



POINT DE VUE

Ce bulletin présente des résultats impressionnants sur la fréquence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide au sein de la population suisse. Ils sont disponibles pour la première fois en Suisse sous cette forme et constituent une base supplémentaire importante pour la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse adopté en 2016 par la Confédération, les cantons et la fondation Promotion Santé Suisse.

Parmi nous vivent plus d'un demi-million de personnes ayant actuellement des pensées suicidaires, plus de 200 000 ont tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie, dont environ 33 000 au cours des 12 derniers mois. Ces chiffres interpellent et pourtant, ils ne reflètent pas entièrement la situation. En effet, les personnes en détention, celles séjournant dans des cliniques psychiatriques, ou encore celles qui sont en procédure d'asile ne sont pas prises en compte dans l'Enquête suisse sur la santé ESS; pourtant ce sont elles qui sont le plus touchées.

Les résultats de l'ESS ne peuvent pas rendre compte de la complexité des situations de crises suicidaires, mais ils donnent un aperçu des pressions bio-psycho-sociales sur les personnes touchées, telles que la maladie, la solitude, le manque de ressources personnelles ou le chômage. Ces facteurs peuvent être la cause ou la conséquence des tendances suicidaires. Les crises suicidaires résultent généralement d'une interaction entre de nombreux facteurs menant souvent à des symptômes dépressifs chez les personnes touchées, comme le montrent les résultats de l'ESS.

Aider les personnes en situation de crise suicidaire est une tâche qui incombe à la société dans son ensemble. Chacun peut y contribuer, que ce soit en tant que membre de la famille, ami, collègue de travail, travailleur social ou professionnel de la santé; par exemple en abordant les problèmes et les pensées suicidaires:

www.parler-peut-sauver.ch

Esther Walter

Office fédéral de la santé publique, Responsable du projet
Prévention du suicide

Pensées suicidaires et tentatives de suicide dans la population suisse

La prévention du suicide représente un défi global. Environ 800 000 personnes mettent chaque année fin à leurs jours dans le monde (OMS, 2018). En Suisse, environ 1000 personnes se sont suicidées en 2016 (sans compter les suicides assistés; OFS 2018); avec 12 cas par 100 000 habitants, le taux de suicide se situe dans la moyenne en comparaison européenne (Obsan, 2019; OMS, 2019). Le «Plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse» définit des objectifs et des mesures pour réduire – ou stabiliser malgré la croissance démographique – le nombre de suicides et de tentatives de suicide en Suisse (OFSP, 2016; Steck et al., 2016).

Les décès par suicide ne constituent que la pointe de l'iceberg. En effet, le nombre de personnes qui tentent de mettre fin à leurs jours ou qui envisagent de se suicider est beaucoup plus important (OMS, 2014, 2018). Réalisé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le présent bulletin analyse les données issues de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017 concernant les pensées suicidaires et les tentatives de suicide autodéclarées, ces dernières étant disponibles pour la première fois (cf. encadré p. 2). Il vise à mieux comprendre combien de personnes ont des pensées suicidaires ou ont tenté de se suicider en Suisse.

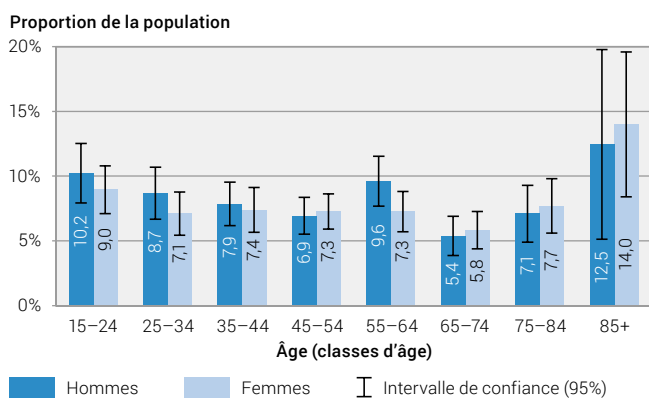
Dans un but de prévention du suicide, la recherche a souvent cherché à identifier les facteurs de risque et de protection du phénomène. Les travaux transversaux montrent que les pensées ou les conduites suicidaires sont particulièrement présentes chez les personnes souffrant d'une maladie psychique, mais qu'elles sont aussi influencées par une multitude d'autres facteurs, notamment biologiques, personnels, sociaux ou environnementaux (p. ex. Franklin et al., 2017; OMS, 2014). Si les données de l'ESS 2017 permettent d'étudier les liens entre les pensées et les conduites suicidaires, d'une part, et différents facteurs, de l'autre, par exemple le soutien social, elles ne permettent pas de se prononcer sur les causes. Ce bulletin a donc pour première intention de montrer quelles sont les personnes qui ont des pensées suicidaires ou qui ont tenté de mettre fin à leurs jours et comment ces personnes perçoivent leur santé et leur situation de vie. Pour ce faire, il compare les réponses des personnes qui ont des pensées suicidaires ou qui ont tenté de se suicider avec celles des personnes qui n'en ont pas ou qui n'ont pas fait de tentative de suicide.

Pensées suicidaires

Prévalence

En 2017, environ 7,8% (IC-95%: 7,3–8,3%) de la population suisse ont indiqué avoir eu des pensées suicidaires au moins une fois au cours des deux semaines précédant l'enquête (prévalence instantanée), ce qui correspond à un taux de 7796 pour 100 000 habitants (IC-95%: 7316–8277; taux brut). Extrapolé à l'ensemble de la population résidente âgée de 15 ans et plus, cela représente environ 541 000 personnes (IC-95%: 508 000–575 000). Les femmes et les hommes sont à peu près aussi souvent concernés (7,5% vs 8,1%) et il n'y a pas d'association claire avec l'âge (graphique G1).

Pensées suicidaires par âge et par sexe, 2017 G1



n=18 557

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Évolution

Par rapport à l'Enquête suisse sur la santé de 2012, la proportion de personnes rapportant des pensées suicidaires est passée de 6,4% à 7,8%. L'augmentation est plus marquée chez les hommes (6,3% vs 8,1%; +29%) que chez les femmes (6,6% vs 7,5%; +14%; tendance). Les pensées suicidaires ont tendanciellement progressé dans toutes les classes d'âge.

Répartition territoriale et facteurs sociodémographiques

Au niveau géographique, on ne constate pas de fortes différences entre les grandes régions. Il faut seulement noter que les habitants de Suisse centrale ont un peu moins de pensées suicidaires que ceux de la Suisse du Nord-Ouest et de la région lémanique (graphique G2). En raison de la taille de l'échantillon, il n'est pas possible de procéder à une comparaison fiable entre les cantons. Enfin, aucune différence n'est à signaler entre les trois régions linguistiques.

Données, définitions et méthode

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) est réalisée tous les 5 ans depuis 1992 par l'Office fédéral de la statistique sur mandat du Conseil fédéral. Son univers de base est la population résidente permanente de 15 ans et plus vivant en Suisse dans des ménages privés (y compris les ressortissants étrangers, sauf les personnes en procédure d'asile). L'ESS consiste en des interviews téléphoniques et un questionnaire écrit. De plus amples informations sont disponibles sur la page: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.html.

Comme en 2012, le questionnaire écrit de l'ESS 2017 comportait une question sur les pensées suicidaires: «Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)? Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre». Cette question fait partie du Patient Health Questionnaire (PHQ-9), un questionnaire servant à identifier les symptômes dépressifs. Selon la CIM-10, les pensées et les conduites suicidaires sont des symptômes de dépression sévère (codes de diagnostic F32.2 et F32.3). Pour les analyses du bulletin, les réponses «plusieurs jours», «plus de la moitié des jours» et «presque tous les jours» ont été regroupées en une seule catégorie.

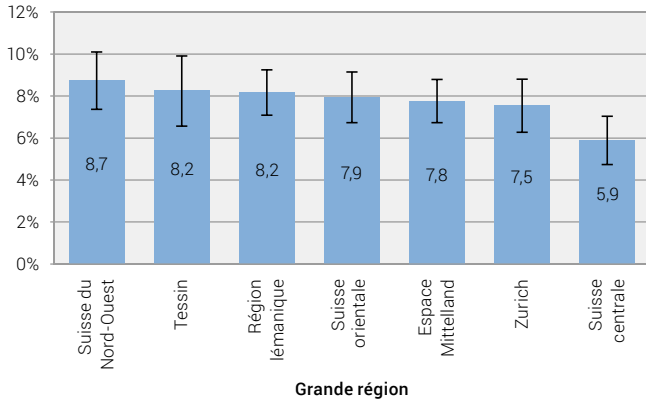
En 2017, les tentatives de suicide ont quant à elles été étudiées pour la première fois dans le cadre de l'ESS, au moyen de la question suivante, posée dans le questionnaire écrit: «Au cours de votre vie, avez-vous déjà tenté de vous suicider?» En cas de réponse positive, une question supplémentaire était posée: «Au cours des 12 derniers mois, avez-vous tenté de vous suicider?» Les personnes ayant répondu oui à la première question devaient également renseigner la question «suite à votre tentative de suicide, en avez-vous parlé à quelqu'un?», pour laquelle elles disposaient des choix suivants: a) «oui, à quelqu'un de mon entourage personnel», b) «oui, à un médecin ou un professionnel de la santé» et c) «non, à personne». Aucune autre information n'était collectée dans le cadre de l'enquête, ni concernant la méthode utilisée, ni le moment de la tentative, ni le nombre de tentatives.

Étaient considérées dans le cadre de l'ESS les tentatives de suicide avec la volonté de se donner la mort. Dans certaines études, tous les actes d'autodestruction sont considérés comme des conduites suicidaires, indépendamment de la présence ou non d'une intention de se donner la mort (p. ex. Ostertag et al., 2019). Il faut prendre en compte ces différences de définition lorsqu'on compare les résultats de diverses études.

Ce bulletin traite avant tout des associations bivariées descriptives entre les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide d'une part, et différents facteurs de l'autre. Sauf en cas de mention contraire, les relations présentées existent aussi lorsqu'on considère le sexe, l'âge, le niveau de formation et le statut migratoire comme variables d'influence. De manière générale, toute différence ou tout lien évoqué est statistiquement significatif ($p < .05$). Le terme «tendance» est pour sa part utilisé lorsqu'un résultat est proche mais ne passe pas le seuil de significativité. Tous les résultats graphiques sont présentés en définissant un intervalle de confiance à 95%.

Pensées suicidaires par grande région, 2017 G2

Proportion de la population



Intervalles de confiance (95%)

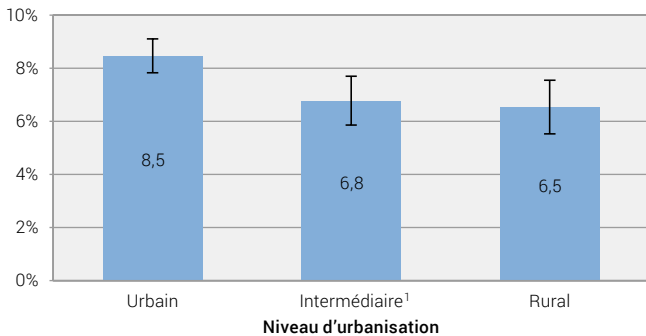
n=18 557

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Pensées suicidaires selon le niveau d'urbanisation, 2017 G3

Proportion de la population



Intervalles de confiance (95%)

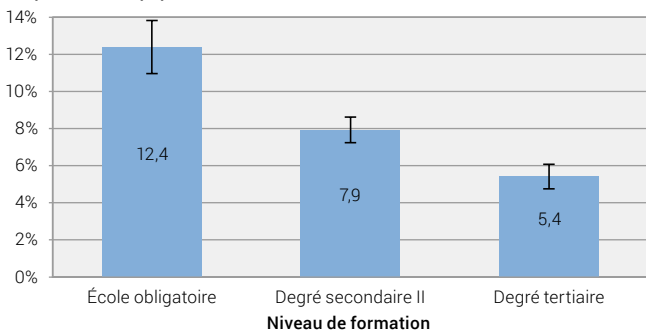
¹ Périurbain dense et centres ruraux
n=18 557

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Pensées suicidaires selon le niveau de formation, 2017 G4

Proportion de la population



Intervalles de confiance (95%)

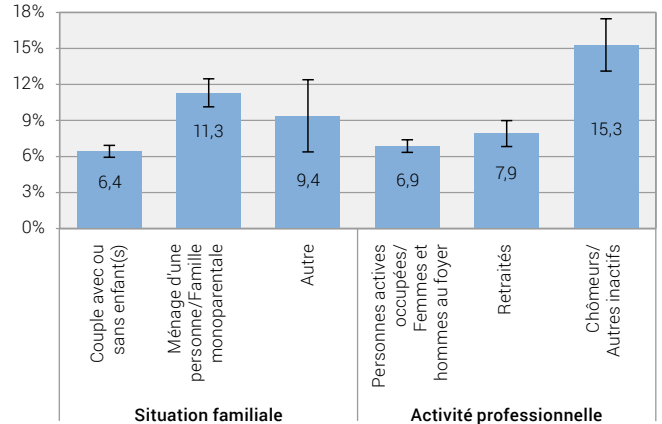
n=18 515

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Pensées suicidaires selon l'activité professionnelle et la situation familiale, 2017 G5

Proportion de la population



Intervalles de confiance (95%)

Activité professionnelle: n=18 496; situation familiale: n=18 556

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Les habitants des espaces urbains ont plus souvent des pensées suicidaires que ceux des espaces intermédiaires (périurbain dense et centres ruraux) et ruraux (graphique G3).

La fréquence des pensées suicidaires varie en fonction du niveau de formation (graphique G4). Les personnes qui n'ont pas d'autre formation que la scolarité obligatoire sont celles qui indiquent le plus souvent avoir des pensées suicidaires (12,4%), suivies des titulaires d'un diplôme du secondaire II (p. ex. apprentissage ou maturité; 7,9%) et des personnes ayant suivi une formation de degré tertiaire (p. ex. université ou HES; 5,4%).

Les personnes issues de la migration ont plus fréquemment des pensées suicidaires que les autres (9,2% vs 7,0%).

Au niveau de l'activité professionnelle et de la situation familiale, plusieurs catégories sont particulièrement concernées par les pensées suicidaires: les personnes en âge de travailler mais qui ne travaillent pas (chômeurs et autres inactifs) et les personnes vivant seules ou élevant seules leur(s) enfant(s) (graphique G5).

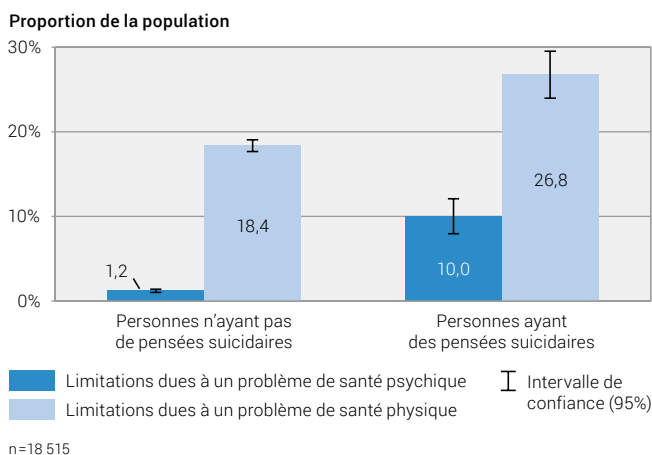
État de santé

Les personnes qui ont des pensées suicidaires souffrent plus souvent d'un problème de santé de longue durée (p. ex. maladie chronique) que les répondants qui n'ont pas rapporté de telles pensées (47,9% vs 30,9%). Les résultats sont similaires au sujet des limitations dans les activités de la vie quotidienne (46,7% vs 22,3%). En particulier, on constate une forte différence dans le cas des personnes limitées en raison d'un problème de santé dû à des causes psychiques (10,0% vs 1,2%). On relève aussi une nette différence lorsque les limitations résultent d'un problème de santé physique (26,8% vs 18,4%; graphique G6). Près de la moitié (47,0%) des personnes ayant des pensées suicidaires déclarent avoir actuellement de graves problèmes physiques (p. ex. douleurs au dos, à l'abdomen, à la tête et à la poitrine). Chez les personnes sans pensées suicidaires, le taux est de 19,3%.

Les pensées suicidaires sont souvent liées à la dépression. Ainsi, plus de la moitié (52,9%) des personnes qui ont des pensées suicidaires souffrent de symptômes dépressifs moyens à sévères (valeurs PHQ > 10), alors que ce taux s'élève à 4,9% pour les autres.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne (depuis au moins 6 mois) selon les pensées suicidaires, 2017

G6



Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Par ailleurs, les troubles du sommeil sont aussi en lien avec les pensées suicidaires. Les répondants qui ont indiqué avoir pensé au suicide ont environ trois fois plus souvent que les autres des problèmes pathologiques de sommeil, c'est-à-dire qu'ils ont souvent un sommeil agité ou qu'ils se réveillent souvent plusieurs fois au cours de la nuit (17,8% vs 5,3%).

Traitement médical et consommation de médicaments

L'ESS ne permet pas de savoir précisément si les personnes qui ont des pensées suicidaires sont suivies par un professionnel de la santé. Néanmoins, l'enquête montre qu'environ un quart (25,5%) des répondants ayant des pensées suicidaires ont reçu un traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est nettement plus grande que pour les autres répondants (4,2%). Il est toutefois impossible de déterminer dans quelle mesure ce traitement est lié aux pensées suicidaires évoquées par les sondés.

Par contre, on dispose de données sur la consommation de médicaments (fréquence au cours des 7 derniers jours). Environ un quart (24,8%) des personnes ayant rapporté des pensées suicidaires consomment des médicaments psychotropes (anti-dépresseurs, tranquillisants ou somnifères), contre seulement 6,9% dans l'autre groupe de répondants. Les médicaments les plus consommés sont les antidépresseurs (18,4% vs 3,2%), suivis par les somnifères (13,9% vs 3,3%) et les tranquillisants (12,0% vs 2,5%). La consommation quotidienne d'antidouleurs est, elle aussi, plus importante chez les personnes qui ont des pensées suicidaires (12,9%) que chez les autres (4,9%).

Consommation d'alcool, de tabac et de drogues

Au niveau de la consommation quotidienne d'alcool, il n'y a aucune différence entre les personnes qui ont des pensées suicidaires et les autres. Par contre, les personnes ayant de telles pensées fument plus fréquemment tous les jours (27,1% vs 17,8%) et ont plus souvent consommé des drogues dures au cours des 12 derniers mois (p. ex. héroïne, cocaïne; 2,5% vs 1,0%).

Ressources personnelles et sociales

Les personnes ayant des pensées suicidaires se distinguent des autres en ce qui concerne le sentiment de maîtrise de la vie (la sensation d'avoir le contrôle sur sa vie) et le sentiment d'efficacité personnelle (l'appréciation de sa capacité à mener à bien ses activités). Par exemple, elles sont 69,1% à éprouver la sensation de ne pas avoir le contrôle sur leur vie contre 19,5% pour les personnes qui n'ont pas de pensées suicidaires (graphique G7).

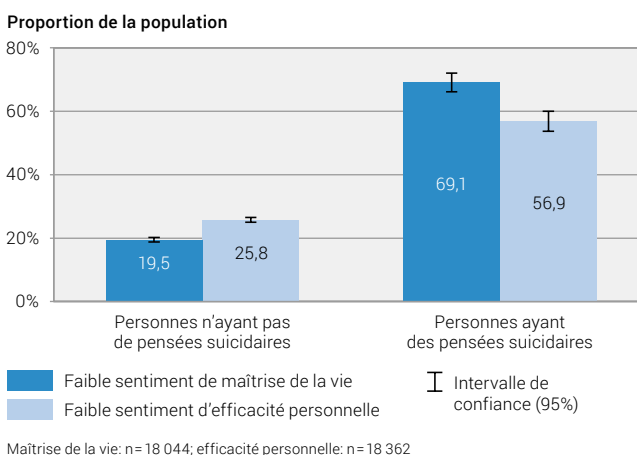
Les personnes avec des pensées suicidaires se sentent nettement plus souvent seules que les autres (21,3% vs 3,4%). Finalement, les deux groupes se distinguent aussi au niveau du soutien social perçu: 22,5% des personnes qui ont des pensées suicidaires ont l'impression de disposer d'un faible soutien social (contre 8,6% pour les autres).

Analyse multivariée

Lorsqu'on procède à une analyse multivariée pour étudier la relation entre les pensées suicidaires et tous les facteurs décrits ci-dessus (régression logistique où les pensées suicidaires représentent la variable indépendante), il apparaît qu'un mauvais état de santé psychique – et, en particulier, des symptômes de dépression – constitue l'élément le plus étroitement lié avec les pensées suicidaires. On constate aussi une corrélation avec le manque de ressources personnelles (p. ex. faible sentiment de maîtrise de la vie) et la sensation de solitude.

Faibles sentiments de maîtrise de la vie et d'efficacité personnelle selon les pensées suicidaires, 2017

G7

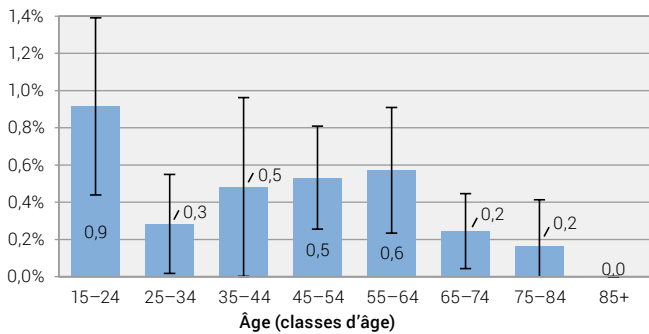


Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Tentatives de suicide (prévalence annuelle) par âge, 2017 G8

Proportion de la population



Intervalle de confiance (95%)

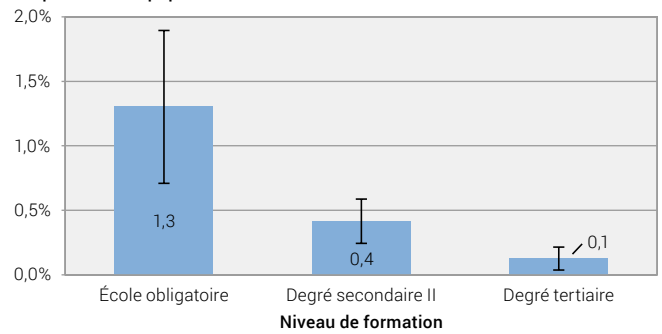
n=18 724

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Tentatives de suicide (prévalence annuelle) selon le niveau de formation, 2017 G9

Proportion de la population



Intervalle de confiance (95%)

n=18 681

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Tentatives de suicide autodéclarées

Prévalence annuelle et à vie

Selon l'ESS 2017, 0,5% (IC-95%: 0,3–0,6%) des sondés ont tenté de mettre fin à leurs jours au cours des 12 mois précédant l'enquête, à proportion quasiment égale entre hommes et femmes. Ce pourcentage correspond à 467 personnes pour 100 000 habitants (IC-95%: 331–602; taux brut). Rapporté à la population totale âgée de plus de 15 ans, cela équivaut à 33 000 tentatives de suicide (IC-95%: 23 000–42 000). Aucune différence statistiquement significative se rapportant à l'âge n'est à signaler (graphique G8).

La prévalence à vie, lorsqu'une personne a tenté de se suicider une fois dans sa vie, est de 3,4% (IC-95%: 3,1–3,7%). Cela signifie que, d'après les données de l'ESS, entre 214 000 et 259 000 personnes en Suisse ont tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie. Contrairement à la prévalence annuelle, la prévalence à vie révèle une différence entre hommes et femmes: la part de femmes qui rapportent une tentative de suicide est plus élevée que la part d'hommes (3,9% vs 2,9%). Une comparaison par âge n'est pas pertinente dans ce cas. L'âge au moment de la tentative de suicide n'est pas connu, ce qui signifie que celle-ci peut être plus ou moins ancienne selon les personnes.

Pour la prévalence annuelle, les liens entre les tentatives de suicide et les facteurs de risque mentionnés dans la littérature spécialisée doivent être étudiés avec précaution, en raison du faible nombre de cas recensés et de l'incertitude qui en découle en termes de significativité statistique. Par ailleurs, les tentatives de suicide commises plus d'une année avant l'enquête peuvent dater et ne pas être liées à la situation rapportée par la personne concernée (p. ex. l'activité professionnelle était différente au moment de la tentative que lors de l'enquête en 2017). Pour les analyses à venir, le présent article met donc l'accent sur la prévalence annuelle, car celle-ci est plus étroitement liée à la situation actuelle des répondants. Pour la prévalence à vie, on se demandera comment se portent actuellement les personnes qui ont tenté de se suicider une fois dans leur vie.

Répartition territoriale et facteurs sociodémographiques

En ce qui concerne la prévalence annuelle des tentatives de suicide, on n'observe aucune distinction régionale, ni au niveau des grandes régions ni au niveau des régions linguistiques. On ne constate pas non plus de différence entre les personnes qui vivent en milieu urbain et celles qui habitent des zones intermédiaires ou rurales.

Les personnes issues de la migration tendent à montrer une prévalence annuelle quelque peu supérieure (0,7% vs 0,3%). En prenant également en compte l'âge, le sexe et la formation, la différence devient significative.

Les tentatives de suicide (prévalence annuelle) sont liées au niveau de formation. Ce sont en particulier les personnes dont le niveau de formation le plus élevé est celui de l'école obligatoire qui ont le plus souvent tenté de se suicider au cours des 12 mois précédents (graphique G9).

Concernant l'activité professionnelle et la situation familiale, les résultats sont sensiblement les mêmes que pour les pensées suicidaires. Les personnes en âge de travailler, mais sans emploi (chômeurs et autres inactifs) ont plus souvent tenté de mettre fin à leurs jours au cours des 12 mois précédents (1,5% vs 0,4%). Les personnes vivant seules ou élevant seules leur(s) enfant(s) ont tendanciellement plus souvent commis une tentative de suicide que les personnes vivant en couple avec ou sans enfant (0,8% vs 0,3%).

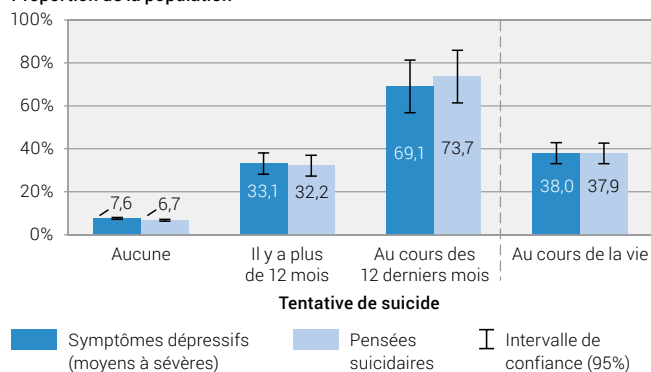
État de santé

Les personnes qui ont tenté de se suicider une fois dans leur vie souffrent plus fréquemment d'un problème de santé de longue durée (p. ex. maladie chronique) que les autres (45,9% vs 31,5%). Les résultats sont similaires au sujet des limitations dans les activités de la vie quotidienne. Les personnes qui ont fait une tentative sont plus souvent limitées par des problèmes de santé (16,1% vs 3,6%). Comme observé pour les pensées suicidaires, il y a une distinction nette dans le cas des personnes limitées en raison d'un problème de santé d'ordre psychique (8,8% pour les personnes ayant tenté de se suicider une fois dans leur vie vs

Symptômes dépressifs et pensées suicidaires selon les tentatives de suicide, 2017

G 10

Proportion de la population



n=18 162

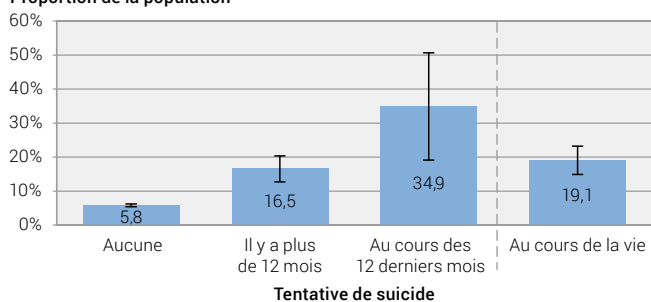
Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Troubles du sommeil selon les tentatives de suicide, 2017

G 11

Proportion de la population



I Intervalle de confiance (95%)

n=18 515

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

1,7% pour les autres). Cependant, on relève aussi une différence significative lorsque les limitations résultent d'un problème de santé physique (24,6% vs 19,1%). La moitié (50,0%) des personnes qui ont fait une tentative se plaignent actuellement de fortes douleurs physiques (p. ex. maux de dos, de ventre, de tête et douleurs dans la poitrine). Chez les personnes n'ayant jamais fait de tentative, la part s'élève à 20,6%.

Plus de deux tiers (69,1%) des personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédents rapportent au moment de l'enquête des symptômes dépressifs moyens à sévères (valeurs PHQ>10). Cette proportion est d'environ un tiers (33,1%) chez des personnes dont la tentative remonte à plus d'un an (graphique G10). Ces chiffres sont nettement plus élevés que ceux relevés chez les personnes n'ayant jamais fait de tentative de suicide (7,6%).

Les pensées suicidaires (un symptôme potentiel de dépression) sont également plus fréquentes chez les personnes ayant déjà tenté de se suicider: elles sont présentes chez 73,7% des personnes ayant fait une tentative au cours des 12 mois précédents, chez 32,2% de celles dont la tentative remonte à plus de 12 mois et chez 6,7% des personnes n'ayant jamais fait de tentative (graphique G10).

Plus d'un tiers (34,9%) des personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois souffrent de troubles pathologiques du sommeil. Chez les personnes dont la dernière tentative est plus ancienne, cette proportion s'élève à 16,5%. Chez les personnes n'ayant jamais essayé de mettre fin à ses jours, la part s'élève à 5,8% (graphique G11).

Traitement médical et consommation de médicaments

Environ la moitié (49,6%) des répondants ayant fait une tentative de suicide l'année précédant l'enquête indiquent avoir été suivis pour des troubles d'ordre psychique durant les 12 derniers mois. Parmi ceux dont la tentative date de plus longtemps, cette proportion s'élève à 28,1%. Chez les personnes n'ayant jamais fait de tentative, la part s'élève à 5,0%. Il est toutefois impossible de déterminer dans quelle mesure le traitement est lié à une tentative de suicide.

Parmi les répondants qui ont déjà fait une tentative de suicide, 30% ont consommé des médicaments psychotropes (anti-dépresseurs, tranquillisants ou somnifères) au cours des sept jours précédant l'enquête. La proportion est de 45,7% lorsque la tentative de suicide date de moins de 12 mois et de 27,8% si elle est plus ancienne. Chez les sondés n'ayant pas fait de tentative, la proportion est de 7,6%. Ce sont les antidépresseurs qui sont le plus utilisés (33,4% respectivement 22,7% vs 3,7%), suivis des somnifères (32,0% respectivement 14,5% vs 3,8%) et des tranquillisants (28,9% respectivement 12,6% vs 2,9%). La consommation quotidienne d'antidouleurs est, elle aussi, plus importante chez les personnes qui ont tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois (23,4%) ou avant (14,0%) que chez les autres (5,3%).

Consommation d'alcool, de tabac et de drogues

La consommation d'alcool quotidienne est plus rare chez les personnes ayant fait une tentative de suicide que chez les autres. Que la tentative remonte à moins ou à plus de 12 mois ne fait pas de grande différence (7,1% respectivement 7,5% vs 11,2% pour les sondés n'ayant pas fait de tentative). Si l'on prend aussi en considération l'âge, le sexe, la formation et le statut migratoire, l'impact n'est plus statistiquement significatif. En revanche, les personnes ayant fait une tentative de suicide fument plus fréquemment tous les jours (39,4% respectivement 35,2% vs 17,9%) et ont plus souvent consommé des drogues dures au cours des 12 derniers mois (5,1% respectivement 3,4% vs. 1,1%).

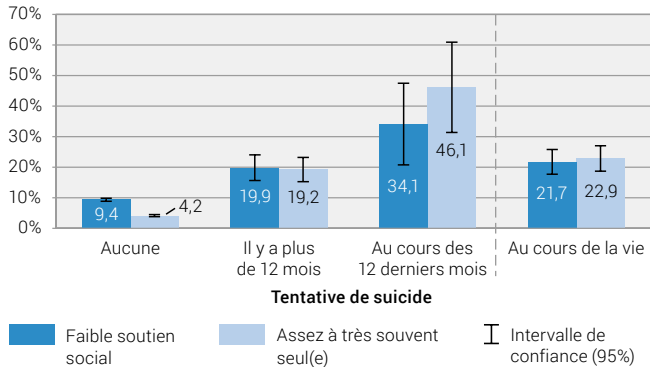
Ressources personnelles et sociales

Les personnes ayant fait une tentative de suicide disposent de moins de ressources personnelles. Par exemple, elles ont plus souvent un faible sentiment de maîtrise de la vie (la sensation d'avoir le contrôle sur sa vie) que les personnes n'ayant jamais tenté de se suicider (57,4% vs 22,1%). Si la tentative a eu lieu au cours de l'année écoulée, la part est encore plus grande (77,3%). Elles se sentent également moins capables de mener leurs activités à bien (sentiment d'efficacité personnelle; 45,8% vs 27,5%).

Solitude et soutien social selon les tentatives de suicide, 2017

G 12

Proportion de la population



Solitude: n= 18 693; soutien social: n= 18 017

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

Plus d'un cinquième des personnes (22,9%) qui ont une fois tenté de se suicider se sentent assez souvent voire très souvent seules. Si la tentative remonte à moins d'une année, ce taux s'élève à 46,1%. En comparaison, il n'est que de 4,2% chez les personnes n'ayant pas fait de tentative de suicide. 21,7% des personnes ayant fait une tentative de suicide ont l'impression de disposer au quotidien d'un faible soutien social (contre 9,4% des personnes n'ayant pas fait de tentative de suicide). Le taux augmente à 34,1% si la tentative remonte à moins de 12 mois (graphique G 12).

En parler

Environ 85% des personnes qui ont tenté de se suicider au cours des 12 mois précédents en ont parlé avec au moins une personne par la suite (majoritairement avec un professionnel de la santé). Chez les personnes dont la tentative remonte à plus d'une année, la proportion est tendanciellement plus faible (76,1%; graphique G 13). Les femmes ont tendance à parler plus souvent de leur tentative de suicide que les hommes (80,1% vs 72,6%).

Discussion

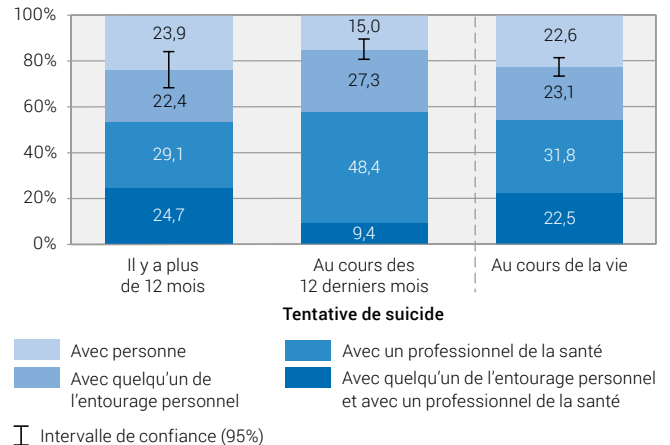
En Suisse, les personnes qui ont des pensées suicidaires ou ont tenté de mettre fin à leurs jours sont nombreuses. La prévalence des pensées suicidaires, calculée sur les deux semaines précédant l'enquête, a augmenté au cours des cinq dernières années. Aucune conclusion sur l'évolution dans le temps des tentatives de suicide autodéclarées ne peut être tirée des données de l'ESS, étant donné que le premier relevé date de 2017. La prévalence annuelle de 0,5% indiquée correspond aux valeurs des années 2001 à 2007 relevées dans d'autres pays industrialisés dans le cadre des enquêtes sur la santé mentale dans le monde menées par l'OMS (World Mental Health Survey; Borges et al., 2010).

Le chiffre annuel extrapolé de 33 000 tentatives de suicide autodéclarées au sein de la population suisse dépasse le nombre des tentatives qui ont nécessité un traitement médical (p. ex. Muheim et al., 2013; Ostertag et al., 2019; Steffen et al.,

Discussion sur la tentative de suicide, 2017

G 13

Proportion de la population



n=577

Note: l'IC à 95% se réfère à toutes les personnes qui ont parlé à quelqu'un de leur tentative (somme des trois sous-groupes).

Source: OFS – ESS 2017

© Obsan 2019

2011). Il n'y a là rien d'étonnant, car toutes les tentatives de suicide ne sont pas traitées médicalement. Si l'on met en regard les 33 000 tentatives de suicide autodéclarées et les suicides (pour l'année 2016: n= 1016; OFS 2018), on obtient un ratio pour la Suisse d'environ un suicide pour 32 tentatives. Si l'on prend également en compte les suicides assistés (en 2016: n=928), le ratio s'abaisse à 1:17. Ces chiffres correspondent aux résultats fournis par la littérature spécialisée au niveau international (p. ex. 1:20; OMS, 2014). La comparaison reste cependant difficile en raison des divergences de définition (conduite suicidaire avec ou sans intention de se donner la mort).

Les résultats obtenus sont basés sur une enquête et sous-estiment peut-être la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide. Il est difficile de déterminer à quel point les personnes interrogées étaient disposées à partager des informations sensibles sur leurs pensées ou leurs conduites suicidaires. L'ESS 2017 recense les tentatives de suicide avec intention de se donner la mort. Une définition plus large, qui considérerait de manière générale les actes d'autodestruction comme un indicateur d'une tentative de suicide, aurait entraîné des taux de prévalence plus élevés. Dans l'ESS, seules les personnes vivant en ménage privé ont été interrogées. Les résultats ne concernent donc pas les personnes vivant dans d'autres cadres (p. ex. homes, cliniques lors d'un séjour stationnaire). En outre, seuls les jeunes à partir de 15 ans ont pu participer. Il faut cependant rappeler que des enfants plus jeunes rapportent également des pensées suicidaires ou tentent de se suicider (Steck et al., 2017; Geulayov et al., 2018).

Les pensées suicidaires sont étroitement liées aux symptômes dépressifs (Franklin et al., 2017). Certains répondants n'ont pas parlé de leur acte après une tentative de suicide et une part importante des personnes ayant eu des pensées suicidaires ou des conduites suicidaires rapportent avoir un réseau social restreint, se sentir seules et bénéficier de peu de ressources personnelles. Ce manque de ressources concerne également les personnes qui ont fait une tentative de suicide avant l'année écoulée, ce qui souligne la nécessité d'un soutien et d'un traitement structurés et à long terme (Steffen et al., 2011).

Références

- Borges, G., Nock, M.K., Haro Abad, J.M., ... Kessler, R.C. (2010). *Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Survey*. *J Clin Psychiatry*, 71(12): 1617–1628.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., ... Nock, M. K. (2017). *Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research*. *Psychol Bull.* 143(2):187–232.
- Geulayov, G., Casey, D., McDonald, K.C., ... Hawton, K. (2018). *Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study*. *Lancet Psychiat*, 5: 167–74.
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M., Riecher-Rössler A. (2013). *Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. *Swiss Med Wkly*. May 28;143:w13759.
- Obsan (2019). *Suicide*. www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide. Consulté le 3.6.2019.
- OFS (2016). *Statistique des causes de décès 2014. Suicide assisté et suicide en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2018). *Santé psychique*. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/psychique.html. Consulté le 3.6.2019.
- OFSP (2016). *La prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OMS (2014). *Prévention du suicide: L'état d'urgence mondial*. Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2018). *Suicide*. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide. Consulté le 3.6.2019.
- OMS (2019). *Global Health Observatory (GHO) data – Suicide rates (per 100 000 population)*. www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates. Consulté le 3.6.2019.
- Ostertag, L., Golay, P., Dorogi, Y., ... Michaud, L. (2019). *The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm*. *Swiss Med Wkly*;149:w20016.
- Steck, N., Zwahlen, M. (2016). *Quantifizierung der Ziele des Aktionsplans Suizidprävention*. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Sektion Nationale Gesundheitspolitik.
- Steck, N., Egger, M., Schimmelmänn, B.G., Kupferschmid, S., for the Swiss National Cohort (2017). *Suicide in adolescents: findings from the Swiss National cohort*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(1):47–56.
- Steffen, T., Maillart, A., Michel, K., Reisch, T. (2011). *Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010 im Rahmen der WHO/MONSUE Multicenter Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depressionen*.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Claudio Peter, Obsan; Alexandre Tuch, Obsan

Remerciements

Nous remercions M^{me} Esther Walter (OFSP), Prof. Gabriela Stoppe (Ipsilon; MentAge Basel) et le Dr Laurent Michaud (Département de psychiatrie, CHUV) pour leur relecture critique de ce travail.

Référence bibliographique

Peter, C., Tuch, A. (2019). *Pensées suicidaires et tentatives de suicide dans la population suisse* (Obsan Bulletin 7/2019). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Direction de projet Obsan

Claudio Peter, Obsan

Direction de projet OFSP

Esther Walter (section Politique nationale de la santé)

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, tél. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand; cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-1907).

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Imprimés

www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Numéro OFS

1034-1907

© Obsan 2019



Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.