



Les orientations régionales de postvention

Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie–
Îles-de-la-Madeleine*

Québec



Direction de santé publique

LES ORIENTATIONS RÉGIONALES DE POSTVENTION

Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Juin 2010
Suzanne Gérin-Lajoie

Réalisation et rédaction du document :

Suzanne Gérin-Lajoie, agente de planification, programmation et recherche

Contribution spécifique :

Francine Maltais, agente de planification, programmation et recherche, DSPGÎM

Édith Boulay, agente de planification, programmation et recherche, DSPGÎM

Josée Lemieux, Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise Bas Saint-Laurent

Révision du contenu :

Christiane Paquet, coordonnatrice en santé communautaire

Révision de texte et mise en page :

Claudine Lamontagne, agente administrative

Conception graphique de la page couverture :

Azentic

Production et diffusion :

Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

205-1, boulevard de York Ouest

Gaspé (Québec) G4X 2W5

Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de santé et de services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine à l'adresse suivante : www.agencesssgim.ca

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN :

978-2-923129-94-5 (version imprimée)

978-2-923129-95-2 (version électronique)

Table des matières

Introduction	5
Partie 1 : Les consensus théoriques sur les meilleures pratiques à la suite d'un décès par suicide	7
Partie 2 : Les orientations de postvention retenues au plan régional.....	18
Partie 3 : Proposition d'un protocole de postvention en CSSS.....	24
Partie 4 : L'analyse de la situation et l'identification des réactions des personnes au décès par suicide	29
Partie 5 : Le choix des interventions auprès des personnes affectées selon la nature de leurs réactions au suicide	31
Partie 6 : Qu'en est-il de la pertinence de faire des interventions dans le milieu?.....	36
Partie 7 : Bilan des interventions de postvention réalisées.....	38
Partie 8 : Les communications avec les médias.....	38
Partie 9 : Les outils à l'intervention.....	39
Outil n° 1 <i>Analyse de la situation à la suite d'un décès par suicide</i>	41
Outil n° 2 <i>Tableau synthèse des réactions psychologiques à la suite d'un décès par suicide dans un milieu donné.....</i>	46
Outil n° 3 <i>Tableau synthèse des interventions psychosociales immédiates auprès des personnes affectées selon la nature de leurs réactions au suicide</i>	47
Outil n° 4 <i>Intervention précoce de deuil.....</i>	48
Outil n° 5 <i>Une offre rapide et proactive de service; un premier contact téléphonique auprès des endeuillés par suicide</i>	49
Outil n° 6 <i>L'intervention individuelle auprès des endeuillés par suicide</i>	51
Outil n° 7 <i>L'évolution de la compréhension de la mort chez les enfants</i>	55
Outil n° 8 <i>Le deuil chez l'enfant et l'adolescent</i>	58
Outil n° 9 <i>Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de stress aigu</i>	65

Outil n° 10 <i>Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de stress temporaire</i>	66
Outil n° 11 <i>Les interventions auprès des enfants en état de stress temporaire (non endeuillés, non témoins directs ou indirects et non décompensés)</i>	67
Outil n° 12 <i>Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de crise (psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique) ou de crise suicidaire</i>	73
Outil n° 13 <i>Les interventions auprès d'une organisation ou d'une communauté</i>	74
Outil n° 14 <i>Quelques consignes avant de se déplacer dans le milieu pour faire une intervention</i>	75
Outil n° 15 <i>Le bilan des interventions de postvention</i>	77
Outil n° 16 <i>Les communications avec les médias</i>	78
Outil n° 17 <i>Tableau synthèse des interventions en prévention du suicide en milieu scolaire</i>	79
Outil n° 18 <i>Tableau synthèse des étapes cliniques du protocole de postvention</i>	81
Outil n° 19 <i>Lecture à donner à la victime et à ses proches à la suite d'un événement traumatisant</i>	83
Bibliographie	85



Introduction

L'objectif général de ce document est de proposer des balises régionales aux intervenants de première ligne des CSSS et des milieux scolaires de la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine afin de préciser les activités à mettre en place à la suite d'un décès par suicide dans la communauté ou dans un milieu donné. Ce travail se veut une réponse aux besoins exprimés par les intervenants, à savoir : se doter de repères pour mieux intervenir à la suite d'un décès par suicide dans une communauté.

La population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comptait 94 567 personnes pour l'année 2009 (Institut de la statistique du Québec, 2009). Cette population est répartie sur un immense territoire, majoritairement dans les villages situés tout au long de la côte et dans l'archipel des Îles-de-la-Madeleine. La région n'a pas de centre urbain, comparativement aux autres régions du Québec. Ainsi, les décès par suicide surviennent dans des petites communautés où un grand nombre de personnes est informé du décès. Dans notre région, l'impact des décès par suicide se mesure également par le fait que les gens des villages se connaissent et ont des liens sociaux et affectifs entre eux. Un décès par suicide en Gaspésie et aux Îles n'aura pas le même impact qu'un décès par suicide dans une autre région urbaine ou semi-urbaine où les réalités sociodémographiques sont différentes. L'analyse de la situation à la suite d'un décès par suicide devra tenir compte de cet impact plus grand du suicide dans les petites communautés (Tousignant, 2002).

Depuis de nombreuses années, la région de la Gaspésie et des Îles s'est dotée de programmes d'intervention-suicide et de postvention en milieu scolaire primaire, secondaire et collégial. Bien que l'on puisse s'inspirer de ces programmes pour la postvention dans les communautés, les intervenants ont manifesté le besoin de se baser sur des points de repère théoriques lorsqu'un décès par suicide affecte une communauté. Les préoccupations des intervenants les ont amenés à se poser les questions suivantes : Faut-il intervenir dans la communauté à la suite d'un décès par suicide ou est-il préférable de ne pas intervenir? Faut-il faire des offres de service proactives? Et s'il est préférable d'intervenir, quand faut-il le faire et comment? Etc.

Le CSSS est responsable des activités de postvention auprès de la population ou auprès de la communauté. Les interventions de postvention en milieu scolaire sont sous la responsabilité de l'école concernée. Ces interventions se font la plupart du temps en collaboration avec le CSSS. Le présent document s'adresse aux équipes de première ligne des CSSS et vise également la mise à jour des programmes de postvention en milieu scolaire.

Les orientations régionales de postvention s'inspirent des constats actuels de la littérature dans les domaines de l'intervention psychosociale en situation de sinistre, des interventions à la suite d'un décès par suicide et des interventions à la suite d'un événement à potentiel traumatique. Ce bref tour d'horizon permet à l'équipe de prévention du suicide de la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine de faire des recommandations régionales aux



équipes de postvention afin que celles-ci puissent appuyer leurs interventions à la suite d'un décès par suicide sur les bases théoriques les plus récentes dans le domaine.

Suite à la présentation des constats qui se dégagent de la postvention, nous proposons au lecteur un protocole de postvention en CSSS. Ce protocole décrit les étapes essentielles à réaliser par le CSSS lors d'un décès par suicide, compte tenu de sa responsabilité populationnelle. L'implantation de ce protocole ainsi que la clarification des rôles et responsabilités pour chacune des étapes sont également décrites. Le milieu scolaire peut s'inspirer de ce protocole afin de mettre à jour leur propre protocole de postvention en milieu scolaire.

Nous décrivons ensuite les principales étapes de la postvention, c'est-à-dire l'analyse de la situation, la priorisation des groupes à risque, la détermination des interventions pour chacun des groupes ciblés, la pertinence de faire des interventions dans le milieu, le bilan des interventions et les communications avec les médias. Des outils d'aide à l'intervention sont proposés dans la dernière partie du document.



Partie 1

Les consensus théoriques sur les meilleures pratiques à la suite d'un décès par suicide

Au Québec, les interventions à la suite d'un décès par suicide se font principalement auprès des endeuillés par suicide et auprès des jeunes en milieu scolaire. Nous vous proposons des orientations régionales de postvention afin de revisiter nos façons de faire à la fois en milieu scolaire ou dans la communauté, et ce, à partir de la mise à jour des dernières connaissances sur le sujet. Le cadre théorique des orientations régionales de postvention s'inspire de la littérature de trois domaines d'intervention : la postvention, les troubles liés aux événements traumatiques et les interventions psychosociales à la suite d'un sinistre telles qu'élaborées par la sécurité civile.

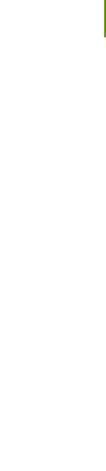
Shneidman (1993) a défini la postvention comme un ensemble d'interventions contribuant à diminuer les impacts traumatiques des morts violentes sur les survivants. Le but de la postvention est de prévenir le risque de suicide chez ces endeuillés et les aider à retrouver une qualité de vie.

Les impacts d'un décès par suicide

La majorité des auteurs considère que le deuil par suicide est généralement un deuil difficile. Le suicide est une mort auto-infligée et violente qui peut avoir un impact traumatique pour ceux qui restent (Shneidman, 1993; Hanus, 2004; Séguin, 1999). Les endeuillés par suicide vivent des réactions de douleur et de choc liées aux morts brutales. Le parallèle qui peut survenir entre le syndrome de stress post-traumatique et le deuil par suicide est bien documenté (Von Dongen, 1990, dans Hanus, 2004; APA, 2003) compte tenu du choc provoqué par l'annonce du suicide, par la découverte du suicidé et par des images traumatiques au sujet du suicidé (réelles ou imaginées).

Hanus (2004) a décrit les impacts délétères du suicide sur les endeuillés comme le phénomène de contagion (imitation du geste suicidaire par des personnes vulnérables, suicidaires ou endeuillées) ou l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé physique ou mentale (Séguin, 1999; Hanus, 2004). Cet effet délétère est particulièrement important chez les enfants ou les jeunes endeuillés par suicide qui n'ont pas encore la maturité psychologique pour faire le travail de deuil. Ce deuil affectera leur développement psychologique et sera repris à chaque étape développementale de leur vie.

Les parents et les proches des suicidés sont plus souvent stigmatisés ou blâmés à la suite du décès par suicide et reçoivent moins de soutien émotif et social de leur entourage que ceux qui sont endeuillés à la suite d'une mort causée par un accident ou une maladie. La question du « pourquoi s'est-il suicidé? » est spécifique au deuil par suicide et demeure un tourment, une source de culpabilité et de honte pour les endeuillés.



Ainsi, la pertinence de se préoccuper de l'aide et du soutien auprès de ceux qui restent s'avère indispensable, compte tenu de l'ensemble des impacts potentiels néfastes auprès des endeuillés et notamment auprès des enfants endeuillés, auprès des témoins du suicide ou auprès des personnes déjà vulnérables chez qui le suicide d'une autre personne peut agir comme un élément déclencheur d'une situation de crise.

Nous vous présentons maintenant les consensus de la littérature sur la postvention afin de pouvoir appuyer la pertinence des choix d'intervention à la suite d'un décès par suicide sur une base théorique.

L'analyse de la situation est un incontournable

Séguin *et al.* (2005) proposent un changement de paradigme de la postvention en milieu scolaire au Québec. Les programmes de postvention ont longtemps été appliqués par étapes et basés sur une intervention similaire pour tous. L'approche avancée par Séguin *et al.* (2005) se base plutôt sur une analyse de la situation, sur une évaluation des besoins différenciés des personnes selon la nature de leurs réactions au décès par suicide et sur la mise en œuvre d'interventions différentes et spécifiées pour chacune des personnes. L'analyse de la situation se fait par un groupe de professionnels responsables des activités de postvention (comité de postvention). Cette analyse, en comité de postvention, permet de réunir un plus grand ensemble d'informations, de mieux réfléchir et d'objectiver, avec l'aide des pairs, une situation difficile. L'analyse de la situation apparaît comme une fonction essentielle et préalable aux interventions de postvention. L'analyse de la situation (voir outil n° 1) permettra d'identifier les besoins de chaque personne à recevoir des interventions, en se basant à la fois sur l'analyse du contexte, sur la nature des réactions, sur le lien d'attachement à la personne décédée, sur l'exposition à la scène du suicide, sur le jugement clinique des intervenants et sur les consensus théoriques en matière de postvention.

Les groupes prioritaires

Les interventions doivent s'adresser prioritairement aux endeuillés par le suicide ou aux témoins directs, compte tenu du potentiel traumatique associé à l'impact du suicide sur eux. Parmi les endeuillés et les témoins directs, la priorité des interventions doit aller vers les enfants ou les jeunes endeuillés, considérant qu'ils n'ont pas atteint la maturité psychologique des adultes pour faire le travail de deuil ou pour faire face positivement à un événement traumatique.

Des interventions spécifiques pour chacun des groupes ciblés

Les personnes atteintes par un décès par suicide sont les endeuillés, les témoins directs du suicide, les personnes vulnérables en situation de crise (psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique) ou de crise suicidaire et les personnes en état de stress temporaire. Chacune de ces personnes atteintes peut avoir des réactions de deuil, de stress aigu, de stress



temporaire, de crise ou de crise suicidaire. Des interventions différentes et spécifiques (intervention précoce de deuil, intervention auprès des personnes en état de stress aigu, annonce de la nouvelle, recadrage de l'information, ventilation, intervention de crise ou de crise suicidaire) peuvent être mises en place auprès des personnes atteintes selon la nature de leurs réactions au décès (Séguin *et al.*, 2005). La description de chacune de ces interventions se retrouve à la partie 5 de ce document.

Les endeuillés

Une offre proactive et rapide de service aux endeuillés

De nombreux auteurs s'entendent pour faire une offre proactive et rapide de service après la tragédie d'un décès par suicide (Shneidman, 1993; Hanus, 2004). Cette offre s'adresse essentiellement aux personnes endeuillées et aux témoins directs du suicide. Il s'agit de faire connaître les services, d'augmenter la possibilité des personnes plus atteintes par le suicide d'avoir accès aux services et de diminuer les effets délétères du suicide auprès de ces personnes.

La notion de rapidité varie d'un auteur à l'autre. Par exemple, Shneidman (1993) recommande d'établir un contact auprès des endeuillés dans les 72 premières heures suivant le décès. Les endeuillés sont généralement très favorables à cette prise de contact et apprécient pouvoir parler à un intervenant. Pour Hanus (2004) et Battle (1984), l'intervention auprès des proches doit se faire le plus tôt possible ou même dans les 24 premières heures suivant le décès, ceci afin de prévenir les réactions traumatiques reliées au décès par suicide, et ce, en particulier chez les enfants. Cette intervention proactive permet également de repérer les personnes en état de désorganisation ou de crise suicidaire et de les référer vers les services appropriés.

Campbell (2004) a élaboré un modèle de postvention, appelé LOSS Program, où une équipe d'intervenants se déplace immédiatement sur les lieux du suicide, au même moment que la police. Cette rapidité de contact a pour but de diminuer les effets traumatiques du suicide sur les endeuillés les plus vulnérables. Le déplacement d'un intervenant sur les lieux du drame permet, selon Campbell, de créer un lien important avec l'endeuillé, d'offrir un soutien, d'informer sur les ressources existantes, de normaliser les effets du trauma du suicide et la marginalisation des endeuillés, et ainsi d'aider dès le début du processus de deuil. Campbell identifie une condition essentielle à la réussite de ce modèle : celle d'établir des liens de collaboration avec les policiers et les premiers répondants. Pour ce faire, l'appui du coroner peut être utile. Dans une étude évaluative, Campbell (2008) démontre que les endeuillés par suicide qui ont eu une intervention proactive et rapide font plus souvent appel aux services d'aide et plus tôt (43 jours) que les endeuillés qui n'ont pas bénéficié de ce type d'intervention (4 ans et demi). Ce recours plus rapide aux services atténue le développement de problèmes chroniques.

Les interventions précoces de deuil auprès des endeuillés par suicide

Les interventions précoces de deuil contribuent à prévenir l'aggravation de problèmes de santé ou l'apparition de maladies physiques. Ces interventions visent à mettre en mots l'intensité des



émotions ressenties, les images traumatisantes et les questions que se pose l'endeuillé. L'intervention précoce de deuil permet également de repérer les personnes endeuillées pouvant devenir suicidaires ou se désorganiser. L'outil n° 4, présenté dans ce document, donne un exemple d'intervention précoce de deuil. Voici quelques principes reliés à l'intervention précoce de deuil :

A. L'attitude des intervenants

L'attitude des intervenants auprès des endeuillés doit faire preuve d'empathie et d'écoute plus que de prise de parole. Dans le deuil, l'approche de résolution de problèmes n'est pas de mise puisque le défi du travail de deuil n'est pas de résoudre un problème, mais plutôt d'accepter la permanence de la perte de l'être aimé. L'intervenant doit écouter et soutenir l'endeuillé dans la nouvelle réalité de la vie sans la personne aimée. C'est à la fois un travail d'accompagnement, d'information et de psychoéducation. Il pourra encourager les comportements qui vont dans le sens de la ritualisation (rites funéraires, gestes significatifs à poser pour l'endeuillé qui sont en lien avec la personne décédée, regroupement des personnes significatives à la personne défunte afin de commémorer la personne décédée, etc.) pour faciliter le processus de deuil. L'intervenant doit savoir que le travail de deuil demande du temps et ne peut se faire en quelques mois.

B. Permettre l'expression des émotions négatives

L'intervenant doit pouvoir recevoir les émotions et susciter leur verbalisation. La colère, la culpabilité, la honte, l'envie, la tristesse, la solitude, le désespoir, etc. doivent être explorés.

C. Transmettre de l'information

En accord avec son approche, l'intervenant pourra également donner des informations sur le processus de deuil et sur les différentes démarches auxquelles l'endeuillé pourrait être confronté (ex. : les enquêtes du coroner qui ont lieu à la suite de mort subite ou violente, dont notamment les suicides). Dans les situations où l'intervenant est présent lors de l'identification du corps, il pourra :

- ✓ Rappeler à l'endeuillé que ce dernier a le choix de voir ou non le corps;
- ✓ Préparer l'endeuillé quant à l'état du corps du défunt et sur la façon dont le corps va être présenté, ceci afin de réduire les impacts traumatiques de ce processus;
- ✓ Les endeuillés doivent également avoir accès à une évaluation médicale compte tenu du risque accru d'aggravation ou d'apparition de problèmes de santé.

Les témoins directs ou indirects

Une offre proactive et rapide auprès des témoins directs ou indirects

Les témoins directs ou indirects du suicide peuvent vivre ce qu'on appelle un état de stress aigu. L'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique sont les troubles les plus fréquemment associés à la suite d'une exposition à un événement à caractère traumatique. L'état de stress aigu peut survenir dans le premier mois suivant le trauma, tandis que l'état de



stress post-traumatique peut survenir après le premier mois suivant le trauma. Dans les deux cas :

« ... il faut, en premier lieu, que la personne ait dû faire face à un événement traumatique, durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée, et auquel elle a réagi par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur. » (Guay et Marchand, 2006, p. 3)

Le tableau 1 à la page suivante présente les critères diagnostiques de l'état de stress aigu. Lors d'un décès par suicide, les témoins directs ou indirects peuvent développer un état de stress aigu, étant donné qu'ils ont, par exemple, assisté au suicide, participé contre leur gré à un suicide, tenté de sauver la vie de la personne suicidée, retrouvé le corps du défunt, etc.

Si l'état de stress aigu dure plus de quatre semaines, il devient un état de stress post-traumatique. L'état de stress aigu appelle des interventions psychologiques à la phase d'impact (les 48 premières heures) et à la phase aigüe (de 48 heures après le trauma jusqu'au premier mois). Ces interventions sont décrites aux pages 13 et 14 de ce document ainsi que dans l'outil n° 9.

Les personnes qui ont été des témoins directs ou indirects du suicide ne vont pas toutes développer un état de stress aigu ou un état de stress post-traumatique. La prévalence à vie de l'état de stress post-traumatique s'accroît avec l'âge et est de 9 % chez les personnes à la fin de la quarantaine. Les facteurs de vulnérabilité contribuant au développement de troubles liés à l'exposition à un événement traumatique sont la nature et la gravité du trauma (agression sexuelle ou physique, situation de guerre, etc.), sa durée dans le temps, l'absence de soutien social, des liens affectifs conflictuels, une situation familiale instable, le fait d'être une femme, la survenue du trauma dans l'enfance, la présence d'un trouble anxieux ou dépressif préalable ainsi que l'abus de substance.



Tableau 1

Les critères diagnostiques de l'état de stress aigu (American Psychiatric Association), tiré de Séguin *et al.*, 2005

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
N. B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
1. Un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle.
 2. Une réduction de la conscience de son environnement (ex. : « être dans le brouillard »).
 3. Une impression de déréalisation.
 4. Une impression de dépersonnalisation.
 5. Une amnésie dissociative (ex. : incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).
- C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de *flash-back* récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- D. Évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (ex. : pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).
- E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neuro-végétative (ex. : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).
- F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir l'assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatisante.
- G. La perturbation dure au minimum deux jours et au maximum quatre semaines et survient dans les quatre semaines suivant l'événement traumatique.
- H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. : une substance donnant lieu aux abus, un médicament) ou à une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique, bref n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

Référence : Séguin, M., F. Roy, M. Bouchard, R. Gallagher, S. Raymond, C. Gravel, et R. Boyer, 2005. *Intervenir à la suite d'un suicide. Programme de postvention en milieu scolaire*, Les Éditions Logiques, p. 49.



Selon Marchand *et al.* (2006), les personnes qui ont été témoins directs ou indirects d'un trauma vont vivre deux phases de récupération : la phase d'impact immédiat et la phase aigüe. Chacune de ces phases de récupération au trauma peut nécessiter des interventions différentes.

Les interventions auprès des témoins directs ou indirects

A. Les interventions à la phase d'impact (les 48 premières heures) auprès des personnes en état de stress aigu

La phase d'impact débute lorsque la personne se sent de nouveau en sécurité et dure environ deux jours. Les ressources physiologiques et psychologiques de la personne sont mobilisées afin de faire face à la situation. À ce moment, la personne n'est pas disponible pour une intervention de nature structurée, introspective ou psychothérapeutique. À la phase d'impact, les interventions doivent viser à :

- ✓ Répondre aux besoins immédiats de la personne.
- ✓ La sécuriser.
- ✓ Lui rappeler qu'elle n'est pas seule et que des ressources d'aide sont disponibles pour elle.
- ✓ Adopter une attitude d'ouverture, d'acceptation et de validation.
- ✓ Lui offrir un soutien pratique et émotionnel non interventionniste. Ne pas être intrusif. Le vécu émotionnel doit être livré spontanément par la personne.
- ✓ L'informer des conséquences psychologiques possibles suite à l'exposition au trauma.
- ✓ Évaluer, de manière souple, les facteurs de risque et de protection de la personne si celle-ci est prête à échanger.

N. B. : Les personnes en état de décompensation relié à l'événement traumatique doivent plutôt être référées rapidement vers les services de psychiatrie. Les interventions à la phase d'impact ne devraient pas être utilisées auprès des personnes en décompensation.

B. Les interventions à la phase aigüe (après les premiers jours suivant l'événement jusqu'au premier mois) auprès des personnes en état de stress aigu

La phase aigüe s'installera après la phase d'impact et peut durer environ un mois. Pendant cette phase, les personnes sont plus aptes à s'engager dans des interventions structurées (cadre d'intervention, apprentissages cognitifs, plan d'action, verbalisation des émotions, etc.). À la phase aigüe, les interventions thérapeutiques de type cognitivo-comportemental (TCC), appliquées dans les jours ou les semaines suivant le traumatisme, semblent être les plus efficaces pour traiter à la fois l'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique (Marchand *et al.*, 2006). Toutefois, ces interventions spécialisées doivent se faire à l'intérieur d'un suivi (et non une seule rencontre) et par des intervenants formés aux



interventions post-traumatiques de la TCC (stratégies d'exposition, restructuration cognitive, stratégies de gestion de l'anxiété, etc.) et à la psychothérapie.

Comme intervenants psychosociaux non spécialisés au post-trauma, les interventions pour les personnes en état de stress aigu peuvent être :

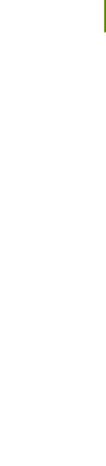
- ✓ Le repérage des personnes vulnérables compte tenu de problématiques psychosociales ou psychiatriques déjà présentes. Les personnes en état de décompensation relié à l'événement traumatisant doivent être référées rapidement vers les services de psychiatrie. En phase aiguë, les interventions décrites ci-dessous ne devraient pas être utilisées auprès des personnes en décompensation.
- ✓ Le soutien émotionnel dans un contexte non directif et sécurisant.
- ✓ Le maintien, au besoin, d'un soutien pratique.
- ✓ La promotion d'un soutien social adéquat. L'intervenant doit aider la personne à restaurer son soutien social (ex. : l'entraide par les pairs, etc.). L'absence de soutien social semble lier à la chronicisation des symptômes (Marchand *et al.*, 2006).
- ✓ La transmission d'informations pertinentes, selon la situation (ex. : information sur les réactions psychologiques possibles à la suite de l'exposition au trauma, sur les services d'aide, etc.).
- ✓ L'accompagnement dans la référence vers un suivi spécialisé pour traiter l'état de stress aigu.
- ✓ Les interventions à la phase aiguë sont des interventions brèves, mais qui peuvent s'échelonner sur quelques rencontres.

Certains auteurs (Séguin *et al.*, 2006, Prieto et Lebigot, 2003) nomment ce type d'intervention : le *defusing* ou le désamorçage. Le désamorçage est une rencontre ponctuelle visant le traitement du stress aigu auprès des témoins directs ou indirects. Les objectifs du désamorçage sont de favoriser la décharge, de lier le vécu traumatique par le langage, de permettre l'intégration de l'événement et de fournir de l'information sur les symptômes susceptibles de survenir et sur les services d'aide existants. Les interventions à la phase aiguë proposées dans ce document sont de même nature que le désamorçage, mais elles sont échelonnées dans le temps sur plusieurs rencontres plutôt que sur une seule rencontre.

Les enfants témoins directs d'un événement traumatique

Le fait de vivre un trauma dans l'enfance est un facteur de risque associé au développement d'un état de stress post-traumatique (ESPT) et à une moins bonne évolution de l'ESPT (Boyer, Guay et Marchand, 2006). Cet état de fait nous amène à réitérer l'importance de repérer les enfants et les jeunes qui viennent de vivre un événement traumatique et d'évaluer la pertinence d'intervenir auprès de ces enfants et de ces jeunes.

Berthiaume, Bériault et Turgeon (2006) décrivent les particularités de l'impact d'un trauma sur les enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire et du développement d'un ESPT auprès d'eux. Les



manifestations cliniques d'un ESPT chez les enfants varieront en fonction du stade de développement de l'enfant.

« Les jeunes d'âge préscolaire montrent moins de symptômes cognitifs et d'évitement que les enfants d'âge scolaire et présentent plus de jeux répétitifs, d'agressivité, de crises de colère, de troubles alimentaires, de comportements régressifs et d'anxiété de séparation. Leur réaction va également dépendre davantage de celle des adultes qui les entourent. Les enfants d'âge préscolaire ont plus de difficultés à réguler la surcharge émotionnelle et l'impact des stimuli associés au traumatisme. Ils sont donc plus à risque de se sentir coupables ou de se croire la cause de ce qui est arrivé.

Les réactions des enfants d'âge scolaire dépendent aussi de l'adulte, mais ils essaient davantage d'élaborer leur propre compréhension du traumatisme. À ce stade de développement, ils comprennent mieux l'impact et le danger. Ils peuvent donc éprouver plus d'émotions de tristesse et de peur. Leurs symptômes les plus typiques vont donc de l'état dépressif à une anxiété excessive, en passant par l'irritabilité, des difficultés de concentration, une baisse des performances scolaires, des difficultés de sommeil, une anxiété de séparation, des plaintes somatiques, de l'opposition et des comportements régressifs. » (p. 144-145)

Ainsi, les enfants qui ont vécu un événement traumatisant peuvent ressentir des sentiments de peur intense, d'impuissance ou d'horreur et les manifester des façons suivantes :

- ✓ Des comportements agités ou de désorganisation;
- ✓ Une baisse d'estime de soi;
- ✓ Des peurs ou inquiétudes, de l'hypervigilance;
- ✓ De l'agressivité ou des crises de colère;
- ✓ Des troubles alimentaires;
- ✓ Des comportements régressifs comme :
 - de l'énurésie ou de la constipation,
 - des demandes d'attention dans des habiletés acquises telles se vêtir, se nourrir,
 - des réactions d'anxiété importantes en cas de séparation d'avec un parent,
 - un recours aux objets sécurisants tels qu'une couverture, une suce,
 - et contrairement aux adultes, les enfants vont créer des fins heureuses dans leurs jeux ou leurs rêves, et ce, dans le but de retrouver un certain contrôle sur la situation.

Si ces comportements, qui n'étaient pas présents avant le trauma, persistent au-delà des quatre premières semaines suivant l'événement, un ESPT chez l'enfant peut être considéré.

Selon l'âge de l'enfant, les souvenirs répétitifs de l'événement peuvent s'exprimer par la parole, par le jeu portant sur la reconstitution du trauma ou par des cauchemars où la menace est le thème central (monstre, sauvetage, menace pour lui-même, etc.). Les enfants en bas âge



peuvent avoir une difficulté cognitive à faire le lien entre la détresse qu'ils vivent et la répétition des souvenirs du trauma.

L'environnement de l'enfant qui a vécu un trauma est un autre facteur important associé au développement d'un ESPT. Les parents peuvent aider l'enfant à passer au travers de ses affects et de ses préoccupations. Ainsi, les enfants de parents qui ont eux-mêmes développé un ESPT ou un autre trouble psychiatrique, sont plus à risque de développer un ESPT.

Les recommandations pour le traitement de l'ESPT chez les enfants sont les mêmes que pour les adultes, c'est-à-dire l'utilisation des techniques de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), et ce, avant même d'introduire une médication ou une autre intervention. Chacune des techniques de la TCC utilisées pour le traitement de l'ESPT chez les enfants doit être adaptée au stade de développement de l'enfant, par exemple en utilisant un langage approprié aux capacités de l'enfant et en utilisant des jeux et des dessins pour atteindre les objectifs visés. Ces techniques sont :

- ✓ La psychoéducation;
- ✓ La gestion de l'anxiété;
- ✓ La restructuration cognitive des pensées et des croyances liées au trauma;
- ✓ L'entraînement au choix de stratégies d'adaptation plus appropriées;
- ✓ L'exposition graduelle;
- ✓ L'implication des parents.

Le *debriefing* : une intervention controversée

Le *debriefing* est une intervention faite auprès des personnes qui ont été témoins directs d'un événement traumatisant. L'objectif du *debriefing* est de prévenir le développement d'un trouble de stress post-traumatique. Cette pratique a été longtemps utilisée lors des interventions psychosociales en cas de sinistre et à la suite de suicide. Plusieurs recherches ont remis en question l'efficacité du *debriefing* en démontrant que le *debriefing* peut augmenter la détresse chez certaines personnes au lieu de la diminuer.

Mitchell (1983) a d'abord conçu le *debriefing* comme une série d'interventions pour réduire les manifestations de l'état de stress post-traumatique auprès des soldats de l'armée et des groupes de professionnels dont le métier est de porter secours. Cet ensemble d'interventions s'échelonne dans le temps et inclut des suivis individuels. Ce n'est que dans un deuxième temps que cette technique a été employée auprès des victimes de traumatismes naturels (tsunami, tremblement de terre, etc.) ou impliquant l'activité humaine (guerre, tuerie, viol, etc.). Dans la pratique, le *debriefing* est plus souvent utilisé au cours d'une seule rencontre et ne rejoint pas l'esprit dans lequel Mitchell a conçu le *debriefing*. En effet, Mitchell a conçu le *debriefing* dans l'optique de plusieurs rencontres échelonnées dans le temps et faisant partie d'un ensemble cohérent d'interventions.

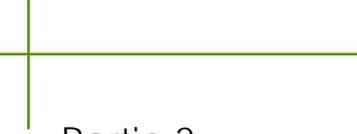
Plusieurs recherches démontrent que les personnes qui ont participé à un groupe de *debriefing* présentent, à moyen terme, plus de manifestations importantes de stress et de dépression que



celles qui n'ont pas participé à un tel groupe. Les recherches font le constat que la majorité des personnes traumatisées vont récupérer d'elles-mêmes, avec le soutien de leurs proches et selon leurs capacités d'adaptation et l'absence de facteurs de risque reliés au développement d'un trouble post-traumatique.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'impact potentiellement négatif du *debriefing* :

- ✓ Une seule rencontre de *debriefing* sans suivi.
- ✓ Le rappel *in vivo* de l'événement traumatisant trop rapidement, brisant ainsi les mécanismes de défense mis en place (refoulement, déni, etc.). Ces défenses sont, dans le contexte, des stratégies d'adaptation adéquates.
- ✓ Le délai trop court entre l'événement et le *debriefing*. En effet, il semble que plus le *debriefing* est éloigné du traumatisme dans le temps, moins il a de chance de provoquer un impact négatif.
- ✓ L'écoute des témoignages des autres membres du groupe alors que la personne est absorbée par ses propres réactions émotives. D'autres études font plutôt ressortir l'effet bénéfique du groupe quant à la normalisation des réactions et à l'effet de cohésion du groupe.



Partie 2

Les orientations de postvention retenues au plan régional

Compte tenu de la littérature sur les interventions à privilégier à la suite d'un décès par suicide et à la suite d'un événement traumatique, la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine propose les recommandations suivantes en matière de postvention :

◇ **Faire de l'analyse de la situation une étape primordiale**

L'analyse de la situation apparaît comme une fonction essentielle et préalable aux interventions de postvention. Elle permettra de différencier les besoins de chaque personne et les interventions pertinentes en se basant à la fois sur l'analyse du contexte, sur la nature des réactions des personnes au décès, sur le lien d'attachement à la personne décédée, sur l'exposition à la scène du suicide, sur le jugement clinique des intervenants et sur les consensus théoriques en matière de postvention que nous venons de présenter dans la partie 1 de ce document.

◇ **Établir la liste des groupes à risque et donner priorité aux groupes les plus à risque**

L'analyse de la situation permettra de dégager la liste des personnes touchées par le suicide et de préciser la nature de leurs réactions au décès (réactions de deuil, de stress aigu, de crise psychosociale, psychopathologique, psychotraumatique ou de crise suicidaire, de stress temporaire). L'équipe de postvention doit ensuite établir les priorités d'intervention parmi l'ensemble des personnes touchées par le suicide. Selon les consensus théoriques, les interventions à la suite d'un décès par suicide doivent s'adresser prioritairement aux personnes endeuillées par le suicide et aux témoins directs, compte tenu du potentiel traumatique du décès par suicide auprès d'eux. Parmi les endeuillés, la priorité des interventions doit aller vers les enfants ou les jeunes endeuillés, considérant qu'ils n'ont pas atteint la maturité psychologique des adultes pour faire le travail de deuil. Selon l'analyse de la situation, les interventions auprès des groupes élargis de collègues ou d'amis moins intimes qui vivent un état de stress temporaire peuvent être nécessaires, mais demeurent moins prioritaires que les interventions auprès des endeuillés par suicide et des témoins directs.

◇ **Préciser le choix des interventions pour chacun des groupes à risque**

Le choix des interventions psychosociales à mener à la suite d'un suicide peut se faire en utilisant l'outil n° 3 *Tableau synthèse des interventions psychosociales immédiates auprès des personnes affectées selon la nature de leurs réactions au suicide*. Ce tableau rappelle l'ensemble des interventions possibles pour chacun des groupes à risque. Il est important de préciser que ce tableau ne dit pas qu'il faut faire toutes ces interventions de façon systématique, mais plutôt que selon l'analyse de la situation, l'équipe de postvention pourra décider des interventions pertinentes à faire ou à ne pas faire pour chacun des groupes à risque.



◇ Réaliser les interventions

Les intervenants impliqués dans la postvention doivent réaliser les interventions pertinentes à faire dans le contexte, selon l'analyse de la situation. L'attribution à chacun des intervenants des interventions à faire doit le plus possible tenir compte de leur expertise et de leur aisance à faire tel ou tel type d'intervention. Les intervenants peuvent trouver utile de faire certaines interventions en équipe de deux, par exemple. Dans le choix des interventions à faire, l'équipe de postvention doit porter une attention particulière aux interventions suivantes :

Faire une offre de service proactive et rapide aux endeuillés et aux témoins directs ou indirects

L'offre de service aux endeuillés et aux témoins directs ou indirects du suicide doit être rapide et proactive. L'évaluation du délai entre le décès par suicide et l'offre de service ainsi que la pertinence de se déplacer rapidement dans un milieu touché par le suicide doivent se faire au cas par cas et se baser sur une analyse de la situation et sur le jugement clinique de l'équipe de postvention. Une offre proactive et rapide de service aux endeuillés et aux témoins directs doit toutefois respecter la décision des personnes d'accepter ou non de recevoir les services d'aide proposés.

Proposer l'intervention précoce de deuil aux endeuillés par suicide

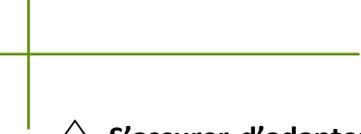
L'intervention précoce de deuil auprès des endeuillés par suicide permet d'accompagner ces personnes dès le début de leur processus de deuil, de les aider à mettre en mots leurs émotions, dont les émotions négatives, de leur transmettre les informations pertinentes et de les soutenir dans leur nouvelle réalité de vivre sans la personne décédée. Les intervenants doivent porter une attention particulière aux enfants endeuillés par suicide. Comme nous l'avons vu précédemment, l'offre de service aux endeuillés par suicide peut être faite de façon rapide et proactive.

Proposer des interventions psychosociales à la phase d'impact et à la phase aigüe auprès des témoins directs vivant un état de stress aigu

Les interventions psychosociales auprès des témoins directs ou indirects vivant un état de stress post-traumatique peuvent être offertes dans les 48 premières heures suivant l'événement traumatique ou après ces 48 premières heures. L'analyse de la situation permettra à l'équipe de postvention d'évaluer la pertinence d'intervenir dans les 48 premières heures (phase d'impact) ou dans le premier mois (phase aigüe) suivant le décès par suicide auprès des témoins directs. Les interventions psychosociales offertes seront différentes en phase d'impact ou en phase aigüe. Les personnes en état de décompensation ou de forte désorganisation doivent plutôt être référées vers les services de psychiatrie.

Ne pas utiliser la technique du debriefing pour traiter l'état de stress aigu

Compte tenu des données de la littérature sur le *debriefing*, la Direction de santé publique ne recommande pas l'utilisation de cette technique d'intervention auprès des témoins directs ou indirects d'un suicide, à moins d'être un intervenant dûment formé à cette technique.



◇ **S'assurer d'adapter les interventions de postvention en fonction de l'âge des enfants ou des jeunes**

Le processus clinique de l'intervention auprès des enfants ou des jeunes à la suite d'un décès par suicide respecte la même logique clinique que la postvention auprès des adultes. Le processus clinique de la postvention débute par une analyse de la situation afin de préciser les éléments de contexte du décès par suicide et d'identifier la nature des réactions des personnes atteintes par ce décès (endeuillés, témoins directs, état de stress temporaire, état de crise, etc.). Cette analyse de la situation permettra, que ce soit auprès des enfants, des jeunes ou des adultes, de préciser les interventions pertinentes (intervention précoce de deuil, intervention auprès des témoins directs, annonce de la nouvelle, ventilation, recadrage de l'information, etc.) pour chacune des personnes touchées. Toutefois, la postvention auprès des enfants et des jeunes diffère de celle auprès des adultes dans la façon de mener les interventions. Ces interventions doivent être adaptées pour chacun des groupes d'âge visés.

Le stade de développement des enfants

L'analyse de la situation devra tenir compte des spécificités des stades du développement psychologique des enfants de moins de 12 ans. Par exemple, les interventions seront adaptées à la capacité des enfants, selon leur âge, de comprendre ou d'appréhender le concept et la réalité de la mort. Chez les enfants, l'universalité de la mort et la permanence de la perte reliée à la mort ne sont pas acquises, compte tenu de leur niveau de développement psychologique. Les façons d'exprimer la détresse reliée à un décès par suicide, les besoins de l'enfant endeuillé et les interventions proposées vont également dépendre de l'âge de l'enfant et de son stade de développement affectif et cognitif.

Le risque de contagion

Chez les jeunes du niveau secondaire, le risque de contagion à la suite d'un décès par suicide est plus important compte tenu du processus actif, à cet âge, d'identification à leurs pairs et à leurs modèles. Les jeunes plus vulnérables peuvent s'identifier à la souffrance de la personne décédée. Par exemple, si le suicide est glorifié, un jeune vulnérable peut s'identifier à la personne décédée et vouloir utiliser le même moyen face aux difficultés qu'il vit. En milieu scolaire secondaire, l'équipe de postvention tiendra compte du risque de contagion dans son analyse de la situation.

L'analyse de la situation

L'analyse de la situation lors d'un décès par suicide qui affecte les enfants et les jeunes tiendra nécessairement compte :

- De l'âge de l'enfant ou du jeune;
- De son stade de développement psychologique et affectif;
- Du statut de la personne décédée auprès des autres jeunes (ex. : La personne décédée par suicide [jeune ou adulte] est-elle isolée, impliquée auprès des jeunes ou appréciée par eux? Un leader auprès de son groupe d'âge? Un entraîneur d'un club sportif, etc.? Ce suicide est-il glorifié par le milieu? Par un groupe de jeunes?

- Y a-t-il des jeunes qui s'identifient à la personne décédée par suicide et au geste suicidaire posé?

Les enfants et les jeunes témoins directs

Le fait de vivre un trauma dans l'enfance est un facteur de risque associé au développement d'un état de stress post-traumatique (ESPT) et à une moins bonne évolution de l'ESPT (Boyer, Guay et Marchand, 2006). Cet état de fait nous amène à réitérer l'importance de repérer les enfants et les jeunes qui viennent de vivre un événement traumatique, d'évaluer la pertinence d'intervenir auprès de ces enfants et de ces jeunes et d'adapter les interventions à l'âge de l'enfant ou du jeune.

◇ **Faire un bilan des interventions et poursuivre dans le temps les interventions nécessaires auprès des personnes affectées**

Le bilan des activités de postvention n'est souvent pas réalisé par les équipes de postvention compte tenu du manque de temps dans les organisations. Ce faisant, les équipes de postvention interviennent intensément dans les situations d'urgence et font peu d'interventions une fois passée la situation d'urgence. Pourtant, il est démontré que les personnes qui ont le plus besoin d'interventions à la suite d'un décès par suicide sont les endeuillés, les témoins et les personnes déjà vulnérables, compte tenu de leurs conditions psychologiques avant le décès par suicide. La détresse de ces personnes nécessite des interventions qui se maintiennent dans le temps sur plusieurs semaines ou mois. Cette détresse peut se manifester plusieurs semaines après le décès par suicide et passer inaperçue pour l'équipe de postvention qui n'aura pas fait de bilan et qui aura concentré toutes ses interventions dans la situation d'urgence. Il semble que certaines personnes ayant vécu un trauma peuvent développer un ESPT après trois mois ou même après six mois suivant l'événement traumatique.

◇ **Pour la pratique de la postvention auprès d'un milieu (école, travail, communauté, etc.), s'inspirer des principes transversaux issus des interventions psychosociales lors d'événements traumatiques affectant une communauté**

Hobfoll *et al.* (2009) font ressortir cinq principes essentiels à l'intervention psychosociale à la suite d'un événement traumatique. Ces principes sont :

- Promouvoir le sentiment de sécurité;
- Favoriser les techniques qui contribuent à diminuer l'anxiété;
- Promouvoir le sentiment de compétence personnelle et collective;
- Promouvoir le soutien social et les liens d'attachement;
- Susciter l'espoir.

Nous vous présentons chacun de ces principes, tirés de Hobfoll *et al.* (2009), et qui ont été repris par l'American Psychiatric Association (APA) à titre de recommandations pour les interventions psychosociales lors d'événements traumatiques affectant une communauté. Nous les proposons à notre tour comme principes transversaux à nos orientations régionales de postvention afin de



donner des points de repère aux interventions psychosociales auprès d'une communauté à la suite d'un événement traumatique comme un suicide.

Promouvoir le sentiment de sécurité

À la suite d'un événement traumatisant, la capacité d'un individu à préserver un sentiment personnel de sécurité est associée à un risque plus faible de développer un syndrome de stress post-traumatique. La crainte qu'un autre événement traumatique se reproduise est fréquente. Dans un contexte de postvention, les endeuillés par suicide peuvent craindre, par exemple, que d'autres membres de leur entourage se suicident, imaginant ainsi la répétition de l'événement traumatisant. Dans une communauté où plusieurs décès par suicide ont eu lieu, les personnes peuvent se demander « à qui le tour maintenant? »

Dans l'intervention, le principe de promouvoir le sentiment de sécurité peut se traduire par :

- Une restructuration cognitive qui encourage une vision réaliste du futur quant à la sécurité des proches (sont-ils réellement suicidaires?) et quant à la communauté (ex. : les mesures prises par le CSSS pour arrêter une grappe de suicides).
- Une information sur la sécurité réelle des proches ou des interventions qui assurent la sécurité des proches si ceux-ci sont vulnérables. À la suite d'un trauma, les personnes victimes sont plus concernées par la sécurité de leurs proches que par leur propre sécurité.
- Des interventions pour interrompre les discours où l'individu généralise les possibilités qu'un autre événement traumatique ne survienne.
- Des informations justes pour contrecarrer les rumeurs. Certaines rumeurs encouragent les scénarios catastrophiques et peuvent avoir comme conséquence d'augmenter le sentiment d'insécurité des personnes vulnérables.
- La diffusion de l'information par les médias doit aller dans le sens d'aider le CSSS à promouvoir le sentiment de sécurité auprès de la communauté.

Favoriser les techniques qui contribuent à diminuer l'anxiété

L'anxiété est une réaction normale à la suite d'un événement traumatique. Toutefois, le niveau d'anxiété diminue normalement chez la plupart des gens au cours des jours ou des semaines suivant l'événement traumatique. Une anxiété qui perdure est associée à un plus grand risque de développer un syndrome de stress post-traumatique. Les interventions à la suite d'un trauma doivent donc viser la diminution de l'anxiété. Les interventions suivantes sont recommandées :

- Les techniques de la thérapie cognitive telles que le développement d'habiletés à gérer le stress et l'anxiété. Les stratégies de résolution de problèmes vont contribuer à augmenter les sentiments de reprise de contrôle sur sa propre vie (*empowerment*), de compétence personnelle et d'espoir.
- Les techniques de respiration, de yoga ou d'imagerie mentale.
- La normalisation des réactions de stress, dans un contexte de crise, contribue à diminuer l'anxiété. Cette normalisation aide à contrecarrer les peurs de devenir fou.



Promouvoir le sentiment de compétence personnelle et collective

Les personnes qui ont vécu un événement traumatique doivent parvenir à développer le sentiment qu'elles ont les capacités pour passer au travers de la crise et pour résoudre les difficultés qui se présentent à elles. Ce sentiment de compétence personnelle s'appuie, dans la réalité, sur des expériences répétées de petites réussites. Sans ce « test de la réalité », le sentiment de compétence personnelle ne pourra se développer ou perdurer dans le temps. Les expériences de réussite seront adaptées à la situation et ajustées aux capacités de chaque personne.

Lorsque le trauma atteint une communauté, les interventions faites conjointement pour et par la communauté (réunions, rencontres publiques, rituels funéraires, projets qui favorisent le retour à l'autonomie habituelle de la communauté, etc.) contribueront à augmenter le sentiment de compétence collective.

Promouvoir le soutien social et les liens d'attachement

Une des stratégies d'adaptation pour faire face à un événement traumatique est certainement d'avoir recours à l'entraide et au soutien de nos proches. Le soutien social est effectivement reconnu comme un mécanisme favorisant un meilleur rétablissement après un trauma. Le soutien social peut prendre les formes suivantes :

- Avoir accès à de l'entraide par le réseau social de la personne et assurer la présence d'un réseau formel lorsqu'il n'y a pas de réseau social.
- Répondre aux besoins de base de la personne victime d'un traumatisme par un soutien émotif, physique et matériel.
- Favoriser l'accès à l'information et à des avis professionnels sur des questions les préoccupant.
- Faire la promotion des ressources disponibles et de la nature des services offerts. S'assurer que les personnes victimes d'un traumatisme puissent compter sur ces ressources, car le manque d'accessibilité à ces ressources peut contribuer à augmenter la résignation, le désespoir et le fatalisme.
- Développer la capacité des personnes à demander de l'aide ou du soutien.

Susciter l'espoir

Les personnes qui gardent espoir dans le futur ont plus de chance de vivre un meilleur rétablissement après un événement traumatique que ceux qui ont une vision pessimiste de leur avenir. Les interventions doivent décourager les propos fatalistes et apporter une vision plus réaliste de l'avenir. L'espoir peut être communiqué à un individu ou à une communauté par une approche de résolution de problèmes concrets. Rappelons que susciter l'espoir est également une clé de l'intervention en situation de crise ou de crise suicidaire.



Partie 3

Proposition d'un protocole de postvention en CSSS

Nous vous proposons un protocole de postvention en CSSS. Ce protocole décrit les étapes essentielles à réaliser par le CSSS avant et lors d'un décès par suicide, compte tenu de sa responsabilité populationnelle. L'implantation de ce protocole nécessite la mise en place de conditions préalables pour l'implantation d'un protocole de postvention telles que : nommer le coordonnateur de la postvention, identifier les intervenants de l'équipe de postvention, établir des ententes entre le CLSC et l'urgence de l'hôpital, clarifier les rôles et responsabilités des partenaires impliqués et connaître la gestion clinique de la postvention avant que ne survienne un décès par suicide. Une fois ces conditions préalables mises en place, ce protocole de postvention présente les étapes cliniques du protocole de postvention en CSSS, c'est-à-dire lors d'un décès par suicide dans la communauté. Le milieu scolaire pourra s'inspirer de ce protocole afin de mettre à jour et d'adapter le protocole de postvention en milieu scolaire. Il pourra également se servir de l'outil n° 17 *Tableau synthèse des interventions en prévention du suicide en milieu scolaire*.

◇ **Les responsabilités du coordonnateur de postvention**

Le CSSS doit d'abord :

- Nommer le coordonnateur responsable de la postvention. Ce coordonnateur peut être un cadre ou un intervenant *senior*. L'important est que ce coordonnateur ait le plein pouvoir de décision avant et pendant un décès par suicide, et ce, quant aux activités de postvention.

Avant un événement de postvention, le coordonnateur de la postvention a les responsabilités suivantes :

- 1) Identifier les intervenants qui seront membres de l'équipe de postvention. Ces intervenants psychosociaux doivent avoir une aisance à faire ce type d'intervention, devront être formés aux différentes interventions de postvention et connaître la gestion clinique de la postvention comme elle a été définie à la page 26 de ce document.
- 2) S'assurer de l'accès à un soutien clinique pour ces intervenants.
- 3) Préciser les rôles et responsabilités des partenaires internes du CSSS dans la postvention (urgence hospitalière, équipe psychosociale, etc.) et clarifier le partenariat dans la postvention avec les partenaires externes du CSSS (milieu scolaire, etc.).

Le partenariat entre l'urgence du CH et l'équipe de postvention :

- Le coordonnateur des activités de postvention doit établir une entente avec l'urgence du CH afin que l'équipe psychosociale puisse valider rapidement le décès par suicide. Cette validation est préalable à toute intervention, d'où son importance. La validation doit pouvoir confirmer :

- 
- i. Le décès par suicide,
 - ii. Le nom de la personne décédée,
 - iii. Les informations relatives au contexte du décès par suicide.

Le partenariat entre l'équipe de postvention et les partenaires externes touchés par un suicide :

- Les milieux scolaires ont des protocoles de postvention implantés dans leurs organisations. Les interventions auprès des différents groupes ciblés doivent faire partie d'un tout cohérent entre le CSSS et le milieu scolaire. Le CSSS et les milieux scolaires doivent travailler ensemble pour viser la complémentarité de la gestion clinique et des interventions à faire.
 - Les programmes d'aide aux employés d'un milieu de travail touché par le suicide (PAE de l'entreprise ou PAMQ) peuvent être mis à contribution dans les activités de postvention. Selon le contexte, l'analyse de la situation permettra de décider de l'instance la plus appropriée pour offrir telle ou telle intervention auprès de telle ou telle personne.
- 4) S'assurer du respect des rôles et responsabilités entre les policiers et les intervenants de postvention lorsque les intervenants se déplacent sur les lieux du drame, au moment de l'intervention policière. Voici quelques balises à respecter¹ :
- La démarche d'enquête policière a priorité sur l'intervention psychosociale.
 - Dès l'arrivée sur les lieux du drame, l'intervenant psychosocial doit se présenter aux policiers pour les aviser de sa présence, pour valider les faits, pour prendre les informations supplémentaires et pour vérifier s'ils ont des attentes particulières face aux intervenants comme être à l'écoute des personnes présentes, rassurer, calmer, recevoir la charge émotive des gens, etc.
 - Le service de police a la responsabilité de faire l'annonce initiale du décès. Cependant, l'intervenant psychosocial peut agir en soutien pour assurer la suite auprès du milieu ou des membres de la famille touchés par le suicide.
 - Les intervenants psychosociaux doivent éviter de demander aux gens de raconter ce qu'ils ont vu ou entendu avant que l'enquêteur n'en donne l'autorisation.
- 5) Présenter les services de postvention aux partenaires du réseau local de santé et de services sociaux (RLSSS), soit aux organismes communautaires, milieux de travail, policiers, milieux où les réseaux de sentinelles sont implantés, maisons funéraires, etc.

¹ Tiré de Deblois, J., M.-H. Houde, N. Latulipe, et É. Robitaille, 2008. *La Boîte à Outils : Guide pratique pour intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide*, CSSS de la région de Chaudière-Appalaches.

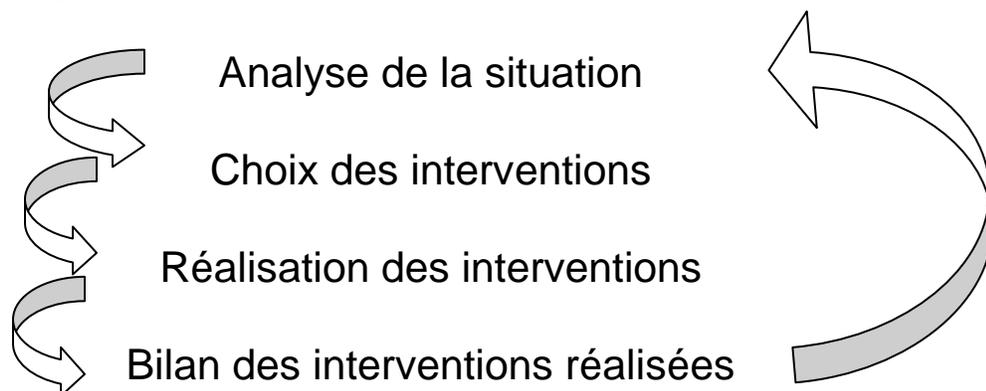
Lors d'un événement de postvention, le coordonnateur aura les responsabilités suivantes :

- 6) Préparer, convoquer et animer les réunions cliniques de postvention.
- 7) Connaître les étapes de la gestion clinique de postvention avant la survenue d'un suicide et s'assurer de la réalisation de l'ensemble des étapes de la gestion clinique de postvention présentée ci-dessous au point 3.2.
- 8) Prendre les décisions finales dans les cas où l'équipe de postvention ne parvient pas à s'entendre sur une situation donnée.
- 9) Répartir les interventions à faire entre les intervenants, et ce, selon les compétences requises pour faire telle ou telle intervention.
- 10) S'assurer de la désignation d'un responsable des communications avec les médias et s'entendre sur la nature du message et des informations à transmettre.
- 11) Veiller au maintien de l'équilibre et de la motivation des intervenants impliqués dans la postvention.

◇ La gestion clinique de la postvention

Lorsque le suicide a été confirmé par les autorités compétentes en la matière, l'équipe de postvention doit procéder à une gestion clinique des interventions, sous la supervision du coordonnateur des interventions de postvention. Cette gestion clinique est illustrée ci-dessous. Les intervenants et le coordonnateur de la postvention doivent être familiers du déroulement de cette gestion clinique avant la survenue d'un décès par suicide.

Les étapes de gestion clinique lors d'un suicide²



² Tiré de Séguin, Roy, Bouchard, Gallagher, Raymond et Gravel, 2005. *Intervenir à la suite d'un suicide. Programme de postvention en milieu scolaire*, Les Éditions Logiques, p. 29.



Lorsque le suicide a été confirmé par les autorités compétentes en la matière, l'équipe de postvention procède à une gestion clinique des interventions, sous la supervision du coordonnateur des interventions de postvention. Cette gestion clinique permettra de faire une analyse de la situation, de déterminer les groupes touchés par le suicide, de déterminer la nature des interventions à faire auprès de chacun des groupes, de réaliser les interventions et de faire un bilan afin d'évaluer en continu le processus de postvention.

L'analyse de la situation doit être revue à plusieurs reprises et tout au long du processus de postvention. Ce processus d'aller-retour de la gestion clinique de postvention peut durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avec bien sûr moins d'intensité. Le bilan des interventions permettra de faire une nouvelle analyse de la situation, d'ajuster les interventions selon l'évolution de la situation et, par exemple, de repérer les personnes à risque qui présentent des signes de vulnérabilité plusieurs semaines après le décès par suicide.

◇ **Les étapes cliniques du protocole de postvention en CSSS**

- 1) Les services d'urgence de l'hôpital ou ceux du 24/7 doivent aviser l'équipe de postvention ou le coordonnateur de la postvention du décès par suicide dans les plus brefs délais.
- 2) L'équipe de postvention doit informer le coordonnateur de postvention du décès par suicide.
 - i. Si la personne décédée par suicide était une personne suivie par un intervenant du CSSS, aviser le supérieur immédiat de cet intervenant.
 - ii. Si la personne décédée par suicide était une personne à l'emploi du CSSS, aviser son supérieur immédiat. L'application de la postvention pourra se faire en partenariat avec le PAE (Programme d'Aide aux Employés), le PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec), ou toute autre ressource jugée pertinente, comme l'équipe psychosociale d'un autre CSSS de la région.
- 3) Si l'information du décès par suicide ne provient pas de l'urgence, vérifier la validité de l'information concernant le décès auprès de l'urgence du CSSS.
- 4) Faire une analyse de la situation en équipe à l'aide de l'outil n° 1 *Analyse de la situation à la suite d'un décès par suicide* présenté dans la partie 9 de ce document et refaire régulièrement l'analyse de la situation afin de réévaluer la situation et d'ajuster les interventions en fonction de l'évolution de la situation.
- 5) Identifier les personnes touchées par le suicide à l'aide de l'outil n° 1 *Analyse de la situation à la suite d'un décès par suicide* présenté dans la partie 9 de ce document :
 - i. Les personnes endeuillées par le suicide, en portant une attention particulière aux enfants endeuillés;
 - ii. Les témoins directs du suicide;

- 
- iii. Les personnes à risque d'imiter le geste suicidaire compte tenu de vulnérabilités psychologiques préalables;
 - iv. Les milieux touchés par le suicide (ex. : milieux de travail, écoles, clubs sportifs, etc.).
-
- 6) Cibler les interventions pertinentes pour chacune des personnes identifiées en se référant au *Tableau synthèse des interventions psychosociales immédiates auprès des personnes affectées selon la nature de leurs réactions au suicide*³, présenté dans l'outil n° 3 de ce document.
 - 7) Identifier les intervenants responsables de faire chacune des interventions ciblées.
 - 8) Informer les responsables des milieux pouvant être affectés de façon importante par le décès par suicide (ex. : employeur, école primaire, polyvalente, cégep, etc.) afin que ces milieux collaborent aux activités de postvention.
 - 9) Assurer les communications avec les médias, si nécessaire, selon les principes de communication dans les situations de suicide tels que présentés dans la partie 8 de ce document.
 - 10) Compléter le tableau *Bilan des interventions de postvention réalisées*, tel que présenté dans la partie 7 de ce document.

³ Tableau adapté de Séguin *et al.* (2005), p. 32-33.



Partie 4

L'analyse de la situation et l'identification des réactions des personnes au décès par suicide

Chaque suicide est unique et les interventions qui suivront seront adaptées au contexte spécifique du décès par suicide et du milieu dans lequel survient le suicide. L'analyse de la situation permettra d'identifier les personnes affectées par le suicide, la nature de leurs réactions et les interventions pertinentes à offrir ou à ne pas offrir selon les réactions et le lien d'attachement à la personne décédée.

Le travail d'analyse de la situation se fait en équipe compte tenu de la complexité des impacts sur les personnes affectées, des interventions à faire et de la nécessité de rassembler en équipe les informations qui proviennent souvent de différentes sources. Nous vous proposons l'outil n° 1 *Analyse de la situation à la suite d'un décès par suicide* présenté dans ce document.

L'analyse de la situation est une étape à répéter à plusieurs reprises au cours d'un processus de postvention. Les étapes de gestion clinique lors d'un suicide illustrent ce mouvement d'aller-retour entre l'analyse de la situation et les autres étapes de la postvention.

L'analyse de la situation à la suite d'un décès par suicide (voir outil n° 1) contient les éléments suivants :

- Les caractéristiques de la personne décédée :
Qui était la personne décédée par suicide (âge, sexe, profession, problèmes de santé mentale ou d'abus de substances, etc.)? Était-elle bien connue et appréciée de son milieu ou non? Vivait-elle des conflits particuliers avec ses proches? Quelles étaient ses implications sociales dans son milieu?
- Les circonstances entourant le décès :
Comment la personne est-elle décédée? S'agit-il d'un moyen particulièrement violent comme l'immolation? Le suicide a-t-il eu lieu dans un lieu public ou dans la résidence d'une personne proche du défunt? Y a-t-il eu des témoins directs ou indirects, enfants ou adultes? Qui est au courant du suicide? Y a-t-il des rumeurs (fausses ou vraies) qui circulent?
- La classification des réactions psychologiques à la suite d'un décès par suicide :
Qui sont les personnes touchées par le décès par suicide? Qui sont les personnes qui avaient un lien d'attachement important avec la personne décédée, c'est-à-dire les endeuillés? Y a-t-il eu des témoins directs ou indirects? Qui sont les personnes vulnérables autres que les endeuillés ou les témoins directs? Comment réagissent ces personnes vulnérables au décès par suicide? Certaines ont-elles des facteurs de risque comme des problèmes de santé mentale (dont la dépression), un deuil récent, une consommation importante de drogues ou d'alcool? Certaines sont-elles plus isolées? Etc. Afin de vous guider dans la classification des réactions des personnes au décès par suicide, nous vous proposons d'utiliser l'outil n° 2 *Tableau synthèse des réactions psychologiques à la suite d'un décès par suicide dans un milieu donné*. Cette classification des réactions vous aidera à



identifier les personnes ayant des réactions de deuil, de stress aigu, de stress temporaire, de crise et de crise suicidaire.

- Les caractéristiques des milieux touchés par le suicide :
Y a-t-il des indices de vulnérabilité sociale propres au milieu, par exemple : Y a-t-il déjà eu un suicide dans le milieu, dans la famille? La communauté vit-elle une situation précaire au niveau socioéconomique? Y a-t-il eu récemment des événements majeurs qui ont marqué la communauté ou le milieu touché? Etc.
- Le contexte organisationnel dans lequel auront lieu les interventions :
Les interventions se font-elles dans un milieu de travail? Dans une école? Dans une résidence pour personnes âgées? Y a-t-il un protocole de postvention déjà implanté dans ce milieu? Avez-vous l'autorisation de l'organisation pour déployer vos interventions? Y a-t-il un PAE? Un travail de collaboration est-il possible avec les instances concernées? Etc.

L'analyse de la situation vous permettra de cibler les types de réaction au décès par suicide (réactions de deuil, de stress aigu, de stress temporaire, de crise et de crise suicidaire (voir outil n° 2)). Chacune de ces réactions nécessite des interventions différentes et spécifiques. Dans la partie 5, nous vous présentons le choix des interventions de postvention selon la nature des réactions au décès par suicide. Chacune de ces interventions est décrite plus en détail dans la partie 5 de ce document.

Partie 5

Le choix des interventions auprès des personnes affectées selon la nature de leurs réactions au suicide

Les interventions recommandées à la suite d'un décès par suicide vont varier selon la nature des réactions des personnes au suicide. Le choix des interventions présenté ici s'appuie sur une revue de littérature dans les domaines de la postvention à la suite d'un suicide, des protocoles des mesures d'urgence psychosociale à la suite de sinistre et des interventions à la suite d'événements traumatisants. Toutefois, ces indications cliniques doivent demeurer souples, car il s'agit d'orientations cliniques et organisationnelles et non d'un guide « quoi faire ». En ce sens, le jugement clinique de l'équipe, basé sur une bonne analyse de la situation, est tout aussi important. Le bilan des interventions permettra à l'équipe de juger de la pertinence des choix qu'elle aura faits.

Les interventions de postvention peuvent se faire en individuel ou en groupe, selon l'analyse de la situation. Les interventions de groupe vont se faire auprès des personnes qui ont les mêmes types de réaction (ex. : groupe de ventilation auprès des personnes qui ont un état de stress temporaire). Il est nuisible et contre-indiqué de rassembler en groupe, pour une même intervention, des personnes aux prises avec des réalités différentes (par exemple, regrouper des personnes endeuillées par le suicide avec d'autres personnes en état de stress temporaire pour une intervention de ventilation).

Nous vous présentons les consensus actuels des interventions de postvention, regroupées selon la nature des réactions au décès par suicide.

◇ **Interventions auprès des personnes ayant des réactions de deuil**

(Voir les outils n^{os} 4, 5, 6, 7 et 8)

- Repérage des endeuillés par suicide;
- Intervention précoce de deuil :
Objectifs
 - ✓ Offrir condoléances et soutien,
 - ✓ Amorcer le processus de deuil et repérer les endeuillés plus vulnérables,
 - ✓ Faciliter la reconnaissance de la perte et la normalisation des sentiments reliés au décès par suicide,
 - ✓ Briser l'isolement des personnes endeuillées.
- Possibilité de référer en psychothérapie;
- Repérage des personnes endeuillées suicidaires ou celles en état de désorganisation relié à un trouble psychiatrique ou de dépendance;
- Référence vers les services adéquats.

L'outil n^o 4 décrit les séquences de l'intervention précoce de deuil, tel qu'élaboré par Séguin *et al.* (2005).



◇ **Interventions auprès des personnes ayant des réactions de stress aigu**
(Voir l'outil n° 9)

- Repérage des témoins directs ou indirects au suicide.
- Évaluation de la pertinence de faire des interventions à la phase d'impact ou à la phase aigüe.
- Interventions psychosociales individuelles lors de la phase d'impact (48 premières heures) ou ce que certains auteurs appellent le désamorçage (Séguin *et al.*, 2006) :
 - ✓ Offrir les premiers soins, s'il y a lieu, et assurer un milieu sécuritaire;
 - ✓ Répondre aux besoins de base immédiats de la personne;
 - ✓ La sécuriser;
 - ✓ Lui rappeler qu'elle n'est pas seule et que des ressources d'aide sont disponibles pour elle;
 - ✓ Adopter une attitude d'ouverture, d'acceptation, de validation et d'écoute bienveillante;
 - ✓ Favoriser l'apaisement;
 - ✓ Lui offrir un soutien pratique et émotionnel non interventionniste. Ne pas être intrusif. Le vécu émotionnel doit être livré spontanément par la personne;
 - ✓ L'informer des conséquences psychologiques possibles suite à l'exposition au trauma;
 - ✓ Évaluer, de manière souple, les facteurs de risque et de protection de la personne si celle-ci est prête à échanger;
 - ✓ Travailler en complémentarité avec les services policiers lors d'une intervention psychosociale sur les lieux du drame, comme il est décrit aux page 25 de ce document.
- Interventions psychosociales individuelles lors de la phase aigüe (après les 48 premières heures jusqu'au premier mois) :
 - ✓ Offrir un soutien émotionnel dans un contexte non directif et sécurisant;
 - ✓ Favoriser l'apaisement;
 - ✓ Poursuivre, au besoin, le soutien pratique;
 - ✓ Faire la promotion d'un soutien social adéquat. L'intervenant doit aider la personne à restaurer son soutien social (ex. : l'entraide par les pairs, etc.). L'absence de soutien social semble lier à la chronicisation des symptômes (Marchand, 2006);
 - ✓ Transmettre les informations pertinentes, selon la situation (ex. : information sur les réactions psychologiques possibles à la suite de l'exposition au trauma, sur les services d'aide, information sur les réactions de l'entourage, etc.);
 - ✓ Accompagner les personnes dans la référence vers un suivi spécialisé pour traiter l'état de stress aigu;
 - ✓ Repérer les personnes vulnérables compte tenu de problématiques psychosociales ou psychiatriques déjà présentes. Les personnes en état de décompensation relié à l'événement traumatisant doivent plutôt être référées rapidement vers les services de psychiatrie. En phase aigüe, les interventions décrites ci-dessus ne devraient pas être utilisées auprès des personnes en décompensation.

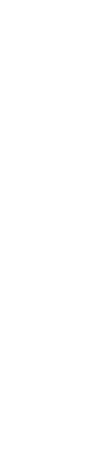


◇ **Interventions auprès des personnes qui ont des réactions de stress temporaire**
(Voir les outils n^{os} 10 et 11)

Il arrive souvent que l'annonce de la nouvelle, le recadrage de l'information et la ventilation soient des interventions qui se font à l'intérieur d'un même moment d'intervention. Toutefois, ces trois interventions ont des objectifs différents. Les interventions auprès des personnes en état de stress temporaire peuvent se faire en individuel ou en groupe, selon l'analyse de la situation et le jugement des intervenants.

- Annonce de la nouvelle :
 - ✓ Informer adéquatement les personnes qui sont touchées et qui pourraient ressentir les impacts du suicide (état de stress temporaire);
 - ✓ Prévenir la circulation des rumeurs;
 - ✓ Recadrer l'information au besoin.
- Recadrage :
 - ✓ Effectuer un recadrage de l'information, auprès des personnes en état de stress temporaire, lorsque des fausses rumeurs circulent;
 - ✓ Éviter la banalisation ou la dramatisation du suicide en donnant les informations nécessaires sur la problématique du suicide (grande vulnérabilité au-delà des difficultés apparentes, etc.);
 - ✓ Évaluer la pertinence de faire une intervention de ventilation au besoin.
- Ventilation :
 - ✓ Faciliter la mise en mots des émotions de surprise, de stupeur, de conflits et aider à déterminer les stratégies qui favorisent la diminution du stress auprès des personnes en état de stress temporaire;
 - ✓ Reconnaître et valider la peine et les autres émotions ressenties par les personnes en état de stress temporaire;
 - ✓ Repérer les personnes plus vulnérables qui vivent une détresse ou qui ont développé un état de crise suicidaire ou de désorganisation lié à un trouble psychiatrique et les référer vers les services adéquats;
 - ✓ Faire connaître les services d'aide dans le milieu.

N. B. Le repérage des personnes vulnérables et à risque de comportements suicidaires doit s'étaler sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. En effet, les impacts d'un suicide se répercutent dans le temps, et ce, bien au-delà de l'urgence associée au moment du décès. Les intervenants et les sentinelles, s'il y a lieu, doivent demeurer vigilants tout au long de l'année qui suit le décès par suicide dans le milieu affecté par le suicide.



◇ **Interventions auprès des personnes qui ont des réactions de crise (psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique) ou de crise suicidaire**
(Voir l'outil n° 12)

- Repérage des personnes non témoins et non endeuillées, mais suicidaires ou celles en état de décompensation relié à un trouble psychiatrique ou de dépendance;
- Intervention de crise ou de crise suicidaire telle que précisée dans la formation accréditée de l'AQPS *Intervenir en situation de crise suicidaire* ou dans la formation sur le suivi étroit de la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- Référence vers les services adéquats.

◇ **Interventions auprès d'une organisation (milieu de travail, école, etc.) ou auprès d'une communauté**
(Voir les outils n°s 13 et 14)

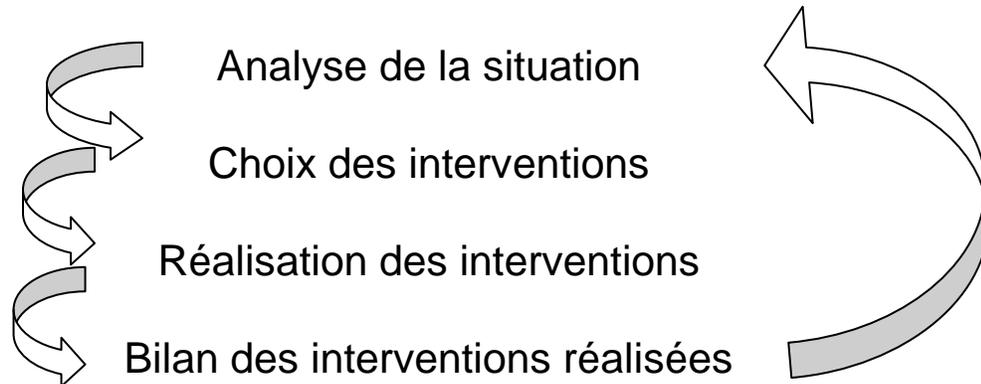
- Rencontrer la direction de l'organisation;
- Proposer un plan de postvention selon les étapes de la gestion clinique de la postvention;
- S'inspirer des principes d'Hobfoll (2009) pour la pratique de l'intervention psychosociale à la suite d'un événement traumatique dans les communautés, comme ils ont été détaillés précédemment aux pages 21, 22 et 23 :
 - ✓ Promouvoir le sentiment de sécurité;
 - ✓ Favoriser les techniques qui contribuent à diminuer l'anxiété;
 - ✓ Promouvoir le sentiment de compétence personnelle et collective;
 - ✓ Promouvoir le soutien social et les liens d'attachement;
 - ✓ Susciter l'espoir.
- Préciser les rôles et responsabilités de chacun :

Si le suicide a lieu dans une école

- ✓ L'école est responsable de mettre en place un protocole de postvention pour son établissement;
- ✓ Un travail de collaboration sera nécessaire entre l'école et le CSSS, que ce soit par l'intervenant du CSSS en milieu scolaire, ou que ce soit pour rencontrer les adultes touchés par le suicide qui affecte le milieu scolaire;
- ✓ Informer le personnel de l'école du décès par suicide, du plan d'action et des interventions à mettre en place;
- ✓ Préciser quel sera le rôle du personnel scolaire dans ce plan d'action de postvention (ex. : repérer les élèves vulnérables et référer à l'équipe de postvention);
- ✓ Identifier les personnes vulnérables du personnel de l'école qui nécessitent un accompagnement;
- ✓ Les référer vers les ressources d'aide.

◇ Intervention auprès des enfants à la suite d'un décès par suicide

Le processus de la gestion clinique de la postvention auprès des enfants respecte la même logique que la postvention auprès des jeunes ou des adultes.



- Analyse de la situation et identification de la nature des réactions des personnes atteintes par ce décès : endeuillés, témoins directs, état de stress temporaire, état de crise, etc.
- Choix des interventions pertinentes (intervention précoce de deuil, intervention auprès des témoins directs, intervention de crise ou de crise suicidaire, annonce de la nouvelle, ventilation, recadrage de l'information, etc.) pour chacune des personnes touchées.
- Réalisation des interventions.
- Bilan des interventions avec retour à une nouvelle analyse de la situation.

Toutefois, la postvention auprès des enfants diffère de celle auprès des adultes dans la façon de mener les interventions. L'intervenant devra tenir compte des spécificités des stades du développement psychologique des enfants de moins de 12 ans. Les interventions devront tenir compte de la capacité des enfants, selon leur âge, de comprendre ou d'appréhender le concept et la réalité de la mort. Chez les enfants, l'universalité de la mort et la permanence de la perte reliée à la mort ne sont pas acquises, compte tenu de leur niveau de développement psychologique.

Les outils n^{os} 6, 7, 8 et 11 précisent les particularités des interventions auprès des enfants à la suite d'un décès par suicide.



Partie 6

Qu'en est-il de la pertinence de se déplacer et de faire directement des interventions dans le milieu?

À la suite d'un décès par suicide, il peut être pertinent d'avoir une approche proactive et de se déplacer dans le milieu. L'objectif d'intervenir dans le milieu est de rejoindre les personnes directement affectées par le suicide et de limiter les impacts potentiellement traumatiques du suicide et les effets de contagion au sein du groupe ciblé. Mais il n'est pas toujours indiqué de se déplacer dans le milieu et seule une bonne analyse de la situation vous permettra de savoir ce qui est le plus pertinent de faire ou de ne pas faire.

Nous vous présentons les critères qui vous aideront à évaluer la pertinence de se déplacer dans le milieu pour faire vos interventions.

Demande du milieu :

- Y a-t-il une demande venant du milieu? Si oui, de quelle instance?
- Quelles sont les attentes précises du demandeur?
- Quelles interventions ont déjà été faites et auprès de qui?

La nature traumatique du décès :

- Identifier la nature traumatique du décès par suicide.

Le suicide porte en soi un potentiel traumatique pour ceux qui restent. Les interventions rapides et proactives à la suite d'un décès par suicide visent à limiter la portée traumatique du décès. De plus, certains suicides peuvent être plus traumatiques que d'autres compte tenu de la violence inhérente du geste posé (ex. : suicide par immolation, corps mutilé par le projectile de l'arme à feu, corps retrouvé en état de décomposition, etc.).

L'accord de la famille ou des adultes concernés :

Il va de soi que l'accord de la famille est requis avant de se présenter au domicile. Il ne s'agit pas de faire des interventions intrusives. Vous pouvez vous référer à l'outil n° 5 *Une offre rapide et proactive de service; un premier contact téléphonique auprès des endeuillés par suicide* afin de vous préparer.

Un groupe de jeunes dans un lieu public :

À la suite de l'annonce d'un décès par suicide, il peut y avoir un regroupement de jeunes dans un lieu public. Les jeunes sont plus vulnérables au phénomène de l'identification à la personne décédée, surtout si cette personne est populaire auprès d'eux. Les interventions dans le milieu (ex. : scolaire) peuvent être pertinentes afin d'éviter le phénomène de contagion. Les objectifs d'une telle intervention dans le milieu seront de :

- Identifier les jeunes endeuillés et leur offrir de les rencontrer en priorité et en dehors du groupe des jeunes non endeuillés;
- Permettre une ventilation encadrée aux jeunes en les regroupant selon le lien d'attachement à la personne décédée;

- 
- Recadrer les informations pertinentes aux personnes affectées, mais non endeuillées, comme les fausses croyances ou les jugements reliés à la personne suicidée tels la glorification ou le dénigrement du geste suicidaire;
 - Repérer les jeunes vulnérables afin d’offrir à chacun les services d’aide pertinents.

Popularité de la personne décédée :

La popularité de la personne décédée par suicide peut avoir une influence sur le phénomène d’imitation du geste suicidaire, et ce, particulièrement auprès des jeunes ou des personnes vulnérables. Vous devez tenir compte de cette caractéristique dans votre analyse de la situation.

Des témoins :

Y a-t-il eu des témoins à la scène du suicide? Cela s’est-il passé dans un lieu public ou privé?

Le suicide a des impacts dans la communauté et ces impacts prennent de l’ampleur :

Un décès par suicide peut devenir, dans certains contextes, un événement qui prend rapidement de l’ampleur dans la communauté, par exemple :

- Dans un contexte où la personne décédée est connue et respectée de tous;
- Le suicide d’une personne dans un contexte de fermeture d’usine ou de mise à pied massive;
- Plusieurs décès par suicide à l’intérieur de quelques semaines;
- Un pacte de suicide;
- Un homicide ou plusieurs homicides suivis d’un suicide;
- Etc.

Travailler en complémentarité avec les services policiers lors d’une intervention psychosociale sur les lieux du drame :

Voici quelques balises à respecter⁴ :

- La démarche d’enquête policière a priorité sur l’intervention psychosociale;
- Dès l’arrivée sur les lieux du drame, l’intervenant psychosocial doit se présenter aux policiers pour les aviser de sa présence, pour valider les faits, pour prendre les informations supplémentaires et pour vérifier s’ils ont des attentes particulières face aux intervenants comme être à l’écoute des personnes présentes, rassurer, calmer, recevoir la charge émotionnelle des gens, etc.;
- Le service de police a la responsabilité de faire l’annonce initiale du décès. Cependant, l’intervenant psychosocial peut agir en soutien pour assurer la suite auprès du milieu ou des membres de la famille touchés par le suicide;
- Les intervenants psychosociaux doivent éviter de demander aux gens de raconter ce qu’ils ont vu ou entendu avant que l’enquêteur n’en donne l’autorisation.

⁴ Tiré de Deblois, J., M.-H. Houde, N. Latulipe, É. Robitaille, 2008. *La Boîte à Outils : Guide pratique pour intervenir dès la phase de choc à la suite d’un suicide*, CSSS de la région de Chaudière-Appalaches.



Partie 7

Bilan des interventions de postvention réalisées⁵

Objectifs

- Évaluer la démarche en cours (coordonnateur et équipe);
- Ajuster les interventions en cours afin de tenir compte de l'évolution des réactions des personnes;
- Identifier les effets positifs et négatifs des interventions réalisées et enrichir l'expérience des intervenants de ces constats.

Le bilan des interventions permettra de faire une nouvelle analyse de la situation, d'ajuster les interventions selon l'évolution de la situation et, par exemple, de repérer les personnes à risque qui présentent des signes de vulnérabilité seulement plusieurs semaines après le décès par suicide. L'outil n° 15, *Le bilan des interventions de postvention*, vous donnera un canevas afin de dresser le bilan de vos interventions en postvention.

Partie 8

Les communications avec les médias

Toutes les communications avec les médias doivent être sous la responsabilité d'une personne du CSSS, dûment identifiée à cette fonction. L'outil n° 16 *La communication avec les médias* présente les lignes directrices recommandées pour établir vos liens avec les médias à la suite d'un suicide. Cet outil précise les informations pertinentes à transmettre à la suite d'un suicide et celles qui peuvent être nuisibles pour les personnes vulnérables. Tousignant *et al.* (2005)⁶ ont démontré qu'un traitement médiatique inadéquat d'un suicide peut avoir un impact, à court terme, sur le nombre de décès par suicide à la suite de la nouvelle.

⁵ Adapté de *Intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide : Guide pratique*, ASSS de Chaudière-Appalaches, juin 2008.

⁶ Tousignant, M., B. L. Mishara, A. Caillaud, V. Fortin, et D. Saint-Laurent, (2005). *The impact of media coverage of the suicide of a well-known Quebec reporter: the case of Gaëtan Girouard*. *Social Science & Medicine*, 60 (9), 1919-1926.



Partie 9

Les outils à l'intervention

Cette section vous présente des outils d'aide à l'intervention de postvention. Voici la liste des outils proposés :

- Outil n° 1 : *L'analyse de la situation à la suite d'un décès par suicide*
- Outil n° 2 : *Le tableau synthèse des réactions psychologiques à la suite d'un décès par suicide dans un milieu donné*
- Outil n° 3 : *Le tableau synthèse des interventions psychosociales immédiates auprès des personnes affectées selon la nature de leurs réactions au suicide*
- Outil n° 4 : *L'intervention précoce de deuil*
- Outil n° 5 : *Une offre rapide et proactive de service; un premier contact téléphonique auprès des endeuillés par suicide*
- Outil n° 6 : *L'intervention individuelle auprès des endeuillés par suicide*
- Outil n° 7 : *L'évolution de la compréhension de la mort chez les enfants*
- Outil n° 8 : *Le deuil chez les enfants et les adolescents*
- Outil n° 9 : *Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de stress aigu*
- Outil n° 10 : *Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de stress temporaire*
- Outil n° 11 : *Les interventions auprès des enfants ayant des réactions de stress temporaire (non endeuillés, non témoins directs ou indirects et non décompensés)*
- Outil n° 12 : *Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de crise (psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique) ou de crise suicidaire*
- Outil n° 13 : *Les interventions auprès d'une organisation ou d'une communauté*

- 
- Outil n° 14 *Quelques consignes avant de se déplacer dans le milieu pour faire une intervention*
 - Outil n° 15 : *Le bilan des interventions de postvention*
 - Outil n° 16 : *Les communications avec les médias*
 - Outil n 17 : *Le tableau synthèse des interventions en prévention du suicide en milieu scolaire*
 - Outil n° 18 : *Le tableau synthèse des étapes cliniques du protocole de postvention*
 - Outil n° 19 : *La lecture à donner à la victime et à ses proches à la suite d'un événement traumatisant*

Outil n° 1

Analyse de la situation à la suite d'un décès par suicide⁷

Personne décédée

COORDONNÉES

Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Adresse résidentielle : _____

Occupation : _____ Employeur : _____

Personne connue du CSSS : Oui Non

Intervenants au dossier : _____ N° dossier : _____

ÉVÉNEMENTS/FAITS CONNUS ET VALIDÉS

Moyen utilisé :

Lieu de l'événement :

Date de l'événement :

Éléments déclencheurs :

Circonstances, faits particuliers :

Facteurs de risque :

Quelqu'un est-il accusé d'avoir provoqué le suicide?

Y a-t-il des rumeurs qui circulent? Si oui, lesquelles?

La personne décédée est-elle impliquée socialement? Est-ce une personne très connue de son milieu?

Demande initiale

COORDONNÉES DU DEMANDEUR :

Date de la première demande :

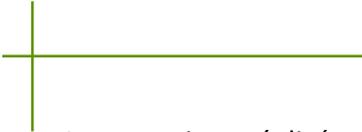
Nom :

Téléphone :

Lien avec la personne décédée :

Attentes du demandeur :

⁷ Adapté de *Intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide : Guide pratique*, CSSS de la région de Chaudière-Appalaches, juin 2008.



Interventions réalisées jusqu'à maintenant et dates des interventions :

Intervenants impliqués :

Les personnes affectées par le suicide selon l'outil n° 2

Identifier maintenant qui est affecté par le décès par suicide et la nature de leurs réactions. Pour ce faire, utiliser la typologie de l'outil n° 2 dans la partie 9 de ce document.

LES PERSONNES ENDEUILLÉES (enfants, jeunes et adultes)

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Lien avec la personne décédée :

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Lien avec la personne décédée :

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Lien avec la personne décédée :

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Lien avec la personne décédée :

LES TÉMOINS DIRECTS

Y a-t-il des témoins directs? (Ex. : a vu la personne poser son geste, a trouvé le corps, a entendu le coup de feu, etc.) :

Nom : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Téléphone : _____

LES AUTRES PERSONNES AFFECTÉES PAR UN ÉTAT DE STRESS TEMPORAIRE (sans être
endeuillées ou témoins directs)

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Quelles sont ses réactions au décès de la personne? (Ex. : crise, crise suicidaire, stress
temporaire, etc.)

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Quelles sont ses réactions au décès de la personne? (Ex. : crise, crise suicidaire, stress
temporaire, etc.)

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Quelles sont ses réactions au décès de la personne? (Ex. : crise, crise suicidaire, stress
temporaire, etc.)

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Quelles sont ses réactions au décès de la personne? (Ex. : crise, crise suicidaire, stress
temporaire, etc.)

Nom : _____
Téléphone : _____ Âge : _____ Sexe : _____
Quelles sont ses réactions au décès de la personne? (Ex. : crise, crise suicidaire, stress
temporaire, etc.)

Caractéristiques du milieu

Y a-t-il eu d'autres suicides dans le même milieu au cours des derniers mois?

Oui Non Si oui, combien? _____

Préciser les informations sur chacun de ces décès par suicide précédents :

Nom de la personne décédée : _____

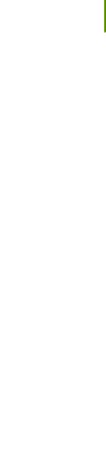
Moyen utilisé : _____

Lieu de l'événement : _____

Date de l'événement : _____

Éléments déclencheurs : _____

Interventions mises de l'avant : _____



Nom de la personne décédée : _____
Moyen utilisé : _____
Lieu de l'événement : _____
Date de l'événement : _____
Élément déclencheurs : _____
Interventions mises de l'avant : _____

Nom de la personne décédée : _____
Moyen utilisé : _____
Lieu de l'événement : _____
Date de l'événement : _____
Élément déclencheurs : _____
Interventions mises de l'avant : _____

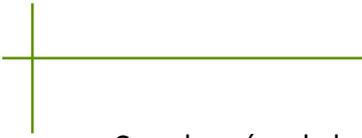
Nom de la personne décédée : _____
Moyen utilisé : _____
Lieu de l'événement : _____
Date de l'événement : _____
Élément déclencheurs : _____
Interventions mises de l'avant : _____

Y a-t-il eu d'autres évènements marquants qui ont touché ce milieu au cours de l'année dernière? (ex. : fermeture d'usine, inondation, etc.)

Interventions directement dans le milieu touché par le suicide

S'il doit y avoir un déplacement dans le milieu, se référer à la partie 6 de ce document afin d'évaluer la pertinence de faire des interventions directement dans un milieu touché par le suicide. Mais avant le déplacement, il est préférable de recueillir les informations suivantes :

- Caractéristiques de la personne suicidée et des circonstances entourant son décès.



- Coordonnées de la personne décédée.

- Nombre et noms des personnes présentes sur les lieux et liens familiaux. Est-ce que le décès est reconnu comme étant un suicide pour les membres de la famille? Y a-t-il eu des témoins au décès? Qui a trouvé le corps? Est-on dans une situation de pacte de suicide? etc.

- Avec qui la personne décédée habitait-elle?

- Caractéristiques du milieu touché par ce décès, historique du milieu par rapport à la problématique du suicide (tentatives ou suicides antérieurs, etc.) et particularités organisationnelles de ce milieu (école, travail, lieu public, communauté, etc.).

- Identifier les personnes affectées par le suicide et préciser la nature de leurs réactions selon les catégories suivantes : de deuil, de stress aigu, de stress temporaire, de crise suicidaire ou de désorganisation reliée à un trouble psychiatrique ou de dépendance en utilisant l'outil n° 2 de ce document.

- Identifier les besoins des personnes affectées selon la nature de leurs réactions au décès par suicide.

Outil n° 2

Tableau synthèse des réactions psychologiques à la suite d'un décès par suicide dans un milieu donné⁸

Manifestations de stress	Constat
<ul style="list-style-type: none">• Pas d'exposition directe au suicide• Perturbation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel• Réaction temporaire qui se manifeste durant quelques heures ou quelques jours suivant l'événement	ÉTAT DE STRESS TEMPORAIRE
<ul style="list-style-type: none">• Exposition directe au suicide• Perturbation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel• Stratégies utilisées pour réduire le stress	ÉTAT DE STRESS AIGU
<ul style="list-style-type: none">• Exposition directe ou indirecte au suicide• Perturbation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel• Réactions qui perdurent plus de 4 semaines après l'événement• Mécanismes pour éviter les souvenirs associés à l'événement	TROUBLE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TESPT)
Manifestations de crise ou de crise suicidaire	Constat
<ul style="list-style-type: none">• Difficulté ou incapacité à évacuer une tension devenue trop intense, par les stratégies habituelles d'adaptation• Confusion, déséquilibre et désorganisation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel provoqué par le décès par suicide• Cet état de crise peut entraîner l'apparition d'idées ou de comportements suicidaires• Cet état de crise peut être relié à un trouble mental ou de dépendance (crise psychopathologique)	ÉTAT DE CRISE PSYCHOSOCIALE, PSYCHOPATHOLOGIQUE OU DE CRISE SUICIDAIRE
Manifestations de deuil	Constat
<ul style="list-style-type: none">• Les réactions de deuil apparaissent chez les personnes qui avaient un lien significatif avec la personne décédée• Les premières réactions de deuil sont l'incompréhension, le déni, la peine, l'engourdissement et la recherche de sens à la perte (dont la recherche d'un coupable)• Par la suite, les réactions de deuil sont, par exemple, la douleur, le désespoir, la tristesse, la colère, la culpabilité et ultimement la redéfinition de soi et de la vie sans la présence de l'être aimé	DEUIL

⁸ Tableau adapté de Séguin, M., et al., 2005. *Intervenir à la suite d'un suicide. Programme de postvention en milieu scolaire*, 2005, p. 32-33.

Outil n° 3

Tableau synthèse des interventions psychosociales immédiates auprès des personnes affectées selon la nature de leurs réactions au suicide⁹

Réactions de deuil <ul style="list-style-type: none">• Repérage des endeuillés par suicide• Intervention précoce de deuil• Possibilité de référer en psychothérapie• Repérage des personnes endeuillées suicidaires ou celles en état de désorganisation relié à un trouble psychiatrique ou de dépendance• Référence vers les services adéquats	Réactions de stress aigu <ul style="list-style-type: none">• Repérage des témoins directs au suicide• Offrir les premiers soins, s'il y a lieu, et assurer un milieu sécuritaire• Offrir les interventions psychosociales lors de la phase d'impact immédiat• Offrir les interventions psychosociales lors de la phase aigüe• Donner de l'information sur les services et leur accès• Possibilité de référer en psychothérapie• Repérage des personnes témoins suicidaires ou celles en état de désorganisation relié à un trouble psychiatrique ou de dépendance• Référence vers les services adéquats	Réactions de stress temporaire <ol style="list-style-type: none">1. Annonce de la nouvelle2. Recadrage3. Ventilation Réactions de crise (psychosociale ou psychopathologique) ou de crise suicidaire <ul style="list-style-type: none">• Repérage des personnes non témoins et non endeuillées, mais suicidaires, ou celles en état de désorganisation relié à un trouble psychiatrique ou de dépendance• Référence vers les services adéquats
---	---	---

Et les interventions auprès des enfants?

N. B. : Les interventions auprès des enfants sont de même nature que celles auprès des adultes décrites dans ce tableau. Toutefois, les interventions auprès des enfants devront être modulées en fonction de certaines caractéristiques propres aux enfants et en fonction de l'âge des enfants. Les outils 6, 7 et 8 de ce document décrivent les particularités du deuil chez les enfants et les adaptations à faire dans les interventions auprès des enfants endeuillés, dans les interventions auprès des enfants en état de stress aigu et dans les interventions auprès des enfants en état de stress temporaire.

⁹ Tableau adapté de Séguin, M., *et al.*, 2005. *Intervenir à la suite d'un suicide Programme de postvention en milieu scolaire*, p. 32-33.

Outil n° 4

Intervention précoce de deuil¹⁰

Intervention précoce de deuil

Voici quelques lignes directrices pour l'application de l'intervention précoce de deuil :

- Elle est destinée aux proches ayant développé un lien d'attachement avec la personne suicidée.
- Elle est conduite dans les heures ou dans les deux premières semaines suivant l'événement.

- Elle doit être animée par des personnes expérimentées et qualifiées pour ce genre d'intervention.
- Elle peut se tenir en rencontre individuelle ou en groupe.

L'intervention précoce de deuil se déroule selon sept étapes présentées dans l'encadré ci-dessous :

Intervention précoce de deuil : Séquence d'intervention

Étapes	Activités
1. Se présenter, expliquer le but ainsi que le déroulement de la rencontre.	<ul style="list-style-type: none">• Confidentialité.• Laisser tous les participants parler.• Ne pas se laisser déranger par les stimuli extérieurs.
2. a) Qui ont-ils perdu? b) Description des événements.	<ul style="list-style-type: none">• Parler de la personne décédée.• Ce qu'ils savent de la journée du décès, ce qui s'est passé.• Description des événements qui ont mené au suicide.
3. a) Événements des dernières semaines, des derniers mois. b) Comment comprendre. c) Quel sens donner à cet événement?	<ul style="list-style-type: none">• Séquence des événements durant le dernier mois ou les derniers mois.• Événements qui ont accentué les difficultés.• État de la santé mentale de la personne décédée.
4. a) Réactions de deuil des participants. b) Mise en mots des réactions affectives (émotives).	<ul style="list-style-type: none">• Culpabilité, responsabilité, colère, stigmatisation.• Sentiments d'implication personnelle dans le décès.• Idées suicidaires, détresse.• Projets suicidaires, etc.
5. a) Exploration de la résilience des personnes endeuillées. b) Évaluation des vulnérabilités personnelles.	<ul style="list-style-type: none">• État de la santé mentale.• Détresse, fragilité.• Soutien social, coping, occupation.
6. a) Organisation du suivi. b) Diagnostic et recommandations.	<ul style="list-style-type: none">• Qui a besoin d'aide?• Suivi à court terme.• Suivi de crise.• Relation d'aide – psychothérapie.• Soutien de groupe de deuil.
7. Fin de l'entrevue et recommandations.	<ul style="list-style-type: none">• Prendre le temps de terminer.• Faire les recommandations appropriées.• Faire le suivi.• Cerner les ressources du milieu.

¹⁰ Séguin, M., et al., 2005. *Intervenir à la suite d'un suicide. Programme de postvention en milieu scolaire*, Les Éditions Logiques.

Outil n° 5

Une offre rapide et proactive de service; un premier contact téléphonique auprès des endeuillés par suicide

Un premier contact téléphonique peut être effectué par un intervenant désigné du CSSS auprès d'un membre de la famille dans les situations où le CSSS prend connaissance d'un suicide dans la communauté et après analyse de la situation entre les membres de l'équipe de postvention à la suite de la connaissance d'un décès par suicide.

Qui le fait?

Un intervenant désigné du CSSS.

Quand?

Lorsque la personne endeuillée appelle d'elle-même.

OU

Lorsque le CSSS prend connaissance d'un suicide sur son territoire.

- Plusieurs études suggèrent que le contact avec la personne endeuillée doit se faire le plus tôt possible après les événements, sinon dans les 24 premières heures, compte tenu des possibles impacts traumatiques liés au décès par suicide. Nous conseillons toutefois aux intervenants d'analyser la situation en équipe et au cas par cas.

Objectif

- Adopter une attitude proactive afin de minimiser les impacts traumatiques du décès par suicide.

Comment?

- Se présenter.
- Indiquer à la personne que vous avez pris connaissance d'un suicide dans son entourage.
- Témoigner votre sympathie (c'est une façon respectueuse d'aborder la situation avec la personne endeuillée).
- Préciser l'objet de votre appel en lui indiquant d'abord que vous êtes sensible au fait qu'un événement comme celui qu'elle et sa famille vivent actuellement fait surgir des émotions, mais aussi amène beaucoup de questionnement et d'incompréhension.
- L'inviter à vous rencontrer en lui précisant que la rencontre aura pour but de :
 - ✓ offrir un entretien sans jugement et confidentiel pour parler des événements récents;
 - ✓ l'éclairer au sujet des questions et des incompréhensions qui peuvent surgir;
 - ✓ l'informer sur les réactions possibles, au cours des jours et des semaines à venir :
 - lui proposer quelques moyens pour aborder la situation avec un enfant ou un adolescent;
 - l'informer des services offerts par le CSSS;
 - etc.

- 
- Explorer la possibilité de rencontrer tous les membres de la famille.
 - Proposer une rencontre au CSSS ou au domicile de la famille, si celle-ci accepte.
 - Sinon, suggérer à la personne de faire connaître les services du CSSS à ses proches.
 - Fixer une rencontre dans un court délai.
 - Respecter le refus de la personne à recevoir les services d'aide proposés et demeurer disponible si elle change d'avis ou si une personne de sa famille nécessite des services d'aide.
 - Remettre une carte d'affaires du CSSS avec les coordonnées téléphoniques.

Outil n° 6

L'intervention individuelle auprès des endeuillés par suicide

Cet outil présente les particularités de l'intervention individuelle auprès des endeuillés par suicide. La dernière section de l'outil n° 6 propose des pistes d'intervention auprès des enfants endeuillés par suicide. Les outils n°s 7 et 8 complètent les informations quant à la manière d'adapter les interventions aux besoins des enfants.

Les principaux objectifs de l'intervention individuelle auprès des endeuillés par suicide

- ✓ Évaluer l'état de vulnérabilité de l'endeuillé.
- ✓ Favoriser l'expression des émotions.
- ✓ Développer de nouvelles stratégies d'adaptation.
- ✓ Briser l'isolement social.
- ✓ Favoriser le détachement du lien avec la personne décédée.
- ✓ Ajuster les stratégies d'intervention selon l'évolution du processus de deuil.
- ✓ Être attentif aux besoins de la personne endeuillée.
- ✓ Encourager tous les comportements qui vont dans le sens de la ritualisation.
- ✓ Chercher à faire du sens avec le suicide tout en acceptant son non-sens.

Les stratégies d'intervention afin de favoriser le travail de deuil

- ✓ Favoriser l'expression des émotions :
 - Oser nommer la colère, la honte et l'abandon.
 - Les émotions peuvent être abordées lorsque l'endeuillé évoque des souvenirs de la personne décédée, parle de sa relation avec la personne décédée.
 - Explorer les traumatismes psychologiques associés au décès ainsi que les réponses personnelles et sociales déployées en réaction à la perte.
- ✓ Explorer la vulnérabilité :
 - Est-ce que le décès déclenche une série de conflits familiaux, de disputes et de règlements de compte? Le décès arrive-t-il au moment où se produisent d'autres situations stressantes, comme la perte d'un emploi, une séparation conjugale, etc.?
- ✓ Développer de nouvelles stratégies d'adaptation :
 - Les stratégies d'adaptation peuvent être multiples, mais doivent favoriser l'adaptation de l'endeuillé à la réalité de la perte de la personne décédée. Ces stratégies peuvent être différentes chez les hommes et les femmes.
- ✓ Le soutien social au moment du deuil sera une variable importante pour faciliter le bon déroulement du processus de deuil.
- ✓ Favoriser le détachement du lien avec la personne décédée :

- 
- Reconstruire l'histoire de la relation entre la personne décédée et l'endeuillé. Le but de cette reconstruction de l'histoire de la relation est de faciliter le processus de deuil et de favoriser graduellement un détachement des liens qui l'unissaient à la personne décédée.
 - Amener l'endeuillé à établir un nouveau rapport avec le défunt.
 - Amener l'endeuillé à investir graduellement dans de nouvelles relations.
 - Amener l'endeuillé à développer une nouvelle identité qui tient compte du décès de la personne proche.
- ✓ L'évolution du processus de deuil n'est pas linéaire. Il a plutôt la forme d'une spirale ou de vagues. L'endeuillé revisite certaines émotions ou phases du deuil. Ce va-et-vient est normal, même s'il a parfois l'allure d'une régression.
 - ✓ L'intervention individuelle à la suite d'un suicide peut donc être offerte de façon temporaire, intermittente ou continue sur une longue période. L'intervention individuelle peut aussi avoir lieu à des moments critiques, comme les périodes d'anniversaire, et ce, durant quelques années après le décès.

Les éléments permettant d'évaluer si le travail de deuil progresse sainement

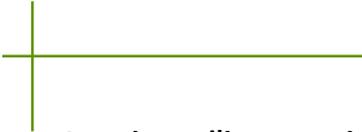
- ✓ L'acceptation de la réalité de la perte.
- ✓ L'expression de la douleur reliée à cette perte.
- ✓ L'adaptation à un environnement dans lequel le décédé est absent.
- ✓ Le retrait de l'énergie émotionnelle de cette relation et le réinvestissement de cette énergie dans d'autres relations.

Les trois grandes tâches qui définissent la guérison

- ✓ L'acceptation intellectuelle de la perte.
- ✓ L'acceptation émotive de la perte.
- ✓ Un changement dans la vision du monde afin qu'elle concorde avec la nouvelle réalité de l'endeuillé.

Les indicateurs montrant que le deuil se complique

- ✓ Aucune manifestation émotive, ou aucune expression émotive quant à la perte.
- ✓ Un déni prolongé au regard de la permanence de la perte.
- ✓ Des manifestations extrêmes de réactions de deuil comme la présence persistante de colère et de culpabilité.
- ✓ Une accumulation importante de problèmes de santé.
- ✓ Un état dépressif prolongé accompagné d'agitation, d'insomnie, du sentiment d'autoaccusation et de dévalorisation.
- ✓ Un état persistant d'agitation ou d'hyperactivité.



Les pistes d'intervention auprès des enfants endeuillés par suicide

- ✓ Ne pas cacher la cause du décès. Être simple et précis, sans insister sur les détails morbides ou *sensationnalistes* du décès.
- ✓ Expliquer la mort et le suicide avec des mots compréhensibles pour l'enfant.
- ✓ Inviter les parents à aviser l'école de ce que vit l'enfant.
- ✓ Adopter une attitude d'accueil et favoriser l'expression des émotions. Pour ce faire, prévoir des jeux et des activités qui aideront les enfants à s'exprimer (ex. : dessins, etc.).
- ✓ Répondre clairement et simplement aux questions des enfants.
- ✓ Expliquer que la personne a utilisé un mauvais moyen pour résoudre ses problèmes ou mettre fin à ses souffrances.
- ✓ Mentionner que tous souffrent de la perte de la personne, mais qu'aucun n'est responsable de sa mort. Insister sur les caractéristiques positives de la personne morte, sur l'amour que le défunt manifestait à l'enfant. Ces bons souvenirs deviendront des images refuges qui aideront l'enfant dans les moments de tristesse et de solitude.
- ✓ Inviter le parent à ne pas cacher ses sentiments. Si l'adulte exprime ses sentiments, s'il dialogue et clarifie ce qu'il ressent, cela permettra à l'enfant d'en faire autant.
- ✓ Rassurer l'enfant sur la stabilité de la famille. Si l'on doit procéder à des changements, on doit l'informer de la nécessité de ceux-ci et tenir compte de son avis sur la manière de procéder aux changements. Autant que possible, on recommande d'éviter trop de changements dans cette même période. Dans le contexte du décès, les changements (déménagement, changement d'école, de gardienne, de quartier, etc.) peuvent être ressentis comme des séparations additionnelles pour l'enfant.
- ✓ Éviter que l'enfant prenne le rôle ou les responsabilités qu'avait le défunt, lorsque ce dernier était un des parents. Le parent vivant doit démontrer à son enfant qu'il est capable de faire face à ses responsabilités d'adulte. L'enfant doit comprendre que chaque membre de la famille prend ses responsabilités en fonction de son âge, de ses capacités et de son rôle dans la famille.
- ✓ Conserver des souvenirs du défunt pour l'enfant. Ces souvenirs pourront être remis à l'enfant lors des étapes marquantes de sa vie.
- ✓ Dégager l'enfant des illusions qui bloquent son deuil. Par exemple, si l'enfant entretient l'espoir du retour de sa mère défunte, lui refléter qu'elle lui manque beaucoup, qu'il aimerait que sa mère revienne, mais qu'il faut apprendre à vivre sans la présence de la mère. Si l'on parvient à accompagner l'enfant dans le respect et la vérité et que l'on favorise son expression, cela aura un effet libérateur.
- ✓ L'enfant n'a pas tous les mots pour dire ce qu'il ressent et cela peut entraîner des manifestations du deuil par des réactions physiques (agitation, agressivité, repli, isolement, silence, etc.). L'accompagnant adulte doit parfois chercher à comprendre les comportements et les attitudes des enfants. L'enfant endeuillé a besoin qu'on l'aide à comprendre ce qui se passe en lui (insécurité, colère, peine, etc.).
- ✓ Si le parent survivant pense qu'il ne peut être attentif aux besoins de l'enfant, compte tenu de son propre débordement, il vaut mieux le dire à l'enfant et lui offrir le soutien complémentaire d'un proche (tante, grands-parents, etc.) ou de l'aide thérapeutique.



Toutefois, l'enfant a besoin de sentir que ce parent, momentanément débordé au niveau affectif, demeure quand même présent et engagé face à lui, et ce, à long terme.

Outil n° 7

L'évolution de la compréhension de la mort chez les enfants

Nous vous présentons l'évolution de la compréhension de la mort selon le développement psychologique de l'enfant, tiré de Gallagher (2006)¹¹. Les interventions de postvention doivent s'adapter au développement psychologique de l'enfant.

Stade I : Les enfants âgés de 2 à 5 ans

Les enfants de ce groupe d'âge ont relativement les mêmes réactions face au deuil que les enfants plus âgés. Toutefois, ils n'ont pas la capacité de mettre en mots ce qu'ils vivent et ne comprennent pas certains aspects reliés au deuil (pensées, émotions et souvenirs) (Bowlby, 1980; Raphael, Field et Kvelde, 1980). Plus précisément, ils ne saisissent pas la notion d'irréversibilité de la mort. Ils ont l'assurance que la personne décédée reviendra, qu'elle est seulement partie pour quelque temps. De plus, leur degré de maturité ne leur permet pas de comprendre toutes les nuances reliées à la cause du décès (causes internes et externes, concrètes et abstraites). Cette immaturité cognitive les amène à croire qu'ils ont causé la mort de la personne. Tout d'abord, parce qu'ils croient que le monde extérieur est centré sur eux. Tout événement ou situation est interprété à partir de leurs besoins, leurs inquiétudes et par leur mode de compréhension linéaire; si un événement survient, ils se sentent nécessairement impliqués dans celui-ci. Plus concrètement, cela signifie que pour chaque comportement, il y a une conséquence positive ou négative. La grande question demeure donc : « *Qu'est-ce que j'ai fait pour que papa meure?* » Ils peuvent penser qu'ils sont la cause du décès (ont été indisciplinés, ont souhaité la mort...). À cela s'ajoutent des questions plus concrètes : « *Comment meurt-on?* », « *Comment notre cœur arrête-t-il?* »

À cet effet, Nagy (1948) a fait une étude auprès de 378 enfants qui a mis en évidence trois grandes questions que se posent les enfants :

- 1) « *Qu'est-ce que la mort?* »
- 2) « *Qu'est-ce qui fait mourir?* »
- 3) « *Qu'est-ce qui se passe après la mort?* »

¹¹ Gallagher, R., 2006. *Le problème du suicide chez les enfants : Comprendre et agir à l'école primaire*, Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Gaspé, p. 295-297.

Stade I (suite)

Il faut dire que même si à cet âge les enfants commencent à être capables d'élaborer sur certains concepts et à faire des associations d'idées simples, plusieurs interrogations et incompréhensions au sujet de la mort subsistent. Ces questions peuvent faire référence, entre autres, au concept d'universalité de la mort : « *Est-ce que tout le monde meurt?* », ou « *Est-ce que maman et moi allons mourir?* », ou à l'arrêt des fonctions vitales « *Est-ce qu'on respire quand on est mort?* », ou « *Est-ce qu'on peut jouer au ciel?* »

Il est favorable que les adultes expliquent très concrètement, dans un langage simple, que les fonctions vitales et corporelles cessent; que la personne arrête de manger, d'entendre, de penser et d'apprendre (Speece et Brent, 1996). Il ne faut pas oublier que le monde imaginaire est très présent à ce stade de développement chez l'enfant et qu'une réponse claire risque de diminuer l'inventaire des réponses imaginées par l'enfant (Wass, 1991).

Stade II : Les enfants âgés de 5 à 9 ans

Les enfants faisant partie de ce groupe d'âge sont particulièrement vulnérables puisque leur compréhension de la situation est plus développée sans qu'ils aient nécessairement une meilleure capacité d'adaptation (Rando, 1984). Le déni du sentiment de douleur et de la réalité est souvent une défense préférentielle. En fait, l'autonomie acquise au stade précédent rend difficile l'authenticité chez ces enfants qui ont peur d'être perçus encore comme des « bébés ». Ces enfants, malgré une certaine autonomie, ont tout de même très peur de perdre le contrôle et ils utilisent le déni pour faire face à la situation. Souvent les enfants expriment leurs émotions, seuls, sans que les parents en soient témoins (Randon, 1984). L'expression de la tristesse se fait souvent chez les garçons par des comportements et des jeux agressifs (Raphael, 1983).

La personnification de la mort par des personnages imaginaires témoigne de leur pensée magique et de leur immaturité. À cet âge, les enfants ont peur de la mort et de subir des blessures physiques. À titre d'exemple, la pensée de perdre une partie de leur corps suite à un accident est très inquiétante pour eux. Enfin, il est intéressant de noter que, selon une étude rapportée par Leise (1981), les filles auraient plus peur de la mort que les garçons, et ce, jusqu'à l'âge de 10 ans.



Stade III : Les enfants âgés de 9 à 12 ans

À ce stade, les enfants ont commencé à développer une pensée plus réaliste de la mort. Ils en comprennent l'irréversibilité. Toutefois, leur compréhension demeure concrète, ce qui démontre leur besoin d'explications simples et spécifiques. La résolution de problème se fait aussi de façon concrète et systématique. Plus ils vieillissent, plus ils sont capables de se faire une idée logique du monde qui les entoure. Ils sont donc capables d'écouter l'opinion d'autrui et même de modifier leur idée suite à ces conversations. Ils sont aussi capables d'analyser leur raisonnement face à divers sujets. L'indépendance acquise étant fragile, le deuil peut réveiller des sentiments d'impuissance et de puérité. Ils ont aussi l'impression qu'ils doivent contrôler leur ennui et leurs émotions qu'ils jugent enfantins. Il faut dire que les enfants âgés de 9 à 12 ans montrent souvent une façade d'indépendance. Malgré toutes ces acquisitions au plan cognitif, l'impact de l'événement sur l'enfant ne doit pas être minimisé, et ce, même si l'enfant ne démontre aucun trouble de comportement (Rando, 1988).

Finalement, il est intéressant de souligner que les enfants de ce groupe d'âge voudront prouver leur maturité par une grande implication dans les démarches entourant le deuil ainsi qu'une tendance à offrir un soutien aux personnes endeuillées. En fait, ces enfants ont peur de la vulnérabilité de l'autre parent et compensent leur propre désir de sécurité en prenant soin des autres (Leise, 1981). De toute évidence, il n'appartient pas à ces enfants de prendre en charge la douleur du parent ou les démarches entourant le deuil.

Outil n° 8

Le deuil chez l'enfant et l'adolescent

Cet outil *Le deuil chez les enfants et les adolescents* a été élaboré par le MSSS. Il explique comment les enfants peuvent vivre la mort d'un proche, selon leur âge et leur développement psychologique. Cet outil présente également les interventions appropriées auprès des enfants, selon leur âge. Nous l'avons ici reproduit intégralement, mais vous pouvez aussi le consulter directement sur le site du MSSS à l'adresse suivante :

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009-09-235-12F_08.pdf

Prévenir et agir

Le deuil chez l'enfant et l'adolescent

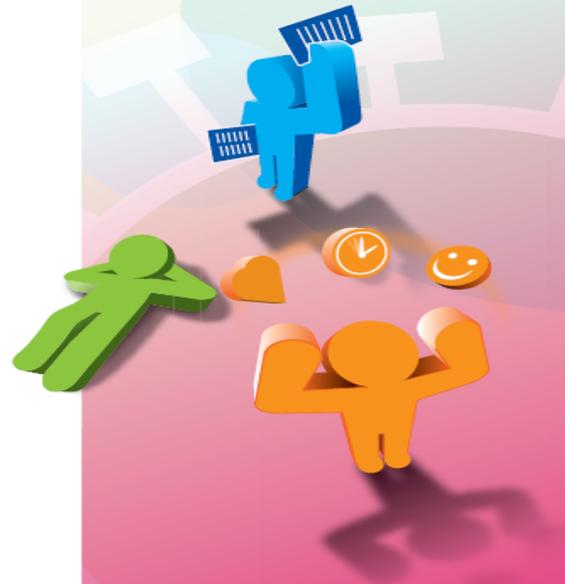
Tout comme les adultes, les enfants et les adolescents peuvent vivre la perte d'une personne chère en cette période de pandémie d'influenza. Le décès d'un être estimé est un événement bouleversant. Dans tous les cas, il s'agit d'une expérience douloureuse qui est difficile et longue à surmonter.

Qu'est-ce que le deuil chez l'enfant et l'adolescent ?

Chaque enfant et chaque adolescent est unique. Chacun possède sa façon bien à lui de comprendre la mort et d'exprimer son chagrin, ses malaises, ses inquiétudes. Ses réactions seront déterminées par son âge, sa maturité, sa culture, le lien qui l'unissait à la personne disparue, son réseau de soutien et plusieurs autres facteurs.

Pas facile d'annoncer à un enfant qu'il vient de perdre un être cher et de l'accompagner dans son processus de deuil. Vous êtes probablement vous aussi sous le choc de la nouvelle. Quoi dire et comment le dire ?

Malheureusement, il n'existe aucune recette magique pour éviter la douleur de la perte d'une personne aimée. Une meilleure compréhension de leur façon de concevoir la mort et de leurs réactions peut cependant être utile afin d'utiliser les mots et les gestes qui rassurent.



Québec 

Quelques manifestations du deuil

LE JEUNE ENFANT DE 0 À 2 ANS

Je m'appelle Anouka, j'ai 2 mois

« Où est donc la gentille personne qui s'occupe de moi habituellement, qui me donne à manger, me fait des gros câlins ? »

Le tout jeune enfant n'a pas conscience de la notion de la mort. Il ressent profondément l'absence corporelle de la personne qui lui prodigue normalement des soins, de l'attention et de l'amour, qui le sécurise et qui est essentielle à son bon développement. S'il n'a pas conscience de la notion de la mort, il peut cependant ressentir profondément ce que ressentent les autres, comme la tristesse, le désarroi, et y réagir par des comportements.

Manifestations possibles :

- Pleurer, vouloir se faire prendre plus souvent, s'agripper.
- Être plus agité, irritable.
- Vivre de l'insécurité, des angoisses de séparation.

L'ENFANT DE 3 À 5 ANS

Je m'appelle Charles, j'ai 4 ans et demi

« Maman m'a dit que mon papa était mort pour toujours. Je m'ennuie, ça fait assez longtemps qu'il est mort, ce serait le temps qu'il revienne. Quand je m'ennuie beaucoup, je pleure très fort mais pas longtemps, ensuite, je vais jouer. »

L'enfant comprend plus ou moins ce que veut dire la mort, pour lui, c'est une séparation, un abandon. Il ne comprend pas ce que veut dire pour toujours. Les vieilles personnes peuvent mourir, mais pour un temps seulement, elles redeviendront vivantes comme dans les dessins animés. Le jeune enfant a besoin d'évacuer rapidement la souffrance en s'activant, en bougeant. Il peut jouer à des jeux qui ont rapport avec la mort, aux funérailles, à l'enterrement. Il a besoin aussi de préserver la personne disparue dans son imagination en lui parlant, en gardant un objet lui ayant appartenu, etc. Il apprend ainsi à apprivoiser la réalité de la mort. N'oublions pas que c'est l'âge de la pensée magique. Il peut ainsi croire que ses pensées ont pu changer le cours des événements et se sentir responsable de la mort ou penser qu'il a le pouvoir de faire revivre la personne.

Manifestations possibles :

- Vivre de la tristesse, se sentir abandonné.
- Recommencer à sucer son pouce, faire pipi au lit.
- Vivre de l'insécurité, manifester son anxiété par des maux de ventre, de tête.

- Faire des cauchemars, avoir un sommeil agité, de la difficulté à s'endormir.
- Avoir des changements dans son appétit.
- Se montrer agressif ou colérique, par exemple taper son ourson, se chamailler plus souvent avec ses amis.
- Avoir des difficultés dans ses relations avec les amis de la garderie. L'enfant craindra peut-être de s'attacher à un autre, de l'aimer, de peur de le perdre, lui aussi.
- Avoir des comportements changeants, un instant se sentir triste et quelques minutes après jouer, s'amuser.
- Se préoccuper du bien-être de la personne disparue.

L'ENFANT DE 6 À 8 ANS

Je m'appelle Takomi, j'ai 7 ans presque 8

« Mon cousin est mort, il avait 10 ans. Je pensais que c'était seulement les vieilles vieilles personnes qui ont plein de rides qui mouraient. Comment ça se passe dans la terre, ça prend combien de temps avant d'être un squelette ? »

L'enfant de cet âge commence à avoir une meilleure notion du temps et à comprendre que la personne décédée ne reviendra pas. La mort, cependant, n'arrive qu'aux vieilles personnes et aux personnes très malades. L'enfant qui fait face à la mort d'une personne jeune apprend que même les jeunes peuvent mourir, et il peut avoir peur de mourir, lui aussi. De six à huit ans, l'enfant est beaucoup plus sensible et est influencé par les réactions vécues par son entourage, telles que la tristesse, la souffrance, ce qui peut l'amener à mettre de côté sa propre tristesse pour ne pas peiner davantage son parent et ses proches.

Manifestations possibles :

- Se sentir coupable et responsable de la mort. L'enfant n'est pas nécessairement conscient de cela.
- Avoir peur d'être malade, de mourir. L'enfant peut l'exprimer par des mots, comme « j'ai peur quand je suis tout seul dans mon lit », ou l'exprimer par des maux : avoir mal au ventre, à la tête, au cœur, etc. Il peut aussi vivre ses craintes en silence.
- Éprouver des difficultés à l'école, avoir des problèmes d'attention, de concentration, un rendement scolaire à la baisse, un désintérêt de l'école, refuser d'aller à l'école par insécurité de quitter ses proches.
- Avoir des problèmes de comportement à la maison et à l'école, comme l'agressivité, la colère, les bagarres.
- Avoir honte de ne pas être comme les autres enfants, par exemple avoir honte de ne plus avoir de papa et de ne pas pouvoir lui faire une belle carte pour la fête des Pères.
- Se sentir triste, pleurer, avoir peur d'être abandonné ou, au contraire, se montrer gai.

L'ENFANT DE 9 À 12 ANS

Je m'appelle Tania, j'ai 11 ans.

« Moi aussi j'ai de la peine, mais je ne pleure pas devant les autres. Je me demande ce qui arrive quand on est mort, est-ce que l'on s'en va à quelque part, est-ce que l'âme, le ciel, ça existe ? »

À cette étape, l'enfant sait que tout le monde va mourir un jour, même lui. Il comprend le caractère définitif et irréversible de la mort. Tout comme les plus jeunes, il peut se sentir coupable et responsable de la mort. Il est aussi très sensible à ce que ressentent ses proches et peut s'appropriier leurs émotions, leurs réactions. Il peut aussi adopter un rôle inadéquat et vouloir soulager ou consoler son parent triste. À cet âge, il oscille entre être petit et être grand. On observe des questionnements comme les suivants : « Qu'est-ce qui se passe après la mort ? Où va l'âme ? » L'enfant peut aussi demander des détails sur la cérémonie funèbre, sur ce qui va arriver avec le corps de la personne décédée.

Manifestations possibles :

- Exprimer des craintes face à l'avenir, face à ce qu'il va devenir.
- Se sentir triste, pleurer ou, au contraire, ne pas vouloir montrer sa peine.
- Éprouver des difficultés à l'école, des problèmes d'attention, de concentration, un rendement plus faible, un désintérêt de l'école.
- Avoir des sautes d'humeur, être irritable, agressif, provoquer des conflits plus fréquents avec ses frères et sœurs, ses parents, ses amis.
- Vivre de l'insécurité, du stress, de l'anxiété.

L'ADOLESCENT

Je m'appelle Jean-François, mon surnom « Le grand JF » j'ai 16 ans.

« C'est pas possible, notre chum Loïc est mort, c'est bien trop jeune pour mourir, c'est pas juste. On s'est réuni toute la gang, on a ri, on s'est raconté des souvenirs, et on a eu de la peine. »

À l'adolescence, le jeune se sent invulnérable, rien ne peut le toucher. Il comprend que la mort est la fin de la vie, mais ça n'arrive qu'aux autres, pas à lui. La mort d'un proche vient bousculer ses pensées et lui fait prendre conscience de sa propre mort. Ses réactions face à la perte balancent entre celles de l'enfant et celles de l'adulte. Toutefois, à cet âge, son impression d'invulnérabilité et son désir d'être autonome, de se distancier de ses parents, de voler de ses propres ailes peuvent susciter chez lui des réactions parfois déroutantes pour les adultes.

Manifestations possibles :

- Paraître indifférent et insensible à ce qui arrive. C'est sa façon à lui d'encaisser le choc.
- Refuser de se confier à sa famille et rejeter son soutien. Cependant, il n'en demeure pas moins qu'il peut être bouleversé et qu'il a, lui aussi, besoin d'être rassuré, de sentir et de savoir qu'il peut compter sur l'adulte.
- Préférer la présence de ses amis.
- Avoir des attitudes agressives envers sa famille, faire des reproches.
- S'absenter de ses cours, éprouver du désintérêt.
- Vivre de la colère, de la tristesse, de la culpabilité.
- Se sentir anxieux et vivre de l'insécurité.
- Consommer de l'alcool, de la drogue.

Quelques moyens d'améliorer la situation

Vous vivez peut-être, vous aussi, la perte de la personne disparue. Dans ce cas, vous ne vous sentirez peut-être pas capable et disponible pour un temps d'offrir le soutien nécessaire à votre enfant. C'est tout à fait normal, vous n'avez pas à vous sentir coupable. N'hésitez pas à demander ou à accepter l'aide d'un parent ou d'un ami en qui votre enfant a confiance et qui pourra prendre la relève auprès de lui.

LE JEUNE ENFANT DE 0 À 2 ANS

- Soyez conscient que le jeune enfant est grandement influencé par la perte du lien affectif qui est primordial à sa sécurité et à son développement. D'où l'importance qu'une personne significative prenne la relève et s'assure que ses besoins sont comblés, tels que les soins, l'amour, la sécurité.
- Avec le nourrisson, gardez un contact visuel, parlez-lui doucement, bercez-le, cajolez-le, etc.
- Maintenez-le dans un milieu familial avec les gens et l'environnement qu'il connaît.
- Préservez autant que possible la routine pour le coucher, les repas, la sieste, etc.
- Parlez-lui doucement de ce qui est arrivé. Même s'il ne comprend pas, il sentira votre réconfort.

L'ENFANT DE 3 À 5 ANS

- Évitez de faire comme si rien n'était arrivé sous prétexte que vous devez le protéger ou qu'il est trop jeune pour comprendre, etc. L'enfant a besoin de savoir ce qui se passe. Préparez-le, n'attendez pas qu'il apprenne la vérité d'une autre façon sans y être préparé.
- Expliquez-lui la situation dans des mots simples qu'il comprendra. Par exemple, vous pouvez lui dire que son papa ou sa maman, son petit frère ou son ami est mort, qu'il ne reviendra pas. Dites-lui que c'est normal d'avoir du chagrin. Même s'il ne comprend pas tout, il sentira votre réconfort.
- Soyez franc, évitez de lui raconter des histoires, de lui dire que son papa s'est endormi pour toujours ou qu'il est parti au ciel. L'enfant sait que lorsque l'on s'endort, on doit normalement se réveiller. Il peut ainsi développer des craintes de s'endormir.
- Rassurez-le en lui disant que personne ne va l'abandonner.
- Aidez-le à exprimer ses émotions, par le jeu, le dessin.
- Déculpabilisez-le. Rassurez-le en lui disant, souvent, qu'il n'est aucunement responsable de la mort, qu'il n'a rien fait. Dites-lui aussi que la personne ne reviendra pas, même s'il le désire très fort.

- S'il le désire, faites-le participer aux visites au salon funéraire, aux funérailles, à l'enterrement. Expliquez-lui comment ça va se passer : le cercueil et la personne exposée, les gens qui seront présents, les gens qui pourraient pleurer, etc. S'il ne veut pas, faites-lui vivre son petit rituel de deuil afin de lui permettre de faire ses adieux.
- Sécurisez-le de façon concrète face à ce qui va lui arriver dans un avenir prochain : expliquez-lui qu'on viendra encore le chercher à la garderie, etc.
- Permettez-lui de jouer à des jeux en relation avec la mort, les funérailles, etc. Il exprime ainsi à travers le jeu ce que cette épreuve lui fait vivre.
- Informez la garderie de la situation. Ce sont des alliées qui peuvent aider votre enfant à vivre son deuil.
- Écoutez-le exprimer ses préoccupations sur le bien-être de la personne décédée. Rassurez-le en lui disant que la personne décédée ne ressent pas la douleur, la faim, qu'elle n'a pas peur, etc.
- Préservez autant que possible la routine pour le coucher, les repas, la sieste, etc.

L'ENFANT DE 6 À 8 ANS

- Répondez à ses questions, soyez franc. Admettez que vous n'avez pas toutes les réponses.
- N'hésitez pas à parler de ce que vous ressentez, à montrer votre chagrin à votre enfant. Dites-lui qu'il n'y a pas de honte à avoir de la peine, que ça vous arrive aussi. Vous lui donnez ainsi la permission d'en faire autant.
- Aidez-le à exprimer ce qu'il vit par le jeu, le dessin, les activités, les échanges.
- Respectez sa façon de vivre son deuil. Certains enfants vont pleurer, d'autres non. Ça ne veut pas dire pour autant qu'ils ne sont pas tristes, c'est leur façon à eux de faire leur deuil.
- Informez l'école de la situation. Ce sont des alliées qui peuvent aider votre enfant à vivre son deuil.
- Sécurisez-le de façon concrète face à ce qui va lui arriver dans un avenir prochain : expliquez-lui qu'on va encore l'aider dans ses leçons, que quelqu'un va l'attendre à l'arrêt d'autobus, etc. Rassurez-le sur le fait que vous l'aimez, que vous et les autres membres de la famille sont là pour lui.
- Maintenez autant que possible la routine, les limites et ses repères qui l'aideront à maintenir son équilibre : aller à l'école, poursuivre ses activités sportives, etc.
- Donnez-lui un objet ayant appartenu à la personne disparue. Laissez-le choisir.

L'ENFANT DE 9 À 12 ANS

- N'hésitez pas à partager avec lui ce que vous ressentez, comme la peine, la colère, la culpabilité, et dites-lui que c'est normal. Encouragez-le à parler à une personne en qui il a confiance.
- Soyez ouvert et réceptif à ses questionnements, demandez-lui comment il voit la mort.
- Rassurez-le et réconfortez-le, dites-lui qu'il n'est pas responsable du décès.
- S'il se sent coupable, proposez-lui d'écrire à la personne disparue ou de tenir un journal intime où il pourra inscrire ce qu'il aurait souhaité lui dire, comment il se sent, etc.
- S'il est agressif ou colérique, encouragez-le à faire des activités pour faire sortir son trop-plein.
- Informez l'école de la situation.
- Maintenez autant que possible la routine, les limites et ses repères qui l'aideront à maintenir son équilibre : aller à l'école, poursuivre ses activités sportives, garder contact avec ses amis.

L'ADOLESCENT

- Expliquez-lui la situation et les circonstances de la mort.
- Respectez sa façon de vivre son deuil, son besoin d'être seul ou avec ses amis. Offrez-lui votre écoute : « Si tu as envie de parler, je suis là, n'hésite pas. » N'insistez pas s'il ne veut pas parler, l'important, c'est qu'il sache qu'il peut compter sur vous. Les ados veulent savoir que les adultes sont disponibles, mais n'aiment pas être surprotégés.
- Partagez avec lui les souvenirs, suggérez-lui de faire une activité symbolique de séparation comme faire un montage de photos-souvenirs, répertorier les anecdotes, etc.
- Dites-lui comment vous vous sentez, qu'il n'y a pas de honte à pleurer, à avoir peur, que ça vous arrive aussi. Évitez de ridiculiser ses inquiétudes, ses peurs : « Tu n'es plus un bébé. »
- Maintenez autant que possible les règles, les interdits, les heures d'entrées, de sorties.
- Encouragez-le à maintenir ses activités, à garder contact avec ses amis.
- Informez l'école de la situation.

Ça va mieux si...

L'enfant ou l'adolescent endeuillé ne possède pas nécessairement le vocabulaire pour parler de son deuil et il est souvent tenté de cacher ses réactions. Il peut donc être difficile de connaître son état réel. C'est en observant son comportement, ses émotions et son état physique depuis la mort de l'être cher que vous en apprendrez davantage.

Voici quelques repères. Votre enfant ou votre adolescent est sur la bonne voie si :

- Ses réactions diminuent graduellement.
- Son état général est bon.
- Il vit des périodes de joie.
- Il se permet d'exprimer ses émotions, réactions et questionnements.
- Il démontre de l'intérêt dans diverses activités.
- Il dort et mange adéquatement.
- Il pleure ou est silencieux (il vit une perte importante, ne l'oublions pas...).

Votre enfant ou votre adolescent ira encore mieux si :

- Ses proches acceptent qu'il vit son deuil à son rythme.
- Les adultes qui l'entourent lui offrent un accompagnement adéquat au fil des années.
- Son entourage se porte mieux.

Attention!

L'enfant ou l'adolescent peut aller mieux pendant plusieurs mois, puis, soudainement, revivre des sentiments difficiles concernant son deuil. C'est que plus l'enfant ou l'adolescent endeuillé gagne en maturité, meilleure est sa compréhension de la mort. Il se peut donc que dans les années à venir, il revive son deuil. C'est un passage obligé qui démontre qu'il vit sainement cette perte survenue très tôt dans sa jeune vie. Cela est normal et peut durer jusqu'à l'âge adulte.

Quand est-il nécessaire de chercher de l'aide?

Plusieurs réactions négatives ont-elles tendance à s'intensifier et se prolonger chez votre enfant ou votre adolescent? Si oui, c'est signe qu'il éprouve de la difficulté à faire face au deuil et qu'il a besoin d'une aide professionnelle. N'hésitez pas à consulter.

Voici quelques exemples :

- Pour un bébé, ne plus rechercher le contact visuel, dormir plus fréquemment, etc.
- Faire de l'insomnie, des cauchemars fréquents, avoir une perte d'appétit, une perte de poids.
- S'isoler, se replier sur soi comme ne plus avoir le goût de jouer, de voir ses amis.
- Faire des abus d'alcool, de drogue.
- Éprouver un désintérêt marqué pour l'école, s'absenter de l'école, etc.
- Vouloir se retrouver avec la personne disparue et le manifester à plusieurs occasions.
- Avoir des idées suicidaires et faire des allusions à ce sujet.

Les ressources disponibles

Téléphone

- Le centre de santé et de services sociaux (CSSS) de votre localité
- Le service Info-Santé : 8-1-1
- La ligne sans frais de Services Québec :
1 877 644-4545
- Le service Tel-jeunes : 1 800 263-2266
- La ligne Parents : 1 800 361-5085
- L'Association canadienne pour la santé mentale du Québec : 514 849-3291

Internet

- Le site du gouvernement du Québec consacré à la pandémie : www.pandemiequebec.gouv.qc.ca
- Le site du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : www.msss.gouv.qc.ca.
- Le site de l'Association canadienne pour la santé mentale du Québec : www.acsm-ca.qc.ca/questionnaires
- Le site de Tel-jeunes : www.teljeunes.com

Consultez les autres fiches psychosociales traitant de différents thèmes appropriées en période de pandémie d'influenza. Vous les retrouverez sur le site du gouvernement du Québec consacré à la pandémie.

Rédaction :

M^{me} Hélène Ouellet, agente de recherche, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Collaboration :

M. Gaëtan Trudeau, agent de recherche, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

M^{me} Sylvie Bessette, travailleuse sociale, Maison Aube-Lumière, Sherbrooke (maison de soins palliatifs associée à l'Université de Sherbrooke)

M^{me} Josée Masson, travailleuse sociale professionnelle, cabinet privé

Références :

BEAUMONT, Céline. *Le deuil chez l'enfant : mieux le comprendre pour mieux l'accompagner*, [En ligne], 2002. [www.ordrepsy.qc.ca/opqv2/Files/pub_psychologie_quebec/novembre_2002/ArtDossier_Enfant_Nov02.pdf].

BESSETTE, Sylvie, et Claire FOCH. *Les enfants en deuil*, [En ligne]. [www.mamanpourlavie.com/fr/conseils/statique/conseils_34.html].

DOLTO, F. *Parler de la mort*, Paris, Gallimard, 1998.

HANUS, M., et B. M. SOURKES. *Les enfants en deuil*, Paris, Frison-Roche, 1997.

MASSON, Josée. *Derrière mes larmes d'enfant, la mort et le deuil me font mal*, Éditions Ressources, 2005.

MONBOURQUETTE, Jean. *Aimer, perdre et grandir, assumer les difficultés et les deuils de la vie*, Bayard Éditions/Le Centurion, 1995.

Ponette : l'histoire d'une petite fille qui refuse la mort de sa mère, [Enregistrement vidéo] : Jacques Doillon, France, 1995, DVD, 93 minutes, couleurs, 35 mm/1.66.

Aide-mémoire

En cas de besoin, il est possible de joindre :

Outil n° 9

Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de stress aigu

Interventions auprès des personnes ayant des réactions de stress aigu

- Repérage des témoins directs ou indirects au suicide.
- Évaluation de la pertinence de faire des interventions à la phase d'impact ou à la phase aigüe.
- Interventions psychosociales lors de la phase d'impact (48 premières heures) ou ce que certains auteurs appellent le désamorçage (Séguin *et al.*, 2006a) :
 - ✓ Offrir les premiers soins, s'il y a lieu, et assurer un milieu sécuritaire;
 - ✓ Répondre aux besoins de base immédiats de la personne;
 - ✓ La sécuriser;
 - ✓ Lui rappeler qu'elle n'est pas seule et que des ressources d'aide sont disponibles pour elle;
 - ✓ Adopter une attitude d'ouverture, d'acceptation, de validation et d'écoute bienveillante;
 - ✓ Lui offrir un soutien pratique et émotionnel non interventionniste. Ne pas être intrusif. Le vécu émotionnel doit être livré spontanément par la personne;
 - ✓ L'informer des conséquences psychologiques possibles suite à l'exposition au trauma;
 - ✓ Évaluer, de manière souple, les facteurs de risque et de protection de la personne si celle-ci est prête à échanger.
- Interventions psychosociales lors de la phase aigüe (après les 48 premières heures jusqu'au premier mois) :
 - ✓ Offrir un soutien émotionnel dans un contexte non directif et sécurisant;
 - ✓ Poursuivre, au besoin, le soutien pratique;
 - ✓ Faire la promotion d'un soutien social adéquat. L'intervenant doit aider la personne à restaurer son soutien social (ex. : l'entraide par les pairs, etc.). L'absence de soutien social semble lier à la chronicisation des symptômes (Marchand, 2006);
 - ✓ Transmettre les informations pertinentes, selon la situation (ex. : information sur les réactions psychologiques possibles à la suite de l'exposition au trauma, sur les services d'aide, etc.);
 - ✓ Accompagner les personnes dans la référence vers un suivi spécialisé pour traiter l'état de stress aigu;
 - ✓ Repérer les personnes vulnérables compte tenu de problématiques psychosociales ou psychiatriques déjà présentes. Les personnes en état de décompensation relié à l'événement traumatisant doivent plutôt être référées rapidement vers les services de psychiatrie. En phase aigüe, les interventions décrites ci-dessus ne devraient pas être utilisées auprès des personnes en décompensation.

Outil n° 10

Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de stress temporaire

Interventions auprès des personnes qui ont des réactions de stress temporaire

Il arrive souvent que l'annonce de la nouvelle, le recadrage de l'information et la ventilation sont des interventions qui se font à l'intérieur d'un même moment d'intervention. Toutefois, ces trois interventions ont des objectifs différents.

- Annonce de la nouvelle :
 - ✓ Informer adéquatement les personnes qui sont touchées et qui pourraient ressentir les impacts du suicide (état de stress temporaire);
 - ✓ Prévenir la circulation des rumeurs;
 - ✓ Recadrer l'information au besoin.
- Recadrage :
 - ✓ Effectuer un recadrage de l'information, auprès des personnes en état de stress temporaire, lorsque des fausses rumeurs circulent;
 - ✓ Éviter la banalisation ou la dramatisation du suicide en donnant les informations nécessaires sur la problématique du suicide (grande vulnérabilité au-delà des difficultés apparentes, etc.);
 - ✓ Évaluer la pertinence de faire une intervention de ventilation au besoin.
- Ventilation :
 - ✓ Faciliter la mise en mots des émotions de surprise, de stupeur, de conflits et aider à déterminer les stratégies qui favorisent la diminution du stress auprès des personnes en état de stress temporaire;
 - ✓ Reconnaître et valider la peine et les autres émotions ressenties par les personnes en état de stress temporaire;
 - ✓ Repérer les personnes plus vulnérables qui vivent une détresse ou qui ont développé un état de crise suicidaire ou de désorganisation lié à un trouble psychiatrique et les référer vers les services adéquats;
 - ✓ Faire connaître les services d'aide dans le milieu.

N. B. Le repérage des personnes vulnérables et à risque de comportements suicidaires doit s'étaler sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. En effet, les impacts d'un suicide se répercutent dans le temps, et ce, bien au-delà de l'urgence associée au moment du décès. Les intervenants et les sentinelles, s'il y a lieu, doivent demeurer vigilants tout au long de l'année qui suit le décès par suicide dans le milieu affecté par le suicide.



Outil n° 11

Les interventions auprès des enfants ayant des réactions de stress temporaire (non endeuillés, non témoins directs ou indirects et non décompensés)

Les interventions de postvention auprès des enfants en état de stress temporaire seront adaptées selon l'évolution de la compréhension de la mort de l'enfant telle que présentée dans l'outil n° 7.

Les interventions d'annonce de la nouvelle, de recadrage de l'information et de ventilation

L'annonce de la nouvelle, le recadrage de l'information et la ventilation se font souvent au cours d'une même rencontre. Mais ce sont des interventions différentes ayant chacune des objectifs spécifiques. Nous décrivons les interventions d'annonce de la nouvelle, de recadrage de l'information et de ventilation auprès des élèves de 1^{re} et de 2^e années et celles auprès des élèves de 3^e à 6^e années. Ces interventions sont tirées et adaptées du programme *Le problème du suicide chez les enfants : Comprendre et agir à l'école primaire* (Gallagher, 2006). Il est important de rappeler que ces interventions se font seulement auprès des enfants qui ont des réactions de stress temporaire.

L'annonce de la nouvelle auprès des élèves de 1^{re} et 2^e années

Objectif

Annoncer le décès clairement et directement à l'aide du message proposé ci-dessous.

Auprès de qui?

Les élèves de 1^{re} et 2^e années en état de stress temporaire.

Qui le fait?

Un enseignant accompagné d'un professionnel de la relation d'aide.

Comment?

Exemple du message à livrer pour annoncer la nouvelle :

_____ (moment), nous avons appris que _____ (nom de la personne), un ami de l'école, est mort. Y a-t-il des élèves parmi vous qui sont au courant de cette nouvelle?

- Donner des réponses concrètes, en des mots connus, où il faut expliquer aux enfants ce qui s'est passé (sans trop de détails). Il est important qu'on leur explique que le décédé s'est lui-même donné la mort. Répondre clairement aux questions.
- Dire que la personne qui souffrait beaucoup s'est trompée et a choisi un mauvais moyen pour arrêter d'avoir mal à son cœur. Il faut dire **souvent** à l'enfant que personne n'y pouvait rien et que ce n'est la faute de personne si X s'est suicidé.
- Les rassurer en leur disant que lorsqu'on est malheureux, il est important d'en parler à quelqu'un en qui on a confiance.
- Il faudra sûrement faire face à des questions concrètes sur la mort, tenter de faire comprendre simplement que la mort, c'est lorsque notre cœur arrête de battre (donner l'exemple d'un animal qui a cessé de respirer); éviter de faire des liens entre la mort et le sommeil car l'enfant pourra craindre de s'endormir et développer des troubles du sommeil.
- Il faudra peut-être reprendre plusieurs fois les explications sur ce qu'est la mort; toujours utiliser des exemples simples et concrets. Avec la répétition et les exemples de la vie quotidienne, l'enfant comprendra graduellement ce qu'est la mort.
- Référer à un membre de l'équipe d'intervention-suicide les élèves qui manifestent des signes de détresse marqués.



L'annonce de la nouvelle auprès des élèves de 3^e à 6^e années

Objectif

Annoncer le décès clairement et directement à l'aide du message proposé ci-dessous.

Auprès de qui?

Les élèves de 3^e à 6^e années en état de stress temporaire.

Qui le fait?

Un enseignant accompagné d'un professionnel de la relation d'aide.

Comment?

Exemple du message à livrer pour annoncer la nouvelle :

_____ (moment), nous avons appris que _____ (nom de la personne), un ami de l'école, est mort. Y a-t-il des élèves parmi vous qui sont au courant de cette nouvelle? Est-ce que vous savez de quelle façon _____ (nom de la personne) est mort? Il s'agit d'un suicide. Est-ce que vous savez ce qu'est le suicide? (Une personne qui s'enlève la vie parce qu'elle a des problèmes et parce qu'elle n'a pas vu d'autres solutions).

Aujourd'hui et pour les autres journées qui viennent, il se peut que vous et vos amis ayez beaucoup de peine! Si c'est le cas, il y a des personnes à l'école qui peuvent vous aider (professeurs, intervenants, infirmiers, direction, etc.). N'hésitez pas à nous en parler.

Message à livrer

Il est important de passer comme message aux enfants qu'il existe des solutions pour faire face aux difficultés ou aux souffrances de la vie.

Exemple : Lorsqu'on vit des difficultés ou des grandes peines, on ne voit pas toujours les solutions pour nous aider parce qu'on a parfois trop de peine dans notre cœur. Si vous avez de la peine, vous pouvez vous confier à des personnes adultes envers qui vous avez confiance, elles peuvent vous aider à trouver des solutions.



Le recadrage de l'information auprès des enfants

Objectif

Clarifier les rumeurs en circulation à l'égard du suicide et ainsi éviter la banalisation, la dramatisation ou le sensationnalisme entourant l'événement.

Auprès de qui?

Les élèves de 1^{re} à 6^e années en état de stress temporaire.

Qui le fait?

Un professionnel de la relation d'aide accompagné d'un enseignant.

Comment?

Le suicide ne doit pas être glorifié ou dramatisé. Les enseignants ou les professionnels doivent éviter de divulguer des détails non pertinents associés aux circonstances du décès. Par exemple, il n'est pas nécessaire de mettre l'accent sur le moyen utilisé par la personne pour mettre fin à ses jours. On peut convenir de dévoiler le moyen du suicide, mais il faut éviter de mentionner les détails superflus. Il s'agit d'insister davantage sur le désespoir et la souffrance que vivent les personnes suicidaires plutôt que sur le vécu de la personne décédée. Ici encore, le choix de l'information à livrer et les mots à utiliser relèveront du jugement de la ressource.

Consignes

- Dissiper les rumeurs en clarifiant les faits sur le suicide, selon ce qu'ils savent de la situation et selon ce qui circule comme information;
- Il est important de passer comme message aux enfants qu'il existe des solutions pour faire face aux difficultés ou aux souffrances de la vie;
- Repérer les enfants qui semblent être bouleversés par l'événement et évaluer la pertinence de poursuivre la rencontre en introduisant l'activité de ventilation (présentée à la page suivante).



La ventilation des émotions auprès des enfants

Objectifs

- Permettre l'expression des émotions chez les enfants qui sont plus affectés par la situation, mais non endeuillés et non témoins directs ou indirects;
- Identifier les ressources disponibles dans le milieu et les faire connaître aux enfants;
- Repérer les enfants plus vulnérables et les accompagner vers les ressources appropriées.

Auprès de qui?

Les élèves de 1^{re} à 6^e années en état de stress temporaire.

Qui le fait?

Un professionnel de la relation d'aide accompagné d'un enseignant. De prime abord, une séance de ventilation devrait être animée par une personne (ou plus selon le nombre de participants) qui a de bonnes connaissances de la problématique du suicide et qui se sent à l'aise pour le faire. Il est également important de toujours prévoir un filet de sécurité, c'est-à-dire un intervenant disponible en cas d'urgence.

Comment?

La ventilation ne doit pas s'appliquer de façon uniforme, mais selon les besoins exprimés et selon les groupes d'âge. À la suite d'une analyse de la situation, l'équipe de postvention évaluera quels enfants ont des réactions au suicide et quelle est la nature des réactions. Les interventions de type ventilation ne sont pas faites automatiquement auprès des groupes-classes, par exemple, mais bien seulement auprès des enfants qui ont des réactions de stress temporaire.

L'intervention de ventilation peut se dérouler en groupe restreint ou en activité individuelle. Pour ce faire, les intervenants ont recours dans la démarche proposée ici, à des stratégies adaptées aux enfants d'âge scolaire primaire, qui favorisent l'expression des émotions et des sentiments. Lors des interventions de ventilation, les intervenants doivent reconnaître et valider la peine ainsi que les autres émotions ressenties par les enfants.

Lors d'une rencontre de ventilation, l'animateur doit adopter une attitude compréhensive, réceptive et empathique afin de créer un climat de confiance et propice au partage.

Cette rencontre de ventilation peut s'avérer utile pour identifier les enfants qui vivent davantage de détresse. Les intervenants pourront ensuite les encourager à faire appel aux diverses ressources qui sont mises à leur disposition.



Consignes

- Inviter les élèves à l'échange **sans toutefois insister**; certains peuvent préférer parler en dehors du cadre formel de la classe avec un intervenant et les inviter à le faire. Il faut donc prévoir des rencontres privées avec ces élèves, au besoin.
- Rassurer les élèves en leur expliquant et en leur rappelant l'importance que, même si c'est souvent difficile, le fait de parler et de partager sa peine amène un certain soulagement.
- Vérifier leurs craintes et inquiétudes par rapport à cet événement.
- Encourager et normaliser l'expression des sentiments comme le choc, la peur, la tristesse, la culpabilité, la colère contre d'autres personnes ou contre la victime.
- Minimiser le blâme : personne ne peut assumer la responsabilité d'un suicide.
- Prendre garde de ne jamais décrire le suicide en termes positifs ou comme étant un acte de bravoure. Le suicide n'est ni romantique, ni héroïque.
- Encourager les élèves à parler avec leurs parents et amis de leurs sentiments et de leur façon de voir et de concevoir le suicide, la mort, etc.
- Rassurer les élèves sur l'utilité, la nécessité et les bienfaits de faire appel aux diverses ressources en cas de besoin. Voir avec eux quelles sont les solutions aux problèmes qu'ils peuvent eux-mêmes rencontrer, voir leur propre gestion de la souffrance.
- Vérifier auprès des enfants s'ils ont des questions ou des préoccupations par rapport à l'enfant endeuillé (par exemple) qui reviendra dans la classe et, le cas échéant, proposer une façon d'accueillir l'enfant endeuillé (dessins, carte de sympathie, etc.).
- Repérer les enfants en état de stress temporaire qui, selon vous, peuvent profiter d'une autre rencontre de ventilation en individuel.
- Repérer les enfants vulnérables qui, par exemple, ont déjà vécu des événements traumatiques ou qui se désorganisent et les accompagner vers les services d'aide appropriés.
- Ne pas forcer ou imposer un thème. Laisser venir les préoccupations des enfants et ajuster les interventions au besoin.
- Il est important de terminer chacune des activités en spécifiant que, pour chaque problème, il y a toujours une solution et qu'il existe des personnes à l'intérieur et à l'extérieur de l'école pour les aider.



Outil n° 12

Les interventions auprès des personnes ayant des réactions de crise (psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique) ou de crise suicidaire

Interventions auprès des personnes qui ont des réactions de crise (psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique) ou de crise suicidaire

- Repérage des personnes non témoins et non endeuillées, mais suicidaires ou celles en état de décompensation relié à un trouble psychiatrique ou de dépendance;
- Intervention de crise ou de crise suicidaire telle que précisée dans la formation accréditée de l'AQPS *Intervenir en situation de crise suicidaire* ou dans la formation sur le suivi étroit de la Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine;
- Référence vers les services adéquats.

Outil n° 13

Les interventions auprès d'une organisation ou d'une communauté

Interventions auprès d'une organisation (milieu de travail, école, etc.) ou auprès d'une communauté

- Rencontrer la direction de l'organisation;
- Proposer un plan de postvention selon les étapes de la gestion clinique de la postvention;
- S'inspirer des principes d'Hobfoll *et al.* (2009) pour la pratique de l'intervention psychosociale à la suite d'un événement traumatique dans les communautés tels que détaillés précédemment aux pages 21, 22 et 23 :
 - ✓ Promouvoir le sentiment de sécurité;
 - ✓ Favoriser les techniques qui contribuent à diminuer l'anxiété;
 - ✓ Promouvoir le sentiment de compétence personnelle et collective;
 - ✓ Promouvoir le soutien social et les liens d'attachement;
 - ✓ Susciter l'espoir.
- Préciser les rôles et responsabilités de chacun :

Si le suicide a lieu dans une école

- ✓ Informer le personnel de l'école du décès par suicide, du plan d'action et des interventions à mettre en place;
- ✓ Préciser quel sera leur rôle dans ce plan d'action de postvention (ex. : repérer les élèves vulnérables et référer à l'équipe de postvention);
- ✓ Identifier les personnes vulnérables du personnel de l'école qui nécessitent un accompagnement;
- ✓ Les référer vers les ressources d'aide.

Outil n° 14

Quelques consignes¹² avant de se déplacer dans le milieu pour faire une intervention

Si vous décidez de vous déplacer dans un milieu pour faire une intervention, vous devez :

- Aviser systématiquement le coordonnateur de postvention;
- Transmettre les informations relatives à l'intervention (lieu de l'intervention, analyse de la situation, etc.) à un des intervenants qui a participé à l'analyse de la situation;
- Ne pas hésiter à appeler le coordonnateur de postvention si l'intervenant sur le terrain juge qu'il a besoin de renfort;
- Ne pas hésiter à appeler les policiers si ces derniers ont quitté les lieux avant votre arrivée. S'assurer auprès d'eux que les lieux sont sécuritaires.
- Travailler en complémentarité avec les services policiers. Voici quelques balises à respecter¹³ :
 - ✓ La démarche d'enquête policière a priorité sur l'intervention psychosociale.
 - ✓ Dès l'arrivée sur les lieux du drame, l'intervenant psychosocial doit se présenter aux policiers pour les aviser de sa présence, pour valider les faits, pour prendre les informations supplémentaires et pour vérifier s'ils ont des attentes particulières face aux intervenants, comme être à l'écoute des personnes présentes, rassurer, calmer, recevoir la charge émotionnelle des gens, etc.
 - ✓ Le service de police a la responsabilité de faire l'annonce initiale du décès. Cependant, l'intervenant psychosocial peut agir en soutien pour assurer la suite auprès du milieu ou des membres de la famille touchés par le suicide.
 - ✓ Les intervenants psychosociaux doivent éviter de demander aux gens de raconter ce qu'ils ont vu ou entendu avant que l'enquêteur n'en donne l'autorisation.
- Amener avec vous :
 - ✓ Un cellulaire chargé;
 - ✓ Votre carte vous identifiant comme un employé du CSSS;
 - ✓ Le numéro de téléphone pour joindre le coordonnateur de postvention;
 - ✓ Papier et crayon;
 - ✓ Carte routière de la région;
 - ✓ Un peu d'argent comptant;

¹² Ces consignes sont inspirées du *Guide pratique : Intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide*, CSSS de la région de Chaudière-Appalaches, Juin 2008.

¹³ Tiré de Deblois, J., M.-H. Houde, N. Latulipe, et É. Robitaille, 2008. *La Boîte à Outils : Guide pratique pour intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide*, CSSS de la région de Chaudière-Appalaches.

- 
- ✓ Des papiers-mouchoirs;
 - ✓ De l'eau et un peu de nourriture;
 - ✓ Les cartes d'affaires de la Ligne de prévention du suicide de la Gaspésie et des Îles et autres dépliants jugés pertinents.
- Une fois rendu sur place :
 - ✓ Vous présenter;
 - ✓ Préciser les raisons de votre présence;
 - ✓ Témoigner votre sympathie;
 - ✓ Adopter une attitude d'accompagnement, être attentif et chaleureux;
 - ✓ Poser les questions suivantes de manière non intrusive. Ne pas insister si la personne ne veut pas répondre ou n'est pas en état de répondre aux questions. Ces exemples de questions sont une bonne manière d'entrer en relation avec la personne qui vient de vivre un événement à potentiel traumatique (Prieto et Lebigot, 2003) :
 - Que s'est-il passé? Quand est-ce arrivé? Où est-ce arrivé?
 - Comment l'avez-vous appris?
 - Qui l'a retrouvé?
 - Vérifier avec la personne si vous pouvez continuer à poser des questions.
 - Comment vous sentez-vous maintenant?
 - Qui aimeriez-vous qui soit ici? Qui peut les appeler?
 - Refaire une évaluation de la situation sur place et intervenir selon la nature des réactions au décès par suicide, ainsi que selon leurs besoins et selon leur consentement :
 - ✓ Intervention précoce de deuil auprès des endeuillés;
 - ✓ Interventions psychosociales lors de la phase d'impact (48 premières heures) auprès des témoins directs ou indirects;
 - ✓ Intervention de ventilation auprès des personnes en état de stress temporaire;
 - ✓ Intervention selon les principes d'Hobfoll *et al.* (2009) tels que décrits dans la partie 2 de ce document :
 - Promouvoir le sentiment de sécurité;
 - Favoriser les techniques qui contribuent à diminuer l'anxiété;
 - Promouvoir le sentiment de compétence personnelle et collective;
 - Promouvoir le soutien social et les liens d'attachement;
 - Susciter l'espoir.
 - Repérer les personnes qui nécessitent des interventions plus spécialisées.
 - Donner de l'information sur les ressources d'aide.

Outil n° 15

Le bilan des interventions de postvention¹⁴

Objectifs

- Évaluer la démarche en cours (coordonnateur et équipe)
- Ajuster les interventions en cours afin de tenir compte de l'évolution des réactions des personnes

Personne décédée : _____ Date du décès : _____

Interventions réalisées	Par qui?	Quand?	Auprès de qui?	Où?	Effets positifs/négatifs	Conditions facilitantes/nuisibles	Suivis	Commentaires

Liste des interventions de postvention réalisées	Analyse de la situation, identification des personnes affectées selon leurs réactions au suicide, intervention précoce de deuil, intervention auprès des personnes en état de stress aigu (témoins directs), intervention et suivi de crise ou de crise suicidaire, annonce de la nouvelle, ventilation, suivi de deuil, soutien au personnel d'une organisation, intervention auprès des administrateurs, travail auprès des médias, etc.
--	--

¹⁴ Adapté de *Intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide : Guide pratique*, CSSS de la région de Chaudière-Appalaches, Juin 2008.

Outil n° 16

Les communications avec les médias

Lignes directrices pour les médias¹⁵

- Réduire au minimum la médiatisation des cas de suicide.
- Ne pas traiter un suicide d'intérêt privé.
- Rapporter un cas de suicide seulement lorsqu'il est jugé, en toute objectivité, d'intérêt public :
 - ✓ Le suicide est commis dans un lieu public;
 - ✓ La personne décédée est un personnage public;
 - ✓ Le suicide a un lien avec une protestation symbolique, une idéologie.

Consignes advenant un traitement médiatique

- Ne pas traiter en première page (si l'événement doit être placé à la une). Disposer le titre sous le pli du journal.
- Éviter d'utiliser le mot suicide dans le titre.
- Ne pas publier les photos de la personne décédée.
- Éviter de donner des détails relatifs à la méthode utilisée.
- Éviter de décrire le suicide comme inexplicable ou encore de donner des raisons simples.
- Ne pas donner au suicide un caractère séduisant, romantique, héroïque ou lâche.
- Ne pas donner l'impression d'approuver le geste.
- Éviter de donner un caractère sensationnel à l'événement ou de contribuer à le dramatiser davantage.
- Remplacer les mots :
 - ✓ Suicide réussi par suicide ou suicide complété;
 - ✓ Tentative non réussie par tentative de suicide;
 - ✓ Victime du suicide par suicidée;
 - ✓ Candidat au suicide par personne à risque;
 - ✓ Enrayer l'épidémie/la prolifération du suicide par aider à prévenir le suicide.

Éléments pouvant aider et encourager la prévention du suicide

- Souligner que l'on peut surmonter une crise suicidaire.
- Proposer des solutions de rechange au suicide.
- Faire la promotion de la demande d'aide et de l'entraide.
- Informer les gens sur les ressources locales disponibles aux personnes suicidaires et leurs proches.
- Présenter les principaux signes précurseurs.

¹⁵ Tiré de Séguin, M. et al., 2005. *Intervenir à la suite d'un suicide. Programme de postvention en milieu scolaire*, Les Éditions Logiques.

Tableau synthèse des interventions en prévention du suicide en milieu scolaire

Idées suicidaires**Repérer**

- Indices et comportements suicidaires

**Évaluer le potentiel suicidaire**

- Planification suicidaire (COQ)
- Facteurs de risque
- Dangereusité
- Facteurs de protection

**Intervenir en situation de crise suicidaire**

- Assurer la sécurité
- Écouter la détresse
- Déterminer le contexte suicidaire et l'élément déclencheur
- Soutenir les stratégies d'adaptation
- Définir le filet de sécurité (famille, cognitions positives, etc.)
- Transmettre l'espoir

**Discuter l'analyse de la situation en équipe, au besoin****Tentatives de suicide****Donner les premiers soins, s'il y a lieu**

- Signaler le 911
- Hospitaliser, s'il y a lieu
- Isoler la scène de la tentative afin d'éviter le trauma
- Nettoyer, s'il y a lieu

**Analyser la situation en équipe**

- Assurer l'intervention de crise suicidaire
- Mesurer les impacts auprès des élèves et des adultes
 - Vérifier et rectifier les rumeurs
 - Préserver la vie privée
- Accompagner l'élève dans son retour en milieu scolaire

**Continuer à repérer**

- La personne ayant fait la tentative
- Les proches
- Les personnes vulnérables ou à risque

Postvention (interventions à la suite d'un décès par suicide)**Valider les faits**

- Informer la direction
- S'adjoindre des ressources externes
- Informer les responsables des milieux concernés (équipe d'intervention-suicide de l'école, chef d'administration de programmes du CSSS, autres milieux scolaires s'il y a lieu, équipes de sport, maisons de jeunes et autres)

**Analyser systématiquement la situation en équipe de façon continue et selon les besoins**

- Tenir une rencontre d'équipe
- Faire le portrait de la situation
- Identifier les endeuillés et les témoins directs du suicide et intervenir prioritairement auprès d'eux
- Identifier les personnes en état de stress temporaire
- Identifier les personnes vulnérables en situation de crise ou de crise suicidaire
- Analyser la pertinence d'intervenir dans le milieu scolaire (oui ou non) selon les réactions de :
 - Deuil
 - Stress aigu
 - Stress temporaire
- Identifier les interventions à faire individuellement ou en groupe s'il y a lieu et déterminer qui fera l'intervention
- Préparer les interventions ciblées
- Préparer les informations pertinentes à transmettre aux concernés par la situation
- Mettre en place les conditions nécessaires à l'intervention (disponibilité du secrétariat, local d'intervention, etc.)
- Communiquer avec la famille et offrir nos condoléances
- Remettre les objets personnels de la victime à la famille
- Informer les membres du personnel des décisions prises suite à l'analyse, s'il y a lieu

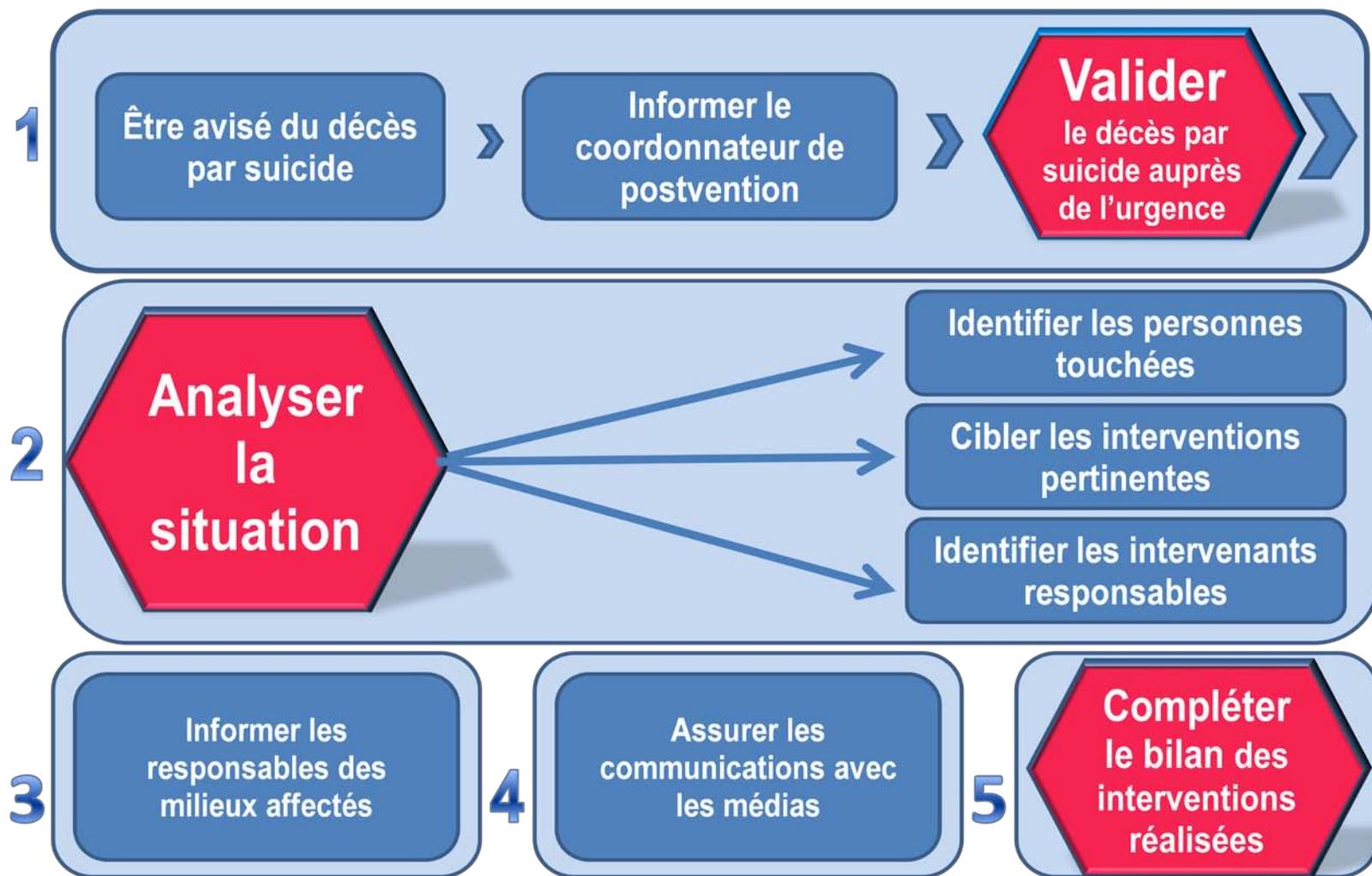
**Offrir des interventions aux personnes ciblées prioritairement le plus rapidement possible et de façon proactive**

- Effectuer les interventions appropriées selon le plan prescrit et les réactions identifiées

**Reprendre les activités scolaires habituelles****Continuer de repérer les personnes vulnérables ou à risque suicidaire avec l'aide du personnel de l'école ou du collègue**

Outil n° 18

Tableau synthèse des étapes cliniques du protocole de postvention



Outil n° 19

Lecture à donner à la victime et à ses proches à la suite d'un événement traumatisant

Comment réagit-on suite à un événement traumatisant?

Le trouble de stress post-traumatique (ou TSPT) est une réaction commune à un événement très stressant ou traumatisant. Divers types d'événements peuvent entraîner un TSPT : un accident de voiture, une agression sexuelle ou physique, un accident de travail, un désastre naturel ou être témoin de la mort de quelqu'un. Vivre un de ces événements constitue souvent une crise de vie majeure pour la personne et entraîne souvent des réactions émotionnelles très fortes.

Les personnes souffrant de TSPT présentent souvent trois types de symptômes :

- 1. L'événement est constamment revécu (reviviscence).** Ceci peut inclure des souvenirs qui s'imposent à votre conscience et que vous ne pouvez pas contrôler, des cauchemars, des « flash-backs », qui vous donnent l'impression que vous revivez l'événement. Ces reviviscences peuvent survenir plus particulièrement lorsque vous avez vu ou entendu quelque chose qui est associé à l'événement. En fait, l'événement traumatique est tellement exceptionnel qu'il ne peut pas être automatiquement « digéré » par l'organisme. La personne va essayer de comprendre ce qui s'est passé, de donner un sens à l'événement. Pour comprendre l'événement traumatique, elles doivent y penser. Or, y penser fait remonter des images dérangeantes de l'événement : ce sont les reviviscences. Ces reviviscences indiquent que votre organisme tente de comprendre ce qui s'est passé et essaie de l'assimiler, de le « digérer ».
- 2. Évitement.** Parce qu'il est très dérangeant de se souvenir de l'événement, les personnes souffrant de TSPT évitent d'y penser. Elles évitent aussi tous les gens, les endroits ou les choses qui leur rappellent l'événement. Elles se sentent souvent engourdies émotionnellement ou détachées des autres qui les entourent. Certaines se tournent aussi vers l'alcool ou la drogue pour ne pas être en contact avec leur détresse. En fait, quand les gens vivent un événement traumatique, tous les éléments qui étaient présents lors de l'événement (odeurs, bruits, objets, endroits) deviennent associés à de la détresse et de l'anxiété. Par la suite, une lumière similaire, un son, une odeur déclencheront des émotions de stress tellement désagréables que la personne va éviter le plus possible d'être en contact avec ces éléments pour ne pas ressentir de détresse.
- 3. Signes d'anxiété physiques (hyperactivation).** Cela peut inclure des difficultés à dormir, des sentiments d'irritabilité ou d'impatience, des difficultés de concentration et des sensations d'être constamment en état d'alerte ou sur ses gardes. En fait, suite à un événement traumatique, la victime perçoit le monde comme un endroit dangereux. Vous pouvez avoir l'impression de devoir être constamment sur vos gardes pour « empêcher » un autre événement traumatisant.



La plupart des gens commencent à ressentir des symptômes post-traumatiques rapidement suite à l'événement alors que d'autres ne commencent à souffrir de TSPT que plusieurs années après. Pour certains, les symptômes se résorbent d'eux-mêmes dans les trois premiers mois après l'événement. Pour d'autres, les symptômes peuvent durer des années. Les symptômes de TSPT peuvent affecter vos diverses sphères de vie, comme le travail, vos relations de couple, l'atmosphère familiale, vos activités de loisirs. De plus, parallèlement aux symptômes post-traumatiques, vous pouvez aussi vivre plusieurs émotions très intenses : tristesse, colère, culpabilité, honte ou impuissance.

En quoi une démarche thérapeutique peut-elle m'aider?

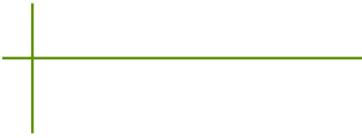
Plutôt que de trouver la sérénité suite à un événement traumatique, les gens se retrouvent souvent à osciller entre des moments où ils tentent de se souvenir de l'événement pour le digérer et des moments où ils évitent d'y penser parce que c'est trop difficile. À court terme, cet évitement peut vous donner l'impression que cela soulage votre anxiété. Cependant, à moyen et long terme, cet évitement empêche l'intégration émotionnelle du traumatisme et entraîne le TSPT.

L'objectif de la démarche pour le stress post-traumatique est de favoriser l'intégration émotionnelle (la « digestion ») du traumatisme. Elle vise à diminuer les reviviscences de l'événement, à favoriser une reprise des activités normales quotidiennes, à vous aider à vous apaiser et vous détendre. Le souvenir de l'événement ne sera jamais un souvenir joyeux, mais cette expérience deviendra une expérience passée qui n'affectera plus votre quotidien et n'entraînera plus de détresse grave. Plusieurs études ont démontré que la thérapie cognitivo-comportementale peut réellement aider les personnes souffrant de TSPT.

Votre démarche comprendra plusieurs étapes. D'abord, votre thérapeute vous donnera davantage d'informations sur le stress post-traumatique et sur le rôle de vos symptômes. Ensuite, les émotions et les pensées qui ont suivi l'expérience du traumatisme seront explorées. Nous savons que certaines pensées peuvent entraîner beaucoup de détresse et il sera nécessaire de partager et de travailler certaines émotions et certaines pensées afin de vous aider à mieux digérer l'événement traumatique. Ensuite, nous tenterons des stratégies de relaxation et de respiration afin de vous aider à vous apaiser et à vous détendre. Ensuite, nous vous aiderons à réappivoiser certains éléments (odeurs, situations, bruits) qui sont associés au traumatisme. Ces stratégies vous permettront de retrouver une certaine autonomie et une plus grande confiance en vous. L'objectif consiste à vous aider à atteindre un état de calme et un retour à un niveau de fonctionnement satisfaisant.

Une médication pourrait-elle m'aider?

La médication seule n'est habituellement pas suffisante pour traiter un TSPT. Cependant, elle peut être aidante pour certaines personnes de façon combinée à la thérapie afin de vous apaiser et diminuer votre anxiété ou votre tristesse. Votre médecin pourrait vous aider à évaluer si une médication serait adaptée à vos besoins.



Lecture proposée par Pascal Brillon et tirée document de formation *Aider les victimes souffrant de stress post-traumatique à réapprendre à vivre et à faire confiance*, juin 2010.



Bibliographie

Battle, A. « Group therapy for survivors of suicide », dans *Crisis*, Vol. 5, n° 1, 1984.

Benedek, D. M. et coll. *Practice guideline for the treatment of patient with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*, sur le site de l'American Psychiatric Association, 2004.

Berthiaume, C., M. Bériault, et L. Turgeon. « L'état de stress post-traumatique chez les enfants : manifestations et traitement », dans *Les troubles liés aux événements traumatiques*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2006, p. 139-163.

Boyer, R., S. Guay, et A. Marchand. « Épidémiologie de l'état de stress post-traumatique », dans *Les troubles liés aux événements traumatiques*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2006.

Campbell, F.R., L. Cataldie, J. McIntosh, et K. Millet. « An active postvention program », in *Crisis*, Vol. 25, n° 1, 2004, p. 30-32.

Campbell, F.R., et J. Cerel. « Suicide survivors seek mental health services : A preliminary examination of the role of an active postvention model », in *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 38, n° 1, 2008.

Campbell, F. R. « Aftermath of suicide : the clinician's role ». in Simon, R. I. and Hales, R. E., *Textbook of Suicide Assessment and Management*, American Psychiatric Publishing, Washington, 2006, p. 459-476.

Gallagher, R. *Le problème du suicide chez les enfants : Comprendre et agir à l'école primaire*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Gaspé, 2006.

Guay, S., et A. Marchand. *Les troubles liés aux événements traumatiques*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2006.

Hanus, M. *Le deuil après suicide*, Éditions Maloine, 2004.

Hobfoll, S., et coll. « Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention : empirical evidence », dans *Focus*, Vol. 7, Printemps 2009, p. 221-242.

Jacobs, D., et coll. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*, American Psychiatric Association, Novembre 2003.

Malenfant, P. *L'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile : Volet psychosocial, Guide de formation et manuel de référence*, Document de travail, 2008.



Malenfant, P. « Constats et perspectives sur la pratique du debriefing en contexte de sécurité civile », dans *Revue Intervention*, n° 129, Décembre 2008.

Marchand, A., I. Bousquet Des Groseillers, et A. Brunet. « Psychotraumatismes : stratégies d'intervention psychothérapeutique postimmédiate », dans *Les troubles liés aux évènements traumatiques*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2006, p. 167-190.

McNally, Richard J. « Psychological debriefing does not prevent posttraumatic stress disorder », in *Psychiatric Times*, April 2004, Vol. XXI, Issue 4.

Mitchell, J.T. « When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process », *Journal of Emergency Services*, 8, 1983, p. 36-39.

Prieto, N., et F. Lebigot. *Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe*, [En ligne], www.senon-online.com/Documentation/.../Prieto.pdf.

Séguin, M., et L. Fréchette. *Le deuil*, Les Éditions Logiques, 1999.

Séguin, M., F. Roy, M. Bouchard, R. Gallagher, S. Raymond, et C. Gravel. *Intervenir à la suite d'un suicide, Programme de postvention en milieu scolaire*, Les Éditions Logiques, Outremont, 2005.

Séguin, M., A. Brunet, et L. Leblanc. *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Gaëtan Morin Éditeur, 2006a.

Séguin, M., A. Brunet, et L. Leblanc. « Crise et trauma. Proposition d'une typologie et interventions différenciées », dans *Stress et Trauma*, Vol. 6, n° 4, 2006b.

Shneidman, E. *Suicide as psychache : A clinical approach to self-destructive behavior*, A Jason Aronson Book, 1993.

Silverman, Phyllis R. « Services for the Widowed During the Period of Bereavement », in *Social Work Practice : Selected Papers*, 93rd Annual Forum, New York, Columbia University Press, 1966, p. 170-189.

Tousignant, M., B. L. Mishara, A. Caillaud, V. Fortin, et D. Saint-Laurent. « The impact of media coverage of the suicide of a well-known Quebec reporter : the case of Gaëtan Girouard », *Social Science & Medicine*, 60 (9), 2005, p. 1919-1926.

Tousignant, M. « Quelles leçons tirer du décès de Gaëtan Girouard? » dans *La Revue Vis-à-Vis*, Vol. 12, N° 1, 2002.

**Agence de la santé et
des services sociaux
de la Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine**

Québec



Direction de santé publique