



CURAVIVA.CH

UNE AIDE PRATIQUE

GÉRER LES CRISES SUICIDAIRES



SOMMAIRE

1. Le suicide des jeunes	4
Faits et chiffres	4
Pour sensibiliser à la thématique	5
2. Tentative d'explication: point de vue de la personne concernée	6
Les crises suicidaires durant l'adolescence	6
Les éléments déclencheurs possibles	7
Les modèles	8
3. Interventions utiles: point de vue de l'accompagnant	10
Rôle et mission	10
Les facteurs de risque, les avertissements et les signaux d'alerte	10
L'évaluation du risque (léger, moyen, élevé)	12
La responsabilité	14
Le modèle d'intervention	15
Les formes d'intervention	15
4. Littérature, liens et partenaires	18
Services d'aide	18
Organisations professionnelles	19
Brochures utiles	20
Littérature	21

1. LE SUICIDE DES JEUNES

FAITS ET CHIFFRES

Le taux de suicide en Suisse se situe dans la moyenne internationale. En comparaison avec les pays occidentaux, il se place dans le tiers supérieur. En Suisse, le suicide est la principale cause de mortalité chez les hommes âgés de 15 à 44 ans.¹

Au cours des années passées (2009–2013), tous les trois jours en Suisse, un ou une jeune de moins de trente ans se donnait la mort. Sur dix suicides enregistrés, huit concernaient des hommes. Les femmes, en revanche, font davantage de tentatives de suicide. Cela s'explique notamment par les méthodes généralement plus radicales choisies par les hommes (pendaison, arme à feu, saut dans le vide, suicide sous un train, etc.), tandis que les femmes privilégient des méthodes plus douces (p.ex. usage de médicaments ou de poison, sectionnement des veines, etc.), qui ne conduisent pas immédiatement à la mort.

En comparaison du nombre de suicides, les tentatives de suicide sont quatre fois plus nombreuses chez les jeunes.² Steffen et al. relèvent que ce sont avant tout des jeunes entre 15 et 29 ans qui tentent de mettre fin à leurs jours et que le taux le plus élevé (2004) est enregistré chez les femmes entre 20 et 24 ans.³ En revanche, selon les statistiques, les enfants de moins de 10 ans ne commettent que rarement, voire jamais de tentative de suicide, respectivement de suicide. La raison est que, à cet âge, la compréhension du concept de la mort n'est pas encore complètement acquise.

De façon générale, on admet que 50 % de l'ensemble de la population ont eu, une fois dans leur vie, des idées de suicide.⁴

¹ Keller-Guglielmetti, E., et Walter, E. (2015); von Greyerz, S., et Keller-Guglielmetti, E. (2005)

² Nevermann, C., et Reicher, H. (2009)

³ Steffen, T., Maillart, A., Michel, K., et Reisch, T. (2011)

⁴ Keller-Guglielmetti, E., et Walter, E. (2015)

POUR SENSIBILISER À LA THÉMATIQUE

Le suicide et la tentative de suicide, en particulier chez les enfants et les adolescents, sont un sujet tabou dans notre société. Dans notre travail avec les jeunes, nous sommes cependant sans cesse confrontés à la question. Nous sommes nombreux à ne pas être à l'aise pour en parler. Les peurs individuelles empêchent d'être à l'écoute des signaux d'alerte ou nous incitent à les minimiser.

Les peurs individuelles empêchent d'être à l'écoute des signaux d'alerte et incitent à les minimiser.

Les tendances suicidaires manifestées par un adolescent peuvent nous dépasser et, dans le pire des cas, conduire à un comportement inadéquat.⁵ Les affirmations telles que «Quand quelqu'un parle de suicide, il ne passe pas à l'acte» ou «Je préfère ne pas aborder le sujet pour ne pas donner au jeune de mauvaises idées» ne sont pas efficaces. En cas de doute, il vaut mieux, voire il faut, questionner l'enfant ou l'adolescent ouvertement sur ses pensées suicidaires.

Cette brochure vise d'une part à sensibiliser à la question du suicide des jeunes, d'autre part à transmettre des connaissances. Connaître les divers aspects tels que les éléments déclencheurs, les causes ou les facteurs de risque, les signaux d'alerte et les interventions devrait permettre d'appréhender plus facilement les crises suicidaires chez les enfants et les adolescents.

⁵ Egli, N. (2015)

2. TENTATIVE D'EXPLICATION: POINT DE VUE DE LA PERSONNE CONCERNÉE

LES CRISES SUICIDAIRES DURANT L'ADOLESCENCE

Les crises font partie de tout développement sain de la personnalité, et les pensées suicidaires surviennent relativement souvent durant l'adolescence. L'adolescence est apparemment la phase de transition la plus importante et la plus intense de l'existence humaine.⁶

Les pensées suicidaires surviennent relativement souvent durant l'adolescence.

La façon dont les adolescents gèrent concrètement les crises et les idées de suicide dépend de leurs propres ressources et des stratégies qu'ils mettent en œuvre pour les surmonter.⁷ Il est ici question de dépendance versus autonomie, de vie dans le groupe avec les pairs, de séparations, de transformations physiques et hormonales, de changements d'humeur, de pression pour être performant, de quête d'identité et de sens de la vie. La confrontation aux enjeux du développement de l'adolescence peut être un exercice difficile et stressant.⁸ Si les ressources et les capacités individuelles ne suffisent pas, c'est-à-dire si les facteurs de risque et les difficultés dominent, une crise d'adolescence peut se transformer en une crise plus importante qui ne peut plus être maîtrisée de façon constructive. La santé psychique est ainsi menacée.

Il est important de considérer le comportement suicidaire comme l'expression d'un trouble relationnel.⁹ La relation aux autres n'est plus vécue de façon positive et ne remplit plus son rôle protecteur. Par conséquent, la personne ne se confie plus aux autres, le lien et la relation n'ont plus de sens pour elle.

⁶ Erikson, E. (2003)

⁷ Egli, N. (2015)

⁸ Borg-Laufs, M., Gahleitner, S.B., et Hungerige, H. (2012)

⁹ Schnell, M. (2005)

Les tentatives de suicide peuvent être un appel à l'aide. Cet appel s'adresse à l'entourage – aux parents, aux amis ou aux personnes de référence. Il ne s'agit pas en premier lieu de mettre fin à ses jours, mais de manifester sa détresse et d'obtenir de l'aide. La tentative de suicide apparaît ainsi comme une tentative de communication et un appel au secours, avec l'espoir d'alarmer l'entourage et d'être entendu.

LES ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS POSSIBLES

Il est difficile de répondre de façon générale à la question de savoir pourquoi les enfants et les adolescents mettent fin à leurs jours. C'est rarement le désir de mourir qui importe, semble-t-il, mais plutôt le souhait de se libérer de tous les problèmes. Dès lors, l'acte suicidaire doit être considéré comme une réaction face à une crise existentielle très profonde.

Il faut distinguer d'une part les **éléments déclencheurs**, d'autre part les **causes**, respectivement les **facteurs de risque**.

Les **éléments déclencheurs** sont souvent des problèmes du quotidien qui semblent insurmontables ou qui s'accumulent de telle façon que la personne est totalement dépassée et incapable d'agir. Concrètement, il peut s'agir de difficultés scolaires, de (cyber)harcèlement, de conflits avec les amis ou la famille, de déception amoureuse, d'isolement social ou de peur de l'échec.

Les **éléments déclencheurs** peuvent être des événements insignifiants, qui sont la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Pour certains jeunes, la tentative de suicide paraît alors être le seul moyen permettant de modifier ou maîtriser une situation bien précise, ressentie comme insurmontable. C'est d'autant plus vrai chez les personnes qui ont déjà été confrontées, dans leur histoire personnelle, à des actes suicidaires perçus comme la solution aux problèmes (p.ex. suicide d'un proche).¹⁰

Les **causes** du suicide sont cependant plus profondément ancrées. Les **facteurs de risque** qui peuvent conduire au passage à l'acte suicidaire peuvent être par exemple une maladie psychique (dépression), un traumatisme, la violence au sein de la famille, une rupture de liens affectifs,

¹⁰ Schnell, M. (2005)

un deuil, un abus sexuel, l'orientation sexuelle/LGBT, l'addiction, une situation matérielle précaire, une précédente tentative de suicide (un des plus grands facteurs de risque), un suicide dans la famille, la migration ou encore un manque d'estime de soi.

Dans la crise suicidaire, on ne perçoit souvent que l'élément déclencheur de l'acte. Or la cause de l'acte suicidaire revêt une grande importance dans le traitement, davantage sur le plan thérapeutique que pédagogique.

LES MODÈLES

Dans la plupart des cas, le suicide ou la tentative de suicide d'un jeune surprend son entourage. Pourtant, le suicide ou la tentative de suicide est généralement l'aboutissement d'un long processus. Bien que les jeunes expriment souvent, directement ou indirectement, leur volonté de mettre fin à leurs jours, l'entourage proche ne perçoit généralement pas le processus suicidaire ou ne prend le pas au sérieux.

Même si un suicide ou une tentative de suicide peut surprendre, l'acte est souvent l'aboutissement d'un long processus.

Les deux modèles présentés ci-dessous peuvent permettre, dans la pratique, d'identifier le développement d'une crise suicidaire et de mieux évaluer le risque d'un passage à l'acte.

Le modèle du syndrome présuicidaire de Ringel¹¹

Suite à des entretiens conduits avec des personnes qui avaient tenté de se suicider, Ringel a découvert que la sensibilité psychique avant le geste suicidaire présentait des similitudes chez les personnes concernées. Il les a réunies dans son modèle sous trois groupes de symptômes: la **constriction**, l'**agressivité** et les **idées ou fantasmes suicidaires**.

¹¹ Eink, M., et Haltenhof, H. (2012); Nevermann, C., et Reicher, H. (2009)

1. Les personnes concernées parlent d'un sentiment de **constriction** de plus en plus fort, par rapport à soi-même et à l'environnement. Cette constriction conduit au repli sur soi, à la diminution des relations interpersonnelles, à la perte d'intérêt et au sentiment de solitude.
2. De plus, ces personnes développent une **agressivité** qu'elles finissent par retourner contre elles-mêmes. Cela peut se manifester dans des fantasmes agressifs ou dans des comportements d'automutilation.
3. Elles expriment plus ou moins clairement des **idées ou des fantasmes suicidaires**, qui sont d'abord évoqués consciemment et qui peuvent devenir de plus en plus obsessionnels et dangereux avec le temps.

Ces trois éléments peuvent survenir l'un après l'autre ou simultanément.

Le modèle des phases du suicide de Pöldinger¹²

Dans son modèle, Pöldinger parle des trois phases de la **pesée du pour ou contre**, de l'**ambivalence** et de la **décision**.

1. La phase de la **pesée du pour ou contre**. Le suicide est considéré comme la solution au problème. Dans ce contexte, les actes suicidaires qui sont commis dans l'environnement social et les articles publiés dans les médias à ce sujet jouent un rôle.
2. La phase de l'**ambivalence**. Cette phase est caractérisée par l'hésitation «Dois-je le faire ou non?», «Une partie de moi veut vivre, l'autre veut mourir». Durant cette phase, une lutte intérieure se joue avec soi-même. Les appels à l'aide sont souvent très directs et se traduisent par la recherche de contact avec les autres. Il y a à ce moment-là une chance de pouvoir aider et soutenir.
3. La phase de la **décision**. À ce stade, les messages lancés sont souvent indirects. La disparition soudaine du doute est caractéristique de cette phase. L'équilibre, la sérénité et le soulagement s'imposent. Cela ne signifie pas la fin de la crise suicidaire, mais bien plutôt que l'ambivalence est derrière soi et que la décision est prise. Ce changement de comportement doit être interprété comme un véritable signal d'alarme.

¹² Eink, M., et Haltenhof, H. (2012)

3. INTERVENTIONS UTILES: POINT DE VUE DE L'ACCOMPAGNANT

RÔLE ET MISSION

Lorsqu'on travaille avec des enfants et des adolescents et qu'on est confronté à la question du suicide, il s'agit en premier lieu de la prendre très au sérieux et d'en discuter ouvertement avec les jeunes. En principe, seul le dialogue direct permet de montrer pourquoi la vie vaut la peine d'être vécue et quelles sont les autres solutions envisageables.

Seul le dialogue direct permet d'envisager d'autres solutions.

Il est primordial d'appréhender la thématique à titre personnel pour pouvoir intervenir le plus efficacement possible dans les situations urgentes. Dès lors, il s'agit de réfléchir et de s'interroger sur sa propre perception du suicide. Dans tous les cas, il s'agit autant que possible d'empêcher les enfants et les adolescents de tenter le suicide ou de se suicider. En même temps, toutes les personnes impliquées doivent accepter le fait que cela peut se produire malgré tout.

LES FACTEURS DE RISQUE, LES AVERTISSEMENTS ET LES SIGNAUX D'ALERTE

Environ 75% des cas de suicide et de tentatives de suicide s'annoncent directement ou indirectement (p.ex. changements dans le comportement).¹³

Souvent, les signes adressés ne sont pas immédiatement compréhensibles, ils sont non verbaux, ce qui rend leur interprétation difficile. Mais même les messages exprimés de façon directe ne sont pas perçus comme tels ni pris au sérieux. Face aux signaux d'alerte, il importe de chercher le dialogue, de prendre le jeune au sérieux, de lui poser la question franchement, de ne pas banaliser et de ne pas imaginer que ces signes sont une manœuvre manipulateur. Encore une fois, rappelons que la tentative de suicide est un appel: le comportement suicidaire est une tentative de communication, c'est-à-dire un appel à l'aide.

¹³ Möller, H., Laux, G., et Deister, A. (2009)

Les adolescents qui sont en situation de crise le font fréquemment savoir par leur comportement. Tout signal n'est pas un signe témoignant d'une volonté de suicide. On ne peut savoir quelle est l'aide nécessaire à apporter qu'en cherchant le dialogue et en parlant ouvertement du suicide. Et ce même dans les situations moins critiques.

Etre attentif aux signaux d'alerte.

Outre les causes ou les facteurs de risque qui ont déjà été évoqués plus haut dans le chapitre sur les éléments déclencheurs, des signaux d'alerte très clairs indiquent les tendances suicidaires. Ces signaux se présentent sous la forme d'expressions verbales, de changements de comportement, d'insinuations, de modifications psychiques, etc.

Les signaux d'alerte¹⁴ possibles:

- Isolement social, repli sur soi
- Comportement agressif-défensif
- Fortes variations de l'humeur, irritabilité
- Angoisses diffuses
- Apparence extérieure négligée
- Troubles alimentaires
- Consommation excessive d'alcool ou de drogue
- Perte de concentration, inattention
- Troubles visibles, agitation psychomotrice
- Absence d'intérêt, abandon des activités et loisirs
- Croissante tendance d'accidents
- Symptômes psychosomatiques tels qu'épuisement, maux de tête, maux de ventre, perte d'appétit, vertiges
- Messages verbaux («Ce serait mieux si je n'existais pas», «Personne ne veut de moi», «De toute façon, tout m'est égal», «De toute façon je ne fêterai plus mon anniversaire»)
- Messages écrits (lettre d'adieu, testament, poème, allusion dans les rédactions scolaires > préoccupations autour de la mort)
- Messages symboliques (dessiner une tombe)

¹⁴ Ortiz-Müller, W., Scheuermann U., et Gahleitner S.B. (2010); Nevermann, C., Reicher, H. (2009)

En règle générale, plus le signe est concret, plus il est urgent d'agir.

En présence des signaux d'alerte suivants, une intervention immédiate s'impose:

- Planification du suicide et préparatifs
- Actions concrètes, comme accumuler des comprimés ou se procurer une arme
- Annonces concrètes de suicide
- Don d'objets très personnels ou d'animaux domestiques
- Soulagement et apaisement soudain, bien que la situation de crise ne se soit pas améliorée

Une sérénité soudaine peut être un signe indiquant que la personne ne se trouve plus dans la phase d'ambivalence, mais qu'elle a pris la décision de mettre fin à ses jours. Si à cela s'ajoutent des tentatives de suicide par le passé, le risque est donc très élevé.¹⁵

L'ÉVALUATION DU RISQUE (LÉGER, MOYEN, ÉLEVÉ)

Le modèle de Pöldinger (voir le paragraphe sur «Les modèles») est pertinent pour évaluer l'existence d'un risque suicidaire exigeant une intervention:

Pesée du pour ou contre	Ambivalence	Décision
Risque suicidaire modéré		Risque suicidaire élevé
Désirs de mort passifs		Planification du suicide
Idées suicidaires		Préparatifs
Fantasmes suicidaires		Actes suicidaires

¹⁵ Nevermann, C., et Reicher, H. (2009)

Les questions utiles pour l'évaluation:

À quel stade se situe le jeune? S'agit-il d'idées suicidaires? Ou déjà de planification du suicide? Le cas échéant, des préparatifs ont-ils déjà été entrepris? Y a-t-il eu des tentatives de suicide par le passé? Quels sont les signaux d'alerte? Existe-t-il des avertissements évidents?

Oser poser des questions.

S'il ressort de l'évaluation que le risque suicidaire est élevé et que des signaux d'alerte tels que des indications et déclarations concrètes existent, une intervention immédiate s'impose.

(Modèles et formes d'intervention, pages 15 à 17).

Dans tous les autres cas, dès qu'un indice retient l'attention ou qu'un soupçon subsiste, il faut toujours en parler franchement et directement.

Ce n'est qu'en osant poser la question que je peux apprendre si une mise en danger existe effectivement.

La pluralité et l'insignifiance des événements qui peuvent agir comme des éléments déclencheurs (voir le paragraphe sur «Les éléments déclencheurs possibles») d'un acte suicidaire rendent l'évaluation du risque difficile. L'élément déclencheur est simplement la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Derrière se cache pourtant une cause qui a conforté peut-être depuis longtemps la volonté de passer à l'acte.¹⁶

C'est pourquoi les indices éventuels (signaux d'alerte, avertissements) doivent retenir l'attention et inciter à chercher le dialogue direct avec le jeune. En cas de doute sur sa propre attitude à adopter, un échange avec ses collègues et/ou des spécialistes peut permettre de clarifier la situation (évaluation selon le principe des quatre yeux). En cas de besoin, diverses antennes sont à disposition pour apporter leur soutien vingt-quatre heures sur vingt-quatre (p.ex. Ligne d'aide 147 > voir le chapitre 4).

¹⁶ Nevermann, C., et Reicher, H. (2009)

LA RESPONSABILITÉ

Ce n'est pas la mission du personnel (socio)pédagogique dans les institutions stationnaires pour enfants et adolescents de traiter les jeunes suicidaires, mais

- d'être attentif aux signaux d'alerte,
- de prendre le ressenti des jeunes au sérieux,
- d'intervenir par des conseils,
- et d'orienter vers des antennes professionnelles si nécessaire.

L'orientation vers des services officiels tels que les médecins de famille, les psychothérapeutes, les services psychiatriques pour enfants et adolescents ou la centrale des urgences 144 se fait dans la mesure du possible en impliquant la personne concernée. La décision pour ou contre une intervention doit être prise en y associant une tierce personne. La responsabilité doit être déléguée ou partagée.

Le recours à un deuxième avis se fait auprès d'une instance interne (direction du groupe, direction du secteur...) ou externe définie (p.ex. Ligne d'aide 147).

Le travail avec des jeunes suicidaires peut être une lourde charge. La peur des conséquences possibles est toujours là! Il importe de documenter précisément chaque cas et d'y réfléchir dans des espaces adaptés (supervision/intervention).

Les principes suivants¹⁷ s'appliquent:

1. Je ne peux empêcher personne de se suicider.
2. Cela aide le jeune si je peux supporter la peur qu'il puisse se faire du mal.
3. Tant qu'il s'adresse à moi, il attend encore quelque chose de moi. Cela me donne donc le droit d'intervenir.
4. Si je me sens dépassé, je peux directement demander un soutien pour moi.

¹⁷ Dorrman, W. (2009)

LE MODÈLE D'INTERVENTION

La première priorité est de protéger le jeune et de ne pas le laisser seul si possible. Dès les premiers signes annonciateurs d'une crise, le **modèle suivant d'intervention** de crise¹⁸ peut être mis en œuvre:

- Établir une alliance de travail durable
- Alléger par une écoute attentive et apaisante
- Interroger les éléments déclencheurs et les causes
- Activer les ressources et les stratégies de coping
- Définir l'objectif
- Traiter le problème
- Conclure

Assumer la responsabilité de ses propres actes mais pas de la vie de la personne concernée.

LES FORMES D'INTERVENTION

Interventions par le conseil: accompagnement attentif et bienveillant de la personne à risque suicidaire, assumer la responsabilité de ses propres actes mais pas de la vie de la personne concernée.

Dans ce cadre, il s'agit principalement des aspects suivants:

- **Entrer en relation:** écouter activement, poser des questions ouvertes, être empathique.
- **Évaluer la dangerosité:** si possible, impliquer la personne pour quelle fasse sa propre évaluation (p.ex. des questions avec une échelle de mesure: à quel niveau évalues-tu le risque que...) > voir le paragraphe sur «L'évaluation du risque».
- **Ouvrir les perspectives, sortir le nez du guidon:** aborder directement les plans prévus, «Comment, où et quand?», «Des préparatifs ont-ils déjà été entrepris?».

¹⁸ Ortiz-Müller, W., Scheuermann U., et Gahleitner S.B. (2010)

Parler des conséquences personnelles et des conséquences pour les proches
«Y a-t-il quelque chose que tu aimerais encore vivre?»
«Imaginons que tu sois mort, qu'est-ce qui serait mieux alors?»
«De quoi serais-tu alors libéré?»
«Comment tes parents, tes amis vont-ils réagir en apprenant ton suicide?»
«Comment vont-ils se sentir?»
«Quel sera leur avenir sans toi?»

Utiliser l'ambivalence

«Quelles seraient les alternatives?»
«Qu'est-ce qui devrait changer en premier pour que la partie en toi qui veut vivre grandisse à nouveau?»

Recommandations utiles pour la **conduite d'entretiens** dans les crises suicidaires:

- Pour l'entretien, choisir un lieu où le jeune se sent bien et prévoir suffisamment de temps.
- Le fait de poser les questions ouvertement offre au jeune la chance de soulager sa détresse.
- Faire part de ses propres inquiétudes et réfléchir à ses propres peurs; ses propres peurs ne doivent pas empêcher de poser des questions précises.
- Ne pas parler de légitimation du suicide.
- Je dois pouvoir tenir les promesses que je fais. Dire «Je suis ici et maintenant là pour toi» plutôt que «Je suis toujours là pour toi».
- Ne pas se laisser mettre sous pression, associer une deuxième personne.

Le cours de l'entretien permettra de dire si une nouvelle évaluation de la situation est possible (écart par rapport aux déclarations suicidaires), si des accords peuvent être passés et des solutions de soutien trouvées (p.ex. plan d'urgence, mise en contact avec les services psychiatriques pour enfants et adolescents, psychothérapie ambulatoire).

Si tout cela n'est pas possible, des **interventions de contrôle** doivent être mises en place, avec le recours à des spécialistes (dans l'idéal, avec un ou une psychiatre d'urgence).

Les interventions de contrôle: mesures de contrôle pour protéger la personne à risque suicidaire de sa propre mise en danger. Pour ce faire, il faut si possible faire appel à un ou une psychiatre d'urgence.

Le principe: ne pas laisser la personne seule!

- Informer précisément les jeunes concernés de la raison pour laquelle la responsabilité ne peut plus être assumée par une seule personne.
- Au besoin, il faut aussi agir contre la volonté du jeune concerné.
- Si la crise est aiguë au point qu'elle nécessite d'intervenir directement par des mesures de contrôle, il faut faire appel aux collègues ou aux supérieurs.

Ne pas laisser la personne seule!
Tel est le principe qui prévaut dans les interventions de contrôle.

4. LITTÉRATURE, LIENS ET PARTENAIRES

SERVICES D'AIDE

Numéro général d'appel d'urgence 112, la centrale sanitaire 144, la police 117

Pour une aide d'urgence au niveau local

24 heures sur 24, 365 jours par an

Aide et conseil 147

Pour aller chercher un deuxième avis

Pour mettre en œuvre une intervention de crise

Pour échanger

24 heures sur 24, 365 jours par an; gratuit

www.147.ch

Services psychiatriques pour enfants et adolescents au niveau local

Pour un conseil suivi

Pour mettre en place un soutien thérapeutique

Coordonnées via www.147.ch/Autres-services-de-consultat.379.o.html

Centres d'interventions de crise au niveau local

Aide professionnelle 24 heures sur 24

À contacter pour mettre en place une thérapie ambulatoire ou stationnaire

Coordonnées via www.147.ch/Autres-services-de-consultat.379.o.html

ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Initiative pour la prévention du suicide en Suisse

www.ipsilon.ch

Alliances suisses contre la dépression

www.npg-rsp.ch/fr/liens/alliances-suissees-contre-la-depression.html

Groupe spécialisé Prévention du suicide dans le canton de Berne

www.preventiondusucide-cantondeberne.ch

Association romande contre le suicides des jeunes Stop Suicide

www.stopsuicide.ch

BROCHURES UTILES

Prévention Suicide Fribourg (2007). Guide d'intervention jeunes.
www.fr-preventionsuicide.ch

Prévention Suicide Fribourg (2017). Être en relation aide à rester en vie.
www.fr-preventionsuicide.ch

LITTÉRATURE ALLEMANDE ET FRANÇAISE

- Borg-Laufs, M., Gahleitner, S.B., et Hungerige, H. (2012). Schwierige Situationen in der Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen. 1^{re} édition Weinheim, Bâle: Beltz Verlag
- Dorrmann, W. (2009). Suizid: Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Collection «Leben lernen». Stuttgart: Klett-Cotta Verlag (6^e édition actualisée)
- Egli, N. (2015). Jugendsuizidalität – Suizidprävention in der Schulsozialarbeit. Winterthour: Nestis Verlag
- Egli, N. (2015). Weshalb beenden junge Menschen ihr Leben? Suizidprävention – ein Auftrag für die Schulsozialarbeit. Sozial aktuell, n° 5, mai 2015; p. 24/25
- Eink, M., et Haltenhof, H. (2012). Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 4^e édition, Bonn: Psychiatrie Verlag
- Erikson, E. (2003). Adolescence et crise: la quête de l'identité. Poche – 3 avril 2011 (5^e édition actualisée)
- Keller-Guglielmetti, E., et Walter, E. (2015). Épidémiologie des suicides, tentatives de suicides et suicides assistés en Suisse, Office fédéral de la santé publique
- Möller, H., Laux, G., et Deister, A. (2009). Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Nevermann, C., et Reicher, H. (2009). Depressionen im Kindes- und Jugendalter, Erkennen, Verstehen, Helfen. 2^e édition, Munich: Verlag C. H. Beck, p. 77–100
- Ortiz-Müller, W., Scheuermann, U., et Gahleitner, S.B. (éditeur) (2010). Praxis Krisenintervention Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2^e édition actualisée, Stuttgart: Kohlhammer

Papastefanou, C. (éditeur) (2013). Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. 1^{re} édition, Stuttgart: Kohlhammer

Schnell, M. (2005). Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter.
In: Lehmkuh, U., et Streeck-Fischer, A. (éditeurs.) (2005). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht-Verlag, n° 54; p. 457–472

Steffen, T., Maillart, A., Michel, K., et Reisch, T. (2011). Abschlussbericht: Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010 im Rahmen des WHO/MONSUE Multicenter Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depressionen, Office fédéral de la santé publique

Von Greyerz, S., et Keller-Guglielmetti, E. (2005). Suicide et prévention du suicide en Suisse – Rapport établi en réponse au postulat Widmer (02.3251), Office fédéral de la santé publique

CURAVIVA.CH

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

CURAVIVA Suisse · Zieglerstrasse 53 · Case postale 1003 · 3000 Berne 14
Téléphone +41 (0)31 385 33 33 · www.curaviva.ch · info@curaviva.ch