Guyana (2)	Tous	277	34,8	2,9	29,7	64,0	81,4	95,1	44,2	48,3	-8,5 %
	Femmes	72	18,3	2,8	17,6	29,3	38,5	51,1	22,1	24,6	-10,0 %
	Hommes	205	50,8	2,9	41,6	98,3	126,6	206,9	70,8	72,2	-1,9 %
Haïti (2)	Tous	235	2,3	1,1	2,5	2,9	4,6	8,0	2,8	3,1	-9,7 %
	Femmes	107	2,1	1,3	2,4	2,3	3,8	6,3	2,4	2,5	-5,6 %
	Hommes	128	2,5	0,9	2,6	3,7	5,4	10,1	3,3	3,8	-13,0 %
Honduras (4)	Tous	386	4,9	1,4	7,3	6,5	7,1	9,6	5,5	5,6	-2,1 %
	Femmes	110	2,8	1,2	5,3	2,8	2,0	3,0	2,8	2,9	-4,5 %
	Hommes	277	7,0	1,5	9,3	10,3	12,3	17,4	8,3	8,4	-0,8 %
Hongrie (1)	Tous	2519	25,3	0,6	10,9	26,2	41,1	42,3	19,1	25,7	-25,8 %
	Femmes	567	10,8	0,5	3,4	9,2	17,6	20,4	7,4	10,6	-29,7 %
	Hommes	1952	41,2	0,6	18,1	42,8	69,6	84,4	32,4	43,1	-24,7 %
Îles Salomon (4)	Tous	34	6,3	0,6	6,0	7,5	19,7	61,6	10,6	13,9	-24,0 %
	Femmes	11	4,0	0,5	3,7	3,9	12,4	51,6	7,2	9,7	-26,0 %
	Hommes	24	8,4	0,6	8,3	11,1	26,7	71,1	13,9	18,0	-22,9 %
Inde (3)	Tous	258 075	20,9	2,0	35,5	28,0	20,0	20,9	21,1	23,3	-9,2 %
	Femmes	99 977	16,7	2,4	36,1	17,2	11,1	11,2	16,4	20,3	-19,1 %
	Hommes	158 098	24,7	1,6	34,9	38,0	28,9	32,7	25,8	26,2	-1,6 %
Indonésie (4)	Tous	9105	3,7	0,3	3,6	3,9	7,4	18,4	4,3	5,4	-19,6 %
	Femmes	5206	4,2	0,4	3,6	4,2	9,0	22,1	4,9	5,9	-18,4 %
	Hommes	3900	3,1	0,2	3,6	3,6	5,8	13,5	3,7	4,7	-21,0 %
Iran (République islamique d') (2)	Tous	4069	5,3	0,7	7,8	5,6	5,0	16,1	5,2	7,2	-28,0 %
	Femmes	1369	3,6	0,6	5,5	3,0	3,7	13,4	3,6	6,4	-43,7 %
	Hommes	2700	7,0	0,8	10,0	8,1	6,5	18,6	6,7	7,9	-15,5 %
Iraq (2)	Tous	376	1,2	0,3	1,4	1,7	2,5	7,1	1,7	1,4	16,0 %
	Femmes	246	1,5	0,3	2,0	2,0	2,7	9,1	2,1	1,9	11,8 %
	Hommes	130	0,8	0,2	0,7	1,4	2,1	4,3	1,2	1,0	22,2 %
Irlande (1)	Tous	524	11,5	0,8	14,5	15,7	15,4	7,1	11,0	12,1	-9,0 %
	Femmes	126	5,5	0,5	6,2	7,4	8,3	3,4	5,2	4,2	23,0 %
	Hommes	398	17,5	1,0	23,1	24,2	22,6	12,0	16,9	19,9	-15,3 %
Islande (1)	Tous	49	15,1	0,0	8,2	28,4	22,9	7,0	14,0	16,4	-14,5 %
	Femmes	12	7,5	0,0	4,5	9,8	17,1	2,5	6,7	6,0	11,8 %
	Hommes	37	22,5	0,0	11,9	46,4	28,6	12,5	21,0	26,5	-20,7 %
Israël (1)	Tous	470	6,2	0,2	4,7	7,8	11,5	14,7	5,9	6,5	-8,2 %
	Femmes	94	2,4	0,1	1,8	3,3	5,0	3,4	2,3	2,6	-10,7 %
	Hommes	377	10,0	0,2	7,4	12,5	18,5	30,3	9,8	10,6	-6,9 %
Italie (1)	Tous	3908	6,4	0,2	3,4	6,7	8,9	10,8	4,7	5,0	-7,4 %
	Femmes	817	2,6	0,1	1,3	2,7	3,7	4,0	1,9	2,4	-22,4 %
	Hommes	3091	10,5	0,3	5,4	10,7	14,4	20,6	7,6	8,0	-4,3 %
Jamaïque (2)	Tous	33	1,2	0,2	1,2	1,4	1,5	4,6	1,2	1,1	4,4 %
	Femmes	10	0,7	0,2	0,8	0,7	0,8	2,7	0,7	0,6	7,8 %
	Hommes	23	1,7	0,3	1,5	2,2	2,3	7,0	1,8	1,7	4,2 %
Japon (1)	Tous	29 442	23,1	0,5	18,4	26,8	31,8	25,5	18,5	18,8	-1,9 %
	Femmes	8554	13,1	0,3	10,8	14,3	16,2	17,1	10,1	9,9	2,1 %
	Hommes	20 888	33,7	0,7	25,7	38,9	48,0	37,6	26,9	28,1	-4,0 %
Jordanie (2)	Tous	114	1,6	0,3	2,2	2,1	2,7	6,8	2,0	2,4	-15,0 %
	Femmes	54	1,6	0,3	2,4	2,0	2,1	6,1	1,9	2,1	-10,8 %
	Hommes	60	1,7	0,3	2,0	2,2	3,3	7,5	2,2	2,7	-18,0 %
Kazakhstan (1)	Tous	3912	24,0	3,2	30,8	34,4	28,8	28,8	23,8	37,6	-36,7 %
	Femmes	788	9,4	2,4	15,0	10,5	9,5	11,9	9,3	12,6	-26,1 %
	Hommes	3123	39,8	4,0	46,6	59,8	53,6	63,4	40,6	66,9	-39,3 %
Kenya (4)	Tous	4647	10,8	2,4	16,2	13,2	21,4	78,7	16,2	16,5	-1,6 %
	Femmes	1050	4,9	1,6	5,7	4,3	10,9	62,4	8,4	9,2	-8,8 %
	Hommes	3597	16,7	3,2	26,8	22,0	33,2	98,8	24,4	24,0	1,7 %

Pays (qualité des données relatives à la mortalité**)	Sexe	Nombre de suicides (tous âges confondus), 2012	Taux de suicide bruts tous âges confondus et par tranches d'âge (pour 100 000), 2012						Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2012	Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2000	% d'évolution des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2000-2012
			Tous âges confondus	5-14 ans	15-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus			
Kirghizistan (1)	Tous	476	8,7	0,8	11,6	13,3	11,3	14,4	9,2	15,4	-40,2 %
	Femmes	123	4,4	0,4	7,3	5,5	3,1	12,2	4,5	5,8	-22,2 %
	Hommes	353	13,1	1,2	15,9	21,3	21,0	17,9	14,2	26,0	-45,1 %
Koweït (1)	Tous	33	1,0	0,3	1,4	1,3	1,2	0,0	0,9	1,4	-35,0 %
	Femmes	12	0,9	0,4	1,4	1,3	0,3	0,0	0,8	1,3	-39,4 %
	Hommes	21	1,1	0,2	1,3	1,3	1,7	0,0	1,0	1,4	-33,6 %
Lesotho (4)	Tous	110	5,4	1,4	8,3	6,3	7,2	16,8	6,1	4,0	53,7 %
	Femmes	32	3,1	1,1	4,6	3,0	4,5	10,1	3,4	2,3	49,8 %
	Hommes	78	7,7	1,7	12,0	9,6	11,5	27,6	9,2	6,0	53,8 %
Lettonie (1)	Tous	419	20,4	0,3	13,8	23,9	30,4	26,2	16,2	29,0	-44,2 %
	Femmes	68	6,1	0,3	2,8	4,9	9,4	10,7	4,3	9,3	-54,1 %
	Hommes	351	37,3	0,3	24,5	43,5	58,2	62,4	30,7	52,8	-42,0 %
Liban (4)	Tous	43	0,9	0,1	0,6	0,6	1,5	5,6	0,9	1,7	-46,4 %
	Femmes	14	0,6	0,1	0,7	0,4	0,6	3,4	0,6	1,2	-52,5 %
	Hommes	29	1,2	0,1	0,6	0,8	2,3	7,9	1,2	2,2	-45,5 %
Libéria (4)	Tous	109	2,6	0,5	3,7	2,9	6,7	21,3	4,3	5,0	-14,1 %
	Femmes	26	1,2	0,3	1,5	1,1	4,0	10,1	2,0	2,2	-9,0 %
	Hommes	84	4,0	0,6	5,8	4,6	9,6	34,6	6,8	7,9	-14,8 %
Libye (4)	Tous	90	1,5	0,2	1,4	1,7	3,0	8,4	1,8	2,7	-33,7 %
	Femmes	38	1,2	0,2	1,5	1,4	1,7	5,8	1,4	2,0	-31,8 %
	Hommes	53	1,7	0,2	1,2	1,9	4,2	11,7	2,2	3,3	-32,9 %
Lituanie (1)	Tous	1007	33,3	0,6	26,8	46,6	43,6	35,3	28,2	44,9	-37,2 %
	Femmes	177	10,9	0,4	6,5	14,0	11,3	20,2	8,4	15,0	-44,4 %
	Hommes	830	59,5	0,7	46,5	80,8	86,0	72,5	51,0	79,3	-35,6 %
Luxembourg (1)	Tous	56	10,8	0,3	6,1	12,9	18,9	13,4	8,7	13,3	-34,7 %
	Femmes	14	5,5	0,0	4,4	5,7	8,0	9,6	4,4	7,1	-38,5 %
	Hommes	42	16,1	0,6	7,7	19,9	29,6	19,0	13,0	20,0	-35,0 %
Madagascar (4)	Tous	1625	7,3	2,2	10,6	8,0	16,0	52,4	11,0	10,8	1,0 %
	Femmes	474	4,2	1,5	5,6	3,2	10,3	44,3	6,9	7,2	-3,6 %
	Hommes	1151	10,4	2,9	15,6	12,9	22,2	61,8	15,2	14,6	3,8 %
Malaisie (2)	Tous	772	2,6	0,1	2,3	2,8	5,5	13,3	3,0	4,0	-23,9 %
	Femmes	183	1,2	0,1	1,0	1,1	2,9	7,7	1,5	2,3	-35,4 %
	Hommes	588	4,2	0,2	3,8	4,7	8,1	18,6	4,7	5,7	-18,1 %
Malawi (4)	Tous	1376	8,7	1,6	10,5	9,7	24,7	96,7	16,0	13,1	22,5 %
	Femmes	370	4,7	1,4	5,0	2,8	12,4	70,0	8,9	7,1	26,0 %
	Hommes	1006	12,6	1,8	15,9	16,4	39,4	129,0	23,9	19,6	22,1 %
Maldives (2)	Tous	17	5,0	0,5	4,1	4,1	11,9	40,2	6,4	20,9	-69,4 %
	Femmes	6	3,6	0,4	2,2	2,4	9,9	36,9	4,9	18,3	-73,0 %
	Hommes	11	6,4	0,5	5,9	6,0	13,8	43,0	7,8	23,3	-66,4 %
Mali (4)	Tous	410	2,8	0,6	4,3	3,5	6,3	25,8	4,8	5,2	-7,7 %
	Femmes	129	1,7	0,5	2,9	1,8	4,0	12,6	2,7	2,8	-4,2 %
	Hommes	282	3,8	0,6	5,5	5,3	9,2	42,1	7,2	7,8	-8,8 %
Malte (1)	Tous	29	6,8	0,0	4,0	11,2	8,6	5,6	6,0	6,0	-0,3 %
	Femmes	2	0,7	0,0	2,1	0,0	1,2	0,0	0,7	2,2	-68,8 %
	Hommes	27	12,8	0,0	5,8	21,8	16,1	13,0	11,1	9,8	13,0 %
Maroc (2)	Tous	1628	5,0	0,9	5,9	6,4	7,2	14,4	5,3	2,7	97,8 %
	Femmes	198	1,2	0,2	1,7	1,3	1,3	3,7	1,2	1,3	-6,1 %
	Hommes	1431	8,9	1,5	10,1	12,0	13,5	30,1	9,9	4,2	135,0 %
Maurice (1)	Tous	105	8,5	0,8	10,7	12,1	8,8	7,4	8,0	9,8	-18,5 %
	Femmes	19	3,0	1,4	4,5	3,0	3,4	2,8	2,9	5,0	-42,7 %
	Hommes	86	14,1	0,2	16,8	21,1	14,5	14,4	13,2	14,8	-10,6 %
Mauritanie (4)	Tous	68	1,8	0,3	2,4	1,8	4,0	17,6	2,9	3,1	-5,6 %
	Femmes	18	1,0	0,2	1,2	0,8	2,5	9,2	1,5	1,6	-5,6 %
	Hommes	49	2,6	0,4	3,5	2,7	5,6	29,1	4,5	4,8	-5,0 %
Mexique (1)	Tous	4951	4,1	0,9	6,0	5,3	5,1	5,8	4,2	3,6	16,6 %
	Femmes	1055	1,7	0,8	3,1	2,0	1,3	0,5	1,7	1,1	55,1 %
	Hommes	3896	6,7	1,0	8,9	9,1	9,6	12,7	7,1	6,5	10,0 %
Mongolie (4)	Tous	261	9,4	0,7	8,9	15,7	13,6	19,0	9,8	10,4	-6,3 %
	Femmes	47	3,4	0,3	3,4	4,6	5,4	11,6	3,7	5,6	-34,9 %
	Hommes	214	15,5	1,0	14,3	27,1	23,1	29,8	16,3	15,4	5,9 %
Monténégro (2)	Tous	117	18,9	0,8	11,2	17,4	31,0	48,7	15,3	11,3	35,0 %
	Femmes	28	9,0	0,3	3,2	5,8	15,0	30,1	6,4	5,0	28,8 %
	Hommes	89	29,0	1,2	18,8	29,3	48,1	74,9	24,7	18,2	36,2 %
Mozambique (4)	Tous	4360	17,3	5,0	25,2	19,2	36,7	144,7	27,4	24,6	11,5 %
	Femmes	1639	12,7	4,5	14,2	10,5	29,4	147,9	21,1	19,1	11,0 %
	Hommes	2721	22,1	5,4	36,3	29,3	45,4	140,1	34,2	30,9	10,5 %

Pays (qualité des données relatives à la mortalité**)	Sexe	Nombre de suicides (tous âges confondus), 2012	Taux de suicide bruts tous âges confondus et par tranches d'âge (pour 100 000), 2012						Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2012	Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2000	% d'évolution des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2000-2012
			Tous âges confondus	5-14 ans	15-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus			
Myanmar (4)	Tous	6558	12,4	1,3	15,7	12,7	19,4	41,7	13,1	12,1	8,2 %
	Femmes	2704	10,0	1,1	11,8	10,3	15,7	31,6	10,3	10,3	-0,2 %
	Hommes	3854	15,0	1,5	19,8	15,2	23,8	55,8	16,5	14,3	15,5 %
Namibie (4)	Tous	46	2,0	0,4	2,6	2,5	4,3	11,2	2,7	3,0	-7,5 %
	Femmes	13	1,1	0,2	1,3	1,2	2,5	6,0	1,4	1,7	-13,9 %
	Hommes	33	3,0	0,6	3,9	3,9	6,8	18,9	4,4	4,5	-2,0 %
Népal (4)	Tous	5572	20,3	2,0	25,8	22,3	45,2	82,2	24,9	33,5	-25,7 %
	Femmes	2468	17,5	2,1	25,4	19,8	29,0	57,5	20,0	27,1	-26,2 %
	Hommes	3104	23,3	1,9	26,2	25,2	61,3	110,3	30,1	40,5	-25,5 %
Nicaragua (2)	Tous	547	9,1	1,4	13,4	13,9	11,5	13,2	10,0	11,5	-13,1 %
	Femmes	146	4,8	1,8	8,1	5,5	4,8	5,5	4,9	6,2	-21,5 %
	Hommes	401	13,5	1,0	18,7	22,9	18,8	22,4	15,4	17,0	-9,3 %
Niger (4)	Tous	315	1,8	0,4	2,6	2,3	5,7	19,3	3,5	3,5	2,3 %
	Femmes	87	1,0	0,3	1,4	1,0	3,8	9,9	1,9	1,9	0,5 %
	Hommes	227	2,6	0,4	4,0	3,6	7,3	30,8	5,3	5,2	1,1 %
Nigéria (4)	Tous	7238	4,3	1,3	7,0	5,1	8,9	25,6	6,5	6,4	2,0 %
	Femmes	1584	1,9	0,8	2,8	1,8	5,0	11,3	2,9	2,6	8,7 %
	Hommes	5653	6,6	1,8	11,0	8,2	12,9	41,6	10,3	10,3	-0,7 %
Norvège (1)	Tous	508	10,2	0,3	10,2	12,9	14,6	10,8	9,1	11,5	-20,4 %
	Femmes	145	5,8	0,3	5,5	7,6	8,6	5,2	5,2	5,5	-5,6 %
	Hommes	364	14,6	0,3	14,7	18,0	20,4	18,5	13,0	17,5	-25,4 %
Nouvelle-Zélande (1)	Tous	459	10,3	1,3	13,0	13,2	12,6	10,7	9,6	12,2	-21,4 %
	Femmes	122	5,4	0,9	7,3	7,1	5,5	5,5	5,0	4,3	15,8 %
	Hommes	337	15,4	1,7	18,5	19,8	20,1	17,1	14,4	20,6	-29,8 %
Oman (2)	Tous	32	1,0	0,1	1,3	1,0	1,3	3,5	1,0	2,0	-50,3 %
	Femmes	6	0,5	0,1	0,7	0,5	1,0	2,5	0,6	1,2	-52,0 %
	Hommes	26	1,3	0,1	1,6	1,3	1,6	4,3	1,2	2,5	-51,4 %
Ouganda (4)	Tous	4323	11,9	3,8	19,3	15,8	26,0	91,8	19,5	18,6	5,1 %
	Femmes	1278	7,1	3,0	10,0	6,9	16,4	80,7	12,3	11,2	10,0 %
	Hommes	3045	16,7	4,5	28,5	24,6	35,9	105,2	26,9	26,2	2,5 %
Ouzbékistan (1)	Tous	2184	7,7	1,0	8,6	10,0	14,4	19,1	8,5	10,4	-18,5 %
	Femmes	538	3,8	0,5	4,9	4,0	6,1	11,8	4,1	4,9	-16,7 %
	Hommes	1646	11,6	1,4	12,2	16,3	23,5	29,5	13,2	16,3	-19,0 %
Pakistan (4)	Tous	13 377	7,5	1,1	9,1	8,5	16,3	33,7	9,3	9,1	2,6 %
	Femmes	7085	8,1	1,6	12,0	7,5	15,4	32,5	9,6	9,6	0,3 %
	Hommes	6291	6,8	0,7	6,3	9,4	17,2	34,8	9,1	8,7	5,0 %
Panama (1)	Tous	170	4,5	0,7	5,8	5,2	8,0	7,6	4,7	6,2	-23,7 %
	Femmes	25	1,3	0,6	3,0	0,4	2,0	0,9	1,3	1,6	-15,8 %
	Hommes	146	7,6	0,8	8,4	9,8	14,1	15,2	8,1	10,8	-25,1 %
Papouasie-Nouvelle-Guinée (4)	Tous	550	7,7	0,6	6,5	9,9	27,8	55,1	12,4	14,8	-15,9 %
	Femmes	193	5,5	0,5	4,5	5,2	20,2	52,0	9,1	10,9	-16,8 %
	Hommes	356	9,7	0,7	8,4	14,4	36,1	59,8	15,9	18,8	-15,4 %
Paraguay (2)	Tous	357	5,3	0,5	6,3	7,9	9,9	12,2	6,1	6,2	-1,9 %
	Femmes	94	2,8	0,6	3,8	3,4	5,1	6,3	3,2	3,5	-9,5 %
	Hommes	262	7,8	0,5	8,7	12,3	14,6	19,0	9,1	9,0	0,9 %
Pays-Bas (1)	Tous	1666	10,0	0,3	6,7	13,0	14,8	11,9	8,2	7,9	3,3 %
	Femmes	496	5,9	0,1	3,6	7,9	8,4	7,4	4,8	5,1	-7,0 %
	Hommes	1171	14,1	0,5	9,7	18,0	21,1	18,2	11,7	10,9	6,9 %
Pérou (2)	Tous	942	3,1	0,6	4,9	3,7	3,8	5,2	3,2	4,4	-27,1 %
	Femmes	311	2,1	0,6	4,0	1,9	2,0	3,1	2,1	2,9	-29,6 %
	Hommes	631	4,2	0,6	5,8	5,6	5,8	7,7	4,4	6,0	-26,2 %
Philippines (1)	Tous	2558	2,7	0,3	4,3	3,8	3,3	4,6	2,9	2,6	13,5 %
	Femmes	550	1,1	0,3	2,2	1,3	1,0	1,9	1,2	1,4	-13,0 %
	Hommes	2009	4,2	0,3	6,4	6,3	5,8	8,6	4,8	3,9	24,4 %
Pologne (2)	Tous	7848	20,5	0,5	12,7	24,6	31,2	29,0	16,6	18,5	-10,5 %
	Femmes	1028	5,2	0,3	2,6	4,7	7,8	10,8	3,8	4,8	-20,1 %
	Hommes	6820	37,0	0,8	22,5	44,2	57,7	61,2	30,5	33,8	-9,8 %
Portugal (1)	Tous	1324	12,5	0,3	3,8	10,4	16,3	34,8	8,2	8,8	-7,0 %
	Femmes	300	5,5	0,1	1,7	4,7	7,0	13,6	3,5	3,4	4,8 %
	Hommes	1024	19,9	0,6	5,9	16,2	26,6	66,3	13,6	15,1	-9,6 %
Qatar (2)	Tous	95	4,7	0,2	4,6	5,6	6,2	16,1	4,6	4,1	12,6 %
	Femmes	3	0,7	0,1	0,8	0,6	2,0	8,1	1,2	1,9	-34,9 %
	Hommes	92	5,9	0,3	5,6	6,7	7,7	20,2	5,7	5,2	10,7 %
République arabe syrienne (4)	Tous	77	0,4	0,1	0,4	0,4	0,6	1,7	0,4	0,5	-13,7 %
	Femmes	22	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	-28,1 %
	Hommes	55	0,5	0,1	0,5	0,7	1,0	2,8	0,7	0,7	-7,1 %

Pays (qualité des données relatives à la mortalité**)	Sexe	Nombre de suicides (tous âges confondus), 2012	Taux de suicide bruts tous âges confondus et par tranches d'âge (pour 100 000), 2012						Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2012	Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2000	% d'évolution des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2000-2012
			Tous âges confondus	5-14 ans	15-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus			
République centrafricaine (4)	Tous	356	7,9	1,4	13,1	11,6	11,3	17,8	9,5	7,8	22,7 %
	Femmes	100	4,4	1,3	6,7	5,6	7,5	11,8	5,3	4,5	18,4 %
	Hommes	256	11,5	1,6	19,6	17,7	15,9	26,1	14,1	11,3	24,6 %
République de Corée (1)	Tous	17 908	36,6	1,2	18,2	35,7	50,4	116,2	28,9	13,8	109,4 %
	Femmes	5755	23,4	1,0	14,9	23,5	25,3	69,1	18,0	8,1	123,5 %
	Hommes	12 153	49,9	1,3	21,3	47,6	76,7	192,1	41,7	20,4	104,6 %
République de Moldova (1)	Tous	566	16,1	2,1	10,1	19,4	28,9	16,6	13,7	15,4	-11,1 %
	Femmes	102	5,5	2,8	3,5	4,8	9,7	8,0	4,8	4,0	20,6 %
	Hommes	463	27,8	1,4	16,8	35,0	51,9	33,4	24,1	28,9	-16,8 %
République démocratique du Congo (4)	Tous	5248	8,0	1,9	14,9	12,5	11,0	15,2	10,1	8,0	26,3 %
	Femmes	1287	3,9	1,6	7,2	4,9	5,7	8,4	4,8	3,6	32,7 %
	Hommes	3961	12,1	2,3	22,6	20,3	16,8	24,3	15,8	12,8	23,6 %
République démocratique populaire lao (4)	Tous	422	6,4	0,4	6,9	8,4	15,6	36,4	8,8	14,4	-38,9 %
	Femmes	161	4,8	0,3	4,7	5,6	13,3	29,2	6,6	11,8	-44,2 %
	Hommes	261	7,9	0,5	9,1	11,5	18,1	45,9	11,2	17,2	-34,6 %
République dominicaine (2)	Tous	375	3,7	0,4	3,3	4,7	7,1	13,8	4,1	5,9	-31,1 %
	Femmes	95	1,9	0,4	1,4	2,1	4,0	7,9	2,1	3,1	-34,2 %
	Hommes	280	5,4	0,3	5,2	7,3	10,3	20,3	6,1	8,6	-29,4 %
République populaire démocratique de Corée (4)	Tous	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Femmes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Hommes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République tchèque (1)	Tous	1663	15,6	0,2	10,6	17,8	23,8	19,4	12,5	13,7	-8,4 %
	Femmes	269	5,0	0,0	3,6	5,5	6,8	7,3	3,9	5,2	-24,8 %
	Hommes	1394	26,6	0,3	17,1	29,5	42,0	39,0	21,5	23,0	-6,5 %
République-Unie de Tanzanie (4)	Tous	7228	15,1	3,5	20,7	17,7	36,8	133,2	24,9	23,8	4,6 %
	Femmes	2445	10,2	3,1	10,7	8,3	27,5	133,6	18,3	18,6	-1,5 %
	Hommes	4783	20,0	3,9	30,7	26,9	47,2	132,7	31,6	29,1	8,8 %
Roumanie (1)	Tous	2781	12,8	1,0	7,8	15,4	20,6	15,3	10,5	11,3	-7,3 %
	Femmes	418	3,7	0,7	2,2	3,7	5,7	6,3	2,9	3,6	-19,5 %
	Hommes	2364	22,3	1,3	13,0	26,7	37,6	29,3	18,4	19,4	-5,2 %
Royaume-Uni (1)	Tous	4360	6,9	0,1	5,9	10,5	9,2	6,3	6,2	7,8	-21,1 %
	Femmes	960	3,0	0,1	2,5	4,3	4,0	3,1	2,6	3,4	-23,6 %
	Hommes	3400	11,0	0,1	9,1	16,7	14,7	10,5	9,8	12,3	-20,9 %
Rwanda (4)	Tous	865	7,6	1,9	11,1	9,2	15,6	68,0	11,9	18,5	-35,7 %
	Femmes	236	4,0	1,4	4,7	3,3	9,7	59,0	7,2	12,1	-40,3 %
	Hommes	629	11,3	2,4	18,0	15,4	22,7	79,1	17,1	25,5	-32,7 %
Sénégal (4)	Tous	438	3,2	0,5	4,3	3,8	7,8	30,6	5,4	5,3	0,8 %
	Femmes	119	1,7	0,3	2,2	1,6	4,8	16,2	2,8	3,0	-6,4 %
	Hommes	318	4,7	0,7	6,4	6,3	11,7	49,4	8,6	8,1	5,3 %
Serbie (1)	Tous	1600	16,8	0,1	5,7	15,2	26,8	47,3	12,4	18,5	-32,8 %
	Femmes	411	8,4	0,1	2,8	5,9	12,9	25,6	5,8	9,9	-41,7 %
	Hommes	1189	25,5	0,1	8,5	24,6	41,9	79,8	19,9	28,2	-29,3 %
Sierra Leone (4)	Tous	337	5,6	1,4	10,7	6,0	8,7	25,9	7,7	9,6	-20,1 %
	Femmes	98	3,3	1,0	5,8	3,2	6,4	15,0	4,5	5,2	-13,8 %
	Hommes	239	8,1	1,8	15,7	8,9	11,1	37,2	11,0	14,2	-22,6 %
Singapour (1)	Tous	469	8,9	0,7	6,2	8,2	14,4	22,2	7,4	11,1	-32,9 %
	Femmes	168	6,3	0,5	6,0	4,9	10,7	11,5	5,3	7,7	-30,5 %
	Hommes	301	11,5	0,8	6,4	11,7	18,0	36,5	9,8	14,7	-33,3 %
Slovaquie (1)	Tous	687	12,6	0,3	7,6	13,7	21,6	17,5	10,1	12,6	-20,0 %
	Femmes	90	3,2	0,1	1,7	3,0	5,5	5,4	2,5	4,3	-42,1 %
	Hommes	597	22,5	0,4	13,3	24,1	39,7	40,0	18,5	21,8	-15,2 %
Slovénie (1)	Tous	354	17,1	0,2	8,4	15,6	26,8	32,2	12,4	25,2	-51,0 %
	Femmes	71	6,8	0,0	1,5	4,4	14,0	11,1	4,4	12,3	-64,6 %
	Hommes	283	27,5	0,5	14,8	26,0	39,6	67,5	20,8	39,8	-47,8 %
Somalie (4)	Tous	815	8,0	2,7	12,7	10,4	16,7	51,0	12,4	12,3	0,6 %
	Femmes	208	4,1	2,3	4,8	3,2	10,2	43,9	6,8	6,7	1,5 %
	Hommes	607	12,0	3,2	20,6	17,8	23,7	59,8	18,1	18,0	0,6 %
Soudan (4)	Tous	4286	11,5	3,0	15,0	14,3	25,3	80,8	17,2	15,2	12,9 %
	Femmes	1340	7,2	2,6	8,1	6,2	18,2	72,8	11,5	10,6	8,4 %
	Hommes	2946	15,8	3,5	21,8	22,4	32,9	90,1	23,0	19,9	15,8 %
Soudan du Sud (4)	Tous	1470	13,6	4,1	19,6	15,7	27,3	85,2	19,8	20,8	-4,8 %
	Femmes	443	8,2	3,5	9,5	7,1	18,4	76,8	12,8	12,9	-1,3 %
	Hommes	1027	18,9	4,6	29,6	24,4	36,8	95,4	27,1	28,9	-6,3 %
Sri Lanka (2)	Tous	6170	29,2	1,2	23,7	31,9	48,3	111,1	28,8	52,7	-45,4 %
	Femmes	1446	13,4	0,9	10,7	10,1	23,2	63,6	12,8	22,3	-42,5 %
	Hommes	4724	45,8	1,5	36,8	55,0	76,3	172,1	46,4	84,1	-44,8 %

Pays (qualité des données relatives à la mortalité**)	Sexe	Nombre de suicides (tous âges confondus), 2012	Taux de suicide bruts tous âges confondus et par tranches d'âge (pour 100 000), 2012						Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2012	Taux de suicide standardisés selon l'âge*** (pour 100 000), 2000	% d'évolution des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2000-2012
			Tous âges confondus	5-14 ans	15-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus			
Suède (1)	Tous	1255	13,2	0,5	11,9	14,1	21,0	15,2	11,1	11,5	-3,6 %
	Femmes	341	7,1	0,8	5,3	8,2	12,1	6,8	6,1	7,0	-12,9 %
	Hommes	914	19,3	0,2	18,2	19,8	29,8	26,2	16,2	16,3	-0,6 %
Suisse (1)	Tous	972	12,2	0,2	7,6	11,5	19,6	20,1	9,2	15,6	-40,9 %
	Femmes	269	6,6	0,1	4,4	5,9	11,7	8,8	5,1	8,4	-39,3 %
	Hommes	703	17,8	0,4	10,8	17,1	27,5	36,2	13,6	23,5	-42,1 %
Suriname (1)	Tous	145	27,2	2,9	28,2	37,9	46,6	47,9	27,8	19,8	40,4 %
	Femmes	32	11,9	2,8	20,7	7,2	19,8	22,6	11,9	9,7	22,3 %
	Hommes	114	42,4	3,1	35,5	67,4	75,2	84,4	44,5	29,7	50,0 %
Swaziland (4)	Tous	65	5,3	1,4	8,7	6,4	6,4	17,3	6,2	5,6	10,6 %
	Femmes	22	3,5	1,0	5,6	3,9	5,1	10,6	4,1	3,6	11,5 %
	Hommes	43	7,2	1,8	11,8	9,1	8,0	27,0	8,6	7,9	8,8 %
Tadjikistan (2)	Tous	258	3,2	0,4	3,6	4,6	8,2	11,9	4,2	5,0	-15,2 %
	Femmes	85	2,1	0,2	2,6	2,6	5,4	9,4	2,8	3,4	-17,6 %
	Hommes	173	4,3	0,5	4,7	6,6	11,2	14,9	5,7	6,6	-13,4 %
Tchad (4)	Tous	336	2,7	0,5	4,1	4,0	7,4	21,4	4,7	4,5	4,2 %
	Femmes	81	1,3	0,4	1,7	1,5	4,8	10,6	2,3	2,1	8,5 %
	Hommes	255	4,1	0,7	6,4	6,5	10,3	34,5	7,4	7,2	2,4 %
Thaïlande (2)	Tous	8740	13,1	0,6	8,7	10,8	20,2	53,1	11,4	15,1	-24,6 %
	Femmes	1816	5,3	0,4	3,6	3,4	8,5	23,0	4,5	6,6	-32,0 %
	Hommes	6924	21,2	0,9	13,9	18,5	33,2	92,2	19,1	24,6	-22,4 %
Timor-Leste (4)	Tous	60	5,4	0,7	9,0	7,4	11,9	27,8	8,0	12,1	-34,0 %
	Femmes	23	4,2	0,6	7,3	4,0	10,3	22,0	5,8	8,3	-29,8 %
	Hommes	37	6,6	0,8	10,7	10,6	13,6	34,5	10,2	15,8	-35,6 %
Togo (4)	Tous	247	3,7	1,0	6,1	4,1	7,2	22,5	5,5	4,9	12,8 %
	Femmes	64	1,9	0,6	2,8	1,9	4,7	11,3	2,8	2,6	8,0 %
	Hommes	183	5,6	1,3	9,5	6,3	10,1	36,6	8,5	7,5	13,2 %
Trinité-et-Tobago (1)	Tous	193	14,4	0,6	7,6	22,2	25,1	17,4	13,0	12,6	3,8 %
	Femmes	46	6,9	0,2	4,2	13,3	7,5	6,8	6,2	4,5	36,4 %
	Hommes	146	22,1	1,0	10,9	31,1	43,4	32,7	20,4	20,8	-2,0 %
Tunisie (4)	Tous	262	2,4	0,3	2,7	2,8	3,0	7,3	2,4	2,5	-5,6 %
	Femmes	76	1,4	0,2	1,5	1,4	1,7	5,6	1,4	1,6	-17,2 %
	Hommes	186	3,5	0,4	3,9	4,4	4,3	9,3	3,4	3,4	0,9 %
Turkménistan (2)	Tous	1003	19,4	2,1	25,7	30,3	22,8	18,4	19,6	15,2	28,9 %
	Femmes	197	7,5	1,2	12,0	8,0	9,4	12,0	7,5	7,0	8,0 %
	Hommes	806	31,7	2,9	39,3	53,5	38,5	28,6	32,5	24,0	35,1 %
Turquie (2)	Tous	5898	8,0	2,7	12,4	10,3	4,2	16,4	7,9	12,6	-37,8 %
	Femmes	1613	4,3	1,8	7,6	4,2	2,2	9,8	4,2	7,9	-47,0 %
	Hommes	4285	11,8	3,6	17,0	16,6	6,6	25,5	11,8	17,8	-33,4 %
Ukraine (1)	Tous	9165	20,1	1,4	19,5	24,4	22,9	28,8	16,8	29,8	-43,6 %
	Femmes	1690	6,9	0,9	5,5	6,3	7,8	13,7	5,3	9,1	-41,2 %
	Hommes	7474	35,6	1,8	32,8	43,4	43,3	61,7	30,3	54,5	-44,4 %
Uruguay (1)	Tous	469	13,8	0,3	12,1	14,6	19,5	34,4	12,1	14,7	-17,9 %
	Femmes	108	6,2	0,1	3,8	7,4	7,4	16,0	5,2	4,9	4,5 %
	Hommes	361	22,0	0,5	20,2	21,9	33,3	65,9	20,0	26,2	-23,9 %
Venezuela (République bolivarienne du)(1)	Tous	748	2,5	0,4	3,2	3,5	3,1	5,7	2,6	6,8	-61,3 %
	Femmes	141	1,0	0,6	1,2	1,0	1,4	1,4	1,0	1,9	-48,7 %
	Hommes	607	4,0	0,3	5,2	6,0	4,8	10,9	4,3	11,8	-63,3 %
Viet Nam (4)	Tous	4600	5,1	0,4	5,0	5,1	7,7	20,5	5,0	5,7	-12,2 %
	Femmes	1169	2,5	0,3	1,8	1,4	4,2	15,1	2,4	3,0	-20,7 %
	Hommes	3431	7,7	0,5	8,1	8,7	11,7	30,5	8,0	8,8	-9,2 %
Yémen (4)	Tous	733	3,1	0,8	5,2	4,6	3,8	6,7	3,7	3,6	0,3 %
	Femmes	320	2,7	0,7	5,1	3,3	2,7	5,3	3,0	3,0	1,0 %
	Hommes	413	3,4	0,9	5,2	5,8	5,1	8,3	4,3	4,4	-0,2 %
Zambie (4)	Tous	1346	9,6	3,0	15,4	10,4	21,5	82,7	15,7	24,4	-35,4 %
	Femmes	433	6,1	3,0	8,2	4,3	14,0	79,2	10,8	18,8	-42,8 %
	Hommes	913	13,0	2,9	22,7	16,4	29,3	87,0	20,8	29,9	-30,3 %
Zimbabwe (4)	Tous	2281	16,6	4,1	30,9	18,5	16,4	41,6	18,1	19,2	-5,7 %
	Femmes	619	8,9	3,8	15,3	7,7	9,8	28,9	9,7	10,1	-4,0 %
	Hommes	1663	24,6	4,4	46,7	29,0	25,1	58,5	27,2	28,8	-5,6 %

*Dans les 172 États membres de l'OMS comptant 300 000 habitants ou plus. Ces estimations représentent les meilleures estimations de l'OMS, calculées au moyen de catégories, définitions et méthodes standard afin de garantir la comparabilité entre les pays. Elles peuvent différer des estimations nationales officielles. Elles sont arrondies au nombre de chiffres significatifs.

**1. État civil complet comptant au moins cinq années de données ; 2. Enregistrement des données d'état civil ayant une faible couverture, un pourcentage élevé de causes indéterminées ou pas de résultats récents ; 3. Enregistrement par échantillons de la population nationale ; 4. Pas d'état civil.

***Standardisés d'après la population mondiale standard de l'OMS.

Annexes

Annexe 2. États membres de l’OMS classés par région et revenu moyen par habitant*

Revenu élevé		Allemagne, Andorre, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Australie, Autriche, Bahamas, Bahreïn, Barbade, Belgique, Brunei Darussalam, Canada, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Émirats arabes unis, Espagne, Estonie, États-Unis d’Amérique, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Koweït, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Qatar, République tchèque, République de Corée, Royaume-Uni, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Trinité-et-Tobago, Uruguay
Revenu faible et intermédiaire	Région OMS de l’Afrique	Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d’Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Guinée équatoriale, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe
	Région OMS des Amériques	Argentine, Belize, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Venezuela (République bolivarienne de)
	Région OMS de l’Asie du Sud-Est	Bangladesh, Bhoutan, Inde, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, République populaire démocratique de Corée, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste
	Région OMS de l’Europe	Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Hongrie, Kazakhstan, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine
	Région OMS de la Méditerranée orientale	Afghanistan, Djibouti, Égypte, Iran (République islamique d’), Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan du Sud**, Soudan, Tunisie, Yémen
	Région OMS du Pacifique occidental	Cambodge, Chine, Fidji, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Kiribati, Malaisie, Micronésie (États fédérés de), Mongolie, Nauru, Nioué, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam

*Cette répartition régionale classe les États membres de l'OMS selon les regroupements régionaux de 2012 et l'analyse de la Banque mondiale des revenus des économies du monde pour l'année fiscale 2014, basée sur les estimations du revenu national brut par habitant, méthode Atlas, de 2012 (Liste des économies de la Banque mondiale, juillet 2013).

**Le Soudan du Sud est passé dans la région OMS de l'Afrique en mai 2013. Cette révision des estimations sanitaires mondiales couvre des périodes antérieures à cette date, aussi les estimations pour le Soudan du Sud sont-elles incluses aux chiffres de la région OMS de la Méditerranée orientale.

Le suicide prélève un lourd tribut en vies humaines. Chaque année, plus de 800 000 personnes se suicident. Ce dernier constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. Certains éléments indiquent que, pour chaque adulte qui se suicide, il pourrait y en avoir plus de vingt autres qui font des tentatives.

Le suicide est évitable. Pour que les actions nationales soient efficaces, les pays doivent se doter d'une stratégie multisectorielle complète de prévention du suicide.

Restreindre l'accès aux moyens de suicide porte ses fruits. Une stratégie de prévention du suicide et des tentatives de suicide efficace vise à limiter l'accès aux moyens les plus courants, notamment les pesticides, les armes à feu et certains médicaments.

Les services de soins de santé doivent incorporer la prévention du suicide en tant que composante essentielle. Les troubles mentaux et l'usage nocif de l'alcool sont responsables de nombreux suicides à travers le monde. Afin de s'assurer que les personnes reçoivent l'aide dont elles ont besoin, il est primordial d'identifier ces deux problèmes à un stade précoce et de les prendre efficacement en charge.

Les communautés jouent un rôle crucial dans la prévention du suicide. Elles peuvent apporter un soutien social aux personnes vulnérables et s'impliquer dans les soins de suivi, lutter contre la stigmatisation et venir en aide aux personnes endeuillées suite à un suicide.

Pour de plus amples informations, merci de contacter :

Département Santé mentale et abus de substances psychoactives
Organisation mondiale de la Santé
20 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention

