

Prevenir le Suicide: ressource pour conseillers



World Health
Organization



PRÉVENIR LE SUICIDE
RESSOURCE POUR CONSEILLERS



**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**

Département de la Santé mentale et abus de
substances psychoactives
Prise en charge des troubles mentaux et des affections
cérébrales
Organisation mondiale de la Santé

Genève

2006

Ce document est l'une des séries de ressources destinées à des groupes sociaux et professionnels spécifiques particulièrement nécessaires à la prévention du suicide.

Il a été préparé dans le cadre de SUPRE, l'initiative à échelle mondiale de l'OMS pour la prévention du suicide.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Prévenir le suicide : ressource pour conseillers

(Prévenir le suicide : série ressources ; 7)

« Ce document est l'une des séries de ressources destinées à des groupes sociaux et professionnels spécifiques particulièrement nécessaires à la prévention du suicide. Il a été préparé dans le cadre de SUPRE, l'initiative à échelle mondiale de l'OMS pour la prévention du suicide » -- T.p.

1. Suicide – prévention et contrôle. 2. Suicide, Tentative – prévention et contrôle. 3. Conseils.

I. Organisation mondiale de la Santé. II. Séries : Prévenir le suicide : série ressources ; 7.

ISBN 92 4 159431 4

(Classification LC/NLM : HV6545)

ISBN 978 92 4 159431 8

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé peuvent être commandées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél. : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire les publications de l'OMS doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 ; adresse électronique : permissions@who.int).

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 à la délimitation de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives qui peuvent ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention des firmes et des 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 produits de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. 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 dispositions voulues 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.

Imprimé aux États-Unis d'Amérique

TABLE DES MATIÈRES

Préface	v
Le poids du suicide	3
Facteurs protecteurs	3
Facteurs de risque et situations de risque	4
Les populations spéciales et le suicide.....	6
Mythes courants relatifs aux comportements suicidaires.....	9
Évaluation des comportements suicidaires.....	11
Traitement des comportements suicidaires	14
Conseiller les enfants et les adolescents suicidaires	19
Quand le conseiller doit faire face au suicide d'un client.....	22
Éduquer la communauté	23
Liens Web.....	25
Références	26

brochure. Le texte a ensuite été révisé par les membres suivants du Réseau international pour la prévention du suicide de l'OMS, que nous remercions :

Dr Annette Beautrais, Faculté de médecine de Christchurch, Christchurch, Nouvelle Zélande

Professeur Jean Pierre Soubrier, Président de la Section de suicidologie de l'Association Mondiale de Psychiatrie, Paris, France

Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, Inde

Professeur Danuta Wasserman, Centre national suédois pour la recherche sur le suicide et la prévention des maladies mentales et Département de Santé Publique, Stockholm, Suède.

Ces ressources sont maintenant disséminées sur une grande étendue dans l'espoir qu'elles seront traduites et adaptées aux conditions locales, ce qui est indispensable à leur efficacité. Les commentaires et les demandes de droits de traduction et d'adaptation sont les bienvenus.

Dr J. M. Bertolote

Coordinateur, Prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales

PRÉFACE

Le suicide est un phénomène complexe qui a attiré l'attention de philosophes, théologiens, médecins, sociologues et artistes au cours des siècles ; selon le philosophe français Albert Camus, dans *Le mythe de Sisyphe*, il constitue le seul problème philosophique vraiment sérieux.

En tant que problème sérieux de santé mentale, il exige notre attention, mais, malheureusement, sa prévention et son contrôle ne sont pas faciles. Les dernières recherches indiquent que, quoique faisable, la prévention du suicide comprend toute une série d'activités, variant de l'établissement des meilleures conditions possibles pour élever les enfants et les jeunes, au traitement efficace des maladies mentales, et au contrôle environnemental des facteurs de risque. Une dissémination des informations et une prise de conscience adéquates sont des éléments fondamentaux au succès des programmes de prévention du suicide.

En 1999, l'OMS a lancé SUPRE, une initiative à échelle mondiale pour la prévention du suicide. Cette brochure est l'une des séries de ressources préparées dans le cadre de SUPRE et destinées à des groupes sociaux et professionnels spécifiques particulièrement nécessaires à la prévention du suicide. Elle représente un maillon dans une longue et diverse chaîne qui inclut une variété de personnes et de groupes, dont des professionnels de la santé, des éducateurs, des agences sociales, des gouvernements, des législateurs, des communicateurs sociaux, des agents de la loi, des familles et des communautés.

Nous devons une reconnaissance particulière au Dr Scott Hinkle, Coordinateur de formation clinique, NBCC-International, Greensboro, USA, qui a préparé une version antérieure de cette

Département de la Santé mentale et abus de substances
psychoactives

Organisation mondiale de la Santé

PRÉVENIR LE SUICIDE

RESSOURCE POUR CONSEILLERS

Chaque année, il y a plus de personnes qui meurent à cause du suicide qu'à cause de tous les conflits du monde combinés. L'aide des conseillers professionnels dans la prévention du suicide à l'échelle mondiale est certainement et fortement attendue.

Le suicide résulte d'une interaction complexe de facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociologiques, culturels et environnementaux. Une meilleure détection communautaire, une recommandation et une gestion de comportement suicidaire améliorées constituent des pas importants dans la prévention du suicide. Le principal déficit de cette prévention c'est d'identifier les personnes vulnérables et à risque ; comprendre les circonstances qui influent sur leur comportement autodestructif, et organiser les interventions d'une façon efficace. Par conséquent, en vue de prévenir aussi bien que traiter le comportement suicidaire, les conseillers ont besoin de développer des initiatives qui s'appuient sur la communauté.¹

La pratique du *conseil professionnel* est définie comme l'application des principes de santé mentale, psychologiques ou du développement humain au moyen de stratégies d'intervention cognitives, affectives, comportementales ou systémiques. En utilisant ces stratégies, les conseillers professionnels font face aux problèmes de bien-être, de développement personnel et d'orientation professionnelle, aussi bien que de la pathologie mentale. Les conseillers reçoivent une formation supérieure et ils travaillent souvent dans des écoles, des universités, des agences d'orientation professionnelle, des établissements pour traitement de substances toxiques, et des cliniques et hôpitaux.

Pareillement, la prévention du suicide comprend une grande variété d'activités qui incluent une approche adéquate pour l'élevage des enfants, l'orientation familiale, le traitement des troubles mentaux, le contrôle environnemental des facteurs de risques et l'éducation communautaire. Une bonne éducation communautaire, une intervention primaire et vitale, inclut une compréhension des causes du suicide aussi bien que de sa prévention et de son traitement.

Les conseillers peuvent aider les gens à mieux comprendre la relation entre l'abus des substances toxiques et les désordres de l'humeur, les pensées et les comportements suicidaires. Les conseillers peuvent aussi aider dans le planning de la prévention de rechute en établissant des supports sociaux, et le cas échéant, en envoyant les patients à des centres plus intensifs de traitements psychiatriques et de traitement d'abus de substances toxiques.

La nécessité d'un ensemble de directives pratiques, accessibles et informatives pour conseillers dans le traitement des crises de suicide est apparente, particulièrement dans les pays en voie de développement.² Malheureusement, une formation complète sur le traitement du suicide est un fait rare dans les programmes de formation des professionnels de santé mentale.³

Le suicide d'un patient est considéré comme un « risque professionnel » chez les conseillers professionnels. On estime qu'environ 25% des conseillers ont eu un patient qui s'est suicidé.⁴ Le suicide peut avoir des effets négatifs sur les conseillers praticiens ainsi que ceux en formation. Les conseillers qui ont eu cette expérience disent qu'ils ont perdu leur amour propre, qu'ils ont des pensées distrayantes, des songes intensifs et qu'ils ont des sentiments de colère et de culpabilité à cause de la mort de leur patient.

Cette brochure a été développée comme directive informationnelle pour la formation des conseillers sur les risques et la prévention du suicide.

LE POIDS DU SUICIDE

On estime qu'environ un million de personnes se sont suicidées en 2000, ce qui fait du suicide l'une des dix premières causes de décès dans de nombreux pays du monde. Le nombre de ceux qui ont fait des tentatives de suicide est 10 à 20 fois plus élevé. Mais il est entendu que les véritables chiffres sont beaucoup plus élevés. Quoique les taux de suicides varient à travers les catégories démographiques, ils ont augmenté d'environ 60% dans les 50 dernières années. Réduire la perte de vie due au suicide est devenu un objectif important de la santé mentale internationale. Les conseillers peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide.

FACTEURS PROTECTEURS

Les facteurs protecteurs^{5,6} réduisent le risque du suicide ; on considère qu'ils isolent du suicide et comprennent :

- Appui des membres de famille, des amis et d'autres relations importantes ;
- Croyances religieuses, culturelles et ethniques ;
- Engagement communautaire ;
- Une vie sociale satisfaisante ;
- Intégration sociale, par ex. à travers le travail, l'emploi constructif du temps libre ;
- Accès au traitement et aux services de santé mentale

Quoique ces facteurs protecteurs n'éliminent pas le risque du suicide, ils peuvent contrebalancer le stress extrême des circonstances de la vie.

FACTEURS DE RISQUE ET SITUATIONS DE RISQUE

À cause des facteurs culturels, génétiques, psychosociaux et environnementaux, les comportements suicidaires sont plus courants sous certaines conditions. Les facteurs généraux de risques incluent :

- Un statut socioéconomique et un niveau d'éducation bas ; la perte d'emploi ;
- Le stress social ;
- Les problèmes de famille, des relations sociales et des systèmes d'appui ;
- Les traumatismes, tels que l'abus physique et l'abus sexuel ;
- Les pertes personnelles ;
- Les maladies mentales, comme la dépression, le trouble de la personnalité, la schizophrénie et l'abus des substances toxiques ;
- Les sentiments de futilité et d'impuissance
- Les problèmes d'orientation sexuelle (comme l'homosexualité) ;
- Les comportements particuliers (comme le style cognitif et la constellation caractérielle) ;
- L'affaiblissement du jugement, le manque du contrôle impulsif et les comportements autodestructifs ;
- Le manque de facultés de débrouillage ;
- La maladie physique et la douleur chronique ;
- Le suicide des autres ;
- La disponibilité des moyens de se nuire ;
- Les événements violents et destructifs (comme les guerres et les désastres catastrophiques).

On estime qu'au moins 90% des personnes qui ont mis fin à leur vie en se suicidant souffraient d'un trouble mental et 60% d'entre elles étaient déprimées au moment du suicide. En effet, tous les types de désordres de l'humeur ont nettement été

associés au comportement suicidaire. La dépression et ses symptômes (par ex. la tristesse, la léthargie, l'anxiété, l'irritabilité, les désordres du sommeil et de l'appétit) devraient indiquer aux conseillers que la possibilité du suicide existe.

La possibilité élevée de suicide a aussi été associée à la schizophrénie, les toxicomanies, les troubles caractériels, les troubles anxieux, y inclus l'ESPT et la co-morbidité diagnostique.⁶ Environ 10 à 15% des individus avec schizophrénie complète un suicide, ce qui constitue une cause constante de décès parmi les individus qui souffrent de psychose. Une compréhension accrue du trouble mental, une diminution de la durée de traitement et des symptômes dépressifs aigus sont des facteurs liés à un niveau élevé de suicides parmi les individus qui constituent la population psychotique. Les effets de la consommation d'alcool lors des défis de la vie et des facteurs de stress peuvent conduire à une vision limitée de la réalité et à la possibilité d'autodestruction. L'alcoolisme, surtout en présence de la dépression et du désordre caractériel, peut aussi augmenter le risque du suicide.

Dans 90% des cas des suicides chez les enfants et les adolescents, la cause principale peut être attribuée à un trouble mental de quelque sorte,⁷ le diagnostic le plus courant étant le trouble de l'humeur, le trouble anxieux, la toxicomanie et le trouble comportemental perturbateur.

Les individus suicidaires ont souvent des fardeaux environnementaux plus lourds que leurs correspondants non suicidaires, y compris des expériences de maltraitance, des problèmes de famille, des considérations culturelles, des difficultés de relations interpersonnelles et l'exposition à des niveaux de stress accablants ou chroniques. En présence d'une humeur dépressive, ces fardeaux augmentent la probabilité du suicide. En réalité, le sentiment supplémentaire d'impuissance qui résulte des fardeaux de la vie est un meilleur indice de risque suicidaire que la dépression seule.

Le fait d'avoir fait antérieurement des attentats de suicide augmente le risque de suicide. En plus, d'autres facteurs de risque importants incluent une idéation suicidaire persistante et des plans déterminés et des préparatifs pour exécuter le suicide. Ainsi, le risque est à son zénith quand l'individu a les moyens, l'occasion, un plan spécifique pour exécuter le suicide et pas de facteur dissuasif.

L'identification des facteurs de risques associés au comportement suicidaire est vitale à la prise de décision clinique du conseiller. La connaissance des dits facteurs peut aider le conseiller à identifier les individus qui sont plus à risque et ainsi faciliter la prévention aussi bien que l'intervention. Pour cette raison, la formation des conseillers en matière d'évaluation des risques est fondamentale pour la réduction du suicide.

Quoiqu'il n'existe pas de « style global » pour la communication des intentions suicidaires, les signes précurseurs du comportement suicidaire incluent le manque de préoccupation pour le bien-être personnel ; des changements dans les habitudes sociales, une baisse du rendement de travail ou de travail scolaire ; des troubles du sommeil ou des habitudes alimentaires ; des tentatives de mettre les affaires personnelles en ordre ou de se réconcilier avec les autres ; un intérêt atypique envers les sentiments des autres ; une obsession des thèmes de mort et de violence ; une amélioration soudaine de l'humeur après une période de dépression et une promiscuité soudaine ou ravivée.

LES POPULATIONS SPECIALES ET LE SUICIDE

Les enfants et les adolescents

Les conseillers peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide des enfants et des adolescents. Quand un enfant ou un adolescent devient suicidaire, ce jeune communique

ainsi des difficultés à résoudre des problèmes, à gérer le stress et à exprimer des émotions et des sentiments. Dans certains cas, la pression négative du groupe des pairs serait la cause du comportement autodestructif.

Les comportements suicidaires parmi les enfants et les adolescents parfois se doivent à une complexité de causes dont l'humeur dépressive, les problèmes affectifs, comportementaux et sociaux, et la toxicomanie. Les autres facteurs suicidaires chez les jeunes incluent la perte des relations romantiques, l'incapacité de faire face aux défis scolaires et aux autres situations stressantes de la vie, et les difficultés associées à une basse capacité pour résoudre les problèmes, à un faible amour propre, et aux luttes relatives à l'identité sexuelle.

Les enfants suicidaires ont souvent une vie familiale pleine d'interruption et de conflits, et un changement dans les relations de famille comme le divorce peut causer des sentiments d'impuissance et de perte de contrôle. Chez les adolescents, la présence d'une maladie psychiatrique dans la famille, ainsi que de nombreux dysfonctionnements familiaux, le rejet par la famille et la négligence et la maltraitance pendant l'enfance augmente la probabilité du suicide. Les jeunes qui parviennent à compléter leur suicide ont un taux plus élevé de troubles psychiatriques, moins de soutien familial, une idéation ou un comportement suicidaires antérieurs, des difficultés de discipline ou avec la loi, et des armes à feu chargées chez eux. Les enfants et les adolescents qui ont été maltraités par leurs pairs ou par des adultes ont une incidence plus grande d'idéation suicidaire et de tentatives de suicide.

Un autre facteur de risque pour le suicide des adolescents est le suicide d'une célébrité ou d'un individu que l'adolescent connaît personnellement. Il existe particulièrement chez les jeunes le phénomène de suicides de groupe. Une tentative de suicide, ou un suicide définitif, bien diffusé peut produire un comportement autodestructif chez un groupe de pairs ou une

communauté similaire, reflète le style de vie ou des attributs de cet individu. Il existe des preuves qui supportent l'implémentation de mesures préventives quand un enfant ou un adolescent se suicide, particulièrement dans les écoles.

Chez les adolescents de 16 ans ou plus, l'alcool et la toxicomanie augmentent d'une manière importante le risque de suicide durant les moments de stress. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, le comportement fugueur et le sentiment d'impuissance augmentent aussi le risque de tentatives de suicide. Les tentatives de suicide chez les adolescents sont souvent associées à des expériences de vie humiliantes, comme l'échec scolaire ou professionnel ou des conflits interpersonnels avec un partenaire romantique. Il existe chez ceux qui ont reçu un diagnostic de trouble caractériel une probabilité 10 fois plus grande de suicide que chez ceux qui pourraient être diagnostiqués avec un trouble comportemental, ESPT ou des tendances violentes ou agressives.

Les personnes âgées

Il est généralement admis que la dépression est la principale cause du comportement suicidaire pendant la dernière partie de la vie. Chez les personnes âgées, une question souvent posée fait référence à l'abus des médicaments comme instrument de suicide. Cependant, le bénéfice du traitement de la dépression compense tout impact négatif des antidépresseurs.

Le suicide chez les personnes âgées peut être réduit si les conseillers sont conscients des messages suicidaires. On sait qu'environ 70% des personnes âgées qui ont commis le suicide avaient fait part de leur idéation suicidaire à des membres de famille et à d'autres personnes avant de commettre l'acte fatal. Par conséquent, chaque fois que cela est possible, des entretiens collatéraux avec les membres de famille et les amis sont

fortement recommandés pour cette population et constituent un instrument vital de travail.

MYTHES COURANTS RELATIFS AUX COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Il existe plusieurs mythes concernant les comportements suicidaires. Quelques-uns des plus courants sont :

Mythe 1: Les gens qui parlent du suicide ne se feront pas de tort car ils ont seulement besoin d'attention. Cela est **FAUX**. Le conseiller doit prendre toutes les précautions nécessaires s'il fait face à un individu qui lui fait part d'une idéation, d'une intention ou d'un plan suicidaire. *Toutes* les menaces d'autodestruction doivent être prises au sérieux.

Mythe 2: Le suicide est toujours impulsif et se produit sans avertissement.

FAUX. La mort par ses propres mains peut paraître impulsive, mais le suicide fait souvent l'objet d'une réflexion préalable d'une certaine durée. Plusieurs individus qui se suicident envoient des messages verbaux ou comportementaux d'une forme ou d'une autre à propos de leur intention de se nuire.

Mythe 3: Les individus suicidaires veulent vraiment mourir ou sont décidés à se tuer. **FAUX**. La plupart des gens qui pensent au suicide partagent leurs pensées avec au moins une autre personne ou appellent une ligne téléphonique d'urgence ou un médecin, ce qui constitue plutôt un signe d'ambivalence et non une détermination à se tuer.

Mythe 4: Un individu qui fait signe d'amélioration ou qui survit une tentative de suicide est hors de danger. **FAUX**. En fait, l'un des moments les plus dangereux est celui qui suit immédiatement la crise, ou quand l'individu est hospitalisé après la tentative. Pendant la semaine qui suit la sortie de l'hôpital, l'individu est

particulièrement vulnérable et en danger de se nuire. Puisque l'un des signes précurseurs du comportement futur est le comportement passé, l'individu suicidaire continue souvent à l'être.

Mythe 5: Le suicide est toujours héréditaire. **FAUX**. Tous les suicides ne sont pas liés à l'hérédité, et il existe peu de recherches conclusives sur ce sujet. La présence d'un suicide dans la famille, cependant, constitue un facteur de risque important de comportement suicidaire, particulièrement dans les familles où la dépression est courante.

Mythe 6: Les individus qui font une tentative de suicide ou qui se suicident ont toujours un trouble mental. **FAUX**. Au terme de plusieurs études, les comportements suicidaires ont été associés à la dépression, à la toxicomanie, à la schizophrénie et aux autres troubles mentaux, et aussi aux comportements destructeurs et agressifs. Cependant, cette association ne devrait pas être surestimée. La proportion relative de ces troubles varie selon les endroits et il y a des cas où aucun trouble mental n'était apparent.

Mythe 7: Si un conseiller parle du suicide avec un patient, le conseiller donne ainsi des idées au patient. **FAUX**. Bien sûr, le conseiller ne provoque pas de comportement suicidaire chez le patient simplement en demandant si le patient pense à se nuire. Au contraire, la validation de l'état affectif de l'individu et la normalisation de la situation à la base du stress sont nécessaires pour réduire l'idéation suicidaire.

Mythe 8: Le suicide arrive seulement aux « autres types de personnes », pas à nous. **FAUX**. Le suicide frappe tous les types de personnes et il est présent dans toutes sortes de systèmes sociaux et familiaux.

Mythe 9: Une fois que quelqu'un fait une tentative de suicide, il ne le fera plus jamais. **FAUX**. En fait, *les tentatives de suicide* constituent un indice important du suicide.

Mythe 10: Les enfants ne se suicident pas parce qu'ils ne savent pas que la mort est définitive et parce qu'ils sont cognitivement incapables d'entreprendre un acte suicidaire. **FAUX**. Quoiqu'ils le fassent rarement, les enfants en fait se suicident, et *tout* geste suicidaire, à *tout* âge, devrait être pris au sérieux.

Étant donné toutes ces idées erronées sur le suicide, certains conseillers peuvent se sentir appréhensifs ou incapables de travailler avec les individus suicidaires, et doivent alors développer des habilités professionnelles de conseil pour travailler avec cette population. Des informations, une formation et une expérience dans le cadre d'intervention de crise de suicide augmentent la compétence du conseiller. La formation professionnelle doit viser à aider le conseiller à augmenter son aptitude à tolérer calmement les forts sentiments des autres, à réduire sa défense et sa passivité et à surmonter les problèmes irrésolus de chagrin. Elle doit aussi viser à l'aider à prendre conscience des facteurs de risque et à comprendre les situations de risque, atouts importants du conseiller.

ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Pour le conseiller, une évaluation complète des comportements suicidaires est d'une importance vitale pour les activités d'intervention et de prévention. Le premier but de l'évaluation du suicide est de fournir des informations nécessaires pour la prévention et pour le conseil. L'évaluation ensuite dirige le jugement clinique, l'intervention de conseil, la prévention et la postvention. Toute évaluation de suicide devrait comprendre :

- Un bilan des facteurs de risque pertinents ;

- Tout antécédent du comportement suicidaire ;
- Une liste des conditions biologiques, psychosociales, mentales, situationnelles ou médicales inchangeables ;
- L'étendue des présents symptômes suicidaires, y inclus le degré d'impuissance ;
- Les facteurs stressants;
- Le niveau d'impulsivité et
- d'autocontrôle ;
- D'autres informations atténuantes ;
- Les facteurs protecteurs.

L'évaluation du suicide requiert un examen du comportement et des facteurs de risque, le diagnostic des troubles mentaux sous-jacents et une détermination du risque de mort. Une fois l'évaluation terminée, il est important de mesurer le risque général du suicide en termes de sévérité. L'échelle ci-dessous, basée sur un éventail à 5 points, du risque de suicide *inexistant* au risque de suicide *extrême*, pourrait servir comme directive générale pour une telle mesure :

- 1. Inexistant** : Il n'y a pratiquement aucun risque à l'individu.
- 2. Léger** : L'idéation suicidaire est limitée, il n'y a pas de plans fixes ou de préparations pour se nuire, et il y a peu de facteurs de risque connus. L'intention de se suicider n'est pas apparente, mais l'idéation suicidaire est présente ; l'individu n'a pas de plans concrets et il n'a pas fait de tentatives de suicide dans le passé.
- 3. Modéré** : Les plans fixes et la préparation sont évidents avec une idéation notable, une histoire probable de tentatives antérieures, et au moins deux autres facteurs de risque. Ou encore, il y a plus d'un facteur de risque, une idéation suicidaire et une intention, mais l'individu nie avoir un plan fixe ; l'individu est animé, s'il est possible, à améliorer son présent état psychologique.

4. Grave : Il y a des plans fixes et des préparatifs visés à se nuire ou l'individu a déjà fait plusieurs tentatives et il y a au moins deux facteurs de risque. L'idéation et l'intention suicidaires sont articulées ensemble avec un plan bien conçu et les moyens nécessaires pour le mener à bout. L'individu fait preuve d'une rigidité cognitive et d'un sentiment d'impuissance envers le futur et nie avoir un réseau de soutien social ; il a fait des tentatives de suicide dans le passé.

5. Extrême: L'individu a déjà fait plusieurs tentatives de suicide et il a plusieurs facteurs de risque importants. Il faut intervenir immédiatement.

En fin de compte, la responsabilité du conseiller est de juger et repérer un point sur l'échelle de létalité du suicide qui permette d'évaluer la probabilité qui existe que l'individu se nuise d'une façon fatale. En jugeant, il est préférable d'avoir un faux positif qu'un faux négatif. Les données de l'évaluation peuvent aussi servir à comparer les niveaux de fonctionnement pré-conseil et post-conseil de l'individu pour les buts d'intervention et de prévention.

L'évaluation de risques de suicide comprend un entretien clinique, les informations obtenues moyennant les procédures formelles d'évaluation et la collection d'importantes données collatérales obtenues des tiers. Les raisons de vivre, ou de continuer son train de vie, constituent des facteurs cognitifs importants dans l'évaluation du suicide et devraient être incorporées dans l'examen et le planning du traitement. Finalement, l'évaluation du suicide doit être pluridimensionnelle et doit se faire dans le cadre du développement humain normal, des différences entre les sexes, des antécédents familiaux, de la toxicomanie, du niveau d'isolement, du diagnostic psychiatrique, du niveau d'impuissance et de désespoir et des données démographiques.

En général, l'évaluation des enfants et des adolescents doit comprendre au minimum :

- Un entretien clinique ;
- Des observations des comportements ;
- Des informations collatérales obtenues des parents, des instituteurs, des membres de la famille et des amis ;
- Une évaluation des facteurs de risques et des facteurs situationnels ;
- Évaluation de l'idéation, du plan, de l'intention et des raisons de vivre ;
- La disponibilité et la qualité du réseau de soutien familial et du groupe des pairs.

TRAITEMENT DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Malheureusement, il n'y a pas de processus universellement accepté pour traiter les individus qui sont activement ou potentiellement suicidaires. Cependant, les services de conseils doivent être réceptifs aux besoins des individus suicidaires. Pour identifier, évaluer et traiter les individus suicidaires, il faut tenir compte de plusieurs variables importantes. L'éventail des besoins des individus suicidaires comprend les informations, les conseils et les médicaments. Souvent, une combinaison de courtes sessions de conseil positif et de médicaments visant à traiter la dépression et les autres troubles est fortement recommandée.

Quand un individu a des pensées suicidaires (idéation), il est important de commencer immédiatement le processus de prise en charge. Cela inclura une évaluation (par ex. niveau d'ambivalence, d'impulsivité, de rigidité et moyens de létalité), une demande de soutien, plusieurs niveaux d'accords et d'engagement de la famille aussi bien que la provision des

services de conseil. Le traitement de l'individu suicidaire pourrait aussi inclure un aspect pharmacologique ou une hospitalisation.

La gestion des crises de suicide ne devrait pas être un fait isolé. Il est souvent important d'inclure les autres agences de santé et, dans certains cas, même d'avertir les autorités. Les conseillers qui travaillent sur plusieurs cas doivent évaluer attentivement leur capacité de faire pleinement face aux cas de crise de suicides. En plus, il est important de connaître les codes de déontologie et les lois de la région en ce qui concerne les conditions d'engagement des tiers.

La collaboration entre les conseillers et les professionnels de la santé est vitale pour la prévention du suicide. Les conseillers, les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmiers psychiatriques, les psychiatres et les médecins ont besoin de travailler en coopération et collaboration pour informer la communauté sur la nature du suicide et pour établir des liens entre les centres de services et les plans de traitement médical et de santé mentale.

Durant une crise de suicide, il est important que le conseiller:⁹

- Soit calme et positif ;
- Ne juge pas;
- Encourage la divulgation de soi;
- Reconnaisse le suicide comme choix, mais ne « normalise » pas le suicide comme choix ;
- Écoute activement et renforce le soin de soi ;
- Garde la session de conseil concentrée sur le présent ;
- Évite le conseil trop en profondeur jusqu'à ce que la crise soit passée ;
- Consulte d'autres personnes pour évaluer la probabilité d'autodestruction ;
- Pose des questions sur la létalité ;

- Enlève les instruments létaux ;
- Prenne des décisions appropriées de gestion de crise ;

Pour élaborer ce dernier point, une bonne prise de décisions durant la crise de suicide comprend un plan prédéterminé pour plusieurs types d'individus, de facteurs de risque et de niveaux potentiel de mal. Les conseillers qui travaillent avec des groupes ou dans des contextes spécifiques peuvent développer des plans de gestion pour leurs groupes, leurs situations ou leurs contextes respectifs. Par exemple, un conseiller prenant charge d'un enfant en consultation externe aura sûrement un plan d'intervention différent de celui d'un enfant ou d'un adulte hospitalisé, cas où le personnel des urgences— infirmiers ou médecins—est disponible sur le champ. Un plan bien conçu de gestion de suicide offre non seulement un soin de bonne qualité, mais inclut aussi des ressources d'orientation et s'assure que personne ne s'égare dans le système de médical.

Quoiqu'il existe peut de preuves sur l'utilité des contrats, plusieurs conseillers préfèrent établir un contrat avec les individus qui pensent au suicide car le fait d'établir un contrat pourrait être utile dans ce cas. Cependant, en cas de tentative de suicide, tous les moyens de communication entre le corps de conseil, le corps médical, la famille et l'individu doivent être clairement ouverts. Pratiquer la marche à suivre en cas de tentative de suicide peut augmenter la confiance qu'ont les conseillers à faire face à une vraie crise.

Il est important que le conseiller établisse un rapport avec le suicidaire potentiel pour qu'il existe un certain niveau de confiance et de foi en la personne du conseiller. Le suicidaire potentiel doit se sentir libre de divulguer des renseignements et savoir que le conseiller est prêt à faire face à la crise. Bref, le conseiller doit s'assurer de la sécurité de l'individu tout en diffusant la crise.

Pour la gestion des cas de suicide, le conseiller doit expressément demander à l'individu s'il compte se faire du tort ou se tuer. Par exemple, le conseiller pourrait demander :

- « Est-ce que vous pensez vous nuire ? »
- « Est-ce que vous pensez mettre fin à votre vie ? »
- « Est-ce que vous pensez au suicide ? »
- « Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de penser à vous nuire ? Est-ce que vous y pensez maintenant ? »
- « Est-ce que vous vous sentez si mal que vous pensez à vous nuire ? »
- « Est-ce que vous avez un plan pour mettre fin à votre vie ? »
- « Est-ce que vous avez pensé aux détails de ce plan ? »

Bien entendu, il faudrait poser ces questions d'une façon particulièrement appropriée à l'individu et au milieu socioculturel spécifique dans lequel on travaille.

Les individus qui se trouvent au niveau **léger** du risque de suicide requièrent en général une observation et une réévaluation avec le temps pour sonder le niveau du risque étant donné que ce niveau peut monter au niveau suivant. Les individus qui se trouvent au niveau **modéré** du risque de suicide requièrent une évaluation constante en vue d'une hospitalisation éventuelle, un engagement actif des réseaux de soutien, la disponibilité des services d'urgence 24 heures sur 24, un examen des médicaments et, le cas échéant, des conseils post-hospitalisation. Si le niveau du risque de l'individu monte à **grave** ou **extrême**, une intervention restrictive et une hospitalisation forcée pourraient être de rigueur. Le meilleur endroit pour le traitement serait l'endroit le moins restrictif possible qui puisse assurer à la fois sécurité et efficacité. Le fait d'assurer la continuité du traitement et de tenir compte des troubles psychiatriques selon le *ICD* ou le *DSM* pourrait être utile au planning du traitement et à

une évaluation et prescription éventuelle des médicaments psychotropiques.

Durant la prise en charge du suicide, il est important que le conseiller n'exprime pas ses propres idées morales, religieuses ou philosophiques étant donné que ces idées pourraient bloquer la communication et aliéner l'individu suicidaire. Les ressources personnelles et communautaires qui pourraient éventuellement être utiles à l'individu devraient être considérées avec sa coopération. Ces ressources pourraient inclure des membres de famille, des amis, des membres du clergé, des guérisseurs spirituels et toute autre source de soutien. Il est aussi important de ne pas promettre à l'individu que ses intentions suicidaires seront secrètes.

Le risque de répétition des tentatives de suicide est au maximum la première année après une tentative. Pour cette raison, durant cette période, le conseiller doit s'attendre à un suivi de soins qui inclut une gestion du cas, des contacts téléphoniques de soutien continus et, dans certains cas, des visites domiciliaires. Dans ces circonstances, les conseillers doivent décider combien de fois ils vont contacter l'individu, quel conseiller pourrait faire le suivi de soins et pendant combien de temps. Une fin prématurée des soins de conseil et une réponse inadéquate au traitement pourraient contribuer à un pronostic négatif et mener éventuellement au suicide.

Le conseil doit être adapté aux besoins de l'individu et inclut souvent des thérapies cognitives-comportementales, des thérapies comportementales dialectiques, des thérapies psychodynamiques et des thérapies de famille. Les éléments d'une bonne relation thérapeutique avec les individus suicidaires incluent l'encouragement de la résolution d'émotions fortes, ainsi que de faire face aux comportements autodestructeurs tout en encourageant l'autonomie individuelle. Reconnaître et vaincre les sentiments d'impuissance et de désespoir, développer la

conscience de soi et construire une identité individuelle positive contribuent aussi au succès du processus du conseil avec les individus suicidaires.

Identifier le message que l'individu essaye de communiquer et/ou le problème qu'il essaye de résoudre à travers le comportement suicidaire constitue aussi une bonne intervention. Donner à l'individu suicidaire l'occasion de se décharger peut aider à diffuser la crise. Les conseillers devraient, néanmoins, être prudents de ne pas se baser seulement sur les mots et la communication verbale car l'absence ou le reniement d'une idéation suicidaire peut voiler une véritable intention suicidaire. Soutenir sans juger, écouter attentivement, et poser des questions profondes et pertinentes peuvent aider le conseiller à identifier les messages que l'individu suicidaire essaye de communiquer.

CONSEILLER LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS SUICIDAIRES

Le conseil est recommandable pour tous les enfants et adolescents qui font preuve de comportements suicidaires et devrait se centrer sur le traitement cognitif-comportemental et développer les compétences de débrouillage. Dans l'exercice de leur profession, les conseillers devraient aider les jeunes à mieux se comprendre, à identifier les sentiments contradictoires, à augmenter leur amour propre, à modifier les comportements destructeurs, à développer des compétences pour la résolution des conflits, et à s'entendre mieux avec leurs pairs.

Pendant les premières étapes de l'idéation suicidaire, les étudiants s'adressent généralement à leurs amis. Entraîner les étudiants à identifier leurs pairs à risque de ce comportement est une bonne façon de savoir qui a besoin d'aide. Les études démontrent que les programmes d'entretien entre pairs aident les étudiants à mieux connaître les facteurs de risque du suicide, à

appeler une ligne téléphonique d'urgence ou un centre d'aide, à envoyer un ami voir un conseiller. Les étudiants ont besoin d'un forum qui leur permette de recevoir des renseignements, de poser des questions et d'apprendre à s'aider et à aider leurs amis dans le cadre des préoccupations suicidaires. Malheureusement, il n'y a qu'environ 25% des étudiants qui disent à un adulte qu'un ami a des idées suicidaires. Cependant, les conseillers peuvent aider à augmenter ce pourcentage en faisant des communications bien organisées aux écoles.

Engager les parents et collaborer avec les écoles et les autres agences de santé sont aussi de bonnes démarches préventives. Les parents des enfants qui étudient dans des écoles qui ont des programmes de prévention de suicide devraient être engagés dans l'effort que font les écoles pour éduquer, identifier et aider les jeunes qui ont des intentions suicidaires. Les instituteurs, qui passent beaucoup de temps avec les enfants et les adolescents, sont une bonne source d'information sur la santé mentale des étudiants. En plus, s'ils sont bien entraînés, les membres du corps enseignant peuvent identifier les facteurs de risque chez les étudiants. S'il se produit un cas de comportement suicidaire à l'école, il est important d'appeler les parents, de s'assurer que l'étudiant en question ait reçu un traitement adéquat avant de retourner à l'école, et, une fois l'étudiant réintégré, de le recevoir d'une manière positive.

Souvent, les étudiants qui ont été témoins du suicide d'un autre étudiant ont besoin d'en parler et d'essayer de comprendre ce qui s'est passé. Des entretiens de groupe visés à sonder la profondeur du chagrin constituent une bonne méthode d'aider les étudiants à faire face à la mort suicide d'un camarade ou d'un ami. Ce processus peut contribuer à amener à la surface la réalité de la perte, à aider les étudiants à s'adapter à l'environnement scolaire sans l'étudiant décédé, et à créer une ambiance positive dans laquelle la vie puisse continuer. Si les sentiments que les étudiants éprouvent incluent le chagrin, la douleur, la colère et la

frustration, les conseillers devraient sonder l'idéation et l'intention suicidaires parmi les jeunes. Ces interventions devraient inclure des suivis de soins, étant donné que certains jeunes peuvent continuer à éprouver des problèmes quelque temps après le suicide d'un ami ou d'un camarade.

La gestion des cas de suicide parmi les adolescents revêt une plus grande importance en présence de la toxicomanie, des troubles caractériels et de l'impulsivité,¹⁰ et de relations tendues avec les pairs. Dans les cas les plus graves, l'adolescent qui compte se suicider devrait être en observation constante. Si la famille est incapable de telle supervision et l'adolescent est incontrôlable, il devrait être hospitalisé pour qu'il reçoive les soins nécessaires. Malheureusement, l'hospitalisation ne constitue pas une garantie ; les adolescents qui sont déterminés à se nuire peuvent encore trouver le moyen de le faire. Après l'hospitalisation, l'enfant ou l'adolescent devrait recevoir un suivi de soins auprès des professionnels, dûment formés, de la santé mentale, y compris les conseillers. Les soins pendant cette période devraient avoir comme but principal de réduire les fantasmes morbides de la mort, le rejet, l'aliénation, le chagrin et le châtement ; ils devraient aussi viser à stabiliser la situation et à produire une évaluation psychopharmacologique.^{1,11}

En termes de *prévention du suicide*, il est bon de considérer les niveaux primaire, secondaire et tertiaire d'intervention. Au niveau primaire, on considère des groupes de gens qui ne font pas encore signe de troubles suicidaires ou chez qui ces troubles sont très limités. La prévention doit viser à soutenir et améliorer le fonctionnement maximal dans les relations interpersonnelles et sociales, et réduire de manière importante les conditions affectives, physiques et économiques de risque.

Les programmes éducatifs dans les écoles peuvent aider les enseignants à identifier les suicidaires potentiels parmi les étudiants et entraîner les élèves à être à même d'aider leur pairs

en cas de difficultés. Les programmes communautaires dont le but principal est la santé mentale positive ont aussi une influence positive sur la prévention du suicide. Quoique leur efficacité ne soit pas claire, les centres d'aide et les lignes téléphoniques d'urgence jouent un rôle important dans la prévention du suicide dans de nombreuses communautés.

QUAND LE CONSEILLER DOIT FAIRE FACE AU SUICIDE D'UN CLIENT

Les comportements suicidaires se situent parmi les crises de santé mentale les plus fréquentes dans la vie professionnelle des conseillers. Les conseillers trouvent que l'acte d'en parler avec les collègues et les superviseurs, d'accepter le fait que le suicide est un résultat possible dans la relation thérapeutique, de faire une « autopsie psychologique », et d'assister aux services funéraires les aide à faire face à la mort d'un client. En plus, les conseillers doivent prendre conscience de leur propre ambivalence envers la mort et le suicide et ne pas permettre qu'elle mine le soin qu'ils doivent à l'individu suicidaire.

L'anxiété due à la probabilité d'une mort est au centre de la qualité du travail que le conseiller effectue avec les individus suicidaires. Il y a une relation entre les attitudes et les valeurs que le conseiller héberge envers le suicide et l'efficacité de son travail avec les individus suicidaires. Si un suicide se produit, le conseiller concerné aura besoin d'un compte rendu qui inclura les éléments suivants : reconstruire les événements qui ont conduit au suicide, identifier les facteurs qui ont amené à la mort, évaluer la réponse du personnel de santé mentale, et en tirer les implications en vue d'améliorer la prévention dans l'avenir. Le conseiller dont le client est mort suicidé a souvent un éventail de sentiments : colère, ressentiment, culpabilité, tristesse et symptômes de stress post-traumatique. Le soutien des collègues et même une thérapie de soutien pourraient être bénéfiques à ce point.

ÉDUIQUER LA COMMUNAUTÉ

Les conseillers peuvent éduquer la communauté et élever son niveau de conscience et ainsi aider à réduire l'incidence du suicide. Par exemple, il est important que les conseillers expliquent à la communauté les signes précurseurs du comportement suicidaire. Éduquer les gens à propos du suicide peut aider les communautés à prendre conscience des signes précurseurs du suicide, dissiper les mythes relatifs au suicide et donner de l'espoir à ceux qui sont potentiellement suicidaires en leur permettant de repenser à leurs alternatives. Les organisations communautaires, les membres du corps médical des premiers soins et les conseillers peuvent aider à disséminer les renseignements sur les circonstances spécifiques (par ex. perte d'emploi et stabilité familiale) et les facteurs de risque du suicide (par ex. la dépression, les troubles mentaux, l'alcoolisme et la toxicomanie en général, les antécédents familiaux).

En plus, il est important que les conseillers qui travaillent dans les écoles aident à éduquer les instituteurs et les parents sur la manière d'identifier les étudiants qui sont à risque de suicide. Les conseillers des écoles doivent entraîner les étudiants à détecter les comportements suicidaires et à obtenir l'aide nécessaire. Par exemple, les étudiants engagés dans des programmes de prévention doivent être entraînés à écouter d'une façon empathique et active, et à tendre la main aux amis qui auraient besoin d'aide. Aussi, les renseignements qui pourraient aider les étudiants à faire face aux fortes émotions qui suivent nécessairement un suicide ou une tentative de suicide fortement diffusés dans les médias pourraient prévenir les suicides par copieurs. Les Centers for Disease Control des États-Unis d'Amérique ont développé des directives qui ont été jusqu'ici bien utilisées pour réduire les suicides de groupe.¹²

Il incombe aux conseillers d'avoir un plan pour faire face aux médias dans les cas d'un suicide. Une partie importante de ce

plan consisterait à demander aux médias de ne pas glorifier la mort, ni la peindre comme brillante ni la dramatiser, afin d'éviter la possibilité des suicides de contagion. Pour les informations spécifiques, les conseillers devraient consulter : *Preventing Suicide: a resource for media professionals*.¹³

Les groupes d'entraide de survivants constituent une bonne méthode de postvention que les gens peuvent utiliser pour s'entraider. Ces groupes, organisés par ceux qui sont restés en vie, peuvent fournir des informations utiles sur le processus de deuil, des informations sur le suicide et les démarches que les conseillers peuvent suivre pour aider les survivants.

Les conseillers travaillant avec les groupes de survivants peuvent apporter un grand réconfort aux amis et aux membres de la famille touchés par le suicide. Souvent les sentiments des survivants oscillent entre la culpabilité, la colère et le chagrin. Dans ces situations, les conseillers peuvent aider les survivants à faire face à leurs émotions. De nombreuses familles ont manifesté leur besoin de travailler avec un conseiller après la tentative de suicide d'un des leurs. L'attention du conseiller aide les familles à surmonter le stress causé par la tentative et peut les aider à clarifier leur rôle dans le soutien à fournir au suicidaire potentiel ou dans le deuil causé par la mort par suicide de l'ami ou du membre de la famille.

Le cas échéant, les conseillers peuvent aussi aider les membres des familles et les amis à comprendre l'influence des troubles mentaux sur les comportements suicidaires et à réduire le risque des suicides à contagion ou des suicides par copieurs. Le travail de postvention avec les groupes vise, entre autre, à alléger le stress et le deuil associés au suicide et à aider la personne affectée à se remettre d'une manière saine.

Les conseillers peuvent aider les gens à accepter le suicide, à continuer à vivre d'une façon positive et à trouver les moyens de

faire face à la perte en établissant des groupes d'entraide de survivants. Pour savoir comment établir un tel groupe, veuillez consulter : *Preventing suicide: how to start a survivors' group.*¹⁴

LIENS WEB

Vous pouvez obtenir de l'aide en ligne (dernier accès : Avril 2006) à :

The International Association for Suicide Prevention

<http://www.med.uio.no/iasp/>

The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health <http://auseinet.flinders.edu.au/>

The International Academy for Suicide Research <http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>

The American Association of Suicidology

<http://www.suicidology.org/>

The American Foundation for Suicide Prevention

<http://www.afsp.org>

The Suicide and Mental Health Association International

<http://www.suicideandmentalhealthassociationinternational.org/>

Befrienders International <http://www.befrienders.org/>

Samaritans <http://www.samaritans.org.uk/>

International Federation of Telephone Emergency Services

<http://www.ifotes.org/>

LifeLine International <http://www.lifeline.web.za/>

The Suicide Prevention Action Network <http://www.spanusa.org>

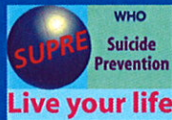
<http://www.infosuicide.org> (in French)

REFERENCES

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1998, 1: 30-35.
2. Patel V, Thara R. *Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*, 2000, 28: 445-510.
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001, 259-264.
5. Collins BG, Collins TM. *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74.
8. Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990, 12: 511-556.
9. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live." The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.).

Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3rd edition, 319-352.

10. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359-370.
11. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 1990, 20: 143-150.
12. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12.
13. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals.* Geneva: World Health Organization, 2000.
14. World Health Organization. *Preventing suicide: how to start a survivors' group.* Geneva: World Health Organization, 2000.



Preventing suicide: a resource series

1. A resource for general physicians
2. A resource for media professionals
3. A resource for teachers and other school staff
4. A resource for primary health care workers
5. A resource for prison officers
6. How to start a survivors group
7. A resource for counsellors
8. A resource at work



World Health
Organization

Department of Mental Health and Substance Abuse
Management of Mental and Brain Disorders

ISBN 92 4 159431 4



9 789241 594318