



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Prévention du suicide après un séjour hospitalier

Recommandations à l'attention
des professionnels de la santé

Août 2019



Document élaboré dans le cadre du plan d'action national pour la
prévention du suicide

Publication commune avec la Conférence suisse des directrices et directeurs
cantonaux de la santé (CDS) et d'autres décideurs, des sociétés de discipline
médicale et des organisations faitières assurant une fonction importante dans
la prise en charge en sortie d'hôpital

La présente publication a été préparée dans le cadre du plan d'action national pour la prévention du suicide (www.ofsp.admin.ch/preventiondusuicide). L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé et accompagné le processus d'élaboration des recommandations.

Les principes suivants ont présidé au travail de rédaction :

- les recommandations sont élaborées par les acteurs pertinents et de manière interprofessionnelle ;
- elles s'appuient sur les travaux préparatoires existants ;
- elles correspondent à l'état actuel des connaissances ;
- les patients concernés et leurs proches sont impliqués.

Organisations participantes :

- Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse ADPS
- Association des infirmiers cadres psychiatrie Suisse VPPS
- Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie ASMP
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS
- Fédération suisse des psychologues FSP
- Fondation suisse Pro Mente Sana PMS
- Réseau de travail avec les proches en psychiatrie (Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie NAP)
- Office fédéral de la santé publique OFSP
- Société suisse de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychothérapie SSPPEA
- Société suisse de psychiatrie et psychothérapie SSPP
- Swiss Mental Healthcare SMHC, association regroupant les cliniques et hôpitaux psychiatriques suisses

Remarque

Les présentes recommandations ont été élaborées conjointement par les organisations participantes. Elles visent à assister les membres de ces organisations dans leurs efforts pour garantir la qualité de leurs prestations.

Les recommandations s'appuient sur des connaissances scientifiques actuelles et sur des approches éprouvées dans la pratique. Selon le cas, d'autres types de traitements ou de procédures permettent aussi d'atteindre l'objectif visé.

Le respect ou non de ces recommandations n'engage pas la responsabilité du professionnel pas plus qu'il ne l'en dégage.

Table des matières

Synthèse _____	4
Contexte _____	5
Objectif _____	6
Cadre d'application _____	7
Les sept recommandations _____	8
Mise en œuvre _____	10
Impressum _____	11

Synthèse

Les présentes recommandations s'adressent aux professionnels de la santé qui traitent et prennent en charge des personnes présentant un risque de suicide lors de séjours à l'hôpital.¹ Elles se concentrent sur la transition entre le séjour hospitalier et le suivi ambulatoire.

Ce document a été élaboré en collaboration avec les acteurs concernés. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé et accompagné le processus dans le cadre du plan d'action Prévention du suicide.

Lors du passage du séjour hospitalier à la prise en charge ambulatoire, les professionnels impliqués doivent se poser au minimum les questions suivantes, en fonction de l'évaluation clinique de la suicidabilité :

-  **À la sortie du patient, le risque de suicide a-t-il été évalué de façon exhaustive, c'est-à-dire en prenant en compte l'ensemble des informations et des facteurs pertinents, y compris la situation psychosociale (et dans le domaine de la pédopsychiatrie le stade de développement du patient) ?**
→ RECOMMANDATION 1, PAGE 8
-  **Le suivi ambulatoire est-il organisé et planifié et intervient-il rapidement après la sortie du patient ? L'évaluation du risque suicidaire a-t-elle été communiquée suffisamment tôt aux personnes assurant le suivi ?**
→ RECOMMANDATION 3, PAGE 8
-  **Les professionnels, le patient et les proches ou personnes de confiance ont-ils suffisamment échangé au sujet de la transition et du suivi post-séjour (p. ex., au cours d'une réunion de transition) ?**
→ RECOMMANDATIONS 2 ET 4, PAGE 8
-  **Le patient a-t-il fait la connaissance, avant sa sortie, du professionnel qui assurera le suivi post-séjour ?** → RECOMMANDATIONS 3 ET 4, PAGE 8
-  **Une visite accompagnée à domicile a-t-elle eu lieu avant (ou peu après) la sortie du patient ? Les facteurs de risque (p. ex., possession d'armes) et de stress (p. ex., dettes, harcèlement) ont-ils été abordés à cette occasion ? Des mesures sont-elles prévues pour les réduire ?**
→ RECOMMANDATION 5, PAGE 8
-  **Avant la sortie du patient, des mesures ont-elles été envisagées pour prévenir les crises suicidaires (p. ex., plan d'urgence personnalisé, possibilités de renouer le contact) ?** → RECOMMANDATION 6, PAGE 9
-  **Dans le cas d'un patient ayant fait une tentative de suicide, les possibilités de thérapie spécialisée ont-elles été examinées ?**
→ RECOMMANDATION 6, PAGE 9
-  **Les professionnels impliqués sont-ils « à jour » en matière de prévention du suicide ? Leurs conditions de travail leur permettent-elles de mettre en pratique leurs connaissances de façon adéquate ?**
→ RECOMMANDATION 7, PAGE 9

Contexte

Sur mandat des Chambres fédérales, la Confédération et les cantons ont élaboré un plan d'action national pour la prévention du suicide (2016), en collaboration avec la fondation Promotion santé Suisse et de nombreux acteurs du système de santé et d'autres secteurs de la société.² Ce plan d'action vise à réduire les actes suicidaires dus à une réaction aiguë, et souvent passagère, à un facteur de stress ou en cas de maladie psychique. Il se concentre sur les suicides non assistés.

Le plan d'action comprend 10 objectifs et 19 mesures-clés. La mise en œuvre des mesures-clés peut souvent s'appuyer sur l'existant.³

Dans ce cadre, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ont lancé le projet « Réduction des suicides et des tentatives de suicide pendant et après un séjour en institution psychiatrique ».⁴ Ce projet s'inscrit dans l'objectif 5 du plan d'action : « Les personnes qui présentent un risque de suicide ou qui ont tenté de se suicider bénéficient d'un suivi et de soins rapides, spécifiques et adaptés à leurs besoins. »

Comme indiqué dans le plan d'action, l'application des mesures préconisées dans le rapport « Avenir de la psychiatrie en Suisse » du Conseil fédéral (2016)⁵ est essentielle pour atteindre l'objectif en question. Ces mesures sont les suivantes :

- **améliorer les bases de données nécessaires à la planification pour l'optimisation de l'ensemble de l'offre ;**
- **améliorer la coordination entre les différentes offres et renforcer leur qualité ;**
- **viser le financement durable de l'offre intermédiaire ;**
- **promouvoir le perfectionnement des spécialistes de la psychiatrie.**

En complément de ces mesures générales relatives aux soins psychiatriques, il convient de tenir compte des besoins spécifiques des personnes qui présentent un risque de suicide ou ont fait une tentative de suicide (mesure 5.1 du plan d'action). Pour cela, il faut notamment assurer un suivi médical efficace de façon à prévenir les rechutes après une tentative de suicide et la sortie de l'hôpital (mesure 5.2 du plan d'action).

Le projet « Réduction des suicides et des tentatives de suicide pendant et après un séjour en institution psychiatrique » se compose de plusieurs sous-projets. Les présentes recommandations constituent l'élément central. Elles se concentrent sur la transition entre la prise en charge stationnaire et ambulatoire, un aspect que les participants au projet considèrent comme prioritaire pour la prévention du suicide chez les personnes concernées. Par ailleurs, de nombreux hôpitaux psychiatriques ont récemment rédigé des stratégies et des lignes directrices relatives à la gestion de la suicidalité, comme le montre une enquête menée en 2018 auprès des membres de Swiss Mental Healthcare.⁶ Il conviendra d'observer l'influence de ces travaux sur le nombre de suicides survenant lors de séjours hospitaliers.

Chaque année, près d'un millier de suicides sont recensés en Suisse, dont environ 5 % se produisent pendant un séjour hospitalier dans un établissement psychiatrique.⁷ Il n'existe pas de données spécifiques concernant les suicides commis après la fin d'un tel séjour. On ne dispose pas non plus de données médicales nationales sur les tentatives, même si des études ponctuelles ont été réalisées.⁸ C'est pourquoi le plan d'action Prévention du suicide vise, entre autres, à améliorer les données disponibles sur les suicides et sur les tentatives.⁹ Selon les estimations, au moins 10 000 personnes par an sont prises en charge médicalement à la suite d'une tentative de suicide ; dans de nombreux cas, elles sont admises aux urgences pour des soins somatiques aigus. Pour prévenir les suicides, il est essentiel d'identifier ces personnes et de leur offrir un traitement adéquat. Même si les présentes recommandations n'ont pas été conçues pour les soins somatiques aigus, elles sont partiellement transposables à ce domaine.

Objectif

L'objectif général des présentes recommandations est de réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide, en particulier lors de la transition entre le séjour hospitalier et le suivi ambulatoire. La prévention effectuée pendant le séjour hospitalier fournit une base à cet égard.

Les recommandations visent à permettre au patient de vivre cette transition comme une simple étape dans son parcours thérapeutique et de reprendre sa vie quotidienne en toute sécurité. Cette approche vaut aussi bien pour les enfants et les adolescents que pour les adultes.

La prévention du suicide lors de la transition stationnaire-ambulatoire vise principalement les objectifs suivants :

Garantir des relations solides et durables entre les professionnels et les patients.

Dans la mesure du possible, il faut éviter de briser ou d'interrompre les relations solidement établies avec le patient. À cet égard, il est essentiel que la transmission de la responsabilité du traitement aux professionnels du secteur ambulatoire s'opère avec soin.

Assurer la continuité de la prise en charge et du traitement

Après la sortie du patient, une prise en charge de qualité doit être mise en place sans créer de rupture. Elle peut être assurée par des médecins, des psychologues, des infirmiers ou encore des travailleurs sociaux, en fonction de l'évaluation clinique.

Permettre au patient de reprendre sa vie quotidienne en toute sécurité

Le retour du patient chez lui doit être soigneusement préparé. Sa réintégration dans la vie quotidienne doit soutenir et favoriser le processus thérapeutique. Les facteurs de stress doivent être abordés précocement.

Pour atteindre ces buts, il est nécessaire que les prestataires de soins stationnaires et ambulatoires travaillent en réseau. Les tâches, les responsabilités et les compétences des différents professionnels qui assurent les soins et la prise en charge pendant la phase de transition doivent être définies collégalement et respectées.

Les recommandations visent en premier lieu :

- **les directions, les cadres et les collaborateurs des établissements psychiatriques ;**
- **les professionnels qui assurent le traitement et la prise en charge des patients à l'issue des séjours psychiatriques.**

En second lieu, elles s'adressent également aux institutions de formation, aux assureurs-maladie et accidents et aux responsables des politiques de santé au sein de la Confédération et des cantons.

Cadre d'application

Les recommandations ont été élaborées par des professionnels délégués par les organisations participantes. Elles s'appuient sur les connaissances des experts et les bonnes pratiques appliquées en Suisse. Elles sont conformes à la littérature spécialisée en la matière et compatibles avec les directives nationales et internationales.

Une partie des recommandations relèvent des bonnes pratiques générales en matière de traitement, mais bénéficient tout particulièrement aux personnes présentant un risque de suicide. D'autres sont spécifiques à cette catégorie de patients. Leur application – individuelle ou combinée – doit être adaptée à chaque situation concrète.

Par ailleurs, les principes généraux suivants priment les recommandations :

Principes généraux

- les professionnels établissent la planification conjointement avec les patients et, le cas échéant, avec les proches ou les personnes de confiance ;
- les patients ont souvent appris à se connaître et sont devenus « experts » de leur vécu ;
- il convient de responsabiliser les patients autant que possible.

Les sept recommandations

1 Évaluer le risque de suicide lors de la transition stationnaire-ambulatoire et assurer la gestion du risque.

L'évaluation du risque de suicide est une tâche permanente au cours d'un séjour hospitalier. Elle prend une importance toute particulière lors de la transition stationnaire-ambulatoire (en cas d'arrêt de l'hospitalisation ou de vacances). Les procédures internes et les responsabilités dans ce domaine diffèrent d'un établissement à un autre. L'évaluation et la gestion du risque doivent prendre en compte toutes les informations et tous les facteurs pertinents, y compris la situation psychosociale du patient au quotidien (et dans le domaine de la pédopsychiatrie son stade de développement).

2 Impliquer les proches ou les personnes de confiance dans la transition stationnaire-ambulatoire.

Les proches ou les personnes de confiance désignées par le patient doivent être impliqués. Dans le cas d'un mineur, il faut en particulier tenir compte de la responsabilité des garants de l'autorité parentale. Si le patient ne consent pas à la participation de ses proches, il convient d'orienter ces derniers vers des offres appropriées (p. ex., les services de consultation du réseau NAP). Un aspect central de la prévention du suicide est de former et de conseiller les proches, tout en veillant à les décharger.

3 Avant la sortie du patient, convenir fermement d'un suivi ambulatoire rapide.

Le suivi ambulatoire à l'issue du séjour peut être assuré par diverses structures : psychiatres et psychologues-psychothérapeutes indépendants (pour toutes les classes d'âge), structures ambulatoires, hôpitaux de jour, médecins de famille, pédiatres, services de soins psychiatriques ambulatoires. Dans tous les cas, un rendez-vous avec le professionnel assurant le suivi doit être convenu suffisamment tôt avant la sortie du patient et avoir lieu dans la première semaine suivant la fin du séjour. Pour rassurer le patient, il convient qu'il fasse la connaissance de cette personne au moins une fois avant sa sortie (p. ex. lors d'une réunion de transition, cf. plus bas). En outre, il est nécessaire de fournir à ce professionnel un rapport de sortie (même succinct) ou de le contacter par téléphone ; l'évaluation du risque de suicide doit être abordée à cette occasion. Si aucun rendez-vous avec un professionnel chargé du suivi ne peut être organisé dans la première semaine après la sortie, il convient de proposer un entretien au sein de l'hôpital.

4 Organiser une réunion de transition avant la sortie du patient.

Une réunion de transition avant la sortie de l'hôpital permet au patient, aux proches/personnes de confiance et aux professionnels des secteurs ambulatoire et stationnaire de se concerter. Elle peut se dérouler selon diverses modalités : visioconférence, conférence téléphonique, visite commune, etc.

5 Organiser une aide à la transition avant ou après la sortie.

Une visite accompagnée dans le cadre de vie des patients, avant ou juste après leur sortie de l'hôpital, aide ces personnes et leurs proches à mieux appréhender la phase de transition stationnaire-ambulatoire. Les accompagnants peuvent être des personnes de référence impliquées dans la prise en charge stationnaire ou dans le suivi ambulatoire. Cette intervention permet d'aborder les problèmes que rencontre le patient dans sa vie quotidienne, mais aussi les moyens qu'il pourrait utiliser pour se suicider (médicaments, armes...), afin de les réduire dans la mesure du possible.

6

Au plus tard avant la sortie de l'hôpital, aborder l'éventualité de futures crises suicidaires et mettre en place des mesures pour les prévenir.

Différents instruments peuvent être utilisés, seuls ou en combinaison, pour prévenir les futures crises suicidaires. Dans l'esprit de la planification anticipée des soins (advance care planning) et de la prise de décision partagée (shared decision making), il convient de discuter ensemble des diverses possibilités :

- Une thérapie courte / consultation spécialisée pour les patients ayant fait une tentative de suicide. Il s'agit essentiellement de clarifier les circonstances de la tentative et d'élaborer des mesures préventives (on peut p. ex. utiliser l'Attempted Suicide Short Intervention Program [ASSIP]).
- Un plan d'urgence comportant des stratégies concrètes et personnalisées applicables à la fois sur le long terme et en cas de risque aigu de suicide (p. ex. le plan de crise conjoint)
- Une carte d'appel d'urgence où figurent les coordonnées de services d'assistance à bas seuil, tels que les numéros d'appel d'urgence accessibles 24h/24, mais aussi celles des professionnels et des proches à contacter. Le format carte de crédit permet de la conserver dans le porte-monnaie. Une telle carte est également utile pour les proches.
- Des possibilités de renouer le contact : p. ex, l'hôpital peut envoyer une lettre semi-standardisée ou un message électronique au bout d'un certain laps de temps afin de s'informer de l'état du patient et de rappeler l'existence des offres de soutien. Cette approche est judicieuse pour tous les patients sortants, en particulier pour ceux qui ont interrompu leur traitement ou quitté l'hôpital contre avis médical. Elle est également utilisée dans le cadre de certains processus thérapeutiques précis.
- Des directives psychiatriques anticipées en cas de crise suicidaire aiguë ou d'incapacité de discernement.¹⁰ Cette démarche offre la possibilité de discuter des éventuelles craintes quant à une hospitalisation ultérieure sans consentement et d'informer sur les dispositions juridiques applicables.
- Un contrat thérapeutique, dans lequel toutes les personnes impliquées planifient par anticipation un traitement ultérieur.¹¹

7

Veiller à ce que les professionnels de la santé des domaines ambulatoire et stationnaire soient « à jour » en matière de prévention du suicide et offrir des conditions de travail leur permettant de mettre leurs connaissances en pratique.

Les connaissances sur la prévention du suicide peuvent être transmises et mises en pratique de différentes manières :

- en leur donnant une place importante dans les programmes des différentes formations (initiale, postgrade, continue, perfectionnement) et dans le catalogue des objectifs de formation pour les professionnels de la santé ;
- par des mesures de formation particulières, spécifiques aux différentes disciplines, multiprofessionnelles et tripartites (c.-à-d. impliquant les proches et les patients) ;
- en organisant des cercles de qualité ou des rencontres mixtes afin de favoriser l'échange interprofessionnel et interrégional sur le sujet ;
- en rassemblant les ressources nécessaires afin de nommer une personne responsable de la prévention du suicide, qui sera chargée d'organiser p. ex. des cours de perfectionnement ou des formations continues, de rédiger des guides, de les tenir à jour et d'assurer un rôle de supervision.

Vous trouverez des exemples d'application de ces recommandations, ainsi que de nombreux autres exemples suisses en matière de prévention du suicide, à l'adresse : www.bag.admin.ch/preventiondu-suicide-exemples

Mise en œuvre

Les recommandations ne sont pas juridiquement contraignantes pour leurs destinataires. Les acteurs et les professionnels qui accompagnent des personnes à risque suicidaire pendant la transition stationnaire-ambulatoire sont vivement encouragés à les suivre, dans la mesure de leurs possibilités stratégiques et opérationnelles.

Certaines recommandations sont faciles à mettre en œuvre, tandis que d'autres nécessitent une implication forte des acteurs concernés.¹² Pour toutes les recommandations, des exemples d'application pratique existent en Suisse (voir : www.bag.admin.ch/preventiondusucide-exemples).

- 1 Les principaux groupes professionnels concernés sont les psychiatres et les psychologues-psychothérapeutes (pour toutes les classes d'âges) ainsi que les médecins de famille, les pédiatres et les infirmiers. Cependant, d'autres professionnels de la santé ou des travailleurs sociaux peuvent intervenir, de même que des pairs formés.
- 2 www.ofsp.admin.ch/preventiondusucide
- 3 www.bag.admin.ch/preventiondusucide-exemples
- 4 www.ofsp.admin.ch/preventiondusucide > La prévention du suicide au cours d'une prise en charge psychiatrique
- 5 www.bag.admin.ch/avenir-psychiatrie
- 6 www.ofsp.admin.ch/preventiondusucide > La prévention du suicide au cours d'une prise en charge psychiatrique
- 7 Selon la statistique médicale des hôpitaux (données complémentaires psychiatrie), on dénombre entre 43 et 74 « sorties » par an à la suite d'un suicide dans les années 2011 à 2017 (évaluations non publiées de l'Obsan; collecte non exhaustive).
- 8 «The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm»; Ostertag et al., 2019, sur mandat de l'OFSP, voir www.ofsp.admin.ch/preventiondusucide > Données sur les suicides et les tentatives de suicide en Suisse
- 9 www.ofsp.admin.ch/preventiondusucide > Données sur les suicides et les tentatives de suicide en Suisse
- 10 Il y a lieu de vérifier au cas par cas si les directives psychiatriques anticipées peuvent/doivent être versées au dossier électronique du patient.
- 11 Voir p. ex. les recommandations thérapeutiques de la SSPP pour la prise en charge des patients suicidaires « chroniques » (version de mars 2018; en allemand). Il y a lieu de vérifier au cas par cas si le contrat thérapeutique peut/doit être versé au dossier électronique du patient.
- 12 Concernant le financement de l'application des recommandations et les défis associés, voir le rapport du bureau d'études Socialdesign, rédigé sur mandat de l'OFSP (Fringer/Ruflin 2019, disponible sur : www.ofsp.admin.ch/preventiondusucide > La prévention du suicide au cours d'une prise en charge psychiatrique).

Impressum

ÉDITEUR

Office fédéral de la santé publique et groupe de travail Prévention du suicide après un séjour hospitalier

CONTACT

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Case postale
CH-3003 Berne
gesundheitspolitik@bag.admin.ch
www.ofsp.admin.ch/preventiondusuicide

DATE DE PUBLICATION

Août 2019

COMMANDE

OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
No de commande : 316.761.f

VERSIONS LINGUISTIQUES

La présente publication est disponible en français et en allemand.

VERSION ÉLECTRONIQUE

Les différentes versions linguistiques de la présente publication sont disponibles au format PDF à l'adresse www.ofsp.admin.ch/preventiondusuicide
> La prévention du suicide au cours d'une prise en charge psychiatrique

CADRE STRATÉGIQUE

La présente publication a été rédigée dans le cadre du plan d'action national pour la prévention du suicide : www.ofsp.admin.ch/preventiondusuicide

RÉUTILISATION

Citations et reproductions autorisées avec mention de la source. Les éléments graphiques de cette publication peuvent être obtenus auprès de l'OFSP.

CONCEPTION GRAPHIQUE, INFOGRAPHIE ET COMPOSITION

moxi ltd., Bienne

CRÉDIT PHOTOGRAPHIQUE

Photo de couverture : Kim Culetto

ORGANISATION DU GROUPE DE TRAVAIL

Direction du projet : Esther Walter (Office fédéral de la santé publique, OFSP)
Accompagnement du projet jusqu'à octobre 2018 : Alphons Schnyder (Meta-Cultura)
Accompagnement du projet jusqu'à janvier 2019 (aspects financiers) : Ursula Fringer (Socialdesign)

Délégués des organisations participantes :

POUR LE COMITÉ CONSULTATIF :

- ADPS : Peter Schwegler (membre du comité de direction), directeur de Luzerner Psychiatrie (avec la collaboration de Julius Kurmann, chef des services stationnaires chez Luzerner Psychiatrie)
- SVPC : Paul Hoff (président jusqu'à la fin 2018), directeur suppléant du département de psychiatrie, de psychothérapie et de psychosomatique de la Clinique psychiatrique universitaire de Zurich
- CDS : Kathrin Huber (secrétaire générale suppléante)
- FSP : Yvik Adler (coprésidente), psychologue indépendante
- NAP : Thomas Lampert (vice-président), coordinateur Prévention et travail avec les proches, St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
- PMS : Liliana Paolazzi (responsable du service de conseil)
- SMHC : Hanspeter Conrad (président), directeur d'Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- SSPP : Fulvia Rota (membre du comité de direction), psychiatre indépendante
- SSPPEA : Alain di Gallo (coprésident), directeur de la Clinique pour enfants et adolescents du réseau de cliniques universitaires psychiatriques de Bâle
- VPPS : Harald Müller (président jusqu'à la fin 2017), directeur des soins au Sanatorium Kirchberg

POUR LE GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ D'ÉLABORER LES RECOMMANDATIONS :

- ASMP : Georges Klein, médecin chef de service, Hôpital de Malévoz (Valais); Rafael Traber, directeur médical du réseau psychiatrique cantonal OSC (Tessin)
- ASMPP : Alexander Minzer, président (avec la collaboration de Rebecca Ott et de Dirk Büchter)
- FSP : Anja Gysin-Maillart, responsable des consultations après tentative de suicide (ASSIP), Services psychiatriques universitaires de Berne; Gregor Harbauer, responsable Psychologie, clinique privée Hoheneegg
- NAP : Sibylle Glauser (présidente), conseil aux proches, Services psychiatriques universitaires de Berne
- PMS : Diomira Sloksnath, pair praticienne, Pro Mente Sana et Sanatorium Kilchberg
- SSPP : Fulvia Rota, psychiatre indépendante
- SSPPEA : Kupferschmid Stephan, chef de service, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- VPPS : Elena Seidel, directrice des soins, Psychiatrie Basellandschaft (Liestal)

POUR LA DISCUSSION DES ASPECTS FINANCIERS DES RECOMMANDATIONS

- ADPS : Thomas Nuspel, directeur Services et exploitation, Services psychiatriques universitaires de Berne
- CDS : Kathrin Huber (secrétaire générale suppléante)
- MFE : Kaiser Eva (membre du comité de direction), centre médical Oberhasli (Meiringen)
- OFSP : Salome von Greyerz (responsable de la division Stratégies de la santé, responsable suppléante de l'unité de direction Politique de la santé)
- SMHC : Daniela Gamper; responsable du secteur des soins spéciaux et ambulatoires – psychiatrie pour adultes, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- SSPP : Fulvia Rota (membre du comité de direction), psychiatre indépendante

