



MBD

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire

Publications disponibles :

- La Prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes
(ref. WHO/MNH/MBD/00.1)
- La Prévention du suicide : Indications pour les professionnels des médias
(ref. WHO/MNH/MBD/00.2)
- La Prévention du suicide : Indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire
(ref. WHO/MNH/MBD/00.3)
- La Prévention du suicide : Indications pour professions de santé primaire
(ref. WHO/MNH/MBD/00.4)
- La Prévention du suicide : Indications pour le personnel pénitentiaire
(ref. WHO/MNH/MBD/00.5)
- Deuil et suicide : Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent
(ref. WHO/MNH/MBD/00.6)

Traduit et remis avec le concours
du Laboratoire GlaxoSmithKline

PB 15490 - 0211 © Laboratoire GlaxoSmithKline



Département de Santé Mentale
et Toxicomanies
Organisation Mondiale de la Santé
Genève



LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire

Ce document fait partie d'une série de recommandations éditées à l'intention de groupes professionnels et sociaux, particulièrement concernés par la Prévention du Suicide.

Ce document est un des produits du Programme SUPRE, une initiative internationale de l'O.M.S. pour la Prévention du Suicide.

Mots clés : Suicide / Prévention / Indications / Personnel Enseignant

Prise en Charge des Troubles Mentaux et Neurologiques

Département de Santé Mentale et Toxicomanies

Organisation Mondiale de la Santé

Genève 2002

TABLE DES MATIÈRES

Note du traducteur	1
Avant propos	3
Un problème sous-estimé.....	9
Facteurs protecteurs.....	10
Facteurs de risque et situations à risque	10
Comment repérer les étudiants en détresse et à risque suicidaire.....	18
Conduite à tenir devant les jeunes suicidaires en milieu scolaire	20
Résumé des recommandations	27
Références	28

© Organisation Mondiale de la Santé, 2002

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités nommément, n'engagent que les dits auteurs.

NOTE DU TRADUCTEUR

Cette brochure parue dans sa version originale en anglais en 2000 a donné suite à un rapport plus étendu qui a été présenté au Parlement suédois le 24 janvier 2001 lequel vota ce texte après une adaptation aux conditions de la société suédoise (1).

Il faut reconnaître que la mise en place d'un programme de prévention du suicide en milieu scolaire permet d'insister sur la nécessité d'observation psychologique des élèves dès les premiers temps de la scolarité et jusqu'à l'Université.

C'est dire que ces indications ne doivent pas être limitées à la seule prévention du suicide mais également à la prévention des comportements destructeurs et autodestructeurs. En effet on doit à la fois s'inquiéter et s'interroger sur la montée en fréquence chez les jeunes de la violence, de la délinquance, de l'abus de toxiques divers, du suicide et de tout comportement mettant leur vie en péril.

S'agit-il d'un problème général de société moderne ? Cela confirmerait l'hypothèse sociologique de DURKHEIM selon laquelle le taux de suicide dépend des possibilités d'intégration sociale.

En 1974 lors d'une conférence du Bureau Européen de l'OMS, se posa la question de « *savoir si nous étions en présence ou assistions à l'éclosion d'une société suicidogène qui atteint le jeune.* » (2) Mais il a fallu attendre la fin des années 90 pour qu'une mobilisation internationale se développe selon les actions communes de IASP et de l'OMS et que soit organisé un programme spécifique de prévention du suicide. Une réflexion atteindra quelques gouvernements dont la France qui ne nécessite pas un débat parlementaire pour la mise en place d'une stratégie de prévention du suicide pour les années 2000-2005. (3)

La création récente par la Direction Générale de la Santé d'un Comité de Suivi regroupant les départements ministériels concernés : santé, justice, éducation, permettra une approche globale du phénomène.

Ce document contient une revue générale de la psychopathologie du suicide chez les jeunes. Il insiste sur la nécessité d'une formation et partant, d'un soutien massif à l'ensemble de l'équipe scolaire, pour l'administratif comme pour l'enseignant, à l'écoute et toujours en première ligne de la détresse du jeune.

Enfin, cette brochure précise l'importance de favoriser les facteurs protecteurs que nécessite le jeune en mal d'être. Ils sont moins étudiés que les facteurs de risque suicidaire.

Cette traduction effectuée en 2002 comprend comme pour les autres brochures traduites, des remarques en bas de certaines pages, apportant un complément d'informations issues de la Suicidologie française.

Professeur J.P. SOUBRIER
Ancien Président de l'Association Internationale
pour la Prévention du Suicide (IASP)
Correspondant Français au Comité Européen de l'OMS
sur la Prévention du Suicide et la Recherche

(1) WASSERMAN D, NARBONI V, Guidelines for Suicide Prevention in Schools, Graphium Ljunglöfs AB, Stockholm Suède, 2001
 (2) SOUBRIER JP, Aspects et Tendances Modernes du Comportement Autodestructeur, Conférence sur le Suicide et les Tentatives de Suicide chez les jeunes, Luxembourg 1974, p. 16-19, publié par OMS Bureau Régional de l'Europe, 1977
 (3) Site Internet du Ministère de la Santé : www.recherche.sante.gouv.fr

AVANT PROPOS

Le suicide est un phénomène complexe qui a attiré l'attention au cours des siècles, des philosophes, des théologiens, des médecins, des sociologues et des artistes.

Selon le philosophe français Albert CAMUS, dans le « MYTHE DE SISYPHE » : « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux c'est le suicide... »^(NT)

S'agissant d'un problème grave de santé publique, le suicide demande notre attention ainsi que sa prévention, son contrôle, ce qui représente une tâche peu facile.

La recherche scientifique de haut niveau nous indique que la prévention du suicide bien que réalisable, implique toute une série d'actions allant de la nécessité de fournir les meilleures conditions possibles d'éducation pour nos enfants et la jeunesse, jusqu'à l'application de traitements efficaces pour les troubles mentaux en passant par le contrôle des facteurs de risques dans l'environnement.

Une diffusion plus appropriée de l'information et une prise de conscience du phénomène, sont les éléments essentiels pour assurer le succès des programmes de prévention du suicide.

En 1999, l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE a lancé son programme SUPRE qui est une initiative mondiale pour la prévention du suicide. Cette brochure fait partie d'une série de recommandations présentées dans le programme SUPRE et s'adresse aux groupes professionnels et sociaux spécifiques qui sont impliqués dans la prévention du suicide.

Ce programme constitue le lien d'une chaîne longue et variée à laquelle participe un vaste ensemble de personnes et de groupes, comportant les professions de santé, les éducateurs, les dispensaires, les gouvernements, les législateurs, les travailleurs sociaux, la police, les familles et les communautés.

Nous sommes particulièrement reconnaissants au Professeur Danuta WASSERMAN et au Docteur Véronique NARBONI du Centre National Suédois pour la Prévention du Suicide et la Recherche, Centre Collaborateur de l'OMS

(NT) Cette phrase est issue du chapitre « Un raisonnement absurde », située dans la première page du sous-chapitre « L'absurde et le Suicide » - Editions Gallimard - 1942.

pour la Santé Mentale, Institut Karolinska, Stockholm, SUEDE, qui ont produit une première version de cette brochure. Le texte fut ensuite revu par les membres du Réseau International de l'OMS pour la Prévention du Suicide et la Recherche que nous remercions et dont voici la liste :

- Dr Annette BEAUTRAIS, Ecole de Médecine de Christchurch, Christchurch, Nouvelle Zélande
- Pr Richard RAMSAY, Université de Calgary, Calgary, Canada
- Pr Jean Pierre SOUBRIER, Groupe Hospitalier Cochin (AP-HP), Paris France
- Dr Shutao ZHAI, Hôpital Universitaire de Médecine du Cerveau, Nanjing, Chine

Nous désirons également remercier les spécialistes dont les noms suivent pour leur contribution à cet ouvrage :

- Pr Britta ALIN-AKERMAN, Département d'Education, Université de Stockholm, Stockholm, Suède
- Pr Alan APTER, Hôpital Psychiatrique Geha, Petah Tiqwa, Israel
- Pr David BRENT, Clinique et Institut Psychiatrique de l'Ouest, Pittsburgh, PA, USA
- Dr Paul CORCORAN, Fondation Nationale de Recherche Suicidologique, Cork, Irlande
- Dr Agnes HULTEN, Centre National Suédois du Comté de Stockholm pour la Recherche Suicidologique et la Prévention des Maladies Mentales, Stockholm, Suède
- Dr Margaret KELLEHER, Fondation Nationale de Recherche Suicidologique, Cork, Irlande
- Pr François LADAME, Unité pour Adolescents et Jeunes Adultes, Université

de Genève, Suisse

- Dr Gunilla LJUNGMAN, Clinique Psychiatrique pour Enfants et Adolescents, Hôpital Central de Västeras, Västeras, Suède
- Dr Gunilla OLSSON, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université d'Uppsala, Uppsala, Suède
- Pr Israel ORBACH, Université de Bar-Ilan, Ramat-Gan, Israël
- Dr Xavier POMMEREAU, Centre Abadie, Bordeaux, France
- Dr Inga-Lill RAMBERG, Centre National Suédois du Comté de Stockholm pour la Recherche Suicidologique et la Prévention des Maladies Mentales, Stockholm, Suède
- Pr Per-Anders RYDELIUS, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Institut Karolinska, Stockholm, Suède
- P David SCHAFFER, Université de Columbia, New York, NY, USA
- Pr Martina TOMORI, Université de Ljubljana, Ljubljana, Slovénie
- Pr Sam TYANO, Hôpital Psychiatrique Geha, Petah Tiqwa, Israël
- Pr Kees van HEERINGEN, Unité de Recherche Suicidologique, Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire, Gand, Belgique
- Pr Anne-Liis von KNORRING, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université d'Uppsala, Uppsala, Suède
- Pr Myrna WEISSMAN, Service de Psychiatrie Infantile, Université de Columbia, New York, NY, USA

Ces documents sont actuellement largement diffusés dans l'espoir qu'ils seront traduits et adaptés aux nécessités locales, la condition fondamentale pour une plus grande efficacité. Tous les commentaires, demandes d'autorisation de traduction et d'adaptation seront les bienvenus.

Dr J.M. BERTOLOTE
Coordinateur, Prise en Charge des Troubles Mentaux et Neurologiques
Département de Santé Mentale et Toxicomanies
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

INDICATIONS POUR LE PERSONNEL ENSEIGNANT ET LE MILIEU SCOLAIRE

Selon les statistiques mondiales, le suicide est une des cinq causes principales de mortalité pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans. Dans beaucoup de pays, le suicide apparaît comme la première ou la seconde cause de mort chez le jeune, qu'il soit de sexe masculin ou féminin.

La prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent présente donc une priorité absolue. Partant du fait que dans beaucoup de pays et de régions, les jeunes de cette tranche d'âge fréquentent l'école, le milieu scolaire apparaît un lieu approprié pour développer toutes les actions préventives possibles.

Ce document est destiné principalement aux enseignants et à tout le milieu scolaire qui est large car comprenant les conseillers d'orientation, les médecins et les infirmières scolaires, les assistants sociaux, les responsables administratifs tels que proviseurs et directeurs d'école. Cependant, les professionnels de santé publique et tous les groupes sociaux intéressés par les programmes de prévention du suicide, trouveront dans ce document, toutes les informations utiles. Ce document décrit brièvement la dimension du comportement suicidaire de l'adolescent, présente les principaux facteurs protecteurs et de risque se trouvant derrière ce comportement et suggère comment identifier et aborder les individus à risque de suicide ainsi que la conduite à tenir aussi bien après une tentative de suicide que lors de la survenue d'une mort par suicide en milieu scolaire.

Actuellement, le suicide des jeunes de moins de 15 ans est peu fréquent. La majorité des suicides de l'enfant âgé de 14 ans ou moins, survient dans la pré-adolescence alors que le suicide est encore plus rare avant l'âge de 12 ans. Cependant, dans certains pays apparaît une augmentation inquiétante des suicides chez les jeunes de moins de 15 ans ainsi que dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans.

La méthode de suicide employée varie selon les pays. Dans certaines régions par exemple, l'emploi des pesticides est fréquent (NT) alors que dans d'autres pays les moyens les plus utilisés sont l'intoxication avec des médicaments et des gaz d'échappement automobile ou les armes à feu (USA). Les garçons se tuent plus souvent que les filles ; une des explications réside dans le fait qu'ils emploient des méthodes plus violentes que les filles comme la pendaison, les armes à feu et les explosifs. Cependant, dans certains pays, le suicide des adolescentes de 15 à 19 ans est plus fréquent que chez les adolescents de la même tranche d'âge. Il est noté que lors de la dernière décennie la proportion de jeunes filles employant des méthodes de suicide de plus en plus violentes a augmenté.

Autant que possible, la meilleure approche pour prévenir le suicide en milieu scolaire consiste à encourager le travail en équipe, associant donc tous les acteurs présents : les enseignants de toutes catégories, les médecins, infirmières et psychologues scolaires, les éducateurs collaborant étroitement avec les centres médico-psychologiques de secteur.

Avoir des pensées suicidaires de temps à autre n'est pas anormal. Cela fait partie du développement psychologique normal de l'enfance et de l'adolescence comme de se poser des questions sur les problèmes existentiels et d'essayer de comprendre les notions de vie, de mort et le sens de la vie. Des enquêtes réalisées démontrent que plus de la moitié des étudiants du secondaire admettent avoir eu des pensées suicidaires(1). C'est pourquoi il est nécessaire que les jeunes puissent discuter de ces questions avec des adultes proches d'eux, quels qu'ils soient(2).

Cependant les pensées suicidaires deviennent anormales, c'est à dire pathologiques chez l'enfant et l'adolescent lorsque leur réalisation représente le seul moyen d'échapper aux difficultés. Il existe alors un risque sérieux de passage à l'acte et de mort par suicide.

(NT) Inde, Sri Lanka, Chine et zone Caraïbes. Figures and facts about suicide, WHO/MNH/MBD/99.1, Genève.

UN PROBLÈME SOUS-ESTIMÉ

Dans certains cas, il apparaît impossible de préciser si des morts d'apparence accidentelles(3) sont intentionnelles ou non intentionnelles comme par exemple dans le cas d'accidents de voiture, de noyade, de chutes et de surdosage de drogues illicites. La conduite suicidaire de l'adolescent est connue comme étant sous-estimée dans les statistiques car beaucoup de morts de ce type figurent de façon erronée dans la catégorie non intentionnelle ou accidentelle (NT).

Les études post mortem dans les cas d'adolescents décédés de mort violente indiquent qu'ils ne constituent pas un groupe homogène. Par contre elles révèlent de subtiles manifestations de tendances auto-destructrices et de conduites à risque(4). Alors que dans certains cas la mort apparaît non intentionnelle, dans d'autres, il s'agit d'actes intentionnels provoqués par un mal de vivre.

De plus, les définitions de la tentative de suicide utilisées par les étudiants diffèrent de celles des psychiatres. Les informations données spontanément par les jeunes interrogés sur cette question révèlent deux fois plus de tentatives de suicide que lors d'entretiens avec des psychiatres. L'explication la plus probable serait que les adolescents répondant anonymement aux questionnaires utiliseraient une définition de la tentative de suicide plus large que celle utilisée par les professionnels. De plus, seulement 50% des adolescents ayant révélé une tentative de suicide antérieure avaient sollicité une prise en soin à l'hôpital après leur geste. Ainsi, le nombre de personnes hospitalisées après une tentative de suicide ne constituera pas une indication réelle de la dimension du problème dans la communauté.

Généralement, le taux de suicide est plus élevé chez les adolescents que chez les adolescentes. Il n'en reste pas moins que le taux des tentatives de suicide est deux à trois fois plus élevé chez les adolescentes. Si celles-ci souffrent plus souvent de dépression exogène que les garçons, elles sont plus enclines à parler de leurs problèmes et à solliciter une aide. Ceci permet de prévenir un passage à l'acte suicidaire fatal. A l'inverse, les garçons sont souvent plus agressifs et impulsifs et passent fréquemment à l'acte sous l'influence de l'alcool ou de drogues illicites diverses, ce qui contribue probablement à l'issue fatale de leur acte suicidaire.

(NT) Dans des catégories très diverses : de causes indéterminées, de traumatismes d'intention indéterminées. Ceci du fait de l'imprécision fréquente des certificats médicaux, d'une absence de déclaration des instituts médico-légaux et d'un manque de liaison avec les services administratifs. En France avec l'INSERM la sous estimation peut atteindre les 30 %.

FACTEURS PROTECTEURS

Les principaux facteurs qui contribuent à la protection contre le comportement suicidaire sont :

Schémas familiaux

- bonne relation avec les membres de la famille ;
- soutien familial.

Personnalité et capacités de perception

- bonnes aptitudes sociales ;
- confiance en soi et dans sa situation personnelle et ses résultats ;
- savoir demander de l'aide en cas de difficultés, par exemple pour le travail scolaire ;
- savoir demander des conseils quand un choix important est à faire ;
- être ouvert à l'expérience d'autrui et aux solutions proposées ;
- être ouvert à des connaissances nouvelles.

Facteurs culturels et socio-démographiques

- intégration sociale au travers de la participation à un sport, à des associations religieuses, à des clubs et à d'autres activités ;
- bonnes relations avec les camarades de classe ;
- bonnes relations avec les professeurs et les autres adultes ;
- soutien de personnes valables et responsables.

FACTEURS DE RISQUE ET SITUATIONS À RISQUE

Dans des circonstances particulières, le comportement suicidaire est plus fréquent dans certaines familles que dans d'autres, compte tenu de facteurs environnementaux et génétiques. Une analyse démontre que tous les facteurs et situations décrits ci-après sont fréquemment associés aux tentatives de suicide et aux suicides accomplis chez les enfants et les adolescents tout en rappelant néanmoins qu'ils ne sont pas nécessairement présents dans tous les cas.

Il doit être également rappelé que les facteurs de risque et les situations à risque décrites ci-après, varient d'un continent et d'un pays à l'autre, selon les données culturelles, politiques et économiques qui diffèrent entre pays même voisins.

Facteurs culturels et socio-démographiques

L'existence d'un statut socio-économique faible, d'une éducation pauvre et de chômage dans la famille sont des facteurs de risque. Les populations indigènes et les immigrants peuvent être assimilés à ce groupe par le fait qu'ils souffrent non seulement de difficultés émotionnelles et linguistiques mais aussi de l'absence de réseaux sociaux. Dans de nombreux cas, ces facteurs s'associent à l'impact psychologique de la torture, des blessures de guerre et de l'isolement.

Ces facteurs culturels sont également liés à l'insuffisance de participation aux activités sociales traditionnelles ainsi qu'aux conflits de valeurs existant entre ces différents groupes. Spécifiquement, ces conflits de valeurs affectent les jeunes adolescentes nées et élevées dans un nouveau pays offrant plus de libertés mais qui conservent des racines profondes d'une culture encore plus conservatrice de leurs parents.

Le développement individuel de chaque jeune est étroitement mêlé à la tradition culturelle de la collectivité. Les enfants et les adolescents qui souffrent d'une insuffisance de racines culturelles présentent des problèmes d'identité et souffrent d'une insuffisance de modèle référentiel nécessaire pour la résolution de leurs conflits personnels. Dans certaines situations de stress, ils peuvent recourir à un comportement auto-destructeur tel qu'une tentative de suicide ou un suicide accompli (5).

Le risque de suicide est plus élevé dans les populations indigènes que non indigènes.

Les attributs de non-conformité avec le genre féminin ou masculin et les problèmes d'identité liés à l'orientation sexuelle constituent également un facteur de risque de conduite suicidaire. Les enfants et les adolescents qui

ne sont pas ouvertement acceptés dans leur culture par leurs familles et leurs camarades ou par leurs écoles ou autres institutions fréquentées, souffrent de sérieux problèmes d'intégration et d'une absence de modèles référentiels nécessaires à un développement optimum.

Schémas familiaux et événements de vie négatifs pendant l'enfance

Les schémas familiaux destructifs et les événements traumatiques survenant dans la petite enfance laisseront des marques dans la vie des jeunes surtout s'ils n'ont pu surmonter ce traumatisme (6).

Les aspects d'instabilité et de dysfonctionnement familial et les événements de vie négatifs souvent retrouvés chez l'enfant et l'adolescent suicidaires sont les suivants :

- troubles psychopathologiques parentaux (7), avec la présence de désordres mentaux et émotionnels ;
- alcoolisme et dépendances toxiques ou comportement antisocial familial ;
- antécédents familiaux de suicide et de tentative de suicide ;
- famille violente et abusive (ce qui inclut les abus physiques et sexuels de l'enfant) ;
- soins insuffisants procurés par les parents ou tuteurs avec une faiblesse de communication dans la famille ;
- disputes fréquentes entre les parents et les tuteurs avec tension et agressivité ;
- divorce, séparation ou mort des parents ou des tuteurs ;
- changements fréquents de résidence ;
- exigences trop lourdes ou à l'inverse trop faibles de la part des parents ou des tuteurs ;

- autoritarisme excessif ou inadapté des parents ou des tuteurs ;
- insuffisance de temps consacré par les parents ou tuteurs pour observer l'enfant et l'aider dans sa détresse émotionnelle dans un environnement négatif fait de rejet et négligence ;
- rigidité familiale (8) ;
- famille adoptive ou d'accueil.

Ces différents schémas familiaux caractérisent le plus souvent mais pas nécessairement des situations au cours desquelles des enfants et des adolescents tentent ou réalisent un suicide. A l'évidence, le jeune suicidant est issu d'une famille présentant plus d'un problème et dans laquelle les risques s'accumulent. Parce qu'ils respectent leurs parents et sont parfois peu disposés ou dans l'interdiction de révéler des secrets de famille, ils se retiennent souvent de chercher de l'aide en dehors de celle-ci.

Personnalité et capacités de perception

Les traits de personnalité suivants s'observent fréquemment au cours de l'adolescence mais sont également associés au risque de suicide ou de sa tentative (souvent lié à un désordre mental) ce qui limite la prédictibilité du suicide :

- humeur instable ;
- comportement agressif ou colérique ;
- comportement antisocial ;
- tendance au passage à l'acte ;
- impulsivité majeure ;
- irritabilité ;

- pensées rigides et difficultés relationnelles ;
- insuffisance de capacité à répondre à des difficultés ;
- incapacité à faire face à la réalité ;
- tendance à vivre dans un monde imaginaire ;
- fantasmes mégalomaniaques alternant avec des sentiments de dévalorisation ;
- facilement déçu ;
- réaction anxieuse particulièrement devant un problème somatique mineur ou une déception banale ;
- arrogance ;
- sentiments d'infériorité et d'incertitude pouvant être masqués par des manifestations ouvertes de supériorité, des comportements de rejet ou de provocation envers les camarades et les adultes y compris les parents ;
- incertitude concernant l'identité ou l'orientation sexuelle ; (9)
- relations ambivalentes avec les parents, les autres adultes et les amis.

Malgré l'intérêt majeur pour les liens existant entre d'une part le développement prolongé de la personnalité et des facteurs cognitifs (capacités de perception) et d'autre part le risque de conduite suicidaire chez le jeune, les données disponibles de la recherche scientifique sur ce sujet sont généralement éparpillées et souvent ambiguës.

Désordres mentaux

Le comportement suicidaire est sur-représenté chez les enfants et les adolescents présentant les troubles psychiques suivants :

Dépression

L'association de symptômes dépressifs et d'une conduite antisociale a été présentée comme l'antécédent le plus fréquent chez le jeune suicidant. (10) (11) Plusieurs études ont conclu qu'environ trois quarts des suicidants présentent un ou plusieurs symptômes dépressifs et qu'un grand nombre souffrent d'une authentique maladie dépressive. (12)

Les élèves souffrant de dépression se plaignent souvent de problèmes physiques lorsqu'ils consultent un médecin. (13) Les plaintes somatiques telles que céphalées et gastralgies ainsi que douleurs paroxystiques des jambes et de la poitrine sont fréquentes.

Les jeunes filles dépressives ont souvent tendance à un repli sur soi, à se montrer silencieuses, pessimistes et inactives. A l'inverse, les garçons ont plus tendance à se montrer destructeurs et agressifs ce qui exigent une grande attention de la part de leurs enseignants et de leurs parents. Cette agressivité peut évoluer vers un solitarisme qui représente en soi un facteur de risque suicidaire.

Alors que certains symptômes ou syndromes dépressifs sont fréquents chez le jeune suicidaire, le caractère dépressif n'est pas nécessairement concomitant d'une pensée ou d'un geste suicidaire. (14) Les adolescents peuvent très bien se tuer sans être dépressifs et à l'inverse, peuvent être dépressifs sans pour autant passer à l'acte suicide.

Troubles anxieux

Des études ont montré une corrélation constante entre les troubles anxieux et les tentatives de suicide masculin alors que la relation serait moindre chez les jeunes filles. Les troubles anxieux semblent relativement indépendants du symptôme dépressif en ce qui concerne le risque de suicide, ce qui prouve la nécessité d'évaluer et de traiter toute anxiété survenant chez l'adolescent à risque de suicide. Divers symptômes psychosomatiques sont fréquents chez les jeunes présentant des idées de suicide.

Alcool et dépendances toxiques

L'abus d'alcool et de drogues illicites est fréquent chez les enfants et adolescents qui meurent par suicide. Dans cette tranche d'âge, un quart des jeunes avaient consommé de l'alcool ou des drogues avant leur geste fatal. (15)

Troubles de la conduite alimentaire

Insatisfaits de leur physique, beaucoup d'enfants et d'adolescents essaient de maigrir et se posent des questions sur ce qu'il faut ou ne faut pas manger. Environ 1 à 2 % des adolescentes souffrent d'anorexie ou de boulimie. Les jeunes filles anorexiques souffrent souvent de dépression et le risque de suicide est vingt fois plus élevé pour elles que dans la population juvénile en général. Des études récentes ont montré que les garçons peuvent également souffrir d'anorexie et de boulimie. (13) (17)

Troubles psychotiques

Alors que peu d'enfants ou d'adolescents souffrent de troubles psychotiques graves tels que schizophrénie ou psychose maniaco-dépressive, le risque de suicide est élevé parmi ceux qui en souffrent. La majorité des jeunes psychotiques présentent en fait divers facteurs de risque comme l'abus d'alcool, de tabac et de drogues. (NT)

Antécédents de tentatives de suicide

Des antécédents de tentative de suicide unique ou de récurrences accompagnés ou non des désordres mentaux précités, sont un risque majeur de suicide.

Evènements négatifs de la vie quotidienne comme déclencheurs de la conduite suicidaire

On observe habituellement chez les enfants ou adolescents suicidaires une sensibilité marquée au stress associée aux troubles cognitifs et de personnalité mentionnés précédemment (en raison de facteurs génétiques mais aussi de schémas familiaux et des éléments négatifs de stress vécus dans la petite

(NT) Il ne faut pas s'en tenir à la simple constatation de l'abus toxique. Une évaluation lors d'une tentative de suicide jugée banale ou « normale pour cet âge » permet de dépister une psychose naissante ou de mettre en évidence une psychose méconnue jusqu'alors.

enfance). (16) Cette hypersensibilité rend difficile le contrôle des événements négatifs de la vie quotidienne. C'est pourquoi le comportement suicidaire est souvent précédé par ces événements de stress. Il en résulte une réactivation du sentiment de se trouver sans aide, abandonné et désespéré ce qui peut faire surgir l'idéation suicidaire aboutissant à un passage à l'acte suicide. (17)

Les situations à risque et les événements qui peuvent déclencher une tentative de suicide ou un suicide sont :

- des situations ressenties comme injustes (sans nécessairement l'être, une fois évaluées objectivement) : les enfants et les adolescents vulnérables peuvent percevoir comme profondément injuste l'événement le plus banal et réagir avec anxiété et confusion. A l'inverse, le jeune suicidaire perçoit ces situations comme une menace dirigée contre sa propre image et il souffre d'un sentiment d'atteinte à sa propre dignité ;
- discordes familiales ;
- séparation d'amis, de copains et copines, camarades de classe, etc. ;
- décès d'un être cher ou d'une personne importante pour le jeune ;
- fin d'une relation amoureuse ;
- conflits interpersonnels ou pertes relationnelles ;
- problèmes judiciaires ou disciplinaires ;
- pression du groupe de camarades ou acceptation de leur autodestruction ;
- harcèlement et victimisation ;
- déception scolaire et échec dans les études ;
- pression scolaire lors de la période des examens ;
- chômage et difficultés financières ;

- grossesse non désirée et avortement ;
- infection HIV (SIDA) ou maladies sexuellement transmissibles ;
- maladie physique grave ;
- catastrophes naturelles.

COMMENT REPÉRER LES ÉTUDIANTS EN DÉTRESSE ET À RISQUE SUICIDAIRE

Repérage de la détresse

Tout changement soudain ou dramatique de la performance et de l'assiduité scolaire ou du comportement personnel de l'enfant ou de l'adolescent doit être pris au sérieux (18), tel que :

- manque d'intérêt dans les activités quotidiennes ;
- déclin global des résultats ;
- déficit dans l'effort ;
- mauvaise conduite en classe ;
- absences inexplicables ou répétées sans autorisation ;
- tabagisme ou abus d'alcool ou de drogues (y compris les dérivés cannabiques) ;
- incidents avec violence scolaire nécessitant l'intervention de la police. (NT)

Tous ces facteurs aident au repérage des élèves présentant un risque de détresse mentale et sociale et pouvant avoir des idées de suicide qui les conduiront un passage à l'acte suicidaire (19).

(NT) Pour la France, il a été mis en place en octobre 2000 par le Ministère de l'Éducation Nationale, un Comité National de Lutte contre la Violence Scolaire.

Si l'un de ces signes a été remarqué par un enseignant ou un conseiller scolaire, l'équipe enseignante devra être alertée et un dispositif devra être mis en place pour une évaluation approfondie de l'élève étant établi qu'un de ces signes peut être révélateur d'une détresse majeure qui peut dans certains cas conduire au suicide.

Évaluation du risque suicidaire

Lors de cette évaluation, l'équipe scolaire doit savoir que les problèmes sont toujours multidimensionnels. (NT)

Antécédents de tentatives de suicide

Des antécédents de tentatives de suicide font partie des facteurs de risque les plus significatifs. Les jeunes en détresse ont tendance à répéter leurs actes.

Dépression

L'existence d'un état dépressif est également un important facteur de risque. Ce diagnostic doit être effectué par un pédiatre ou un pédopsychiatre, mais les enseignants et l'équipe scolaire doivent connaître la variété des symptômes (20) faisant partie de la maladie dépressive. (21)

La difficulté de diagnostic d'une dépression réside dans le fait que le stade transitoire du développement psychologique de l'adolescence possède des traits communs avec la dépression.

Le développement psychologique de l'adolescent comprend une étape naturelle pendant laquelle les traits suivants apparaissent fréquemment : baisse de l'estime de soi, découragement, problèmes de concentration, fatigue et troubles du sommeil. Ce sont des signes communs avec la maladie dépressive mais ils ne doivent être cause d'inquiétude que s'ils persistent et s'amplifient. Par comparaison avec l'adulte, l'adolescent a tendance à passer à l'acte et à manger et dormir plus.

(NT) Pour Edwin SHNEIDMAN : « Le suicide est un malaise multidimensionnel » (In « Suicide as psychache ». Ed. Aronson. 1993), page 8

Les pensées dépressives peuvent être présentes lors du développement normal de l'adolescence lorsque le jeune est préoccupé par des problèmes existentiels. L'intensité des pensées suicidaires, leur profondeur et leur durée, le contexte dans lequel elles apparaissent et l'impossibilité de les faire cesser chez un enfant ou un adolescent (c'est à dire leur persistance) font la différence entre un jeune sain et un jeune dans l'angoisse d'une crise suicidaire.

Situations à risque

Une autre tâche importante consiste dans le repérage des situations environnementales et des événements de vie négatifs, comme décrits précédemment, qui peuvent activer les pensées suicidaires et ainsi augmenter le risque de suicide.

CONDUITE À TENIR DEVANT LES JEUNES SUICIDAIRES EN MILIEU SCOLAIRE

Reconnaître qu'un jeune en détresse a besoin d'aide n'est pas un problème en soi. Par contre, savoir comment réagir et répondre à un enfant ou un adolescent suicidaire est beaucoup plus difficile.

Certaines équipes scolaires ont appris comment aborder la détresse de l'étudiant suicidaire avec sensibilité et respect à l'inverse d'autres. Les compétences de ce dernier groupe devront être améliorées. Dans le contact avec un jeune suicidaire, il est important d'établir un équilibre entre distance et proximité ainsi qu'entre empathie et respect.

Le dépistage et la conduite à tenir lors d'une crise suicidaire chez des étudiants peuvent donner lieu à un conflit entre les enseignants et les autres membres de l'équipe scolaire par le fait qu'ils manquent de compétence, sont pressés par le temps ou ont peur de faire face à leurs propres problèmes psychologiques.

Prévention générale : conduite à tenir avant tout geste suicidaire

L'attitude la plus importante de toute prévention du suicide réside dans le dépistage précoce des enfants et des adolescents en détresse et/ou à risque sérieux de suicide. (22) Pour atteindre ce but, une attention particulière devra être portée à la situation de l'équipe scolaire et des élèves concernés en utilisant les moyens décrits précédemment. Beaucoup d'experts partagent l'opinion qu'il n'est pas recommandé d'enseigner le phénomène suicide aux jeunes. Par contre, ils recommandent que l'étude des problèmes associés au suicide soit remplacée par une approche positive des problèmes de santé mentale.

Renforcement de la santé mentale des enseignants et autres membres de l'équipe scolaire (23)

Tout d'abord, il convient d'assurer le bien-être et l'équilibre psychologique de l'équipe enseignante et du personnel scolaire. Pour eux, le lieu de travail peut être vécu comme rejetant, agressif voire même violent. Aussi, ils nécessitent des documents et des informations améliorant leur compréhension et leur permettant de réagir de façon appropriée à leur propre pression psychologique ou leur éventuel désordre mental ainsi qu'à ceux de leurs étudiants et collègues. Ils devront également avoir accès à un soutien psychologique et si nécessaire à un traitement spécifique.

Renforcement de l'estime de soi des étudiants (24)

Une estime de soi positive protège l'enfant et l'adolescent de la détresse psychologique et du découragement et permet un meilleur contrôle des situations difficiles et stressantes rencontrées dans leur existence. (25)

Afin de renforcer cette estime de soi chez les enfants et les adolescents, une variété de techniques peut être utilisée. Les approches recommandées sont les suivantes :

- Mettre l'accent sur les expériences positives de la vie aideront le jeune à se forger une identité positive. (26) Les expériences positives vécues

augmentent les chances du jeune à obtenir une meilleure confiance en soi dans le futur.

- Ne pas constamment faire pression sur les enfants et les adolescents pour « faire plus et mieux. »
- Il ne suffit pas pour un adulte de dire qu'il aime son enfant ; l'enfant doit aussi se sentir aimé. Il y a une grande différence entre être aimé et se sentir aimé.
- Les enfants ne doivent pas seulement être acceptés mais également être tendrement aimés tels qu'ils sont. Ils doivent se sentir unique du fait de leur existence.

Alors que la compassion freine l'estime de soi, l'empathie l'encourage, car tout jugement est mis de côté. L'autonomie et la maîtrise sont les bases nécessaires au développement d'une estime de soi positive dans la petite enfance.

L'acquisition d'une estime de soi chez l'enfant et l'adolescent dépend du développement de leurs aptitudes physiques, sociales et de leurs vocations. Pour avoir une haute estime de soi, l'adolescent doit acquérir une indépendance vis à vis de sa famille et des jeunes de son âge. Il doit être capable d'établir une relation avec les jeunes du sexe opposé, se préparer à trouver un emploi pour subvenir à ses besoins et construire une philosophie réaliste et acceptable de la vie.

On considère comme d'excellente stratégie le développement d'une formation pour les aptitudes de la vie, tout d'abord par des visites à des experts puis ultérieurement en les intégrant dans un cursus régulier. Ce programme doit faire connaître aux étudiants comment s'appuyer sur les autres et si nécessaire rechercher l'aide des adultes.

Le système éducatif doit également mettre l'accent sur le développement et la consolidation du sentiment d'identité des élèves.

Un autre objectif est de promouvoir la stabilité et la continuité de la scolarité des étudiants.

Favoriser l'expression émotionnelle

Il faut apprendre aux enfants et aux adolescents à prendre au sérieux tous leurs sentiments personnels et les encourager à se confier à leurs parents ou à d'autres adultes tels que les enseignants, le personnel médical scolaire, les camarades, les entraîneurs sportifs et les conseillers de leur culte.

Prévention du harcèlement et de la violence en milieu scolaire

Le système éducatif devra s'organiser pour prévenir toute violence et attitude dominatrice brutale à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution afin de créer un environnement sûr et tolérant.

Informez sur les centres d'assistance

Il faut faciliter pour les jeunes l'accès aux services divers d'assistance par la large diffusion des numéros de téléphone, des centres de crise et d'urgence psychiatrique et de secours téléphonique par exemple. (NT)

Conduite à tenir dès qu'un risque suicidaire a été repéré

Dans la plupart des cas, les enfants et les adolescents en détresse et/ou présentant une conduite de risque suicidaire, souffrent également de difficultés de communication. Par conséquent, il est important d'établir un dialogue avec tout jeune en détresse, qu'il soit suicidaire ou pas.

Communication

La première étape en prévention du suicide réside invariablement dans l'établissement d'une communication faite avec confiance. Durant le développement du processus suicidaire, une communication mutuelle entre le jeune suicidaire et ceux qui l'entourent est d'une importance capitale. L'absence de communication et la rupture du réseau relationnel qui s'ensuit, donnent lieu aux problèmes suivants :

- *Silence et tension accrue dans la relation.*

Le silence et l'absence de dialogue sont bien souvent causés par la crainte

(NT) En France des informations peuvent être obtenues par l'intermédiaire de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (4-6 Place de Valois – 75001 PARIS – TEL : 01 40 20 43 34 – e-mail : unps@wanadoo.fr) ainsi que sur le site internet : www.infosuicide.org.

de l'adulte de provoquer un passage à l'acte suicidaire chez l'enfant ou l'adolescent en abordant ses idées ou les messages transmis d'intentionnalité de suicide.

- *Ambivalence évidente.*

Il est compréhensible que la confrontation d'un adulte avec le comportement suicidaire d'un enfant ou d'un adolescent puisse interférer avec ses propres conflits psychiques. La tension psychologique créée par la rencontre avec un enfant ou un adolescent suicidaire est généralement très intense et provoque une grande variété de réactions émotionnelles. Dans certains cas, les problèmes émotionnels non résolus des adultes en contact avec des enfants ou des adolescents suicidaires peuvent alors faire surface. Ces problèmes peuvent être plus importants chez l'enseignant dont l'ambivalence – c'est à dire souhaitant aider l'étudiant suicidaire tout en s'en montrant incapable ou même peu désireux – peut provoquer un évitement du dialogue.

- *Agression directe ou indirecte.*

L'inconfort ressenti par l'adulte est parfois si intense que leur réaction finale envers un enfant ou un adolescent en détresse suicidaire sera celle d'une agression verbalisée ou non.

- Il est important de comprendre que l'enseignant n'est pas isolé dans ce processus de communication et qu'il est fondamental d'apprendre comment établir une bonne communication. Le dialogue doit être créé et adapté à chaque situation. Tout dialogue implique avant tout, la reconnaissance de l'identité de chaque enfant ou adolescent ainsi que leur besoin d'aide.

La plupart du temps, les enfants et adolescents en détresse ou présentant un risque de suicide s'avèrent souvent hypersensibles à la façon dont les autres communiquent avec eux. Ceci est lié au fait qu'ils ont souvent manqué d'une relation de confiance dans leur famille et avec leurs camarades lors de leur éducation, souffrant ainsi d'un manque d'intérêt, de respect voire d'amour. L'hypersensibilité de l'étudiant suicidaire apparaît clairement dans la communication verbale comme non-verbale. Dans ce cas, le langage corporel joue un rôle aussi important que la communication verbale. Cependant, les adultes ne doivent pas se sentir découragés par la réticence des enfants ou des adolescents en détresse ou suicidaires à dialoguer

avec eux. Au contraire, ils doivent interpréter cette attitude d'évitement comme étant souvent une marque de méfiance vis à vis des adultes.

Les enfants et les adolescents suicidaires présentent aussi une ambivalence très marquée pour accepter ou refuser l'aide offerte et sur le désir de vivre ou de mourir. (NT) Cette ambivalence a des répercussions évidentes sur le comportement du jeune suicidaire et peut se manifester par des changements rapides d'attitude entre l'acceptation ou le rejet de l'aide offerte. Ce comportement peut présenter le risque d'être mal interprété par l'entourage.

Amélioration des aptitudes de l'équipe enseignante

Ceci peut être effectué par des séances de formation spéciale destinés à améliorer la communication entre les étudiants en détresse et/ou suicidaires et leurs enseignants, permettant ainsi une meilleure prise de conscience et compréhension du risque de suicide. Former l'ensemble des membres de l'équipe enseignante à établir un dialogue entre eux et avec leurs élèves sur les problèmes de la vie et de la mort, améliorer leur capacité à repérer la détresse psychologique, la dépression et le comportement suicidaire et améliorer leur connaissance des possibilités de soutien constitue un ensemble de moyens fondamentaux de la prévention du suicide.

Des buts clairs et des limites précises comme définis dans les manuels de prévention du suicide sont les outils importants de cette tâche.

Orientation vers des professionnels de santé

Une décision rapide, ferme et décisive d'orienter un jeune suicidaire vers un médecin généraliste, un pédopsychiatre ou un service d'urgence, peut sauver une vie.

Afin d'être efficaces, les services d'accueil pour les jeunes doivent être perçus comme abordables, attrayants et non déshonorants. Les étudiants en détresse et/ou en crise suicidaire doivent être orientés rapidement et personnellement par l'équipe enseignante et reçus par une équipe polyvalente composée de médecins, d'infirmières, d'assistantes sociales et de représentants légaux dont la tâche est de protéger les droits de l'enfant. Ce transfert actif de l'étudiant vers le système sanitaire

(NT) Une des caractéristiques du fantasme de suicide (SOUBRIER J.P. Définitions du suicide : signification de la prévention, in Annales Médico-Psychologiques n°8 oct 99, vol 157, pp 526-529)

doit aider à prévenir toute interruption de sa scolarité durant cet épisode d'orientation, ce qui pourrait se produire dans le cas d'une orientation par correspondance.

Retirer tous les moyens suicidaires utilisables à proximité d'enfants ou d'adolescents suicidaires

Divers moyens de contrôle, de suppression ou de mise hors de portée des médicaments dangereux, armes à feu, pesticides, explosifs, couteaux etc... se trouvant dans l'école, au domicile familial et autres lieux, sont des mesures préventives importantes de tout geste fatal. Compte tenu du fait que ces mesures seules ne sont pas suffisantes pour constituer une prévention du suicide à long terme, un soutien psychologique doit être fourni en même temps.

Lors d'une tentative de suicide ou d'un suicide accompli

Nécessité d'informer l'équipe enseignante et les camarades

Lorsqu'un suicide ou une tentative de suicide a été effectué, il doit exister dans l'institution un dispositif d'urgence afin d'informer l'équipe enseignante, comprenant les enseignants mais également les autres élèves et leurs parents. Le but est d'éviter des suicides (ou des tentatives de suicide) en chaîne. La contagiosité provient de la tendance des enfants et des adolescents à s'identifier à un processus destructeur utilisé par des personnes qui ont tenté ou accompli un suicide. Des recommandations permettant de prendre en charge et d'éviter ces suicides en chaîne, établies et promulguées par le Centre de Contrôle des Maladies (USA) en 1994, sont maintenant largement utilisées. (27) (NT1)

Il est important d'identifier tous les étudiants suicidaires dans la même classe ainsi que dans d'autres. Un ensemble de suicide en chaîne peut ne pas concerner uniquement des enfants et des adolescents qui se connaissent : des jeunes même très éloignés ou totalement inconnus des jeunes suicidés peuvent s'identifier à ce comportement suicidaire et en conséquence recourir au suicide.

Les camarades de classe, l'équipe enseignante et les parents doivent être bien informés du suicide ou de la tentative de suicide d'un étudiant. La détresse ressentie lors d'un tel événement doit être prise en charge. (NT2)

(NT1) Cette redoutable question est abordée dans la brochure OMS « Indications pour les professionnels des médias »

(NT2) Cette question a été abordée dans la brochure OMS « Deuil et Suicide - Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent »

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Le suicide n'est pas un événement incompréhensible sorti de l'inconnu : les étudiants suicidaires donnent suffisamment de signes d'alerte et d'indices aux personnes qui les entourent pour qu'elles puissent intervenir à temps. En prévention du suicide, les enseignants et le milieu scolaire doivent relever un défi d'importance stratégique dans lequel il est primordial de :

- repérer les étudiants souffrant d'un trouble de la personnalité et leur offrir un soutien psychologique ;
- renforcer les liens avec les jeunes par le dialogue et en faisant l'effort de les comprendre et de les aider ;
- soulager la détresse mentale ;
- être attentif et formé au repérage précoce d'un message suicidaire qu'il soit verbal et/ou caractérisé par des changements du comportement ;
- aider les étudiants moins brillants dans leur travail scolaire ;
- s'inquiéter de l'absentéisme ;
- dédramatiser la maladie mentale et aider à mettre fin à un abus d'alcool et de drogues ;
- orienter les étudiants souffrant d'un désordre mental et d'une dépendance toxique ;
- limiter au maximum tout accès à une méthode de suicide – produits toxiques et médicaments dangereux, pesticides, armes à feu et autres armes, etc... ;
- procurer au personnel enseignant et au personnel scolaire présent des moyens leur permettant d'alléger le stress au travail.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. McKey PW, Jones RW, Barbe RH. Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.
2. McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In : Aronson Med. Group and Family Therapy. New York, Brunner/Mazel, 1983.
3. Litman RE. Psychological autopsies of young suicides. In: Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol. 3 : Prevention and Interventions in Youth Suicide. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.
4. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. Social Science and Medicine, 1982, 16: 1929-1938.
5. Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. Transcultural psychiatry research review, 1988, 25: 87-105.
6. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. American journal of psychotherapy, 1984, 38: 350-363.
7. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999, 37(9): 915-923.
8. Carris MJ, Sheeber M, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. Journal of adolescence, 1998, 21(4): 459-472.
9. Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. Pediatrics, 1998, 101(5): 805-902.
10. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. Journal of adolescence, 1997, 32(128): 897-911.

11. Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry*, 1999, 56: 794-801.
12. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20:545-565.
13. Wasserman D. *Depression – en vanlig sjukdom (Depression – a common illness)*. Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
14. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & life-threatening Behaviour*, 1979, 9:205-218.
15. Pommereau X. *Quand l'adolescent va mal*. 1997. Editions J'ai lu. 123.
16. Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.
17. De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149: 45-51.
18. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21: 178-186.
19. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1997, 27(4):387-403.
20. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
21. Marcelli D. Suicide et Dépression à l'adolescence. *Revue du Praticien*, 1998, 48 :1, 419-423.
22. Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994, 42: 130-136.
23. Smith J. *Coping with suicide*. New York, Rosen, 1986.
24. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130:450-455.
25. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.
26. Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 1983, 53: 618-620.
27. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-12.