

Programme
de **postvention**
en milieu
scolaire

Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide

Auteurs

Monique Séguin

Université du Québec en Outaouais (UQO)
Groupe McGill d'études sur le suicide
Centre de recherche Fernand-Seguin

Françoise Roy

Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska (CPSH-Y)
Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

Mélanie Bouchard

Groupe McGill d'études sur le suicide
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie
(CRISE), Université du Québec à Montréal
Université de Montréal

Rodrigue Gallagher

La Direction de la Santé publique,
Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine

Sylvaine Raymond

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie
(CRISE), Université du Québec à Montréal

Carol Gravel

Centre de prévention du suicide 02, Saguenay-Lac-Saint-Jean

Richard Boyer

Centre de recherche Fernand-Seguin

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN : 2-922710-11-4

Éditions AQPS 800, boulevard St-Joseph Est
Montréal (Québec) Canada
H2J 1K4
(514) 528-5858

Programme
de **postvention**
en milieu
scolaire

Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide

Monique Séguin

Françoise Roy

Mélanie Bouchard

Rodrigue Gallagher

Sylvaine Raymond

Carol Gravel

Richard Boyer

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-922710-11-4
Éditions AQPS 800, boulevard St-Joseph Est
Montréal (Québec) Canada
H2J 1K4
(514) 528-5858

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance et nos remerciements aux personnes et organismes qui nous ont permis de réaliser ce programme :

Pour leur généreuse collaboration :

Francine Gratton
Université de Montréal

Danyelle Latreille
Ressource régionale suicide de Laval du CLSC - CHSLD
Ruisseau-Papineau

Yannick Arsenault
Suicide Action Montréal

Suzanne Dubois
La Fondation québécoise des maladies mentales

Pour leur soutien financier :

La Régie régionale de la santé et
des services sociaux de la Montérégie

La Fondation québécoise des maladies mentales

Les Instituts de recherche en Santé du Canada (IRSC)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Pour la gestion financière du projet :

Le Centre de prévention du suicide de
la Haute-Yamaska (CPSH-Y)

Le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et
l'euthanasie (CRISE), Université du Québec à Montréal

Pour la diffusion du programme :

L'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

Pour la mise en page :

Marie-Josée Aubin

Le contenu n'engage que les auteurs et les auteures.

Remerciements aux personnes ayant participé à l'évaluation stratégique

Rémi Badoc,
Association suicide écoute prévention –
SEPIA, France

Claudine Barrette,
CLSC Centre de Santé Arhur-Caux, Laurier-
Station

Viateur Béland,
Commission scolaire des Draveurs, Gatineau

Sylvain Bernier,
Commission scolaire du Pays des Bleuets,
Dolbeau-Mistassini

Nathalie Boisvert,
Centre régional de la Santé et des Services
sociaux de la Baie-James

Jacques Brandibas,
Centre médico-psycho-pédagogique,
Île de la Réunion

Geneviève Brisson,
Centre de prévention du suicide de
Lanaudière

Hélène Cabana,
Hôpital Ste-Justine, Montréal

Brigitte Cadéac D'Arbaud,
Fil Santé jeunes École des parents et des
Éducateurs, France

Julie K. Campbell,
Centre de prévention du suicide Le
Faubourg, St-Jérôme

Dolores Angela Castelli Dransart,
Haute École Fribourgeoise de Travail social,
Suisse

Joyce Chagnon,
JEVI, Centre de prévention du suicide - Estrie

Dre Isabelle Danset,
Comité régional de l'éducation pour la santé,
France

Lorraine Deschênes,
Ministère de la Santé et des Services
sociaux, Québec

Louise Despard Léveillé,
Commission scolaire des Affluents,
Lanaudière

Brian Dickinson,
Centre de prévention du suicide de
Trois-Rivières

Michel Diotte,
Centre d'aide 24/7, Outaouais

Louise Ducharme,
Polyvalente Ancienne-Lorette, Commission
scolaire des Découvreurs

Daniel Gauthier,
Centre de prévention du suicide de
Lanaudière

Suzanne Gérin-Lajoie,
Direction de la Santé publique, Gaspésie –
Îles-de-la-Madeleine

Dr Xavier Gernay,
Neuropsychiatre C.H.S. «L'Accueil», Belgique

François Godin,
Direction de la Santé publique, Régie
régionale de la Santé et des Services sociaux
de Laval

Lyne Jobin,
Ministère de la Santé et des Services
sociaux, Direction de la Santé publique,
Québec

Marie Julien,
Institut national de Santé publique, Régie
régionale de la Santé et des Services
sociaux de la Montérégie

Richard Kouri,
Régie régionale de la Santé et des Services
sociaux, Nunavik

Richard Lacoste,
Commission scolaire des Hautes-Rivières,
Montérégie

Danielle Lagacé,
Centre Locaux de Santé Communautaire -
CHSLD Baie des Chaleurs

Normand Lagrange,
Cité étudiante Polyno, Commission scolaire
du Lac-Abitibi, La Sarre

Réal Lajoie,
Direction de la Santé publique, Régie
régionale de la Santé et des Services
sociaux de Chicoutimi

Mylène Leblanc,
Suicide Action Montréal

Pierre Lesage,
Centre Locaux de Santé Communautaire les
Esbers, Polyvalente la Forêt Abitibi, Amos

Dr Ian Manion,
Hôpital pour Enfants de l'Est de l'Ontario,
Canada

Dr Claude Marquette,
Hôpital Ste-Justine, Montréal

Ginette Martel,
Régie régionale de la Santé et des Services
sociaux de Lanaudière

Guy Mercier,
Ministère de la Santé et des Services
sociaux, Québec

Mark Mercier,
Commission scolaire des Découvreurs,
Québec

Nathalie Montmagny,
École CE Pouliot de Gaspé et Centre
jeunesse, Gaspésie

Céline Morin,
Regroupement des maisons de jeunes du
Québec

Carol Navarro,
Centre Étude et prévention du suicide
Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

Julie Paulhus,
Suicide Action Montréal

Dre Catherine Pichene,
Département d'Urgences Psychiatriques
Hôpital Central de Nancy, France

Marcel F. Pichette,
Commission scolaire des Draveurs, Gatineau

Dre Maja Perret-Catipovic,
Centre Étude et prévention du suicide
Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

Serge Poulin,
Régie régionale de la Santé et des Services
sociaux, Trois-Rivières

Dr Johanne Renaud,
Hôpital Ste-Justine, Montréal

Dr Yves Sarfati,
Centre hospitalier de Versailles, France

Pascal Soucy,
Direction de la Santé publique, Régie
régionale de la Santé et des Services
sociaux, Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine

Dr Jean Louis Terra,
Université et Centre Hospitalier Le Vinatier,
France

Dre Catherine Thevenon,
Centre Hospitalier de Turcoing, France

Nathalie Turmel,
Commission scolaire Beauce Etchemin,
Centre hospitalier Beauce Etchemin

Paula Vachon,
Réseau de prévention suicide des Bois-
Francs

Annie Warren,
Centre de prévention du suicide du Haut
Saint-Maurice

Célia Zaffaroni,
Département d'Urgences Psychiatriques
Hôpital Central de Nancy, France

Table des matières

Introduction	1
Partie I État de la situation	3
1.1 Ampleur du problème	3
1.2 Prévenir la contagion	3
1.3 Les effets associés au suicide d'un jeune chez les pairs...4	
1.4 La postvention	5
1.4.1 La postvention en milieu scolaire et les activités associées	5
1.4.2 L'efficacité des programmes de postvention et la pertinence des activités associées	6
1.4.2.1 Les interventions associées aux réactions de stress	6
1.4.2.2 Les interventions associées aux réactions de crise	7
1.4.2.3 Les interventions associées aux réactions de deuil	8
Partie II Programme proposé	9
2.1 La population cible	9
2.2 Les intervenants responsables de la prise en charge du programme et les niveaux d'intervention	9
2.3 Logique d'intervention	9
2.4 Objectifs du programme et des interventions associées aux réactions de stress, de crise et de deuil.	10
2.5 Les étapes de gestion clinique lors d'un suicide	11
2.5.1 Analyse de la situation	11
2.5.2 Choix des interventions.....	13
2.5.3 Réalisation des interventions	13
2.5.4 Bilan des interventions réalisées.....	13
2.6 Illustration d'une grille d'analyse de la situation :	
Appendice A.....	18
Schématisation du programme	23

Partie III Choix et stratégies d'intervention	28
3.1 Réactions de stress	28
3.1.1 Cadre théorique.....	28
3.1.2 Manifestations de l'état de stress temporaire, de l'état de stress aigu et du trouble de stress post-traumatique (TSPT)	28
3.1.2.1 État de stress temporaire	28
3.1.2.2 État de stress aigu	28
3.1.2.3 Trouble de stress post-traumatique (TSPT).....	29
3.1.3 Stratégies d'intervention associées aux réactions de stress	31
3.1.3.1 Interventions à l'intention des jeunes	31
3.1.3.2 Interventions à l'intention des intervenants et du personnel	33
3.1.3.3 Interventions à l'intention des parents.....	33
3.1.3.4 Interventions à l'intention de la communauté ...	34
3.1.4 Illustrations des stratégies d'intervention et autres informations pertinentes à la gestion des réactions de stress : Appendices B.....	35
3.2 Réactions de crise	43
3.2.1 Cadre théorique.....	43
3.2.2 Manifestations de l'état de crise et de l'état de crise suicidaire	43
3.2.3 Stratégies d'intervention associées aux réactions de crise	44
3.2.4 Illustrations des stratégies d'intervention et autres informations pertinentes à la gestion des réactions de crise : Appendices C.....	49
3.3 Réactions de deuil	53
3.3.1 Cadre théorique.....	53
3.3.2 Manifestations des réactions de deuil	54
3.3.3 Stratégies d'intervention associées aux réactions de deuil	56
3.3.4 Illustrations des stratégies d'intervention et autres informations pertinentes à la gestion des réactions de deuil : Appendices D.....	58
3.4 Conclusion relative à la séquence d'intervention.....	62

Partie IV Organisation du milieu
La postvention en milieu scolaire :
une démarche qui doit être planifiée.....63

4.1 Les phases d'implantation du programme63

 4.1.1 S'assurer de l'adhésion de la direction.....63

 4.1.2 Évaluer les particularités du milieu.....64

 4.1.3 Mettre en place une équipe de postvention64

 4.1.4 S'assurer de la collaboration des organismes
partenaires.....66

 4.1.5 Former les membres de l'équipe de postvention66

 4.1.6 Préparer le milieu67

 4.1.7 Planifier le maintien67

 4.1.8 Évaluer le programme67

4.2 Le rôle des différents acteurs68

4.3 Les conditions de succès à la mise en place
d'un programme de postvention en milieu scolaire68

4.4 Conclusion relative à l'organisation du milieu69

Partie V Contextes particuliers70

5. Des interventions spécifiques pour des situations
particulières.....70

5.1 Tentative de suicide70

 5.1.1 Cadre théorique.....70

 5.1.2 Pistes d'intervention.....70

5.2 Pacte suicidaire.....72

 5.2.1 Cadre théorique.....72

 5.2.2 Pistes d'intervention.....73

5.3 Homicide-suicide73

 5.3.1 Cadre théorique.....73

 5.3.2 Pistes d'intervention.....74

Lexique des interventions76

Liste des références79

Liste des Tableaux

Tableau 1 Synthèse des résultats de la recension des
programmes de postvention6

Tableau 2 Les niveaux d'intervention9

Tableau 3 Les interventions à réaliser selon
les réactions observées en milieu scolaire
à la suite d'un suicide13

Tableau 4 Exemple de la séquence de réalisation
des activités de postvention16

Tableau 5 Critères diagnostiques de l'état de
stress aigu29

Tableau 6 Critères diagnostiques du TSPT30

Tableau 7 Les étapes d'implantation du
programme de postvention63

Liste des Figures

Figure 1 Étapes de gestion clinique11

Figure 2 Évolution de l'état psychologique
menant à la crise43

Liste des Appendices

Appendice A¹ Grille d'analyse de la situation19

Appendice B¹ Comment annoncer la nouvelle du suicide36

Appendice B² Mythes et réalités du suicide36

Appendice B³ Exemple d'animation d'une
session séance de ventilation.....38

Appendice B⁴ Lignes directrices du débriefing39

Appendice B⁵ Informations destinées aux parents.....40

Appendice B⁶ Comment gérer un désaccord des parents
endeuillés face à la tenue d'activités de
postvention40

Appendice B⁷ Lignes directrices pour
répondre aux médias41

Appendice B⁸ Funérailles et rituels funéraires42

Appendice C¹ Indicateurs et signes de la crise suicidaire.....50

Appendice C² Évaluation de l'urgence suicidaire51

Appendice C³ Symptômes d'un trouble
dépressif selon le DSM-IV51

Appendice D¹ Caractéristiques du deuil à
la suite d'un suicide59

Appendice D² Intervention précoce de deuil61

Introduction

En regard des programmes de postvention implantés en milieu scolaire, de nombreux auteurs (Bisson et Deahl, 1994; Dyregrov 1997; Leenaars et Wenckstern, 1998) ont attiré l'attention des intervenants en indiquant que ces programmes étaient trop souvent incomplets voire même, selon certains, inefficaces (consulter le document « Programmes de postvention - Le point sur les modèles de postvention » de Séguin et coll., 1999). Ces critiques ciblaient particulièrement la structure et la logique des activités de postvention en milieu scolaire plutôt que leur pertinence. Tous les auteurs s'entendent sur un point : les activités de postvention doivent être maintenues, mais avec une logique différente.

Ainsi donc, une quinzaine de personnes du Québec, reconnues pour leurs expertises en regard du deuil après un suicide, ont entrepris une démarche de longue haleine pour tenter d'établir un consensus sur les actions de postvention en milieu scolaire. Les rencontres de ce groupe d'experts se sont traduites par de riches discussions suivies de moments de réflexions et de confrontations d'idées pour ensuite mener à une première version du programme de postvention. S'en est suivie une seconde étape d'évaluation stratégique, lors de laquelle 49 experts, principalement du Québec, du Canada et de l'Europe, ont lu et critiqué le document initial et ont formulé des recommandations quant à des changements à apporter. À l'issue de cette démarche d'évaluation stratégique, plus de 150 pages de commentaires et de suggestions nous ont permis de retravailler le programme de postvention pour en arriver à la proposition actuelle.

Au terme de cette démarche, ce programme propose un changement important de tradition quant à la mise en place des activités de postvention à la suite d'un suicide. La majorité des programmes de postvention ont sensiblement la même structure c'est-à-dire, de facture générique, préconisant un modèle d'application « en étapes » se caractérisant par un seul mode d'intervention uniforme pour tous, selon une perspective séquentielle. Bien que ces programmes aient l'avantage d'être plus simples quant à leurs diffusions et à leurs mises en application, ils ne sont pas toujours appropriés à la situation et leur efficacité clinique n'est pas démontrée. Malgré l'absence de confirmation quant à la valeur de ce type de programme, nous croyons qu'un programme à traitement différentiel pourra pallier aux lacunes associées aux protocoles actuels de postvention. Le présent programme propose une approche basée sur l'analyse de la situation, sur l'évaluation des besoins et sur la mise en place d'activités d'interventions multiples et variées offrant aux personnes vulnérables les meilleures interventions possibles aux bons moments. En fait, nous sommes d'avis que le jugement clinique d'intervenants expérimentés pour distinguer des contextes et des modes d'intervention, sera toujours plus juste et approprié que l'application de programmes génériques. Nous proposons donc aux intervenants une démarche qui les guidera dans leur processus décisionnel afin de choisir les interventions à mettre

en place à la suite d'un suicide en milieu scolaire. Par conséquent, nous nous attarderons à distinguer les différents objectifs d'intervention à la suite d'un suicide en milieu scolaire, à identifier les manifestations associées à des difficultés précises et nous suggérerons un modèle d'évaluation clinique pour mieux identifier les techniques d'intervention appropriées pour chaque situation.

Organisation du programme

La première partie de ce document dresse un portrait de la situation du suicide des jeunes au Québec, des effets du suicide chez les pairs et des activités de postvention entreprises dans les écoles de la province. La deuxième partie décrit la logique du programme et les éléments de l'analyse de la situation permettant de guider le choix des activités de postvention appropriées. La troisième partie présente les notions théoriques ainsi que les stratégies d'intervention, qui consistent en des informations complémentaires dont les intervenants pourront avoir besoin pour distinguer les concepts, procéder à leurs évaluations et ainsi maximiser leurs interventions. La quatrième partie traite des étapes d'implantation, du rôle des différents acteurs et des conditions de succès à la mise en place d'un programme de postvention en milieu scolaire. Enfin, dans la cinquième partie, nous aborderons des pistes d'intervention qui pourront être utiles lors de situations particulières telles une tentative de suicide, un pacte suicidaire ou un cas d'homicide-suicide.

Le programme actuel propose une approche basée sur l'analyse de la situation, sur l'évaluation des besoins et sur la mise en place d'activités d'interventions multiples et variées offrant aux personnes vulnérables les meilleures interventions possibles aux bons moments.

Besoin d'arrimage avec d'autres programmes

Nous sommes conscients qu'un programme complet devrait inclure des activités de promotion de la santé mentale, de prévention, d'intervention et de postvention. En effet, les chercheurs s'entendent de plus en plus sur la nécessité, pour les institutions scolaires, d'adopter une approche globale et intégrée en prévention du suicide couvrant ces quatre volets, afin d'atteindre des résultats de prévention satisfaisants. Nous croyons fermement que chacun de ces volets est important et essentiel en matière de prévention du suicide.

Comme plusieurs programmes bien élaborés traitant d'identification précoce des troubles affectifs (dont le programme d'identification de la dépression en milieu scolaire de la Fondation québécoise des maladies mentales), de promotion de la santé et du mieux-être (dont les programmes de JEVI, Centre de prévention du suicide - Estrie), de prévention (dont le programme Agir ensemble de l'Association québécoise de prévention du suicide) et d'intervention des comportements suicidaires (dont la présence d'une équipe d'intervention et de protocoles et mécanismes de références) sont disponibles et

peuvent être consultés, le présent ouvrage se consacrera exclusivement à la postvention.

Limites du programme

Bien que nous soyons d'avis que plusieurs éléments de ce programme de postvention puissent s'appliquer lors d'événements dramatiques autres que le suicide, comme certains traumatismes ou pertes, il demeure que celui-ci a été développé et conçu en fonction des particularités de l'impact du suicide sur les milieux scolaires et les individus qui y évoluent. C'est pourquoi nous vous invitons à la prudence dans l'éventualité où le programme serait utilisé dans d'autres situations; il sera sans doute souhaitable de nuancer et ajuster certains contenus, tant au niveau des concepts (la compréhension du problème) qu'au niveau des pistes d'intervention suggérées. Nous vous demandons d'être vigilant et de vous assurer que les mesures prévues répondent aux effets engendrés par les différents traumatismes.

Processus d'évaluation

Le programme proposé modifie la perspective de postvention telle qu'appliquée actuellement au Québec. Ce programme doit être considéré comme une proposition, un regard différent sur les interventions de postvention. Il est nécessaire que ce programme fasse l'objet d'une rigoureuse évaluation. Cette évaluation, déjà en cours, se réalise en trois temps : une évaluation stratégique, une évaluation de l'implantation suivie de modifications au programme et enfin une évaluation de l'impact. L'évaluation stratégique a déjà eu lieu et le document actuel en est le résultat. Nous poursuivrons prochainement à l'évaluation d'implantation. Ce processus d'évaluation sera de longue haleine, mais permettra, nous l'espérons, de mieux documenter l'efficacité des interventions de postvention en milieu scolaire.

En résumé :

- L'efficacité des programmes de postvention en milieu scolaire n'est pas scientifiquement démontrée.
- Les activités de postvention doivent être maintenues, mais avec une logique différente.
- Le programme actuel propose un changement de tradition pour favoriser une approche basée sur l'analyse de la situation, sur l'évaluation des besoins et sur la mise en place d'interventions multiples et variées offrant aux personnes vulnérables les meilleures interventions possibles aux bons moments.
- Il faut arrimer ce programme avec les autres programmes de promotion du mieux-être, de prévention du suicide et d'intervention en milieu scolaire.
- Nous sommes d'avis que le jugement clinique d'intervenants expérimentés pour distinguer des contextes et des modes d'intervention, sera toujours plus juste et approprié que l'application de programmes génériques.

Partie I • État de la situation

1.1 Ampleur du problème

Depuis les années 1970, le suicide est devenu un problème de santé publique important au Canada et au Québec. Selon Statistique Canada (2001), 37 % de tous les décès par suicide au Canada se produisent au Québec. Le rapport de la Direction générale de la santé publique produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2001) ainsi que le Bureau de surveillance épidémiologique (2003) fait état d'une situation inquiétante. Les taux de suicide au Québec ont augmenté de 15 pour 100 000 habitants en 1977, à près de 22 pour 100 000 habitants en 1999. Les statistiques sont plus alarmantes quant à la situation des jeunes québécois. Le suicide est devenu la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans (Institut de la Statistique du Québec, 2000). Pour la population dont l'âge varie entre 15 et 19 ans, la fréquence des décès par suicide a plus que doublé durant cette même période, passant de 9 jeunes sur 100 000 en 1977 à 21 jeunes sur 100 000 en 1999. De plus, bien que l'incidence du suicide soit relativement faible chez les jeunes de 10 à 14 ans (c'est-à-dire 4 jeunes sur 100 000 personnes), il semble que ce phénomène soit aussi en augmentation constante chez cette population (Direction générale de la santé publique, 2001). En effet, depuis les années 1977, les taux de suicide rapportés auraient quadruplé pour ce groupe d'âge (Direction générale de la santé publique, 2001). En 1999, ce sont 112 individus, surtout des garçons, âgés entre 10 et 19 ans qui ont prématurément trouvé la mort par suicide au Québec.

À la suite du décès par suicide d'un jeune, on estime que le risque augmente de 300 % (trois fois) les probabilités que survienne un autre suicide dans l'école que fréquentait la personne décédée.

Dans la population en générale, la question de la contagion ou de l'imitation des gestes suicidaires provoquent beaucoup d'inquiétudes et des sentiments d'impuissance, attribuables à des croyances quant à l'absence de moyens efficaces pour prévenir le suicide. Cette crainte de la contagion du suicide est également présente en milieu scolaire à la suite du suicide d'un jeune.

1.2 Prévenir la contagion

Plusieurs recherches ont révélé, à la suite du décès par suicide d'un jeune, une hausse de l'incidence des taux de suicides chez les pairs (Gould, Wallenstein et Kleinman, 1990; Poijula, Wahlberg et Dyregrov, 2001; Shaffer, 1988). On estime que le risque augmente de 300 % (trois fois) les probabilités que survienne un autre suicide dans l'école que fréquentait la personne décédée (Lamartine, 1985) et ce, particulièrement dans les trois semaines suivant le décès (Brent et coll., 1993a, 1993b, 1993c, 1994). Brent et ses collègues (1993c) ont démontré que sept mois après la perte d'un pair par suicide, les

idéations suicidaires (avec un plan de passage à l'acte) étaient

plus fréquentes chez les adolescents ayant été exposés au suicide d'un pair.

En ce sens, un objectif important des programmes de postvention à la suite d'un suicide est la prévention de la contagion, c'est-à-dire le processus qui entraîne la reproduction du geste suicidaire (Johnson et Maile, 1987).

Les données scientifiques nous permettent d'identifier certains facteurs qui peuvent favoriser le développement de la contagion (Ashton et Donnann, 1981; Callahan, 1996; Hazell et Lewin, 1993; Robbins et Conroy, 1983) :

Facteurs individuels ou biologiques

- Une vulnérabilité déjà présente chez un sous-groupe de personnes (ex. : la dépression, les antécédents d'abus de drogues ou d'alcool, les troubles de la personnalité, les problèmes de comportement, les problèmes avec la justice).
- Un milieu familial instable.
- L'identification à la personne décédée, à son vécu ou à ses problèmes, incite les personnes à considérer, légitimer et même imiter le geste suicidaire.
- La présence d'une situation de crise ou de crise suicidaire (le suicide qui survient dans son milieu renforce et confirme la personne dans son projet suicidaire).
- La culpabilité intense et persistante des membres de l'entourage (se croire responsable de la mort du défunt). La culpabilité, le désespoir liés à la perte et la nature même du décès peuvent entraîner la personne endeuillée vers une crise suicidaire.

Facteurs sociaux

- La grande crédibilité de la personne qui s'est suicidée donne un caractère valable ou crédible au suicide comme solution aux problèmes.
- La désinformation et la banalisation du geste font en sorte que le suicide est considéré comme une solution possible face aux problèmes.
- La glorification, le romantisme ou la dramatisation du suicide.

Ces éléments de risque peuvent conduire certaines personnes à la « suridentification » d'un proche décédé par suicide et à augmenter les risques d'imitation (Sacks et Eth, 1981). D'un autre côté, Davidson et Gould (1991) suggèrent qu'un état émotif stable et qu'une capacité à exprimer ses émotions peuvent servir de facteurs de protection rendant ainsi les personnes moins susceptibles d'adopter des comportements suicidaires. Des exemples de facteurs de protection seront présentés dans la partie sur l'intervention de crise.

1.3 Les effets associés au suicide d'un jeune chez les pairs

L'adolescence est une période de transition qui se distingue par des changements physiques, psychologiques, émotionnels et sociaux qui apportent une part de stress importante (Peters, 1985). À l'adolescence, les êtres humains sont en quête d'une identité qui se révèle parfois difficile (Erikson, 1972). L'amitié entre pairs est souvent plus importante durant cette période de la vie où les autres jeunes représentent une source d'information précieuse sur soi et ses agissements (Bibby et Posterski, 1986). Les groupes de pairs s'établissant en fonction d'affinités mutuelles (Cloutier, 1996). On peut alors se demander comment les pairs qui ont côtoyé de près ou de loin un jeune qui s'est suicidé réagiront face à ce geste volontaire d'une personne qui leur ressemblait ? Certains auteurs (Peters, 1985; Mauk et Weber, 1991) suggèrent que, pour certains adolescents, le manque de mécanisme d'adaptation efficace pour faire face à des événements difficiles peut se traduire par des comportements visant à fuir la réalité (ex. : prise de drogue et d'alcool, acting out). L'ensemble de ces facteurs pourrait placer les jeunes en état de vulnérabilité face au suicide d'un pair et engendrer de vives réactions de leur part. Un décès par suicide d'un jeune en milieu scolaire est un événement tragique, traumatisant et ayant des effets différents sur la population scolaire selon le degré de proximité et/ou de connaissance avec la personne décédée.

Ainsi, bien que les réactions de deuil soient souvent évoquées dans le cadre des programmes de postvention, plusieurs réactions différentes peuvent être observées. Il est possible de

Il est possible de regrouper les réactions à la suite d'un décès par suicide en trois grandes catégories : il s'agit des réactions associées au stress, des réactions associées à la crise et à la crise suicidaire et, enfin, des réactions associées au deuil.

regrouper les réactions à la suite d'un décès par suicide en trois grandes catégories : il s'agit des réactions associées au stress, des réactions associées à la crise et à la crise suicidaire et, enfin, des réactions associées au deuil.

choc et de stupeur. Dans l'école, on pourra noter une atmosphère de fébrilité où plusieurs élèves auront de la difficulté à se concentrer et à exécuter leurs tâches habituelles.

Il peut arriver que certains élèves aient été témoins du suicide, particulièrement si celui-ci a eu lieu dans l'école. Pour ces adolescents qui ont été exposés directement au suicide, un état de stress aigu peut se développer tôt après l'incident et durer jusqu'à quatre semaines. Leurs symptômes de stress sont alors plus intenses et affectent davantage leur fonctionnement. Si ces

symptômes perdurent au-delà d'un mois, il sera plutôt question d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT).

2) Les réactions associées à la crise et à la crise suicidaire

À la suite du suicide d'un pair, certains élèves pourront vivre une période de crise, voire un état de crise suicidaire. Effectivement, certains adolescents déjà vulnérables pourront vivre une période de désespoir, de désorganisation et de crise menant parfois à un geste suicidaire. La personne en crise n'arrive plus à faire un usage adéquat de ses ressources. Elle peut faire face à une restriction du champ cognitif qui l'empêche de résoudre ses problèmes, elle est submergée par ses émotions intenses et contradictoires et elle peut se sentir épuisée physiquement (Morrissette, 1984). La crise suicidaire peut survenir lorsque la personne croit que cet état est définitif et perd espoir de retrouver un jour des moments plus heureux. Les idéations suicidaires et la planification du scénario sont alors vécues comme un moyen de contrôler la souffrance. Le passage à l'acte chez les adolescents peut être très impulsif et très rapide (Morrissette, 1984).

3) Les réactions associées au deuil

Pour les jeunes proches de la personne décédée et qui partageaient avec elle un lien d'attachement, des réactions de deuil pourront se manifester dès l'annonce du décès ou dans les heures et les jours qui suivent. Ces réactions peuvent se poursuivre sur plusieurs mois. Les réactions initiales se traduisent généralement par la peine, le choc, le déni et l'incompréhension face au suicide. Ensuite, suivront les autres étapes du deuil pouvant être marquées par des réactions de désespoir, une redéfinition de soi, etc.

Dans les milieux scolaires de petites tailles, où presque tous les élèves se connaissent, il est possible que l'information quant au suicide d'un élève fasse place à une onde généralisée de tristesse, de choc et d'incompréhensibilité. Dans ces conditions, toutes sortes de sentiments de malaise peuvent prendre forme dans l'école, comme la peur de parler du suicide, l'éloignement entre les étudiants et le personnel de l'école, des accusations portées envers des personnes ou des structures du milieu, etc.

Bien que les réactions soient présentées séparément, il est à noter qu'il est possible de retrouver une combinaison de difficultés chez le même individu. À titre d'exemple, on peut retrouver un état de stress ou de deuil accompagné d'un état de crise suicidaire.

Compte tenu des risques de contagion et des différentes réactions qui peuvent émerger chez les pairs adolescents à la suite du décès par suicide d'un jeune, il importe de prévoir des interventions adéquates et variées qui viseront la réduction des réactions de stress, la diminution des états de crise et le soutien quant aux réactions de deuil. Ces interventions seront nécessairement différentes les unes des autres et viseront des sous-groupes différents. Ce cadre d'intervention exclut presque automatiquement les interventions universelles et séquentielles

visant toute la population scolaire de la même manière.

Dans les sections ultérieures (partie III du programme), nous discuterons plus en détails des différentes réactions de stress, de crise et de deuil.

1.4 La postvention

La communauté scientifique s'intéresse depuis un certain temps au suicide ainsi qu'aux activités de prévention du suicide et d'intervention auprès des personnes suicidaires. Par ailleurs, ce n'est qu'au début des années 1960 que les premières activités cliniques destinées aux personnes endeuillées prennent forme en Amérique. En 1973, Shneidman leur attribue le nom d'activités de postvention, faisant référence à la séquence d'activités de prévention, d'intervention et enfin celles de postvention. Selon Shneidman (1973), la postvention vise à : éviter le développement de réactions de panique, diminuer l'impact de la crise, éviter le développement des troubles émotifs persistants et favoriser un retour aux activités quotidiennes.

La postvention se réfère aux activités qui visent le traitement et le rétablissement des personnes ayant été exposé au suicide d'une personne de leur entourage plus ou moins immédiat (Tierny, Ramsay, Tanney et Lang, 1990). Dans ce cadre, les activités réalisées ont comme objectif de réduire les effets négatifs, à court comme à long terme, qui découlent du suicide.

1.4.1 La postvention en milieu scolaire et les activités associées

Les jeunes passent habituellement plus de temps dans le milieu scolaire que dans tous les autres milieux extérieurs à la maison. Ainsi, lorsqu'un jeune d'une école se suicide, les adolescents qui fréquentent le même milieu n'y sont pas insensibles. Cet événement pourra amener des répercussions importantes dans ce milieu de vie privilégié pour les jeunes. Compte tenu des effets du suicide chez les pairs adolescents, il importe d'établir des programmes de postvention à leur intention.

Le milieu scolaire est un lieu tout désigné pour implanter un programme de postvention à la suite d'un suicide puisqu'il existe généralement des ressources qui sont bien établies pour venir en aide aux élèves en difficulté (ex. : psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux). De plus, les enseignants occupent une position stratégique auprès des jeunes par leur contact quotidien avec eux. Certains enseignants peuvent avoir développé une relation privilégiée avec certains élèves et avoir établi un climat de confiance propice aux confidences. De par leur position, ils peuvent aussi observer et noter les changements dans les comportements, les relations interpersonnelles et les performances académiques scolaires de leurs élèves (Gravel, 1999). Dans ces conditions, les enseignants sont bien placés pour savoir quels élèves auront besoin d'aide et de soutien à la suite du suicide d'un pair.

Les programmes de postvention en milieu scolaire existent depuis la fin des années 1980 au Québec. La plupart de ces programmes proposent des protocoles dont les étapes de réalisation sont décrites selon une séquence dans le temps. Au départ, certains programmes de postvention n'étaient pas seulement destinés aux situations faisant suite au suicide, mais aussi à d'autres situations de crise.

Lors d'une revue des programmes de postvention effectuée auprès de 93 établissements scolaires, incluant les CPS et les CLSC du Québec, Bouchard, Séguin, Bégin et Roy (2004), constatent que les programmes obtenus (N = 42) étaient souvent implantés dans plusieurs institutions scolaires d'une région donnée et, à l'occasion, pour toutes les écoles d'une même commission scolaire. Compte tenu de la répétition du contenu de ces programmes et de l'étendue de l'application de plusieurs d'entre eux, l'échantillon fut considéré comme étant relativement représentatif des efforts de programmation de postvention en milieu scolaire au Québec.

Le Tableau 1 résume les principaux résultats de cette recherche quant aux interventions mises en place auprès des étudiants par les différents programmes répertoriés. Cette analyse a permis de constater un manque de consensus dans les concepts et dans les termes, ainsi qu'un choix d'activités souvent peu relié aux objectifs poursuivis par le programme. Quant à la durée de déroulement des activités de postvention, 74 % des programmes s'étalaient sur une semaine ou moins et 12 % des programmes prévoyaient des activités au-delà d'un mois.

Le milieu scolaire est un lieu tout désigné pour implanter un programme de postvention à la suite d'un suicide puisqu'il existe généralement des ressources qui sont bien établies pour venir en aide aux élèves en difficulté.

Tableau 1

Synthèse des résultats de la recension des programmes de postvention

Types d'activités de postvention	Pourcentage d'implantation des activités prévues par les programmes	Fréquence (N = 42)
Ventilation	95 %	40
Débriefing	64 %	27
Intervention post-traumatique	0 %	0
Intervention de crise	62 %	26
Repérage des jeunes à risque suicidaire	100 %	42
Intervention de deuil à court terme	26 %	11
Intervention de deuil à long terme	12 %	5

Plusieurs questions demeurent à la suite de cette revue des programmes : Que savons-nous aujourd'hui sur ces interventions ? À quels besoins répondent-ils ? Est-ce que l'efficacité de ces interventions a été établie ?

1.4.2 L'efficacité des programmes de postvention et la pertinence des activités associées

Il existe très peu d'informations sur l'efficacité des programmes de postvention implantés dans les milieux scolaires. À ce jour, l'étude de Hazell et Lewin (1993) serait la seule à avoir employé un devis de recherche quasi-expérimental pour évaluer les

effets d'un programme de postvention en milieu scolaire. Les résultats sont peu concluants. En effet, huit mois après les activités de postvention, aucune différence n'a été identifiée entre le groupe qui a participé à une brève séance de counseling (débriefing) et le groupe contrôle qui n'a pas reçu d'intervention clinique. Aucune distinction n'a pu être relevée entre les deux groupes, tant sur le plan des idéations suicidaires et des tentatives de suicide qu'au niveau de l'adaptation (general adjustment) et des problèmes de santé mentale. Toutefois, ces conclusions doivent être mises en perspective, car la recherche de Hazell et Lewin (1993) présente plusieurs biais méthodologiques.

En dépit de l'absence d'études validant les stratégies de postvention en milieu scolaire, la plupart des auteurs (Angerstein, Linfield-Spangler et Pyne, 1991; Callahan, 1996;

Hazell et Lewin, 1993; Leenaars et Wenckstern, 1998) suggèrent de les poursuivre, en raison de l'importance de prévenir les conséquences néfastes associées à l'impact du suicide.

Selon les écrits scientifiques, un programme de postvention doit comprendre plusieurs volets : des interventions pour diminuer le niveau de stress, des interventions pour diminuer l'impact de la crise, des interventions pour favoriser la résolution du deuil et ce, dans le but d'éviter la contagion. Ces interventions doivent être appliquées selon certains paramètres que nous discuterons ci-dessous (pour un bref aperçu, consulter le Lexique des interventions à la fin du document). Elles doivent être adaptées et offertes à des sous-groupes différents d'individus. Nous soulevons ici certaines difficultés importantes en regard de l'application de ces trois types d'intervention.

1.4.2.1 Les interventions associées aux réactions de stress

Un des problèmes actuels et importants en postvention se trouve au niveau de la terminologie. En effet, le terme débriefing est souvent employé pour désigner une approche générique de ventilation, qui est généralement une période structurée d'expression des émotions, ou même pour définir l'ensemble des interventions mises en place à la suite d'un suicide. Jusqu'à présent, plusieurs programmes de postvention offrent des activités de débriefing comme première intervention dans le milieu, ayant comme objectifs la diminution du niveau de stress et l'identification des jeunes à risque. Or, la technique du débriefing a été conçue pour intervenir précocement auprès de personnes ayant été témoins de scène traumatique en vue d'éviter le développement d'un état de stress aigu et de trouble de stress post-traumatique (TSPT), et non pas sur l'ensemble des réactions de stress. Ces dernières peuvent prendre plusieurs formes, soit le stress temporaire, le stress aigu ou le trouble de stress post-traumatique, qui seront élaborées plus loin.

Lorsqu'il est question d'en évaluer ses impacts réels, la sur-utilisation du terme débriefing pose un problème important, parce qu'il est difficile de savoir s'il est question d'une approche de ventilation des émotions en groupe, ou s'il est question de la technique mise au point par Mitchell (1983) pour intervenir

Nous souhaitons, dans ce programme, clarifier les termes utilisés en postvention afin d'établir un langage commun qui permettra de faire référence à des techniques ou à des interventions spécifiques. Nous croyons que la standardisation des différentes interventions facilitera éventuellement une vraie évaluation de la postvention.

auprès des personnes qui ont été témoins d'un événement traumatique. Nous souhaitons, dans ce programme, clarifier les termes utilisés en postvention afin d'établir un langage commun qui permettra de faire référence à des techniques ou à des interventions spécifiques. Nous croyons que la standardisation des différentes interventions facilitera éventuellement une vraie évaluation de la postvention. Il ne s'agit pas ici de nier l'importance d'une intervention ou d'une technique par rapport à une autre, mais plutôt de savoir dans quel contexte elles doivent être utilisées.

Il existe très peu d'études qui démontrent l'efficacité du débriefing dans une situation de postvention en milieu scolaire ou autres (Dyregrov, 1997). Les seules recherches effectuées pour déterminer l'efficacité du débriefing ont démontré qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes recevant le débriefing et les groupes n'ayant reçu aucune intervention (Deahl et coll., 1994). Par contre, ces études ne parviennent pas à conclure de l'inefficacité de cette intervention (Bisson et Deahl, 1994). Selon Dyregrov (1997), la valeur de cette méthode d'intervention est reconnue par le fait qu'elle est utilisée largement dans différentes cultures et différents pays.

D'après Bisson et Deahl (1994), le manque de recherches empiriques sur ce sujet est dû aux nombreuses difficultés méthodologiques qu'engendre l'évaluation de l'efficacité du débriefing à la suite d'un suicide en milieu scolaire. Il existe plusieurs lacunes dans le déroulement des études déjà conduites : une absence de groupe-contrôle, des échantillons de petites tailles, des variables confondantes ignorées, des biais d'échantillonnage, un manque d'uniformité, un manque de standardisation des méthodes et un faible taux de participation aux expérimentations. Par ailleurs, ces études ne décrivent pas les procédures exactes de débriefing utilisées; les résultats ne peuvent donc pas être généralisés et il est impossible d'évaluer si ce sont les techniques utilisées qui comportent des lacunes ou le débriefing lui-même qui n'est pas efficace. Selon Leenaars et Wenckstern (1998), il n'est pas recommandé de faire un débriefing à tous les élèves de l'école. Cela pourrait augmenter la tension chez ceux et celles qui n'ont pas été témoins du suicide et ainsi créer plus de stress.

Plus récemment, Rose, Bisson et Wessely (2002) ont recensé onze recherches empiriques portant sur l'efficacité du débriefing appliqué à différents contextes d'intervention et non spécifiquement au milieu scolaire. Les conclusions tirées à partir de ces études mettent en évidence, d'une part, leur faiblesse méthodologique et, d'autre part, qu'une seule séance de débriefing n'est pas suffisante pour prévenir le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la dépression, l'anxiété et ce, à court comme à long terme (un an) après l'exposition à l'événement traumatique.

La postvention en milieu scolaire ne devrait pas se résumer à une séance de débriefing, mais être planifiée et comprendre un ensemble d'interventions s'étendant sur une longue période de temps suivant le traumatisme (Callahan, 1996; Leenaars et Wenckstern, 1998, 1999). Le temps et les efforts consacrés à

une intervention qui semble ne pas avoir de répercussions positives pourraient vraisemblablement être investis ailleurs, sur des interventions qui ont plus d'impact et qui demandent plus de temps. En somme, le débriefing devrait seulement être appliqué en petits groupes homogènes auprès de personnes qui ont été directement exposées au suicide.

Finalement, il est aussi important de mettre en place d'autres stratégies d'interventions associées aux réactions de stress, telles que, l'annonce de la nouvelle, le recadrage de l'information et la ventilation.

1.4.2.2 Les interventions associées aux réactions de crise

On note, dans les programmes de postvention implantés en milieu scolaire québécois, une volonté à identifier les jeunes à risque à la suite d'un suicide. Un repérage rapide permet de diminuer la gravité de la crise pour l'individu et diminuer les effets négatifs dans l'école. Or, selon Pruett (1990), la clef du succès de cette intervention de repérage se trouve dans la formation des intervenants. En effet, ces derniers doivent posséder les connaissances nécessaires pour reconnaître les facteurs de risque qui peuvent amener l'augmentation des intentions suicidaires. Ils doivent être en mesure de discerner ces intentions, de reconnaître les signes, les symptômes et les éléments du passé (telles que les tentatives de suicide) et d'identifier tous les éléments pouvant vraisemblablement influencer le processus suicidaire (ex. : les abus d'alcool et de drogues, l'impulsivité, l'histoire familiale, les problèmes de santé mentale, etc.).

Le repérage précoce des jeunes vulnérables devrait être l'un des objectifs centraux des programmes de postvention. Il faut néanmoins se garder de faire des références à outrance. C'est-à-dire qu'un repérage intensif, où tous les jeunes ayant un risque minimal sont référés aux professionnels, n'offre aucune garantie de succès puisque ces derniers deviennent rapidement débordés. Le repérage des jeunes devrait donc être mieux ciblé auprès des personnes qui présentent des risques sérieux, tels que ceux ayant déjà été suicidaires dans un passé proximal et ceux qui ont souffert ou qui souffrent de troubles affectifs. Toutefois, à la suite de ce repérage, les efforts devraient éventuellement être axés sur des interventions de crise, de prise en charge auprès de ceux qui ont été identifiés comme étant des personnes vulnérables.

L'intervention de crise occupe une place importante dans un programme de postvention du suicide. Cette intervention devrait être utilisée auprès des jeunes vulnérables qui n'arrivent pas à retourner à un état d'équilibre satisfaisant (Kirk, 1993). L'intervention de crise est l'étape de la postvention qui procure aux adolescents l'aide la plus substantielle. Elle vise à réduire le niveau de tension, à diminuer les risques d'imitation, mais avant tout, à transmettre aux jeunes en crise les outils et les moyens nécessaires à la résolution de cet état. Ce type d'intervention demande une expertise spécifique qui ne se retrouve pas toujours en milieu scolaire. Ce n'est d'ailleurs pas tout le

personnel scolaire qui est apte à intervenir dans ce genre de situation. Outre le manque de personnel formé, la fatigue et l'épuisement des intervenants dans une démarche à long terme diminuent aussi la vigilance dans le repérage des personnes vulnérables nécessitant des interventions de crise. Néanmoins, il est important de considérer une démarche de repérage à long terme pour l'intervention de crise, car l'effet inopiné de la crise peut se déclarer et réapparaître tout au long de l'année scolaire.

À notre connaissance, aucune étude n'observe des contre-indications à l'intervention de crise. Il faut cependant reconnaître que la crise peut apparaître tout au cours de l'année scolaire et non seulement dans les jours ou les semaines suivant le suicide. Le repérage des jeunes à risque doit faire l'objet d'attention soutenue au-delà de la période de stress.

1.4.2.3 Les interventions associées aux réactions de deuil

Les réactions de deuil sont caractérisées par une période durant laquelle l'endeuillé se détache d'une relation affective. L'intervention auprès de l'endeuillé par suicide est particulièrement importante dans les premiers moments qui suivent la perte afin de l'aider à s'engager sainement dans l'évolution du processus de deuil. Les interventions de deuil consistent principalement à soutenir l'endeuillé, à favoriser l'expression de la tristesse, à supporter la reconnaissance de la perte et des sentiments de vide associés au fait de devoir vivre désormais sans la présence de la personne disparue.

Dans l'élaboration d'un programme de postvention, les activités associées au travail de deuil ne doivent pas être planifiées pour l'ensemble des jeunes, mais pour ceux qui sont véritablement en deuil, c'est-à-dire, ceux qui avaient développé une relation d'attachement avec la personne décédée. Comme le deuil est un processus de détachement qui peut s'étendre sur plusieurs mois, les interventions doivent s'ajuster à cette réalité.

Brent et ses collègues (1993b), dans une analyse critique des activités de postvention à la suite du décès d'un pair, se sont interrogés sur la disparité entre l'intervention offerte aux adolescents, qui est brève, intense et donnée dans un court laps de temps, et les besoins de ces endeuillés. Ils ont remarqué que leurs besoins sont difficilement comblés par ce type d'intervention, puisque le processus du deuil est long, les complications associées au développement d'une dépression majeure prennent du temps à se manifester et les jeunes endeuillés ont besoin d'un réseau de soutien pouvant les aider à court et à long terme. Ces auteurs suggèrent aux intervenants de ne pas minimiser l'importance des symptômes dépressifs éprouvés par les adolescents en deuil et de porter une plus grande attention à l'évolution de ces indices. De plus, l'intervention devrait davantage se centrer sur l'état dépressif pouvant amener l'adolescent à poser un geste suicidaire que sur la possibilité de l'imitation pure et simple de ce geste.

En résumé :

- Le suicide chez les jeunes est un phénomène qui prend de plus en plus d'importance.
- Les effets associés au suicide d'un jeune chez les pairs peuvent être dramatiques (effet de contagion) et sont vécus différemment d'un adolescent à l'autre (réactions de stress, réactions de crise ou/et réactions de deuil).
- L'école est un lieu tout indiqué pour tenir des activités de postvention.
- Les objectifs de la postvention sont multiples, malgré qu'ils visent tous à prévenir la contagion.
- Les activités de postvention ne doivent pas se résumer à un débriefing, mais s'étendre tout au long de l'année scolaire et se traduire par des activités multiples qui correspondent aux besoins des personnes affectées par le suicide.
- Le repérage de jeunes à risque doit faire l'objet d'attention soutenue au-delà de la période de stress.

Partie II • Programme proposé

2.1 La population cible

Ce programme s'adresse en premier lieu aux jeunes qui éprouvent des réactions de stress, de crise et de deuil à la suite d'un suicide en milieu scolaire.

Bien que nous soyons d'avis que plusieurs éléments de ce programme de postvention puissent s'appliquer lors d'événements dramatiques autre que le suicide, comme certains traumatismes ou pertes, il demeure que celui-ci a été développé et conçu en fonction des particularités de l'impact du suicide sur les milieux scolaires et les individus qui y évoluent. Néanmoins, les jeunes du réseau social de la personne décédée qui sont à l'extérieur de l'école devraient aussi être rejoints : ceux qui viennent de terminer leurs études, qui sont au niveau collégial, qui ont décroché de l'école et ceux des autres écoles que celle fréquentée par la personne suicidée. Malgré que ce programme vise tout particulièrement les jeunes, il n'en demeure pas moins que les activités de postvention peuvent s'appliquer à une population adulte, dont les membres du personnel scolaire et les personnes de l'entourage de la personne décédée, qui pourrait aussi être touchée par l'impact du suicide.

Toutefois, nous croyons que les principes d'intervention qui y sont décrits et la structure même du programme peuvent être adaptés à d'autres cadres et à d'autres clientèles en prenant soin d'y apporter certains ajustements, puisque les réactions de stress, de crise ou de deuil peuvent différer de celles engendrées à la suite d'un suicide.

2.2 Les intervenants responsables de la prise en charge du programme et les niveaux d'intervention

L'un des aspects importants en regard de l'implantation du programme de postvention est de déterminer « qui fait quoi ». De fait, ce programme élabore plusieurs niveaux d'intervention et plusieurs niveaux de collaboration qui ne devront pas être réalisés par les mêmes intervenants. La pratique développée dans le cadre du protocole d'intervention en situation suicidaire dans les centres jeunesse identifie trois niveaux d'intervention (Association des centres jeunesse du Québec, 2000). Cette manière de cibler les niveaux d'intervention permet d'identifier systématiquement à quel niveau chacune des interventions s'inscrit et assure une plus grande aisance dans l'application du programme. À l'aide de cette logique, nous proposons trois niveaux d'intervention :

Tableau 2

Les niveaux d'intervention

- 1^{er} niveau** : intervenants de l'école, à l'interne ou à l'externe, qui travaillent directement auprès des jeunes (ex. : infirmière, professeurs intéressés par la prévention du suicide, animateur de vie spirituelle et d'engagement communautaire, etc.).
- 2^e niveau** : équipe de soutien multidisciplinaire ayant reçu une formation à l'intervention de crise suicidaire et à la postvention. Cette équipe devrait être composée par des professionnels qui possèdent une certaine expertise sur le sujet : psychologue, psychoéducateur, médecin scolaire, infirmière en santé mentale, travailleur social ainsi que de personnes internes (ex. : professeurs) et de personnes externes à l'école (ex. : intervenants de Centres de prévention du suicide (CPS), Centres locaux de services communautaires (CLSC), etc.). Un membre de la direction de l'école devra s'associer à cette équipe. Celle-ci aura à prendre en charge l'implantation et l'application du protocole de postvention.
- 3^e niveau** : professionnels d'un service de santé mentale externe à l'école (ex. : médecin, pédopsychiatre, psychiatre, psychologue, professionnel d'un centre jeunesse) qui assureront la consultation et les suivis psychosociaux.

Dans cette perspective, ce protocole consiste en un document maître qui s'adresse surtout à l'équipe du 2^{ème} niveau. Il est important de souligner la multidisciplinarité et la complémentarité des différents niveaux. Il revient ici à l'équipe du 2^e niveau de prendre en charge l'application du protocole de postvention, de travailler en collaboration avec le personnel du 1^e niveau et de faire le suivi avec les professionnels du 3^e niveau.

Ce protocole consiste en un document maître qui s'adresse surtout à l'équipe du 2^{ème} niveau.

2.3 Logique d'intervention

Afin d'être réellement efficaces, les activités de postvention doivent être flexibles et adaptées aux différents besoins de la clientèle-cible. Par exemple, dans une école, tous les élèves ne seront pas touchés de la même manière à la suite d'un suicide. Différents types de services doivent être offerts en même temps et ces services doivent s'ajuster aux besoins de l'individu et à sa capacité de réagir à cet événement. De plus, les interventions devraient couvrir tous les aspects de la postvention et non seulement la période de stress qui est observée dans les premiers jours ou les premières semaines suivant l'événement

traumatique. Les interventions, généralement offertes aux étudiants et à leurs parents, immédiatement après un suicide, peuvent être une intervention de départ, mais il faut garder en tête que ce n'est que le début d'une longue série d'interventions.

Les activités de postvention peuvent être introduites selon une séquence dans le temps ou encore, être amorcées de façon simultanée afin de répondre à des besoins divers. Nous discuterons de ces activités dans une séquence linéaire pour plus de clarté, mais ceci ne veut pas dire que les activités de postvention doivent être nécessairement introduites selon cette séquence temporelle.

Ce programme propose un cadre structuré qui permettra de préciser les activités de postvention à privilégier selon l'analyse des situations. Ainsi, le choix des interventions pourra varier en fonction des réactions des différents sous-groupes. Ce programme sert également de guide aux intervenants tout en leur laissant l'opportunité d'exercer leur jugement clinique et ce, en utilisant leurs propres connaissances de la situation. De cette manière, le choix des stratégies employées découlera de leur évaluation du contexte particulier dans lequel le suicide s'est produit. Cette évaluation se réfère à deux principales dimensions : premièrement, au climat social de l'école et, deuxièmement, aux réactions individuelles des élèves.

Pour faciliter cette évaluation, nous proposons un processus décisionnel guidant le choix des stratégies d'intervention selon les manifestations observées. Une évaluation continue est effectuée afin de bien cerner la situation des individus à risque. Cet exercice permet d'identifier les interventions à effectuer, selon l'état des individus. Lors de ce choix, on tient compte des aspects reliés à la personne suicidée : sa popularité, le lieu du suicide, la nature du suicide (suicide, tentative de suicide, pacte suicidaire, homicide-suicide), etc. Il faudra aussi considérer le niveau de vulnérabilité des individus ainsi que la proximité partagée entre les individus et la personne décédée.

En somme, ce programme est conçu comme un ensemble intégré d'activités et de services, réalisé simultanément ou/et successivement à la suite d'un décès par suicide et qui a pour but d'offrir aux personnes concernées les bonnes interventions au bon moment.

2.4 Objectifs du programme et des interventions associées aux réactions de stress, de crise et de deuil

Puisque toutes les personnes d'un même milieu scolaire ne vivent pas nécessairement une même situation d'une façon similaire, les réactions associées au stress, à la crise et au deuil peuvent varier. C'est pourquoi il est important de s'assurer que les interventions soient adaptées à chacune de ces réactions. Tous les adolescents ne sont pas touchés de la même façon par le suicide d'un pair. Le programme de postvention doit donc tenir compte de cette réalité. En d'autres mots, certains

éléments de la postvention ne pourront s'appliquer qu'à un certain nombre d'élèves, sans nécessairement convenir à l'ensemble des jeunes d'une école. Cela implique également l'utilisation simultanée de plusieurs stratégies d'intervention qui pourront s'adresser à des sous-groupes différents. Par exemple, des activités de postvention visant à réduire le stress temporaire pourront s'appliquer à l'ensemble des élèves de l'école, alors que des interventions précoces de deuil pourront, quant à elles, être utilisées afin de répondre aux besoins de certains groupes. D'autres jeunes pourront bénéficier davantage d'une intervention de crise. Ces stratégies seront menées sur un même front pour répondre à des besoins différents.

Le principal objectif de ce programme est d'atténuer les impacts associés au suicide chez les personnes d'un milieu scolaire. Dans cette optique, les interventions proposées viseront à :

1) Diminuer le niveau de stress

Il s'agira ici d'identifier les différentes réactions de stress et d'intervenir différemment selon le niveau de détresse. Lorsqu'une information tragique nous surprend, des réactions de stress sont tout à fait normales et appropriées. Ainsi, des réactions de stress temporaires ne pourront et ne devront pas être empêchées. Dans ce cas, des interventions qui visent à informer, indiquer et identifier les ressources disponibles dans l'école sont pertinentes. Si toutefois le niveau de stress s'intensifie et se prolonge, si certains jeunes ont été exposés directement à des scènes traumatiques, des interventions plus ciblées devront être appliquées.

Il ne s'agit pas ici d'intervenir nécessairement auprès de tous les jeunes en espérant que ces interventions précoces arrêtent l'émergence de toutes les difficultés. Au contraire, les études citées précédemment indiquent qu'une intervention massive peut augmenter le niveau de stress plutôt que le diminuer. Il s'agit plutôt de soutenir les jeunes qui vivent des réactions « normales » de choc, de stupéfaction, d'incrédulité, de tristesse, etc., et d'intervenir avec des techniques plus précises auprès de ceux qui ont des éléments de vulnérabilité individuelle qui les placent plus à risque de développer des réactions de stress aigu ou d'un trouble de stress post-traumatique.

2) Diminuer l'impact de la crise et de la crise suicidaire

La rupture de l'état d'équilibre créera des demandes supplémentaires pour s'adapter à l'événement. Si les stratégies d'adaptation déployées sont déficientes, il y aura une augmentation de la vulnérabilité qui pourra amener un état de crise ou de crise suicidaire. Cette rupture de l'équilibre peut se produire à des périodes différentes et ceci tout au long de l'année scolaire. Il est donc important de maintenir tout au long de l'année des interventions de repérage des jeunes à risque. Lorsqu'un jeune nous semble en crise, des stratégies d'intervention de crise ou de crise suicidaire, selon le cas, sont indiquées.

3) Favoriser le processus de deuil

Ce ne seront pas tous les jeunes de l'école qui seront en deuil, puisque pour vivre un deuil, il faut avoir développé un lien affectif ou un lien d'attachement avec la personne décédée. Aussi, plusieurs jeunes endeuillés pourront peut-être bénéficier d'une intervention précoce de deuil visant à favoriser la progression du deuil dans sa première phase, lors des réactions de choc, d'engourdissement, de déni, etc. D'autres, peut-être parce qu'ils sont plus vulnérables, plus isolés ou parce qu'il

auront déjà eu un trouble affectif, pourront profiter davantage d'un soutien de deuil à moyen et long terme afin de favoriser le travail de deuil et d'éviter le développement d'un deuil compliqué.

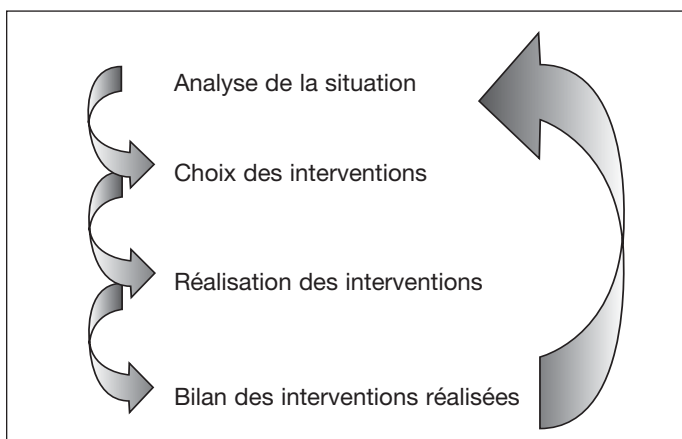
Nous présumons qu'en agissant sur ces trois éléments (stress, crise et deuil), il sera possible de diminuer les risques de contagion et ainsi éviter d'autres suicides.

Nous présumons qu'en agissant sur les réactions de stress, de crise et de deuils, il sera possible de diminuer les risques de contagion et ainsi éviter d'autres suicides.

2.5 Les étapes de gestion clinique lors d'un suicide

Lors de l'application du programme, voici les étapes de gestion clinique que les responsables des activités de postvention devront suivre lors d'un suicide. Chaque étape sera discutée dans les pages suivantes.

Figure 1
Étapes de gestion clinique



Il importe de souligner que le programme de postvention ne se limite pas à une seule évaluation de la situation ou à une seule séquence d'intervention. L'analyse de la situation doit se faire de manière continue et ce, pendant plusieurs mois suivant le suicide. En effet, lorsqu'un premier groupe d'intervention a eu lieu, il faut réévaluer la situation et décider si d'autres interventions sont à entreprendre. La Figure 1 illustre un tel processus. En fonction de l'évaluation, on notera habituellement une évolution de la séquence d'intervention.

2.5.1 Analyse de la situation

Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance de l'analyse de la situation avant d'entreprendre des activités de postvention. Le choix des interventions ne peut pas être adéquat sans une évaluation exhaustive de l'impact du suicide, des particularités du milieu, des caractéristiques des individus qui s'y trouvent et particulièrement de ceux qui risquent d'être les plus touchés. Le suicide d'un adolescent affecte non seulement les amis, les parents et les proches, mais bien d'autres personnes de l'école et des milieux adjacents. C'est pourquoi nous devons nous interroger sur les sphères qui devront être prises en compte lors de l'analyse de la situation.

Pour avoir un portrait aussi juste que possible et complet de la situation, l'approche préconisée par ce programme rend compte de la réalité de vie d'un individu et de son milieu. Cet environnement est constitué d'un ensemble de systèmes qui s'influencent mutuellement. À la suite d'un suicide en milieu scolaire, les systèmes suivants devraient être pris en compte dans l'analyse de la situation :

- **Les particularités individuelles** : les caractéristiques de certains jeunes qui pourraient être plus à risque de vivre un déséquilibre à la suite d'un suicide (ex. : la présence d'abus de substance, les antécédents suicidaires, les psychopathologies dont la dépression, les ressources de la personne, etc.).
- **Les environnements physiques et humains** : l'entourage immédiat, la famille, le quartier, les écoles fréquentées par les frères et les sœurs de la personne suicidée, l'école fréquentée l'année précédente, etc.

En réalité, il peut être difficile, voire même impossible, pour un milieu scolaire d'intervenir seul à tous les niveaux. Pour cette raison, une concertation entre les ressources est nécessaire. Nous aborderons à la quatrième partie les aspects à considérer dans l'organisation de ce type de concertation.

L'analyse de la situation doit se faire de manière continue et ce, pendant plusieurs mois.

Afin de faciliter l'analyse de la situation à la suite du suicide d'un jeune, il importe de centraliser l'information afin de ne rien perdre des nuances en présence. Dans un premier temps, il importe de vérifier la validité de l'information entourant le suicide auprès des autorités (police, coroner), des proches ou de la famille de la victime. Ensuite, les informations recueillies ayant trait à l'analyse de la situation devront porter sur : (a) les caractéristiques du jeune suicidé, (b) les circonstances entourant le suicide, (c) les caractéristiques de l'entourage du jeune suicidé, (d) les caractéristiques du milieu scolaire et (e) le contexte organisationnel dans lequel aura lieu la postvention. Plus spécifiquement, ces informations documentent :

Caractéristiques du jeune suicidé

Ces caractéristiques mettent l'accent sur la relation que le jeune entretenait avec son milieu ou l'image qu'il dégageait ou qu'on

avait de lui, en lien avec son rôle ou son implication dans le milieu. De plus, il faut vérifier si les vulnérabilités du jeune affectaient d'autres personnes (ex. : appartenance à un gang, habitudes de consommation). Ainsi, il faudra répondre aux questions suivantes : Quel était son niveau de popularité ? De quel milieu provenait-il ? Vivait-il des choses difficiles ?

Circonstances entourant le suicide

Ces circonstances font principalement référence aux aspects suivants : le moment où a eu lieu le suicide, la façon dont il a été produit, l'endroit où il a eu lieu, l'élément déclencheur, les personnes qui ont été témoins, celles qui sont au courant de la nouvelle, les rumeurs qui circulent dans l'école, etc.

Caractéristiques de l'entourage du jeune suicidé

Ces caractéristiques portent sur les questions suivantes : quelles sont les personnes qui entretenaient une relation avec le jeune suicidé (ex. : fratrie, groupe d'appartenance) et quel genre de lien était partagé entre eux (ex. : compétition, conflits), soit en terme de proximité ou d'attachement ? Où sont ces personnes ? Y a-t-il d'autres milieux touchés ?

Caractéristiques du milieu scolaire

Ces caractéristiques font appel au type de milieu (urbain ou rural), sa taille et son organisation. Il faut vérifier s'il y a déjà des vulnérabilités qui sont présentes dans le milieu en raison d'événements tragiques qui se sont produits dans les deux dernières années (ex. : la présence de suicides antérieurs, d'accidents impliquant plusieurs personnes ou une personne particulièrement « importante », etc.) ainsi que le climat général de l'école. Il faut aussi s'informer sur la présence de problématiques, de conflits ou de tensions antérieures au suicide (ex. : phénomène de gang, taxage, violence).

Contexte organisationnel dans lequel aura lieu la postvention

Ce contexte fait référence à ce qui a déjà été fait à l'école et aux ressources disponibles dans le milieu scolaire ou à l'externe (ex. : qui est formé pour intervenir et qui sait auprès de qui). Il faut vérifier si les personnes qui seront impliquées dans les activités de postvention ont reçu une formation et si elles disposent du soutien nécessaire pour le faire. Il faut également pouvoir compter sur la présence des individus qui coordonneront les activités de postvention et de celui qui fera le lien avec les médias.

En fait, ce sont autant d'aspects à prendre en considération lors de l'analyse de la situation. Il peut s'avérer pertinent que le milieu prévoit d'avance un questionnaire comprenant tous ces éléments, qu'il pourra utiliser en situation de suicide. Un exemple de ce type de questionnaire se trouve à l'Appendice A¹.

Soulignons que le milieu a tout intérêt à faire une planification de la gestion de ce type de situation de crise, à procéder à la sensibilisation du personnel et à la formation des intervenants, à déterminer les responsabilités et les rôles de chacun, à identifier les ressources auxquelles il peut faire appel et faire, si nécessaire, les ententes qui s'imposent avec les partenaires du milieu avant qu'un suicide n'advienne. La partie IV du programme est consacrée à l'organisation du milieu.

2.5.2 Choix des interventions

Selon les observations des manifestations, il sera possible de déterminer les types d'interventions à mettre en place selon les personnes ou groupes identifiés lors de l'analyse de la situation. Le Tableau 3 résume les manifestations, l'évaluation et les interventions à réaliser. Selon la présence de réactions de stress, de crise et de deuil, il demeure primordial de revoir les objectifs visés, le moment où mettre en place les différentes interventions et sous la responsabilité de qui.

Les informations relatives aux trois sections du Tableau 3 se retrouvent dans la troisième partie de ce document. Les réactions de stress se retrouvent à la section 3.1, les réactions de crise à la section 3.2 et les réactions de deuil à la section 3.3.

Même si le programme vise en premier lieu les jeunes, il faut aussi prévoir des activités destinées aux parents et aux membres du personnel scolaire qui peuvent être bouleversés face au suicide. Les intervenants auront sans doute besoin de soutien durant et à la suite des activités de postvention qu'ils dirigeront.

Afin de faciliter l'analyse de la situation à la suite du suicide d'un jeune, il importe de centraliser l'information afin de ne rien perdre des nuances en présence. Dans un premier temps, il importe de vérifier la validité de l'information entourant le suicide auprès des autorités (police, coroner), des proches ou de la famille de la victime.

Tableau 3
Les interventions à réaliser selon les réactions observées en milieu scolaire à la suite d'un suicide

Manifestations et constats	Évaluation diagnostique	Intervention et niveau d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel. Réaction temporaire qui se manifeste durant quelques heures ou quelques jours suivant l'événement. • Pas d'exposition directe à l'événement. 	<p>ÉTAT DE STRESS TEMPORAIRE</p>	<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la libre expression des émotions et des sentiments. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Annonce de la nouvelle. • Recadrage de l'information. • Ventilation. <p>Quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les 24 heures suivant l'annonce de l'événement. <p>Niveau d'intervention¹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} niveau.
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel. • Exposition directe (ou périphériques dans certaines circonstances)². • Stratégies pour réduire le stress. 	<p>ÉTAT DE STRESS AIGU</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'expression des émotions et des réactions et une compréhension de la situation et des stratégies d'adaptation (coping) auprès des personnes qui ont été exposées directement à l'événement. • Éviter le développement du trouble de stress post-traumatique. <p>Moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débriefing (si exposition directe). <p>Quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les 24 à 72 heures suivant l'événement. <p>Niveau d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2^{ième} niveau.
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel. • Exposition directe (ou indirecte dans certaines circonstances)³. • Réactions qui perdurent plus de 4 semaines après l'événement. • Mécanismes pour éviter les souvenirs associés à l'événement. 	<p>TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)</p>	<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétablir l'état d'équilibre. <p>Moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préconiser une intervention reliée au trouble de stress post-traumatique. <p>Quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dès la 5^{ème} semaine suivant l'événement et tout au long de l'année. <p>Niveau d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3^{ième} niveau.

Réactions de stress

Objectif : Réduire les effets de stress temporaire et de stress aigu et prévenir l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique.

Partie II • Programme proposé

Réactions de crise

Objectif : Diminuer l'impact de la crise et de la crise suicidaire.

Manifestations et constats	Évaluation diagnostique	Intervention et niveau d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté ou incapacité à évacuer, par des moyens habituellement employés, une tension devenue trop intense. • Évaluation par la négative de sa situation personnelle, présence de sentiment d'impuissance. • Confusion, déséquilibre et désorganisation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel. 	<p>ÉTAT DE CRISE</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désamorcer la crise. • Rétablir l'état d'équilibre antérieur à la crise. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repérer les jeunes (1^{er} niveau). • Centrer les interventions sur les facteurs déclencheurs de la crise et sur la résolution de problème (2^{ième} niveau). <p>Quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'il y a manifestation de crise. <p>Niveau d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} et 2^{ième} niveau.
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestations de l'état de crise. • Idéations, comportements et/ou messages suicidaires directs et indirects (verbaux, comportementaux, psychologiques, etc.). 	<p>ÉTAT DE CRISE SUICIDAIRE</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désamorcer la crise. • Diminuer le risque de passage à l'acte. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le risque et l'urgence suicidaire ainsi que la dangerosité. • Assurer la sécurité de la personne en crise suicidaire. • Centrer les interventions sur les facteurs déclencheurs de la crise et sur la résolution de problème. <p>Quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moment de la crise suicidaire. <p>Niveau d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2^{ième} niveau.

Objectif : Favoriser la progression du travail de deuil et prévenir le développement d'un deuil compliqué.

Manifestations et constats	Évaluation diagnostique	Intervention et niveau d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Incompréhension, déni, peine, engourdissement, recherche de sens face à la perte. • Réactions associées à l'annonce de l'événement dans les heures et les jours qui suivent. • Chez les proches qui ont développé un lien d'attachement à la personne décédée. 	<p>RÉPONSE INITIALE FACE À LA PERTE : LE CHOC</p>	<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amorcer un processus de deuil adéquat. <p>Moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention précoce de deuil. <p>Quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les heures et les deux premières semaines suivant l'événement. <p>Niveau d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} niveau.
<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs, désespoir, état dépressif, redéfinition de soi et de la vie sans la présence de l'être aimé. • Réactions ressenties par les proches qui ont développé un lien d'attachement avec la personne décédée. • Difficulté à assumer le deuil. • Complication du processus de deuil. 	<p>Soutien lors des ÉTAPES DU DEUIL</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser un travail de deuil sain et adéquat auprès des proches qui en ressentent le besoin. • Repérer les jeunes qui vivent un deuil compliqué. • Assurer une intervention appropriée. <p>Moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Counseling de deuil. <p>Quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le besoin se fait ressentir, tout au long de l'année. <p>Niveau d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2^{ème} ou 3^{ème} niveau.
<ul style="list-style-type: none"> • Sévérité marquée des symptômes. • Dégradation des relations sociales. • Incapacité d'investir dans d'autres relations. • Fonctionnement discontinu dans la vie courante. • Émergence de symptômes de dépression majeure. • Allongement excessif du travail de deuil. 	<p>DEUIL COMPLIQUÉ</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la résolution positive du travail de deuil. • Éviter le développement de psychopathologie. <p>Moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thérapie de deuil. <p>Quand :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Six mois après le décès (particulièrement si on observe des symptômes de dépression). <p>Niveau d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} niveau.

1 Pour des précisions quant aux niveaux d'intervention, consulter le Tableau 1.

2 Pour plus d'information sur les manifestations de l'état de stress aigu, consulter le Tableau 5.

3 Pour plus d'information sur les manifestations du TSPT, consulter le Tableau 6.

4 Une personne en deuil peut aussi être en crise.

2.5.3 Réalisation des interventions

Le tableau ci-dessous présente la séquence des activités de postvention qui pourraient avoir lieu à la suite d'un suicide.

Tableau 4

Exemple de la séquence de la réalisation des interventions de postvention

Interventions	Temps	1 ^{ière} sem.	2 ^e sem.	3 ^e -4 ^e sem.	5 ^e -6 ^e sem.	7 ^e -8 ^e sem.	9 ^e -10 ^e sem.	11 ^e -12 ^e sem.	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois et plus
Annnonce de la nouvelle											
Recadrage de l'information											
Ventilation											
Débriefing (Pour les témoins directs seulement)											
Intervention reliée au trouble de stress post-traumatique											
Repérage des jeunes vulnérables											
Intervention de crise ou de crise suicidaire											
Intervention précoce de deuil											
Counseling de deuil											
Thérapie de deuil											

N.B. : Le choix d'application de ces différentes interventions de postvention est en fonction de l'analyse de la situation et des besoins des sous-groupes.

2.5.4 Bilan des interventions réalisées

Il importe de faire régulièrement le point sur les interventions en cours et celles qui se terminent et ce, tant pour les interventions qui se déroulent sur une brève période que pour celles qui se tiennent sur plusieurs semaines ou quelques mois. Il faut vérifier si les interventions déployées sont toujours appropriées et si celles qui ont été menées à terme ont eu les effets escomptés auprès des jeunes ciblés. Ce bilan implique qu'une analyse de la situation doit être effectuée de façon récurrente sur une période dépassant largement la première semaine suivant le suicide. Cette nouvelle analyse de la situation est le prélude aux autres étapes de gestion clinique qui comportent le choix de nouvelles interventions, si nécessaire, la réalisation d'autres interventions de postvention et un nouveau bilan des interventions réalisées. Ainsi, dans l'éventualité où d'autres besoins se font ressentir, d'autres interventions doivent être mises en place dépendamment de cette nouvelle analyse de la situation. Par exemple, le groupe de jeunes ciblés pourrait s'agrandir et le type d'activités de postvention s'adapter à leurs nouveaux besoins.

En résumé :

- Les objectifs du programme sont :
 - réduire les réactions de stress temporaire et de stress aigu ainsi que prévenir l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique;
 - diminuer l'impact de la crise et de la crise suicidaire;
 - favoriser la progression du travail de deuil et prévenir le développement d'un deuil compliqué.
- Porter une attention aux réactions de stress, de crise et de crise suicidaire et de deuil et mettre en place les interventions appropriées permettront de prévenir la contagion.
- La gestion clinique lors d'un suicide se traduit en quatre principales étapes :
 - L'analyse de la situation (i.e. les caractéristiques du jeune suicidé, les circonstances entourant le suicide, les caractéristiques de l'entourage du jeune suicidé, les caractéristiques du milieu scolaire et le contexte organisationnel dans lequel aura lieu la postvention);
 - Le choix des interventions en fonction de l'évaluation de la situation (diagnostic) et des objectifs visés;
 - La réalisation des interventions qui peuvent se tenir simultanément et séquentiellement selon les différents besoins des pairs;
 - Le bilan des interventions réalisées consiste à faire un retour sur les effets des interventions et une nouvelle analyse de la situation.
- Les activités prévues par le programme seront mises en place par trois niveaux d'intervention, mais c'est l'équipe de professionnels du 2^{ème} niveau qui a la responsabilité d'appliquer le protocole de postvention.
- Bien que le programme s'adresse principalement aux jeunes affectés par le suicide d'un pair, des activités de postvention doivent être prévues pour les adultes également ébranlés par la nouvelle.

Illustration d'une grille d'analyse de la situation

Appendice A

Appendice A¹

Grille d'analyse de la situation

Le questionnaire est inspiré d'un document élaboré par le Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska en collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2001). Il représente un bon exemple d'outil pouvant faciliter la collecte de données pour l'équipe en charge de la postvention lors de l'analyse de la situation.

Date de la demande : / /
 j m a

Demande de postvention

Origine de la demande

1. **Nom de la personne-contact :** _____ Téléphone résidence : () _____

Téléphone bureau : () _____

2. **Nom de l'organisme :** _____

Adresse : _____

Lieu de postvention (adresse) : _____

3. Nature de la demande :

- Apporter une aide-conseil pour l'analyse et le choix des interventions
- Aller mettre en place les interventions de postvention
- Annoncer l'événement
- Faire une intervention de crise auprès des personnes à risque
- Référer le(la) requérant(e) (précisez) : _____
- Autre (précisez) : _____

Description de l'événement

4. De quoi s'agit-il ?

Tentative de suicide Pacte de suicide → Nombre de suicidés : _____

Suicide Contagion Nombre de survivants : _____

5. Quels sont les faits marquants connus et validés de l'événement ?

Date de l'événement : / / Lieu de l'événement : _____

Moyen utilisé : _____

Circonstances (faits particuliers) : _____

Facteur déclencheur (élément de mise en marche) : _____

Facteur prédisposant (élément favorisant l'apparition de l'événement) : _____

Autres informations : _____

5.1 Par qui ces informations ont été validées ?

5.2 Quelle est la perception de la personne-contact par rapport au suicide ou à la situation actuelle ?

6. Qui est la personne suicidée ?

Nom : _____ Sexe : F M Âge : _____

7. Est-ce que cette personne est connue, en l'occurrence, pour son implication dans le milieu ?

Peu connue Moyennement connue Très connue

8. Est-ce que cette personne faisait partie d'un groupe d'appartenance quelconque (p. ex. : gang de rue, Scout, club de hockey, etc.) ?

Oui Non Ne sais pas

Si oui, précisez le groupe : _____

9. Est-ce qu'il y a eu d'autres suicides dans le milieu au cours des dernières semaines ?

Oui Non Ne sais pas Si Non ou Ne sais pas passez à la question 11.

10. S'agit-il d'une série de suicides ?

Oui Non Ne sais pas Si Non ou Ne sais pas passez à la question 11.

10.1 Si oui, combien ? Nombre : _____

10.2 Précisez la séquence de la série de suicides :

1^{er} suicide : / /
 Date j m a Lieu Moyen utilisé

2^e suicide : / /
 Date j m a Lieu Moyen utilisé

3^e suicide : / /
 Date j m a Lieu Moyen utilisé

10.3 Y a-t-il eu des mesures de postvention qui ont été prises lors du ou des dernier(s) suicide(s) ?

Oui Non

Connaissance de l'événement dans le milieu

11. Quels sont les personnes ou les milieux informés de l'événement ?

Personnes/milieus	Oui	Non	Ne sais pas
La famille (père, mère, frère, soeur, conjoint(e), enfant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les proches (chum/blonde, ami(e), confident(e))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entourage immédiat (voisin(e), collègue de classe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le milieu (école, travail, groupe d'appartenance, communauté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.1 Par qui et comment ces personnes et ces milieux ont-ils été informés ?

Par qui ? _____

Comment : _____

12. Y a-t-il des organismes qui ont été informés de l'événement ou qui devraient l'être ?

Oui Non

12.1 Si oui, quels sont-ils ?

Noms des organismes	Pourquoi ?	Informé	À informer
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Quelles ont été les réactions des personnes et des milieux face à l'événement ?

Personnes/milieux	Réactions
<input type="checkbox"/> La famille et les proches	
<input type="checkbox"/> L'entourage et le milieu	
<input type="checkbox"/> Les médias	

Clientèle à risque

14. Y a-t-il des personnes à risque dans l'entourage de la personne suicidée ?

Personnes/milieux	Oui	Non	Ne sais pas	Si oui, précisez le groupe ou le nom de la personne	Déjà rencontrés	
					Oui	non
La famille (père, mère, frère, soeur, conjoint(e), enfant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les proches (chum/blonde, ami(e), confident(e))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entourage immédiat (voisin(e), collègue de classe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le milieu (école, travail, groupe d'appartenance, communauté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres milieux à informer pour repérage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Y a-t-il des personnes disponibles et capables de participer à l'application des mesures de postvention ?

Dans le milieu

Nom	Fonction
1	
2	
3	
4	
5	

(Exemples : direction, secrétariat, services aux élèves, services aux employés, etc.)

En dehors du milieu

Nom	Organisme
1	
2	
3	
4	
5	

(Exemples : centre de prévention du suicide, CLSC, centre hospitalier (psychiatrie, pédiatrie), organisme communautaire, institutionnel ou privé.)

Schématisation du programme

Les graphiques suivants illustrent la schématisation des variables sur lesquelles ce programme propose d'agir dans le but d'atténuer les impacts de stress, de crise et de deuil associés au suicide et ainsi prévenir la contagion suicidaire.

Graphique (1) Prévenir la contagion

Lorsqu'un décès par suicide survient dans un milieu scolaire, l'intensité des réactions du milieu variera en fonction du niveau de vulnérabilité. Il sera alors possible d'observer :

- divers niveaux de réactions de stress;
- différentes réactions associées à une période de crise;
- différentes réactions de deuil.

Lorsque ces réactions de stress, de crise et de deuil ne sont pas rapidement désamorcées et maîtrisées, et s'ajoutent à un milieu de plus en plus désorganisé, nous postulons qu'il y aura un plus grand risque de contagion quant aux idées suicidaires et à la reproduction du geste suicidaire.

Graphique (2) Réactions de stress

Différentes réactions de stress peuvent survenir lorsque le milieu scolaire est confronté au décès par suicide. Des réactions normales de stress temporaire seront observées, qui se traduiront par des réponses physiologiques, comportementales, cognitives et émotionnelles. Ces réactions sont généralement adaptées à l'intensité de l'événement. Des interventions simples qui visent à recadrer les informations associées à l'événement, qui permettent à certains étudiants qui le souhaitent une période de ventilation de leurs émotions en présence d'adultes formés pour identifier ceux qui sont plus à risque de développer des réactions de stress plus sérieuses et les prendre en charge rapidement.

Parfois, il arrive aussi que certains élèves aient été témoins du suicide. Pour ces jeunes qui auront été exposés directement au suicide, un état de stress aigu peut se développer. Dans ce cas, des interventions de debriefing peuvent être adéquates. Si, pour toutes sortes de raisons, certains individus sont déjà vulnérables et qu'ils sont confrontés à l'événement traumatique, il peut y avoir un risque que des réactions de stress aigu se développent. Si les symptômes perdurent au-delà d'un mois, il sera possiblement question d'un trouble de stress post-traumatique. Plus les réactions de stress persistent, plus certains individus pourront être à risque de se retrouver en crise suicidaire.

Graphique (3) Réactions de crise

Il est possible que certains jeunes déjà vulnérables vivent une période de désespoir ou de désorganisation pour laquelle ils n'auront pas les mécanismes ou les stratégies émotives, cognitives ou comportementales d'adaptation nécessaires pour retrouver leur équilibre. C'est alors qu'une augmentation de l'état de vulnérabilité pourra entraîner un état de crise et de crise suicidaire.

Il est nécessaire de repérer les jeunes en crise, d'intervenir rapidement à l'aide d'interventions de crise et, dans certains contextes, d'intervenir pour maintenir la sécurité de la personne en crise suicidaire.

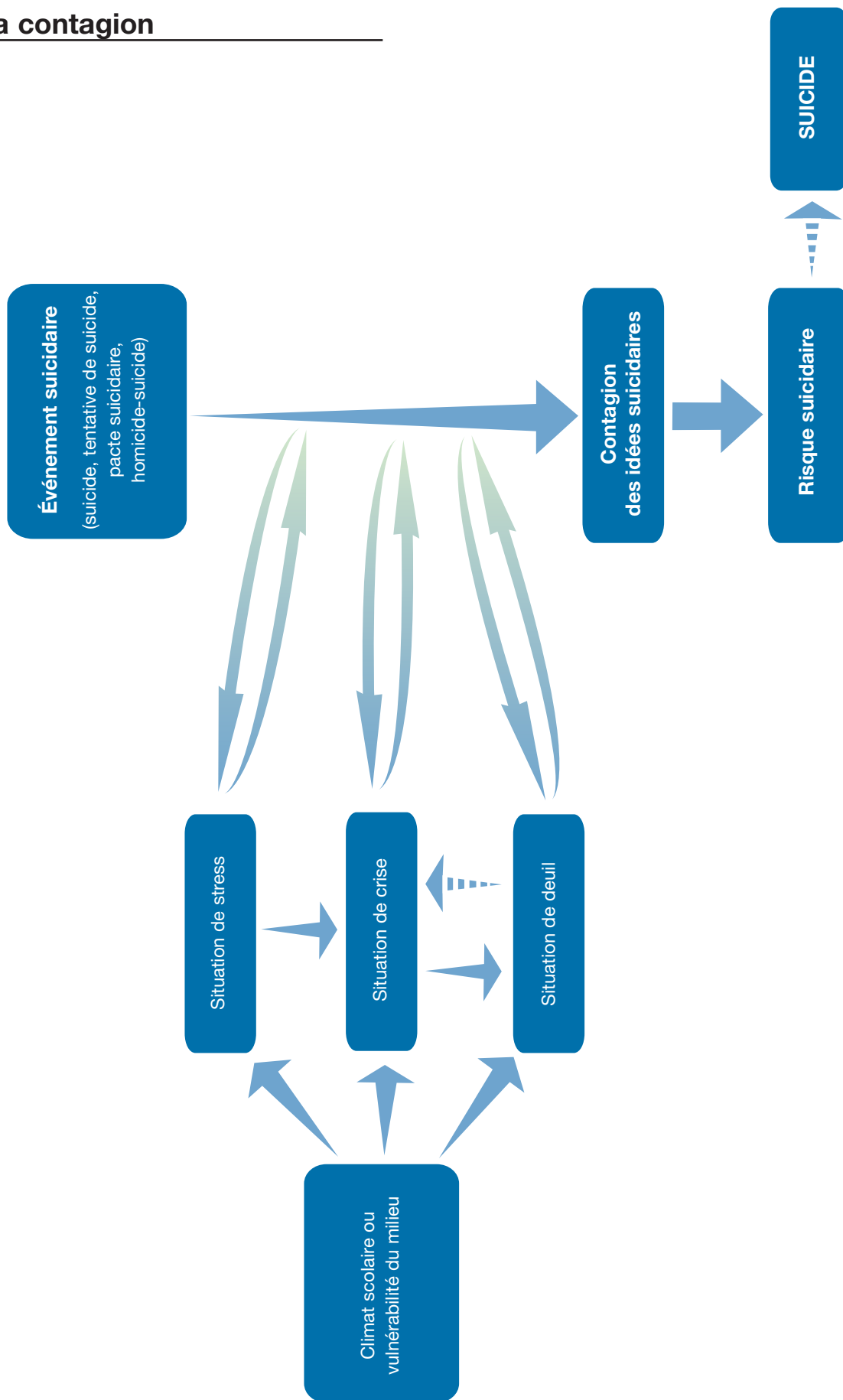
Graphique (4) Réactions de deuil

Pour les jeunes qui connaissaient bien la personne décédée et qui partageaient avec elle un lien d'attachement, des réactions de deuil pourront se manifester dès l'annonce du décès et dans les heures et les jours qui suivent les premières réactions de deuil (choc, déni, stupeur, peine, tristesse, recherche de sens, etc.). On peut alors offrir une intervention précoce de deuil. Si certains jeunes sont déjà vulnérables (ex. : stratégies d'ajustement limitées, dépression, réseau social inadéquat, etc.), les autres étapes du deuil pourront être marquées par des réactions de désespoir, de dépression, de tristesse prolongée, etc. Il s'ensuivra alors un risque de deuil compliqué et éventuellement un risque suicidaire accru.

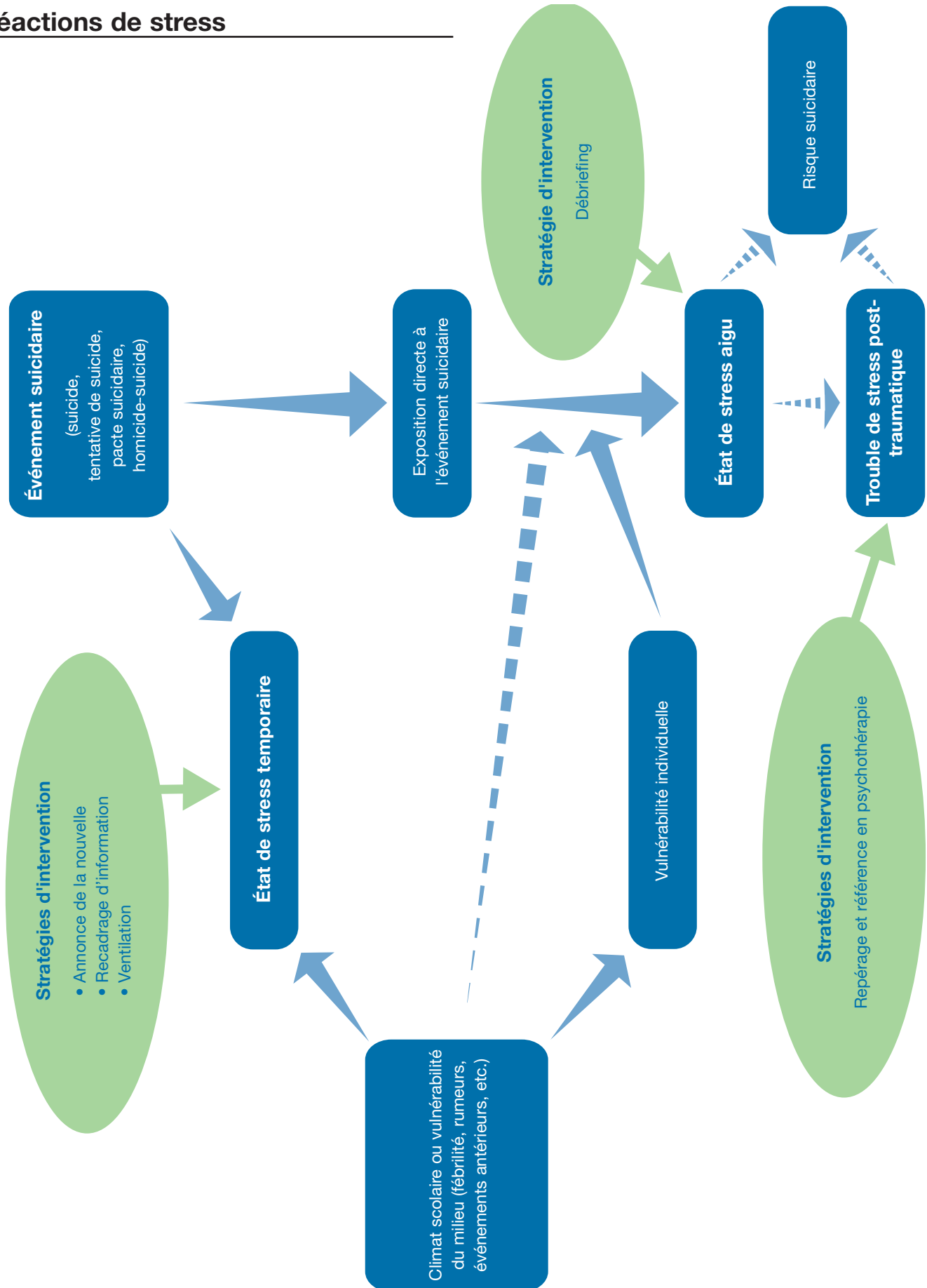
Les interventions de deuil à long terme (groupe de soutien, psychothérapie individuelle) pourront être bénéfiques et appropriées pour ces personnes et leur permettre de réaliser un travail de deuil graduel pour en arriver à une issue saine.

Soulignons que la lecture des schémas doit commencer par la cellule de l'événement suicidaire ; il s'agit ensuite de suivre les flèches.

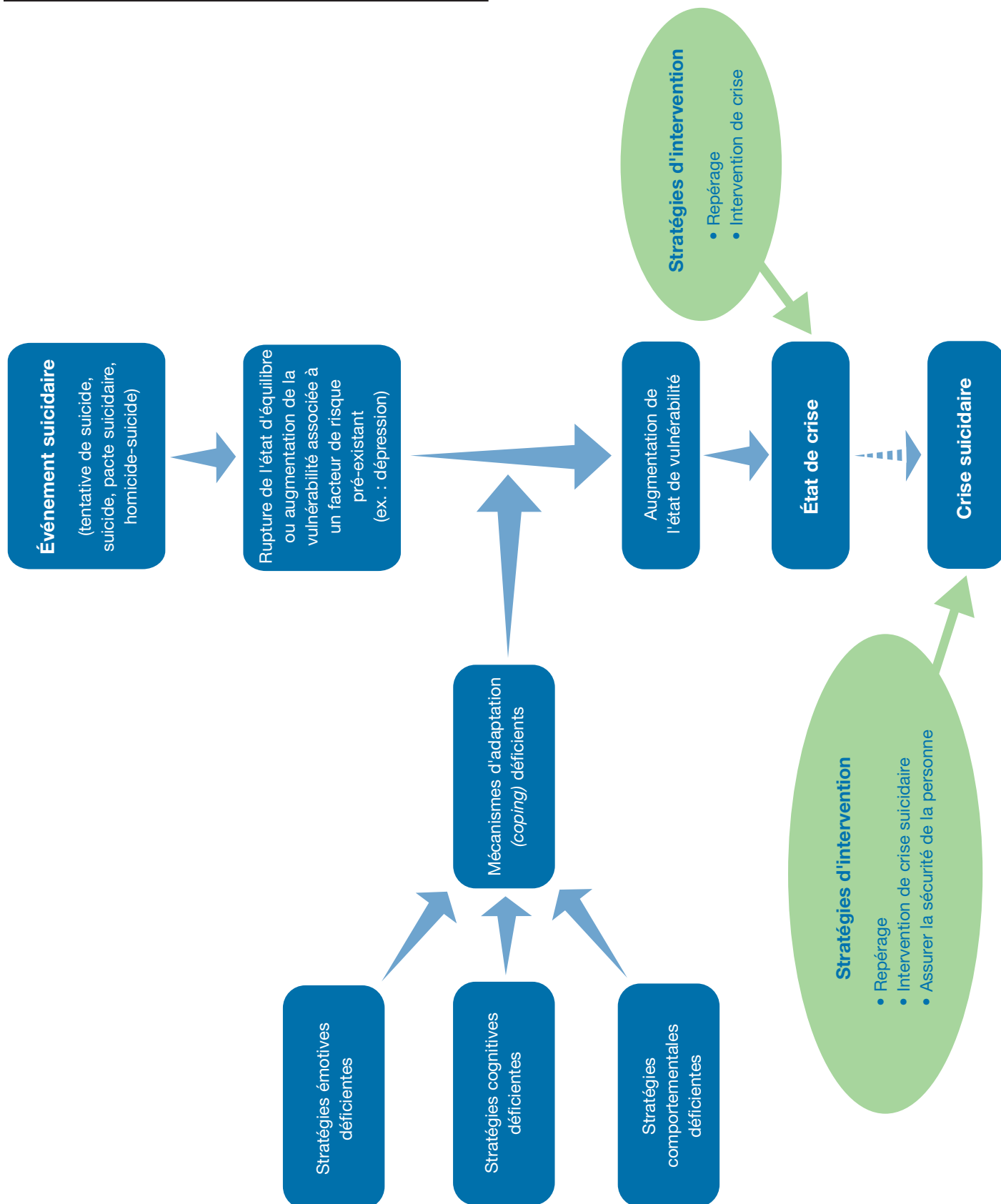
Prévenir la contagion



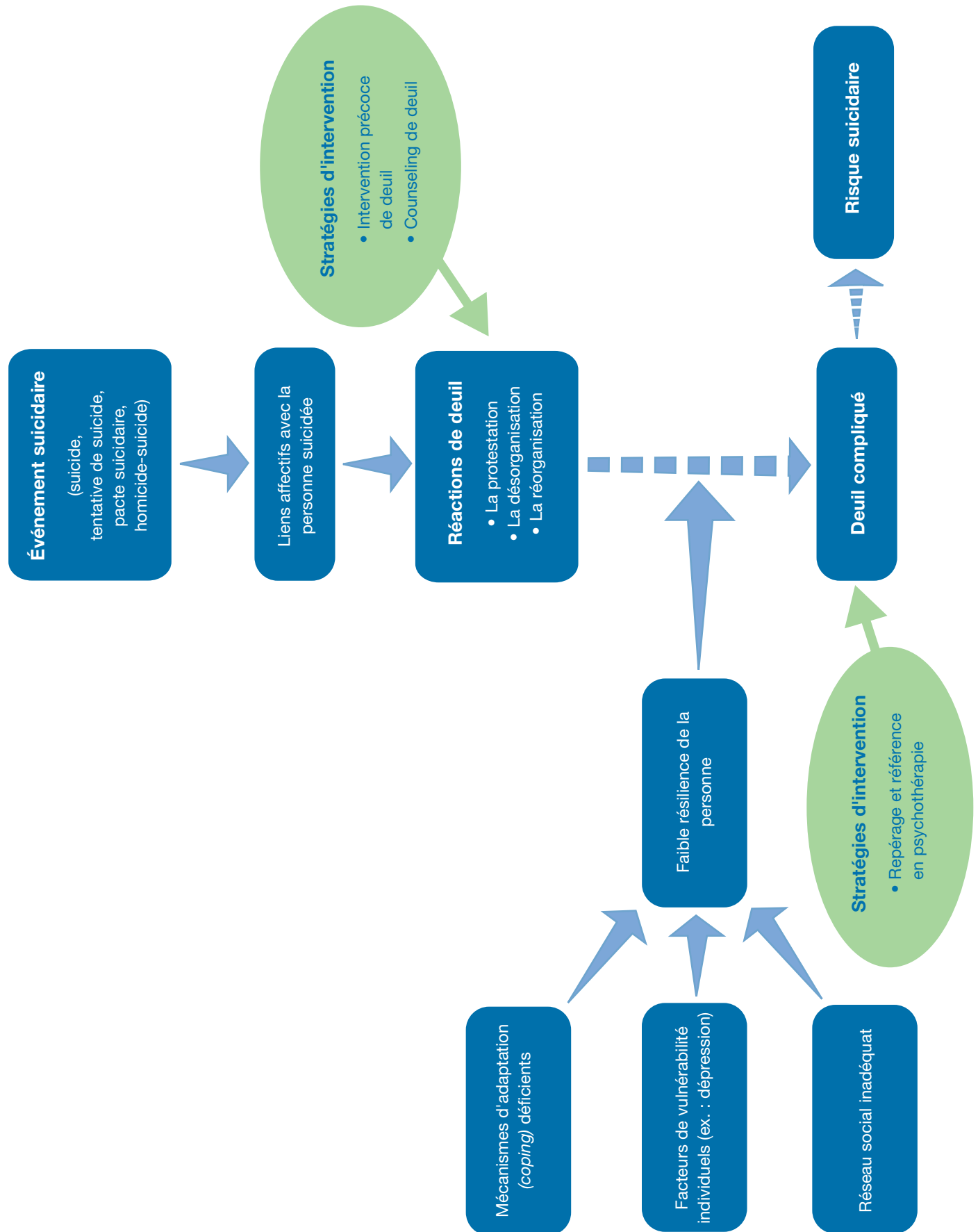
Réactions de stress



Réactions de crise



Réactions de deuil



Partie III

• Choix et stratégies d'intervention

Afin d'identifier les effets du suicide, cette troisième partie du programme portera sur les réactions de stress (section 3.1), les réactions de crise et de crise suicidaire (section 3.2) et les réactions de deuil (section 3.3) vécues par les adolescents et leur milieu. Pour chacune des sections, vous trouverez un cadre théorique qui présente les principales notions permettant de bien distinguer les états de stress, de crise, de deuil et leurs composantes, leurs principales manifestations ainsi que des stratégies d'intervention pour y faire face.

3.1 Réactions de stress

3.1.1 Cadre théorique

Il importe de différencier les niveaux de sévérité associés aux réactions de stress. Ainsi, l'intervenant devra faire la distinction entre un état de stress temporaire, de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). La plus grande distinction se réfère à leur durée respective et à l'exposition directe ou indirecte à l'événement traumatique.

3.1.2 Manifestations de l'état de stress temporaire, de l'état de stress aigu et du trouble de stress post-traumatique (TSPT)

3.1.2.1 État de stress temporaire

L'état de stress temporaire se caractérise par des réactions de stress que peut développer un individu lorsqu'il est confronté à une situation traumatique ou à l'exposition indirecte d'un événement dramatique (ex. : la nouvelle du suicide d'un pair).

Les manifestations de l'état de stress temporaire diffèrent de celles du stress aigu ou du TSPT dans leur intensité et leur durée. Les réactions de stress temporaires sont des réponses normales lors de situations d'adversité. Elles peuvent se manifester par des réponses physiologiques, comportementales, cognitives et émotionnelles variées. Généralement, l'individu trouve des stratégies qui lui permettront de retrouver son état d'équilibre à court terme.

Ce sont les réactions de stress temporaires qui sont habituellement les plus répandues parmi les pairs.

À la suite du suicide d'un élève, l'atmosphère de l'établissement scolaire peut être caractérisée par des manifestations d'un état de stress temporaire. Celles-ci se traduisent principalement par un climat de fébrilité et la circulation de nombreuses rumeurs quant au suicide de l'élève en question. L'objet de ces rumeurs déforme généralement la réalité, en dénaturant, par exemple, les circonstances du suicide et le moyen utilisé pour le passage à l'acte. Par le fait même, elles contribuent à maintenir un haut niveau de stress.

Dans un tel climat de fébrilité, ce n'est plus une minorité d'élèves qui ont de la difficulté à se concentrer sur les tâches scolaires habituelles, mais un grand nombre d'adolescents qui ont peine à faire abstraction de l'événement pour vaquer à leurs activités quotidiennes. En fait, ce sont les réactions de stress temporaires qui sont habituellement les plus répandues parmi les pairs du défunt. Dans un tel contexte, les élèves sont inquiets et préoccupés par ce qui se passe dans leur école. Un début de désorganisation peut également émerger. Ce phénomène peut être accentué dans les milieux qui présentaient déjà une certaine vulnérabilité, par exemple, lorsqu'une école a récemment fait face à des pertes et des événements malheureux, dont le décès d'un élève par maladie, un enseignant aimé qui a vécu une perte, etc. Cela peut également survenir lorsque l'élève qui s'est enlevé la vie était très connu par ses pairs.

3.1.2.2 État de stress aigu

Généralement, le stress aigu survient tôt après une exposition directe à un événement traumatisant ou dans une situation où l'individu a vu son intégrité ou celle d'autrui menacée, alors qu'il a été témoin de la scène traumatique (avoir vu, assisté, participé contre son gré à un suicide, avoir tenté de sauver la vie de la personne suicidée, etc.). Par exemple, cela peut survenir lorsque le suicide se produit dans l'environnement de l'école (cour d'école, gymnase, douches, etc.) et qu'un ou plusieurs élèves ont été témoins de la scène. Il va sans dire que ces situations demeurent peu communes. Les symptômes peuvent se manifester dans les quatre semaines qui suivent cet événement, mais se dissipent généralement en deçà d'un mois (American Psychiatry Association - APA-, 1996).

Le stress aigu peut aussi se manifester lorsque l'individu n'arrive plus à regagner l'état d'équilibre et que les réactions de stress temporaire se prolongent. On peut s'attendre habituellement à ce qu'une personne ayant été exposée de façon périphérique à l'événement traumatisant (ex. : voir les ambulanciers et les parents en crise à l'extérieur) ait des réactions moins intenses et qu'elles perdurent moins longtemps que pour les personnes ayant été exposées directement.

Les symptômes du stress aigu sont en partie semblables à ceux du trouble de stress post-traumatique, mais se produisent dans les jours suivants l'événement traumatique. Les personnes qui souffrent de stress aigu font parfois preuve de dissociation, d'anxiété, de dépersonnalisation et elles évitent les situations qui provoquent des rappels de l'événement. Le stress aigu interfère avec la vie sociale, occupationnelle ou avec d'autres sphères importantes de la vie de l'individu (APA, 1996). Voici un tableau présentant les critères diagnostiques du stress aigu.

Généralement, le stress aigu survient tôt après une exposition directe à un événement traumatisant ou dans une situation où l'individu a vu son intégrité ou celle d'autrui menacée, alors qu'il a été témoin de la scène traumatique.

Tableau 5

Critères diagnostiques de l'état de stress aigu (APA, 1996, p. 508-509)

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 grave blessure 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 (p. ex. : « être dans le brouillard »).
- (3) Une impression de déréalisation.
- (4) Une impression de dépersonnalisation.
- (5) Une amnésie dissociative (p. 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 (p. ex. : pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neuro-végétative (p. 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 (p. ex. : une substance donnant lieu aux abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

La désorganisation et la fébrilité sont encore plus accentuées si un grand nombre d'adolescents ont directement été exposés au suicide, donnant lieu alors à l'émergence d'un climat de stress aigu dans l'école. Par exemple, cela peut survenir lorsque des élèves ont été témoins de l'acte suicidaire, qu'ils ont vu le corps, qu'ils ont fait face aux médias ou qu'ils ont été témoins du déplacement du corps par les ambulanciers. Dans l'éventualité où le suicide a eu lieu dans l'école, les risques sont accrus pour que se développe un tel climat.

3.1.2.3 Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Dans l'éventualité où le trouble du stress aigu n'est pas diagnostiqué pendant ces quatre premières semaines ou qu'il perdure plus d'un mois, il est possible de voir apparaître un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les critères diagnostiques du TSPT sont présentés au Tableau 6. Tout comme pour l'état de stress aigu, la sévérité, la durée et la contiguïté de l'exposition à l'événement traumatisant sont des facteurs primordiaux dans la probabilité de développer un TSPT. Malgré que d'autres facteurs peuvent aussi influencer

l'émergence de ce trouble, soit les antécédents familiaux, les aspects reliés à la personnalité, la présence de troubles psychologiques pré-traumatiques et la qualité du soutien social (APA, 1996), le risque de développer un TSPT dépend également des différences individuelles, de la nature et de la complexité de l'agent stressant ainsi que de la réponse de l'environnement face à celui-ci (ex. : rapidité de la mise en place des activités de postvention) (Leenaars et Wenckstern, 1990.).

Il demeure probable qu'un individu risque davantage de développer un état de stress aigu ou un TSPT si certains facteurs de vulnérabilité sont déjà en place. Ces troubles peuvent néanmoins survenir sans pour autant qu'on ait relevé la présence de ces facteurs de vulnérabilité. L'exposition à l'événement peut être un facteur suffisant au développement d'un état de stress aigu ou d'un TSPT (APA, 1996).

D'après Horowitz (1986), les phases traversées par les individus ayant fait face à un événement très stressant qui provoque un TSPT sont les mêmes, bien qu'elles puissent varier en durée et en intensité. Tout d'abord, la personne traverse une phase initiale marquée par la surprise et/ou la stupeur. Par la suite, survient la *phase de déni* où elle éprouve des difficultés à

comprendre ce qui se passe. Elle préfère alors nier la réalité et peut être incapable de contenir la surcharge émotionnelle et cognitive liées à l'incident. L'individu entre ensuite dans une *phase de pensées envahissantes* récurrentes caractérisée par des reviviscences de l'événement stressant (ex. : cauchemars, images). Au même moment, commence une phase de perlaboration où la personne assimile progressivement l'événement par un travail psychoaffectif qui lui permet d'intégrer l'expérience à sa conception d'elle-même et du monde. Ce processus se termine soit par une *phase de résolution*, si l'événement traumatisant est assimilé, soit par une *phase de chronicisation*, si des éléments de l'expérience demeurent de façon permanente et interfèrent avec le fonctionnement de la personne.

Si aucune intervention n'a été entreprise auprès des personnes qui ont été témoins du suicide, Leenaars et Wenckstern (1990) soulignent que les symptômes suivants peuvent apparaître chez ces jeunes personnes : déni de l'événement, augmentation de l'agressivité, fantaisies obsessionnelles et récurrentes, réveil de l'anxiété, problèmes de comportement, échecs scolaires et risque d'imitation du comportement suicidaire.

Tableau 6

Critères diagnostiques du TSPT (APA, 1996, p. 503-504)

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 grave blessure 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. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
N.B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
- (2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
- (3) Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (*flash-back*), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).
N.B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
- (4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- (5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- (3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres.
- (6) Restriction des affects (p. ex. : incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- (7) Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex. : pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;
- (2) Irritabilité ou accès de colère;
- (3) Difficultés de concentration;
- (4) Hypervigilance;
- (5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

3.1.3 Stratégies d'intervention associées aux réactions de stress

Selon l'analyse de la situation et les observations de réactions de stress, il sera possible d'identifier quelles interventions seront les plus appropriées auprès de quels étudiants. Ces interventions peuvent être utilisées seules ou en combinaison afin de diminuer l'état de stress (voir section 2.4). Sont présentées dans cette section, les interventions destinées aux jeunes, aux intervenants, au personnel, aux parents et à la communauté. Veuillez noter que les activités de postvention qui sont préconisées pour réduire les effets du stress chez les jeunes peuvent être valables pour les autres personnes qui ne sont pas spécifiquement ciblées par le programme.

3.1.3.1 Interventions à l'intention des jeunes

• Interventions visant à contrer l'état de stress temporaire

Les interventions qui ont pour but d'annoncer la nouvelle, de recadrer l'information ainsi que celles permettant la ventilation ont comme principales cibles les réactions de stress temporaire. Elles permettent la mise en mots des émotions de surprise, de stupeur ou conflictuelles ainsi que l'identification de stratégies qui permettent de diminuer cet état de stress.

Les interventions permettent la mise en mots des émotions de surprise, de stupeur ou conflictuelles ainsi que l'identification de stratégies qui permettent de diminuer cet état de stress.

Annnonce de la nouvelle

L'annonce de la nouvelle a comme objectif d'informer les personnes qui sont touchées et qui pourraient ressentir les impacts du suicide dans leur entourage. La transmission de cette information préviendra la circulation de certaines rumeurs.

L'un des objectifs des activités de postvention est la réduction du stress, il est donc préférable que cette responsabilité soit assurée par les personnes déjà connues dans le milieu. En milieu scolaire, elle devrait incomber aux enseignants qui

peuvent accomplir cette tâche avec, au besoin, le soutien d'un membre du comité de postvention de l'école. L'annonce du suicide devrait se faire auprès des groupes classes préalablement identifiés. Ce choix peut toujours être réévalué après coup, selon l'évolution de la situation et si les responsables de la postvention le jugent pertinent. Lors de l'annonce du suicide, il faut être attentif aux élèves qui y réagissent de façon excessive ou anormale et faire un suivi auprès de ces derniers.

Lors de l'annonce de la nouvelle, le nom de l'élève, son niveau, la date, le lieu et la façon dont il s'est enlevé la vie peuvent être abordés. Il est possible de mentionner le moyen utilisé (ex. : par arme à feu, par pendaison), mais il faut omettre les détails descriptifs et éviter d'orienter la discussion sur ce sujet. Si un jeune veut en savoir davantage et insiste pour avoir des détails, il importe d'examiner ce que cela signifie pour lui. Il faut ensuite ramener la discussion sur le désespoir et la souffrance des personnes qui se suicident et sur le fait que celles-ci croient généralement qu'il n'y avait pas d'autres façons de régler leurs problèmes et d'apaiser leur souffrance.

Selon Carpentier et Guèvremont (1996-1997), la personne qui annonce la nouvelle doit adopter une attitude calme, compréhensive, rassurante, empathique et respectueuse. Elle doit éviter de juger le geste et annoncer le décès clairement et directement. Suite à l'annonce du décès, et selon les réactions soulevées et l'analyse de la situation, il se pourrait qu'une séance de ventilation ou de recadrage de l'information soit nécessaire.

Vous trouverez à l'Appendice B¹ des indications sur la façon d'annoncer la nouvelle aux jeunes sans aggraver le climat de fébrilité.

Recadrage de l'information

Selon les rumeurs et les fausses croyances en circulation, il est important d'effectuer un recadrage de l'information auprès des personnes ou groupes cibles, d'autant plus que les adolescents ont une propension à entretenir ces rumeurs. L'Appendice B² présente des arguments pour discuter des mythes et des réalités reliés au suicide.

En plus de clarifier la rumeur, cette intervention a comme objectif d'éviter la banalisation, la dramatisation ou le sensationnalisme entourant l'événement. Dans ce contexte, il faut insister sur la grande vulnérabilité des personnes qui se suicident et sur la complexité de l'interaction entre les facteurs bio-psycho-sociaux de la dynamique du suicide. En clarifiant la problématique et en précisant que le suicide ne résulte pas uniquement de quelques difficultés situationnelles, cela devrait communiquer un sentiment de contrôle aux jeunes.

Encore une fois, le suicide ne doit pas être glorifié ou dramatisé. Il ne faut pas non plus que les enseignants ou les professionnels divulguent 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 faut insister davantage sur le désespoir et la souffrance que vivent les personnes suicidaires ainsi que sur les moyens pour s'en sortir plutôt que sur le vécu de la personne décédée.

Ventilation

La ventilation vise l'expression des émotions chez les personnes ou groupes qui sont plus affectés par la situation. Cette stratégie ne doit pas s'appliquer de façon uniforme, mais selon les besoins exprimés. La ventilation risque d'être tout à fait pertinente auprès du ou des groupes-classes de la personne suicidée.

L'intervention de ventilation peut se dérouler en groupes restreints ou en activité individuelle. Pour ce faire, les intervenants ont recours à des stratégies qui favorisent la libre expression des émotions et des sentiments. Lors de l'utilisation de la technique de ventilation, les intervenants doivent reconnaître et valider la peine ainsi que les autres émotions ressenties par les jeunes. Vous trouverez à l'Appendice B³ un exemple de démarche pour l'animation d'une séance de ventilation.

Cette intervention peut s'avérer utile pour identifier les jeunes qui vivent davantage de détresse. Les intervenants pourront ensuite les encourager à faire appel aux diverses ressources qui sont mises à leur disposition. Par ailleurs, une séance de ventilation bien menée doit non seulement permettre aux jeunes de ventiler, mais aussi de clarifier la situation et d'identifier les ressources disponibles dans le milieu.

• Intervention visant à contrer l'état de stress aigu

Débriefing

Pour les adolescents qui ont été témoins de l'événement stressant, une intervention de débriefing est conseillée. Cette intervention se centre sur le contexte actuel. Ici, les personnes invitées ont vu, assisté ou ont été impliquées contre leur gré au suicide d'un pair. Le débriefing leur permet de faire part de leurs réactions, de mieux comprendre la situation, de développer des stratégies d'adaptation et de se voir offrir l'accès à d'autres ressources si nécessaire (Spitzer et Burke, 1993). Le principal objectif recherché par cette activité est de favoriser l'expression des émotions engendrées par l'événement et d'accélérer le processus de rétablissement de la personne perturbée par le suicide ainsi que d'éviter le développement du TSPT.

Le débriefing est une technique développée par Mitchell (1983). Cette technique est appelée le « Critical Incident Stress Debriefing » et s'administre dans le cadre d'une rencontre selon une séquence de six étapes (introduction, phase de faits, phase de la pensée, phase des réactions, phase d'enseignement et phase de retour). Ces étapes sont présentées à l'Appendice B⁴. Cette technique a d'abord été conçue pour réduire le stress chez le personnel d'urgence comme les policiers, les ambulanciers et le personnel médical. Mais, elle est de plus en plus utilisée auprès des victimes de désastres naturels ou

d'autres événements traumatisants tels un suicide, un viol, une prise d'otage, un homicide, etc.

Indéniablement, la technique de débriefing utilisée doit différer d'un type d'événement à un autre. Il faut adapter les étapes du débriefing selon le traumatisme, le contexte et le type de personnes impliquées. Le modèle Mitchell (1983) est à l'origine de tout débriefing, mais il existe maintes alternatives concernant la durée, le nombre d'individus rassemblés dans un groupe, le nombre d'intervenants, l'allure du discours et le type d'activités d'animation.

De façon générale, le débriefing s'effectue auprès d'un groupe de 3 à 25 participants, est dirigé par au moins deux intervenants formés pour ce type d'intervention et se déroule sur une période de deux à trois heures. Les intervenants ne font qu'orienter la conversation et diriger les discussions sans toutefois y participer directement. Les lignes directrices des activités de débriefing sont présentées à l'Appendice B⁴.

Lorsque l'activité de débriefing se termine, les responsables doivent informer les élèves des ressources mises à leur disposition s'ils éprouvent le besoin d'avoir davantage de soutien dans cette épreuve. Cette information doit être claire et précise. Par exemple, il faudra leur indiquer où se situent les locaux, les procédures pour obtenir un rendez-vous, les heures d'ouverture, la durée du service, les personnes responsables, les disponibilités et le fonctionnement des ressources du milieu. Il faut s'assurer qu'une forme d'aide, à laquelle les élèves peuvent se référer en cas de besoin, soit disponible 24 heures par jour et sept jours par semaine. Par la suite, d'autres types d'interventions seront nécessaires pour soutenir les jeunes dans cette épreuve.

• Intervention visant à contrer le TSPT

Dans l'éventualité où un jeune aurait développé un TSPT, les intervenants doivent être en mesure de le dépister et de référer l'adolescent à un intervenant (par exemple d'un CLSC ou d'un hôpital) capable d'évaluer le choix des approches pour mener à bien les interventions. Comme celles-ci dépassent largement le cadre de ce programme de postvention à la suite d'un suicide en milieu scolaire, elles ne seront pas abordées dans ce document.

3.1.3.2 Interventions à l'intention des intervenants et du personnel

Dans un premier temps, l'ensemble du personnel scolaire (p. ex. : enseignants, professionnels, personnel de soutien, etc.) doit avoir été mis au courant des interventions et de leur rôle dans la mise en place des activités de postvention auprès des jeunes. Ainsi, il faut informer tous les membres du personnel sur ce qui est arrivé, sur les activités de postvention à venir, sur la disponibilité des ressources, sur les mandats qui leurs sont attribués, etc.

Les membres du personnel scolaire peuvent aussi être très affectés par le suicide d'un membre de leur milieu. En plus de vivre eux-mêmes un état de fébrilité ou de stress, leur

participation à la mise en place des activités de postvention sera sollicitée (ex. : annonce de la nouvelle, repérage des jeunes à risque). De même, il est possible que les enseignants ou les autres adultes soient eux-mêmes en état de vulnérabilité ou deviennent vulnérables suite au suicide d'un jeune. Durant cette période de stress, il est donc opportun de prévoir des activités pour les membres du personnel scolaire et du comité de postvention qui ont eux aussi besoin de soutien dans cette épreuve. Par exemple, on peut prévoir des lieux et des ressources spécifiques pour les adultes. L'analyse des réactions des membres du personnel et de leurs besoins permettra d'évaluer le type d'activités à mettre en place auprès d'eux (recadrage d'information, ventilation, débriefing, intervention de crise, etc.). Notons ici que les services offerts par le programme d'aide aux employés peuvent être exploités afin de leur apporter le soutien dont ils ont besoin.

Pour les enseignants et les autres membres du personnel qui ont à intervenir et qui ne sont pas à l'aise ou aptes à faire face à la situation, il faut prévoir un accompagnement pour rencontrer les élèves et un encadrement sur la façon de composer individuellement avec les jeunes et/ou les parents en besoin.

3.1.3.3 Interventions à l'intention des parents

Les parents des élèves de l'école

Les parents peuvent aussi être ébranlés par la nouvelle du suicide d'un des élèves de l'école que fréquente leur jeune. Ils peuvent devenir inquiets des réactions du milieu, des impacts de cet événement sur leur propre jeune, de l'effet de contagion, etc. Il est judicieux de travailler avec tous les parents et de les intégrer dans les différentes stratégies de postvention. Ainsi, en leur fournissant les informations nécessaires à la détection des symptômes de la dépression et de la crise suicidaire, cela devrait leur permettre de repérer plus facilement les jeunes à risque et de mieux réagir face à leur adolescent (ces signes sont présentés à la section 3.2.2 et à l'Appendice C¹).

Ainsi, le milieu peut décider d'envoyer aux parents un feuillet d'information sur la situation et les activités entreprises à l'école, une liste des ressources disponibles à l'école et dans le milieu (Centre de prévention du suicide, Centre de crise, CLSC, etc.) avec les numéros de téléphone correspondants. Il peut être nécessaire de prévoir une rencontre avec les parents dans la semaine qui suit le suicide ou le plus tôt possible. Une lettre informant les parents de la date, du lieu et de l'heure de la soirée d'information pourrait être envoyée au même moment que les informations sur les activités de postvention, les signes de repérage et les ressources du milieu. Un exemple d'une telle lettre ainsi que des informations sur le déroulement d'une telle rencontre sont présentés à l'Appendice B⁵.

On doit également évaluer à qui doit être transmise cette lettre : aux parents des enfants du même niveau scolaire que le jeune décédé par suicide ? À tous les parents ? La décision dépendra à nouveau de l'analyse de la situation et prendra en

Pour les membres du personnel qui ne sont pas à l'aise d'intervenir, il faudrait prévoir un accompagnement pour rencontrer les élèves.

considération la taille de l'école, l'effet de stress engendré par le suicide, les jeunes auprès de qui les activités de postvention se tiennent, etc. En outre, tous les parents des jeunes qui bénéficient des activités de postvention devront recevoir une telle invitation.

Les parents endeuillés

En ce qui concerne les parents endeuillés, il importe de les rejoindre pour leur offrir condoléances et soutien. Par la même occasion, une liste des ressources disponibles (ex. : groupe de soutien pour endeuillés) doit également leur être transmise. Dans un premier temps, ils seront probablement trop préoccupés et bouleversés pour tenir compte de cette information. Il est donc judicieux de les relancer une à trois semaines suivant ce premier contact pour prendre de leur nouvelle et leur mentionner à nouveau cette offre de service. Même si ce rôle peut être assuré par l'école ou une ressource du milieu (ex. : CPS), il est important qu'une personne soit désignée pour cette tâche.

3.1.3.4 Interventions à l'intention de la communauté

Lors de l'application du programme de postvention, il faut penser à aviser les directions des autres écoles de la région et les milieux fréquentés par le jeune suicidé ou ses proches (ex. : maison de jeunes, centre sportif, centre jeunesse, collège) pour qu'ils soient attentifs aux besoins des amis intimes ainsi que des frères et sœurs qui fréquentent ces milieux.

Mise en garde

On doit s'assurer d'offrir des activités adéquates aux bonnes personnes. Les activités de postvention visent en grande partie à diminuer le stress. Pour ce faire, l'analyse de la situation, des manifestations et des particularités de la situation dirigera le choix des interventions. Il faut éviter d'augmenter la tension et ainsi aggraver la situation.

À considérer lors de l'application des stratégies associées au stress

Il se peut que les parents de l'élève suicidé désirent ne pas parler de suicide et souhaitent que l'école garde le secret. Il est important de rappeler que c'est à l'école que revient la responsabilité des activités de postvention. Vous trouverez à l'Appendice B⁶ des informations sur la manière de gérer la désapprobation des parents endeuillés face aux activités de postvention à l'école.

Il arrive que les milieux aient, en plus de gérer la situation de stress dans l'école, à gérer l'information auprès des médias. Il est primordial d'identifier qui sera l'interlocuteur auprès des médias. L'Appendice B⁷ présente des lignes directrices pour répondre aux médias.

Un tel événement amène le milieu à se demander comment traiter les rituels funéraires et la présence aux funérailles. À l'Appendice B⁸, vous trouverez des recommandations à cet effet.

Lorsque la nouvelle du suicide est connue de la direction et du personnel, les enseignants doivent prêter une attention particulière aux absences des élèves et les signaler à une personne en charge d'effectuer le suivi de celles-ci afin d'en identifier les raisons.

Durant cette période de stress, le corps enseignant doit demeurer vigilant et être apte à faire face aux demandes d'informations des jeunes et de les référer aux personnes ressources du milieu.

Les enseignants doivent également être à l'écoute de leurs groupes. Si les élèves veulent parler de la personne décédée et/ou du suicide, il pourra être opportun d'offrir une intervention de ventilation. Si quelques jeunes seulement désirent en parler davantage, il est préférable de les voir en petits groupes ou en entrevues individuelles.

Illustrations des stratégies d'intervention et autres informations pertinentes à la gestion des réactions de stress

Appendices B

Appendice B¹

Comment annoncer la nouvelle du suicide

Mise en garde

Il ne faut jamais annoncer la nouvelle du suicide par un moyen qui a comme objectif de rejoindre tout le monde en même temps, par exemple, dans une grande salle ou par l'utilisation du microphone. Une annonce faite de cette manière pourrait engendrer une augmentation du stress chez les jeunes et le personnel. Il est préférable de procéder en petits groupes, ce qui donne, entre autres, une meilleure possibilité de repérer les personnes affectées ou à risque.

Voici un exemple de la façon de procéder pour annoncer la nouvelle du suicide.

Il se produit quelquefois des événements tragiques qui sont difficiles à comprendre et à annoncer. Ce matin, nous avons appris la triste nouvelle du décès d'un des élèves de l'école. Il s'agit de (nom et prénom du jeune), (son niveau). (Prénom) s'est donné la mort (moment et lieu du décès) par (moyen utilisé).

Nous ne savons pas pourquoi c'est arrivé, mais nous savons que cet événement peut être bouleversant pour nous tous. Diverses émotions peuvent être ressenties, par exemple, la peine, l'incompréhension, la peur, l'inquiétude, la colère, etc. Toutes ces émotions sont normales et sachez que des personnes sont disponibles pour vous soutenir dans ce moment difficile. Si vous vous sentez concerné, vous pouvez aller rencontrer (qui, où) sur le temps des pauses ou du dîner.

Je vous suggère d'en parler avec vos amis, parents, aidants de votre milieu... quelqu'un en qui vous avez confiance. Vous pouvez aussi rejoindre des intervenants de lignes d'écoute téléphonique, telles que : Tel-Jeunes (1 800 263-2266), Jeunesse J'écoute (1 800 668-6868), la ligne provinciale de prévention du suicide (1 866 Appelle (277-3553)).*

* Il faut donner une liste de ressources, dont une au moins est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à toutes les personnes présentes ou prévoir du temps pour qu'elles puissent les prendre en note.

Appendice B²

Mythes et réalités du suicide

Cet appendice est principalement adapté du « Manuel des formateurs » écrit par Séguin et Terra (2001) et inspiré du document « Programme accrédité de formation. Intervenir en situation de crise suicidaire » de l'Association québécoise de prévention du suicide (2003).

A. Il faut être courageux pour se suicider !

B. Il faut être lâche pour se suicider !

Interpréter le suicide en termes de lâcheté et de courage ne permet pas d'expliquer la réalité. La plupart des personnes suicidaires ne justifient pas le suicide comme un geste de lâcheté ou de courage. Pour elles, le suicide est une manière de mettre fin à la souffrance. Il n'est donc pas question ici de sensationnalisme ou d'héroïsme. Cette interprétation du geste en termes de lâcheté ou de courage émane davantage d'un jugement de valeur que d'une réelle sensibilité à l'égard de la souffrance des personnes suicidaires.

Percevoir le geste suicidaire en termes de lâcheté et de courage n'est qu'une façon de sous-entendre que seuls les gens « lâches » ou « courageux » ont recours au suicide, et non les autres. Le fait que certaines personnes croient que le suicide est courageux peut de toute évidence influencer de façon tragique le choix des jeunes personnes vulnérables et influençables, qui vivent des difficultés majeures. Cette perspective du suicide peut donc faire croire à certains individus qu'en adhérant au suicide, ils pourront, en plus de mettre fin à leurs souffrances, trouver l'attention tant désirée.

C. Lorsqu'il y a un suicide dans une famille, les membres de la famille deviennent plus à risque.

Les familles qui ont perdu un proche par suicide s'inquiètent souvent du fait que le suicide pourrait être héréditaire et donc se « transmettre » à d'autres membres de la famille. L'incidence des difficultés psychologiques au sein d'une famille est souvent la résultante des dimensions héréditaires et environnementales. Le principal facteur de transmission associé à l'hérédité est la dimension du tempérament. Néanmoins, les dimensions familiales et environnementales peuvent avoir un effet déterminant sur la trajectoire de vie d'un individu.

D. Les personnes en crise suicidaire sont formellement décidées à mourir.

On entend souvent dire que le geste suicidaire est le choix de l'individu, que c'est lui ou elle qui décide de mettre fin à sa vie. Or, par le biais du suicide, l'individu ne recherche

pas nécessairement la mort, mais une manière de mettre fin à la souffrance qui a atteint un seuil insupportable. En fait, la personne suicidaire est ambivalente quant à son désir de vivre et son impossibilité de continuer de souffrir. Pour l'individu qui croit avoir épuisé toutes ses ressources, le recours au suicide peut sembler la seule alternative à une douleur devenue accablante.

Ceci démontre que le suicide ne fait pas partie de diverses alternatives, mais apparaît souvent comme le seul recours qui demeure. En fait, ce n'est pas que le suicide soit le seul choix qui lui reste, mais probablement le seul choix que l'individu en souffrance perçoit et auquel il porte de plus en plus attention. Donc, dans ce contexte, le suicide ne résulte pas vraiment d'un choix, mais d'un manque de choix.

E. Plusieurs indices indiquent la présence d'une crise suicidaire.

Environ huit personnes sur dix donnent des signes précurseurs de leurs intentions ou en parlent avant de faire une tentative de suicide. Malheureusement, ces messages ne sont pas toujours captés ou adressés aux bonnes personnes, même s'ils sont souvent l'indice d'un état de crise, une façon de demander de l'aide, un cri d'alarme. Ces signes peuvent être verbaux ou non verbaux (ex. : changements de comportement et d'attitude). Il est faux de croire que : « s'ils n'en parlent pas, ils le feront », ou que « s'ils en parlent, ils ne le feront pas. ». Il vaut toujours mieux prendre au sérieux les verbalisations suicidaires et vérifier auprès de l'individu s'il pense au suicide.

F. Le suicide est un geste impulsif qui survient sans avertissement.

En général, le suicide est rarement un geste impulsif, mais plutôt l'aboutissement d'un processus. Les événements qui déclenchent le processus suicidaire sont souvent les derniers éléments d'une chaîne de pertes affectives qui ont rendu l'individu plus vulnérable, fragile et démuné face aux échecs qui se produisent. Durant ce processus, la personne suicidaire émet différents messages et signaux. En fait, la majorité des personnes font connaître leur désespoir avant de passer à l'acte.

Le geste suicidaire est le résultat d'un processus de fragilisation, rarement le fait d'un événement isolé. On doit noter cependant que les cas de suicides impulsifs se retrouvent surtout chez les adolescents, en particulier chez les garçons. En fait, le taux de suicides chez les jeunes garçons est considérablement plus élevé que chez les jeunes filles et cette tendance peut être expliquée par l'impulsivité masculine devant des difficultés d'origine scolaire ou sentimentale. En général, plusieurs études attestent que les victimes du suicide ont souvent des antécédents d'impulsivité et d'agressivité (Santé Canada, 1994).

G. L'amélioration à la suite d'une crise signifie que le danger est passé.

Habituellement, lorsqu'il y a amélioration après une période de souffrance intense, ce mieux-être se produit graduellement, à la suite d'efforts soutenus. Il est plutôt inhabituel d'observer une amélioration subite et spectaculaire; il faut donc s'en méfier. L'entourage doit rester vigilant puisque plusieurs suicides se produisent dans les quelques mois qui suivent une « amélioration subite » après une crise. Cette transformation ne constitue pas un signe absolu de mieux-être ou une garantie que les intentions suicidaires sont mises de côté. Au contraire, la personne suicidaire peut avoir choisi de rassurer son entourage en laissant croire qu'elle va mieux, afin que ceux-ci retournent à leurs propres activités en toute sécurité, devenant ainsi moins vigilants. L'ironie, c'est que la souffrance ne s'est pas dissipée. C'est à ce moment que la personne peut préparer son scénario suicidaire en toute tranquillité.

H. Les personnes en crise suicidaire souffrent toujours d'un trouble mental.

Une crise suicidaire n'indique pas nécessairement que la personne a des problèmes de santé mentale. Même si plusieurs personnes ayant des problèmes psychologiques peuvent être suicidaires, toutes les personnes suicidaires ne sont pas aux prises avec la maladie mentale, et toutes les personnes qui ont de tels problèmes ne se suicident pas. Toutefois, une majorité des adolescents qui se suicident ont aussi des problèmes de santé mentale. Étant donné ce nombre élevé, il est important, lorsqu'on discute avec les jeunes de la relation entre le suicide et la santé mentale, de mettre en relief le lien fort qui les unit, sans quoi on risque de banaliser le geste. De cette façon, on peut considérer et expliquer la relation entre la maladie mentale et le suicide non pas comme une cause de suicide, mais comme une caractéristique importante retrouvée chez plusieurs personnes suicidaires ou suicidées.

I. Toute personne suicidaire paraît déprimée.

Bien que la personne suicidaire soit la plupart du temps en période dépressive, toutes ne présentent pas nécessairement des signes de dépression. Au contraire, certaines personnes paraissent dures et insensibles alors que d'autres sont rieuses et très actives. Il faut faire attention car ces comportements peuvent servir à cacher une grande tristesse et des pensées suicidaires.

J. Parler du suicide encourage le passage à l'acte.

Le suicide est un sujet dérangeant dont on parle difficilement. Pourtant, c'est en parlant du suicide que l'on peut démythifier ce sujet et parvenir à aider une personne en détresse. Demander directement si une personne songe au suicide, ce n'est pas lui suggérer l'idée, mais ouvrir la porte à l'expression de sa souffrance. Parler du suicide, oui,

mais pas de n'importe quelle manière et pas dans n'importe quelles conditions! Il faut savoir à quelle population s'adresse notre message et le développer en conséquence. On doit éviter de banaliser le sujet, de mettre au défi une personne de se suicider ou de louer quelqu'un qui s'est suicidé en qualifiant son geste d'héroïque. Il faut aussi faire attention à la médiatisation entourant le suicide, qui peut créer un effet d'entraînement.

K. On peut aider une personne suicidaire sans être un professionnel dans le domaine du suicide.

Au quotidien, dans ses relations avec son entourage, chaque personne peut aider un proche confronté à la souffrance, avec les moyens dont elle dispose et en respectant ses limites. Savoir reconnaître les signes avant-coureurs, ouvrir le dialogue et trouver des alternatives satisfaisantes pour la personne, sont des façons de soutenir un proche en situation de détresse. Avec de l'ouverture, de la compréhension et de l'entraide, il est possible d'éviter que soit posé un geste irrémédiable. Cependant, lorsque l'on aide une personne suicidaire, que l'on soit un professionnel ou un proche, la même règle s'applique : on ne doit jamais rester seul avec le problème; il faut absolument se faire aider.

L. Les personnes qui menacent de se suicider veulent attirer l'attention ou manipuler.

Il faut toujours prendre les menaces de suicide au sérieux : elles sont toujours des appels à l'aide. On doit aussi faire attention aux menaces à répétition et à celles qui s'étendent sur une longue période de temps. Elles peuvent désensibiliser l'entourage face à l'importance de la situation (l'homme qui criait au loup). Quant à l'impression d'être manipulé, cela reflète souvent l'état intérieur de l'intervenant et non l'intention consciente de la personne en détresse.

Or, certains comportements peuvent toutefois être de types manipulateurs; dans ces situations, une consultation professionnelle devrait être envisagée. La manipulation face au suicide est un enjeu trop important pour que l'on néglige la douleur et la souffrance qui en sont à l'origine. De plus, la manipulation est en soi un trouble comportemental qui mérite une attention particulière. Donc, si une personne tente de manipuler une autre personne en menaçant de se suicider ou en induisant les gens en erreur au sujet de ses intentions suicidaires, il faut tout de même être conscient que cette attitude révèle un trouble sévère et qu'il est important de vérifier sa nature.

En conclusion, on doit demeurer vigilant face à tout comportement suicidaire. Si la personne ne perçoit pas de changement à sa situation, son désespoir risque d'augmenter et elle peut adopter des conduites de plus en plus dangereuses. Pour certains, la tentative de suicide représente une sorte de « pratique » à un comportement suicidaire plus dangereux.

Appendice B³

Exemple d'animation d'une séance de ventilation

De prime abord, une séance de ventilation devrait être animée par une personne (ou plus selon le nombre de participants) ayant des 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.

Lors d'une séance de ventilation, l'animateur doit adopter une attitude compréhensive, réceptive et empathique afin de créer un climat de confiance propice au partage. Voici quelques principes qui pourraient guider l'animation d'une séance de ventilation :

- S'assurer que tous ont les mêmes informations par rapport au suicide.
- Expliquer ce qui sera fait durant la séance et les règles de fonctionnement (ex. : respect, non jugement, ne pas chercher de coupable).
- Inviter les jeunes à échanger sur comment ils se sentent et comment ils réagissent à cette nouvelle. Mais, ne pas insister, car certains élèves peuvent se sentir moins concernés par l'événement ou tout simplement ne pas avoir le goût d'en parler ou encore préférer le faire en dehors de ce lieu.
- Expliquer que, même si c'est souvent difficile, le fait de parler et de partager ses émotions amène un certain soulagement.
- Amorcer la discussion en posant quelques questions. Par exemple :
 - Qu'est-ce que vous partagiez avec la personne décédée ?
 - Comment avez-vous réagi à l'annonce de la nouvelle ?
 - Comment vous sentez-vous maintenant ?
- Permettre et normaliser l'expression des émotions (ex. : choc, peur, anxiété, tristesse, etc.) sans chercher à les raisonner ou les expliquer, dans la mesure où elles s'inscrivent dans les frontières de la normalité.
- Mentionner que tous peuvent ne pas être touchés de la même manière et réagir de façons différentes face à cet événement, qu'ils aient été proches ou non du jeune décédé par suicide.
- Clarifier les fausses croyances (mythes) et les rumeurs que les jeunes expriment au sujet du suicide.
- Parler de façon générale des personnes suicidaires et non de la personne décédée ou de son histoire (dépersonnaliser le discours).

- Donner des exemples de manifestations physiologiques, psychologiques et émotionnelles qui pourraient survenir et des moyens de diminuer le stress.
- Faire connaître les ressources disponibles dans le milieu, dont au moins une disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

La durée de la rencontre devrait permettre à toutes les personnes présentes de s'exprimer, en plus de permettre à l'animateur de transmettre les informations quant aux réactions « normales » et les ressources d'aide disponibles.

Appendice B⁴

Lignes directrices du débriefing

Voici quelques lignes directrices dans l'application du débriefing auprès des personnes qui ont été témoins :

- Il doit être « animé » par au moins deux intervenants formés et expérimentés dans ce genre d'intervention.
- Il doit être conduit dans les 24 à 72 heures suivant l'incident; la rapidité d'intervention détermine la résolution ou les difficultés futures.
- Les intervenants posent des questions ouvertes, mais spécifiques, amènent à réfléchir sur un niveau cognitif et émotionnel.
- Il faut favoriser l'émergence d'un lien de confiance et l'intimité dans le lieu où se déroule l'activité.

Selon Mitchell (1983), l'intervention de débriefing est constituée d'étapes précises qui sont présentées dans l'encadré ci-dessous.

1) Phase d'introduction

- 1.1 Les intervenants qui dirigent l'activité de débriefing se présentent.
- 1.2 Les règles sont établies :
 - (a) le respect de la confidentialité;
 - (b) les participants ne sont pas obligés de parler;
 - (c) le dévoilement n'est pas utilisé contre les participants;
 - (d) les participants sont traités de façon équitable et avec respect;
 - (e) le débriefing n'est pas un moyen destiné à la critique, il vise plutôt la ventilation des émotions;
 - (f) présenter le fonctionnement de la rencontre : les différentes phases.

2) Phase des faits (*fact phase*)

- 2.1 Les participants sont amenés à décrire les faits en lien avec eux, l'incident et leurs activités au moment de l'événement.
- 2.2 Les participants, à tour de rôle, si possible, décrivent les faits jusqu'à ce que l'incident soit recréé.

3) Phase de la pensée (*thought phase*)

- 3.1 On demande aux participants de décrire quelles ont été leurs premières pensées au moment de l'incident. Cette étape permet aux participants de révéler des pensées allant au-delà des faits.

4) Phase de réaction (*reaction phase*)

- 4.1 Les participants sont encouragés à discuter des effets de l'événement sur eux et sur leur entourage.
- 4.2 L'attention est entièrement dirigée vers les réactions des participants au moment et à la suite de l'incident.

5) Phase d'enseignement (*teaching phase*)

- 5.1 Les intervenants identifient les caractéristiques physiques, émotionnelles et comportementales associées au stress.
- 5.2 L'emphase est mise sur la « normalité » de vivre des expériences stressantes dans la vie.
- 5.3 On enseigne aux participants à reconnaître les signes du stress et on leur montre des techniques de réduction du stress.

6) Phase de retour (*reentry phase*)

- 6.1 Cette dernière étape est consacrée aux questions, aux encouragements et à l'établissement de plans d'action.
- 6.2 On fait un résumé de la séance de débriefing.
- 6.3 On informe les participants sur les ressources additionnelles à consulter en cas de besoin.

Appendice B⁵

Informations destinées aux parents

Voici un exemple de lettre tiré du Programme de postvention en milieu scolaire du Centre de prévention du suicide 02 (Gravel, 1999, p.141) pouvant être envoyé aux parents :

Chers parents,

Nous venons d'apprendre le décès par suicide d'un de nos élèves. Il va sans dire que cet événement malheureux affecte l'ensemble de la communauté scolaire.

Une équipe d'intervention a été mobilisée à l'école, afin de venir en aide aux jeunes et aux membres du personnel de l'institution affectés par ce décès et réduire les risques d'un effet d'entraînement.

Il est fort possible que votre enfant ressente le besoin de parler de l'événement à la maison. Nous vous invitons à lui en donner l'occasion.

Si vous êtes inquiets au sujet des propos ou réactions de votre jeune, ou encore, avez besoin de soutien ou d'information, prière de communiquer avec M. _____, (titre) _____, en composant le _____. Soyez assurés que votre demande sera traitée de façon confidentielle et professionnelle.

Enfin, nous vous invitons, si vous le désirez, à participer à une rencontre d'échange et d'information qui aura lieu le _____ à _____ heures au _____ (endroit). Des intervenants vous y attendront.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, nous vous prions d'accepter, chers parents, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Directeur(rice) général(e)

La soirée d'information tenue à l'intention des parents devra porter sur : (a) les inquiétudes des parents, (b) les réactions possibles de leurs jeunes et l'aide à apporter, (c) l'information sur le suicide et les ressources du milieu, (d) l'information sur le repérage des jeunes à risque et (e) les mesures qui ont été prises à l'école. Cette soirée devrait être dirigée par au moins une personne de l'équipe de postvention (soit du milieu scolaire, soit de l'externe) qui devra être accompagnée par au moins un autre intervenant ou plus, dépendamment du nombre de participants, qui possède une expertise en intervention de crise suicidaire.

Appendice B⁶

Comment gérer un désaccord des parents endeuillés face à la tenue d'activités de postvention

Cet appendice est adapté du protocole de postvention préparé par Allard et ses collègues, en collaboration avec Céline Beauregard du CPSH-Y (1996, p. 16).

Spécifions que la responsabilité des activités de postvention revient à l'établissement scolaire. Même si les parents du jeune suicidé refusent que soit abordée ouvertement à l'école la cause du décès, l'institution scolaire doit s'assurer que les élèves affectés recevront le soutien dont ils ont besoin.

« La cause d'un décès n'est pas confidentielle. L'information peut être obtenue auprès du coroner ou des autorités policières. Comme l'intention de la direction scolaire est de protéger, en « personne raisonnable », les jeunes dont elle a la responsabilité, elle se doit de faire valider les informations sur le décès (nom, cause, moment, lieu, moyen utilisé) afin de pouvoir mettre en place les mesures de postvention sans délai. En général, elle les obtient surtout lorsqu'il y a évidence et même si elles ne sont pas encore rendues publiques (selon le Bureau du coroner du Québec, août 2003).

La direction doit ensuite informer les parents de la victime des mesures de postvention que l'école mettra en place. Même s'il y a déni ou refus de la part des parents, l'application de mesures de postvention demeure l'entière responsabilité de l'école. C'est une question davantage d'ordre éthique que légale (selon Mme Line Nadeau, avocate). Une direction d'école qui se dote d'un programme de postvention se positionne clairement en faveur d'une intervention organisée lorsque survient un suicide, mais la décision d'agir lui appartient toujours, selon l'évaluation qu'elle fait de la situation. Le refus ou le déni est une réaction de deuil normale, la plupart du temps imputable à l'état de choc. En général, on peut s'entendre avec les parents de la nécessité d'intervenir rapidement afin d'empêcher la propagation de fausses rumeurs et la dramatisation, « l'héroïsation ou la romantisation » de l'événement par les jeunes de l'école.

Il ne s'agit pas ici de respect ou de non-respect envers la famille, mais plutôt de faire en sorte de réduire les impacts associés au stress, à la crise et au deuil. Il est clair que la désinformation et les rumeurs augmentent considérablement le risque de contagion. Il est illusoire de penser qu'on peut endiguer une rumeur comme celle-là. Habituellement, elle se propage rapidement dans toute l'école.

Choisir de taire la cause du décès peut être interprété comme un jugement à l'égard du geste posé, de la personne qui s'est suicidée ou de la famille endeuillée. Cette attitude vient en contradiction avec les objectifs d'un programme de postvention. Le suicide est un geste de désespoir qui plonge l'entourage de la victime dans un immense désarroi. La famille qui se campe dans le secret se prive du soutien qu'elle pourrait obtenir de son entourage. C'est son droit, mais elle n'a pas le pouvoir de priver les autres de ce soutien. »

Appendice B⁷

Lignes directrices pour répondre aux médias

Le premier principe à respecter est de réduire au minimum la médiatisation des cas de suicide. S'il advient un traitement médiatique, une seule personne désignée par l'école, par exemple le directeur, doit entrer en contact avec les médias. L'information transmise doit être factuelle et discutée avec la famille afin de ne pas faire du suicide un événement spectaculaire. Il faut éviter de répondre aux questions portant sur les aspects spécifiques du suicide ou de l'individu décédé et orienter les questions et les réponses dans un contexte plus général (ex. : Pourquoi s'est-il suicidé ? réponse : Une personne se suicide parce que...). La personne responsable des communications avec les médias doit adopter une attitude calme et répondre aux questions qui concernent l'école en soulignant, au besoin, que la police, le coroner ou les parents sont mieux placés qu'elle pour les informer sur les circonstances entourant le suicide (McLoughlin, 1990, cité dans Gravel, 1999).

Il est possible d'orienter positivement les médias et de s'enquérir de leur aide pour promouvoir les activités de postvention de l'école et celles qu'offre la communauté. Les médias peuvent également sensibiliser et informer la population quant aux activités de prévention du suicide. Dans cette optique, les médias permettent : (a) de transmettre l'information au public ou à un segment de la population, (b) de rassurer le public, (c) d'éliminer les rumeurs, (d) d'obtenir l'aide de l'extérieur, (e) de sensibiliser le public afin de prévenir l'effet de contagion ou une autre crise (McLoughlin, 1990, cité dans Gravel, 1999). Toutefois, on s'entend habituellement sur le fait que c'est encore mieux si les médias ne sont pas impliqués dans l'événement.

Pour en connaître davantage sur les lignes directrices de communication avec les médias, voici un encadré tiré de l'annexe V du Programme de postvention en milieu scolaire du CPS 02 (Gravel, 1999, pp. 91-92) :

Lignes directrices pour les médias :

- 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 commis dans un lieu public;
 - la personne décédée est un personnage d'intérêt 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 de photos de la personne suicidée.
- Éviter de donner des détails relatifs à la méthode utilisée.
- Éviter de décrire le suicide comme inexplicable ou encore de donner des raisons simplistes.
- 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 personne 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.

Appendice B⁸

Funérailles et rituels funéraires

Le rituel est un langage (paroles, gestes et symboles) qui donne un sens au réel. Il sert à exprimer des idées et des affects (angoisse, peur, chagrin) et il donne l'occasion aux personnes affectées de poser des gestes concrets et s'approprier la réalité de la mort (Roy, Parrot, Proulx, Chagnon et Tremblay, 1999).

En ce qui a trait aux funérailles et aux rituels funéraires, il est recommandé de consulter la famille et de respecter ses volontés. Mentionnons que la participation aux activités funéraires doit être laissée à la discrétion des élèves et de leurs parents. Cette question devrait être abordée avec les élèves concernés. En aucun cas, des pressions directes ou indirectes ne devraient être exercées sur ces adolescents (Gravel, 1999).

Quant aux activités commémoratives, il est préférable de faire ce que l'établissement fait habituellement lors d'un décès et respecter les traditions (ex. : qui sont les élèves invités à l'église, combien de temps une photo est exposée, etc.), ni plus ni moins. Il est important de ne rien faire pour valoriser, glorifier ou donner une explication simpliste au suicide (ex. : produire une vidéocassette sur la personne suicidée, ériger un sanctuaire, construire un mur de photo, créer une chaîne de gilets, brassards, macarons, etc.). Par contre, il est important de regarder le sens de ces gestes pour ceux qui désirent les mettre en place et les aider à exprimer leurs réactions de deuil de façon appropriée.

Les élèves, amis et proches de la personne décédée, devraient être accompagnés d'un adulte aux funérailles. Comme certains jeunes en sont à leur première expérience de deuil, il peut être pertinent de les informer sur la manière d'offrir leurs sympathies et sur les autres rites funéraires. De cette façon, l'anxiété reliée à ces aspects de l'événement devrait en être diminuée. De plus, un membre du comité de postvention pourrait être assigné pour accueillir les adolescents et leurs parents lors des funérailles, surveiller leurs réactions, offrir du soutien et intervenir en cas de nécessité. Les noms des personnes ayant réagi fortement, en démontrant des signes de détresse, durant cet événement pourront être recueillis, contribuant ainsi au repérage des individus à risque (Gravel, 1999).

3.2 Réactions de crise

3.2.1 Cadre théorique

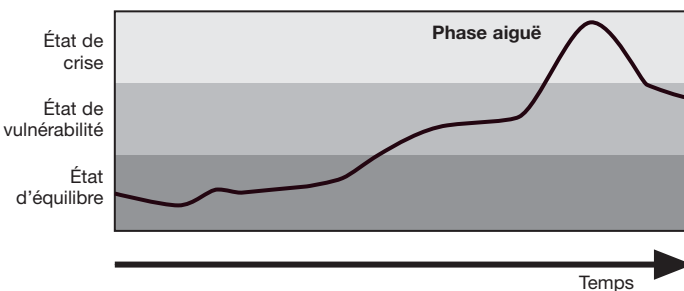
Caplan (1961, p.18) définit la crise de cette manière :

Un état de crise se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit, période d'inconfort durant laquelle différentes tentatives de solution sont utilisées en vain. Éventuellement, une certaine forme d'adaptation se produit, qui peut ou ne peut pas être dans le meilleur intérêt de la personne et de ses proches.

Bien qu'il soit possible qu'un grand choc précipite un état de crise (ex. : en apprenant le décès par suicide d'un ami), il y a généralement une progression qui évolue de l'état d'équilibre vers un état de vulnérabilité qui culmine par l'état de crise. La Figure 2 montre l'évolution de l'état psychologique d'un individu qui développe une crise :

Figure 2

Évolution de l'état psychologique menant à la crise



Selon ce modèle, l'organisme manifeste généralement un ensemble de réponses comportementales devant les événements stressants de la vie. Habituellement, ces réponses permettent de maintenir un état d'équilibre. Ainsi, l'individu déploie constamment des efforts qui obtiennent un certain succès et qui lui permettent de se maintenir dans cet état satisfaisant.

Lorsqu'un événement vient rompre cet équilibre, l'individu cherche à retrouver l'équilibre antérieur par la mise en place d'un ensemble de stratégies et de mécanismes d'adaptation. Le déséquilibre survient lorsque les stratégies ne permettent pas de retrouver l'état d'équilibre. L'individu se retrouve alors en état de vulnérabilité, car il perd ses capacités habituelles à faire face aux agents stressants. À cette étape, l'individu épuise de plus en plus son répertoire de réponses usuelles. Il ne parvient plus à évacuer une tension devenue trop intense au moyen des réponses qu'il connaît. La personne en état de vulnérabilité évalue sa situation de manière négative et ses sentiments contribuent à accroître la tension, qui devient de plus en plus difficile à éliminer. L'individu entre alors

dans un état où ses émotions négatives embrouillent de plus en plus sa réalité. Il se dirige rapidement vers une phase de désorganisation (Kirk, 1993).

À cette étape, l'individu adopte, de façon consciente ou non, des solutions plus ou moins adéquates pour retrouver son équilibre. Lorsque cette recherche de solutions s'avère infructueuse et/ou lorsque l'individu est confronté à des échecs répétés ou à un événement déclencheur supplémentaire (ex. : la perte d'un ami), il entre alors en état de crise. La période de crise peut durer entre six et huit semaines. Il s'agit d'une période de désorganisation, de trouble et de stress importants, pendant laquelle l'individu tentera d'arriver à une solution acceptable qui lui permettra de retrouver graduellement un état d'équilibre.

Mentionnons que certains jeunes, déjà vulnérables avant le décès par suicide et qui cumulent plusieurs facteurs de risque (voir section 3.2.3), peuvent être très rapidement entraînés vers une grande détresse, même s'ils ne connaissent pas le jeune décédé par suicide.

Crise suicidaire

L'état de crise est une période de déséquilibre suffisamment intense pour amener des idéations suicidaires. À ce moment, le suicide peut être envisagé par la personne comme une solution qui pourra devenir l'ultime façon de mettre fin à sa souffrance. L'idée du suicide sera ruminée et se cristallisera si les autres solutions envisagées sont vouées à l'échec et si aucune autre n'est perçue valable par la personne en crise pour mettre un terme à sa douleur. La période de crise se caractérise par trois grandes étapes : une période de désorganisation, une phase aiguë et une période de récupération. C'est lors de la phase aiguë que peut survenir le passage à l'acte (décès). Soulignons, que comparativement à une population adulte, le processus suicidaire menant au passage à l'acte peut se dérouler sur une période plus courte à l'adolescence.

3.2.2 Manifestations de l'état de crise et de crise suicidaire

L'individu en état de crise se sent impuissant et semble incapable de prendre des décisions réfléchies étant davantage absorbé par une situation le dépassant. La crise est ressentie par la personne comme un « événement foudroyant » arrivant dans sa vie sans crier gare. Elle lui apparaît comme incoercible, c'est-à-dire qu'elle se fait ressentir jusqu'au fond de l'âme sans que l'individu ait l'impression de ne pouvoir y faire quelque chose. Elle suscite son incompréhension et elle peut lui apparaître comme un événement difficile à définir.

L'état de crise est une période de déséquilibre suffisamment intense pour amener des idéations suicidaires. À ce moment, le suicide peut être envisagé par la personne comme une solution qui pourra devenir l'ultime façon de mettre fin à sa souffrance. L'idée du suicide sera ruminée et se cristallisera si les autres solutions envisagées sont vouées à l'échec et si aucune autre n'est perçue valable par la personne en crise pour mettre un terme à sa douleur.

Pronovost (1990) a mis en évidence les manifestations qui sont propres aux jeunes. Ainsi, en état de crise, les adolescents manifesteraient des signes tels que :

- S'absenter de l'école, être souvent en retard;
- Manquer de persévérance, manifester une absence de ténacité;
- Retenir du passé que les événements pénibles;
- N'avoir plus de but ou d'orientation future;
- Développer un nombre croissant de conflits avec les amis;
- Adopter des comportements délinquants;
- Être irritable, colérique, agressif ou manifester un affect détaché;
- Présenter une baisse du rendement scolaire et/ou obtenir de faibles résultats scolaires;
- Éprouver de l'anxiété face à la tâche ou à la performance;
- Émettre des menaces de lâcher l'école, changer fréquemment d'école.

Lorsque ces comportements ou ces attitudes sont observés chez un jeune, particulièrement s'ils reflètent un changement comportemental ou d'attitude et s'ils s'accumulent, il y a lieu d'investiguer l'origine de ces symptômes auprès de l'adolescent concerné et de vérifier si une intervention de crise est appropriée.

Crise suicidaire

Shneidman (1986, 1992) a défini les manifestations et les caractéristiques communes des personnes vivant une crise suicidaire. Les voici :

- Une douleur psychologique intolérable : une douleur causée par un ou plusieurs événements, des deuils anciens non résolus qui refont surface lors de nouvelles épreuves, des pertes d'objets investis psychologiquement;
- Des besoins psychologiques non satisfaits;
- Le désir que la douleur cesse : ce n'est pas la mort qui est recherchée mais la fin de cette souffrance;
- Le désespoir et le manque de soutien : les personnes suicidaires se sentent souvent rejetées, isolées et désespérées;
- L'ambivalence : l'ambivalence entre le désir de vie et celui de mort est toujours présente;
- La constriction cognitive : il s'agit d'une vision en tunnel où les options et les alternatives sont cognitivement réduites;
- La communication de l'intention : les personnes suicidaires communiquent leur intention de mourir (ces messages peuvent être verbaux, psychologiques ou comportementaux);

- La fuite, l'égression : le suicide devient l'ultime fuite à la détresse.

Vous trouverez des indicateurs et des signes de la crise suicidaire à l'Appendice C¹.

L'état de crise peut également survenir lorsque le décès par suicide d'un adolescent se produit dans un milieu déjà vulnérable. Cela peut apparaître, par exemple, dans le cadre initial d'un conflit de gangs, de conflits ethniques, d'un environnement violent ou dans toute autre situation qui rend les élèves stressés et qui leur fait vivre un début de vulnérabilité ou de désorganisation. L'avènement du suicide agit donc comme déclencheur à l'état de crise et n'est habituellement pas son unique cause. Plusieurs élèves peuvent alors manifester de la colère et présenter un état de déséquilibre. Dans ces conditions, il faut d'abord intervenir sur la désorganisation du milieu et sur la façon dont elle s'exprime (ex. : acte de violence, vandalisme) avant même de songer à implanter des activités de postvention.

3.2.3 Stratégies d'intervention associées aux réactions de crise

Dans un premier temps, spécifions que les interventions proposées ici le sont à titre indicatif et que les personnes qui interviennent auprès des jeunes en crise doivent absolument avoir suivi, au préalable, une formation en intervention de crise et de crise suicidaire.

Intervention de crise

L'intervention en situation de crise est fondée sur une action immédiate et à court terme, centrée sur la situation actuelle et axée vers la résolution de problème. Généralement, l'intervention en situation de crise est une intervention directive et structurée qui comprend les étapes suivantes :

- Établir un lien de confiance;
- Évaluer la gravité de la crise;
- Analyser la situation actuelle (facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection);
- Identifier et s'entendre sur un aspect spécifique du problème à travailler;
- Explorer les ressources et les services disponibles;
- Établir un contrat et un plan d'action.

Cette intervention effectuée auprès des personnes en crise dure en moyenne quatre à six semaines (Aguilera, 1995). Selon Pruett (1990), l'intervention de crise, dans sa phase aiguë, doit être réalisée dans un laps de temps très court, c'est-à-dire dans les 24 à 36 heures après le début de la crise.

L'état de crise peut survenir lorsque le décès par suicide d'un adolescent se produit dans un milieu déjà vulnérable.

Nous suggérons que les interventions auprès des jeunes en crise s'effectuent sur une base individuelle afin de mieux répondre à leurs besoins respectifs.

Lorsque la crise se dissipe, la personne peut alors réévaluer sa situation, souvent de façon différente, et ainsi considérer qu'il existe d'autres solutions satisfaisantes. À la suite de l'intervention de crise, il est possible d'orienter la personne vers un type d'intervention où il sera possible de poursuivre un travail au niveau de l'organisation de sa personnalité.

Intervention de crise suicidaire

Les étapes de l'intervention de crise sont les mêmes lors d'une intervention de crise suicidaire. Toutefois, en plus de viser la résolution immédiate de la crise et un retour à l'état d'équilibre antérieur, les objectifs de l'intervention de crise suicidaire sont d'assurer la sécurité de la personne et d'éviter le passage à l'acte.

Lorsqu'une personne en état de crise présente des intentions suicidaires, il est nécessaire d'évaluer la gravité de la crise avant d'établir un plan d'intervention. Pour évaluer le potentiel suicidaire, l'intervenant s'intéresse à l'évaluation du risque suicidaire (les vulnérabilités présentes dans l'histoire de vie de la personne), de l'urgence suicidaire (imminence du passage à l'acte) et du danger entraîné par le scénario suicidaire (léthalité et accessibilité du moyen). Chacune de ces évaluations peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen ou élevé. Ainsi, une personne pourrait être à risque faible et en urgence élevée (peu de facteurs de risque, mais une planification précise

Spécifications que les interventions proposées ici le sont à titre indicatif et que les personnes qui interviennent auprès des jeunes en crise doivent absolument avoir suivi, au préalable, une formation en intervention de crise et de crise suicidaire.

et un moyen légal et accessible). Ou encore, une autre personne pourrait être à risque élevé et, en urgence faible (beaucoup de facteurs de risque, mais pas de planification précise ou immédiate de passage à l'acte). Cette évaluation permet de choisir le meilleur type d'intervention à mettre en place et elle permet aux intervenants d'adopter un vocabulaire commun.

Les intervenants qui évaluent le potentiel suicidaire doivent être précis et rigoureux dans leur plan d'intervention. Voilà pourquoi nous présentons brièvement les

étapes de l'intervention de crise suicidaire, et plus particulièrement, les éléments de l'évaluation du potentiel suicidaire.

Évaluation de l'urgence et de la dangerosité suicidaire

L'évaluation de l'urgence suicidaire constitue la première étape de l'intervention de crise suicidaire. Pour déterminer les priorités de l'intervention, il convient de procéder rapidement à l'évaluation de l'urgence, c'est-à-dire la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte dans les prochaines 48 heures. Elle consiste essentiellement en la collecte d'informations en ce qui a trait à la planification du suicide.

L'intervenant doit évaluer adéquatement l'élaboration du scénario suicidaire. Pour ce faire, il doit poser des questions directes quant à ce scénario (comment, où et quand). Au-delà du malaise que ce type de questionnement peut engendrer, il demeure que ces questions peuvent être réconfortantes et apaisantes pour une personne qui songe au suicide. Aborder le sujet directement permet à l'individu suicidaire d'être considéré dans ce qu'il vit actuellement et dans son désir de mourir. La personne suicidaire interprète les questions directes de l'intervenant comme une compréhension de sa souffrance. De plus, lorsque les questions sont précises, les réponses ont également plus de chance d'être précises et l'intervention n'en sera alors que plus appropriée.

Il est clair que les interventions seront différentes dans le cas d'une personne qui affirme qu'elle a l'intention de se suicider le soir même, avec les moyens qui se trouvent à sa disposition, comparativement à une personne qui affirme qu'elle pense vaguement au suicide et ne songe à aucun scénario précis. Plus la disponibilité, l'accessibilité et le caractère légal du moyen sont présents et précis, plus l'urgence suicidaire et la dangerosité sont élevées. Ainsi, si l'imminence du passage à l'acte est probable dans un court laps de temps et que l'accessibilité aux moyens ne pose pas d'entrave à la réalisation du projet (i.e. l'individu a accès facilement à des armes à feu, à des médicaments ou à tout autre moyen de mettre fin à ses jours), il faut alors considérer la dangerosité comme extrême et voir à assurer la sécurité de l'individu. Par exemple, en évitant de la laisser seule, en retirant, si possible, le moyen envisagé par la personne, en ayant recours aux services de crise, aux services d'urgence, etc. Si l'urgence suicidaire est faible ou moyenne, on peut voir ce qui provoque la crise actuelle (l'élément déclencheur), regarder les pertes rattachées à la trajectoire de vie afin de cerner leurs impacts sur celle-ci et identifier les interventions pour la résolution de problème.

Les indicateurs et signes d'une crise suicidaire sont présentés à l'Appendice C'. De plus, à titre d'exemple, vous trouverez une grille d'évaluation de l'urgence suicidaire à l'Appendice C² de l'Association québécoise de prévention du suicide (2003) qui s'avère utile lors de l'intervention de crise suicidaire.

Évaluation du risque suicidaire

La tâche des intervenants en situation de crise suicidaire est d'analyser la situation actuelle et de discerner tous les facteurs qui augmentent le risque suicidaire, ainsi que les facteurs de protection (i.e. les conditions qui réduisent l'impact des facteurs de risque et de vulnérabilité) afin de concevoir un plan d'intervention. L'intervention est différente lorsqu'une personne suicidaire présente plusieurs facteurs de risque. Nous présentons ici les facteurs de risque les plus fréquemment associés au suicide et aux comportements suicidaires chez les jeunes de 12 à 24 ans (Beautrais, 2000; Fergusson, Beautrais et Horwood, 2003; Gould, Greenberg, Velting et David, 2003;

Lorsqu'une personne en état de crise présente des intentions suicidaires, il est nécessaire d'évaluer la gravité de la crise avant d'établir un plan d'intervention.

Houston, Hawton et Shepperd, 2001; Jacobs, Brewer et Klein-Benham, 1999; Kirk, 1993; Mercier et Saint-Laurent, 1998; Westefeld et coll., 2000).

Facteurs individuels

- Troubles psychiatriques associés à une dépression, à une conduite antisociale ou à l'abus de substances;
- Problèmes d'apprentissage et d'impulsivité;
- Problèmes chroniques dans les relations avec les pairs;
- Attachement pathologique aux parents;
- Perte d'un parent tôt dans la vie;
- Difficulté importante dans la capacité à résoudre les problèmes;
- Mécanismes d'adaptation peu développés;
- Tentative de suicide antérieure;
- Difficulté au niveau de la reconnaissance ou de l'acceptation de l'orientation sexuelle.

Facteurs sociaux

- Isolement ou faible intégration sociale;
- Abus et négligence dans le milieu familial;
- Trouble de santé mentale chez un parent;
- Antécédents suicidaires dans la famille;
- Manque d'aptitudes familiales pour aider le jeune en crise;
- Taux de chômage élevé et pauvreté;
- Suicide considéré par la culture comme un comportement admissible, une réponse possible face à un problème;
- Sensationnalisme dans la présentation du suicide par les médias.

Facteurs environnementaux

- Décès ou séparation des parents;
- Conflit sérieux avec un membre de la famille;
- Perception d'un rejet de la part de la famille;
- Rejet par ses pairs ou perte d'une relation significative;
- Imitation ou contagion à la suite d'une tentative de suicide ou du suicide d'un autre(s) jeune(s) ou d'autres jeunes²;
- Menace d'échec scolaire, expulsion de l'école et pression pour réussir;

- Menace d'une sanction disciplinaire ou judiciaire;
- Accès facile à des moyens d'attenter à ses jours;
- Consommation d'alcool et de drogues (un nombre important de jeunes qui se suicident sont intoxiqués au moment de poser leur geste).

Soulignons, que la relation étroite entre les troubles dépressifs et la crise suicidaire est l'une des associations qui s'est révélée la plus forte parmi les facteurs qui ont fait l'objet d'études scientifiques. C'est pourquoi, nous croyons judicieux de présenter les symptômes de la dépression à l'Appendice C³. En somme, la dépression se traduit par une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir, ou plus souvent chez les adolescents par une humeur irritable qui persiste pendant au moins deux semaines, tous les jours et presque toute la journée (APA, 1996). De surcroît, les jeunes manifestent au moins cinq des symptômes suivants : changements d'appétit ou de poids, du sommeil et de l'activité psychomotrices, réduction d'énergie, idées de dévalorisation ou de culpabilité, difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions, idées de mort récurrente, idées suicidaires, plan ou tentatives de suicide. Ces symptômes sont accompagnés d'une souffrance significative ou d'une altération importante du fonctionnement. (APA, 1996). Notons qu'il existe des manifestations différentielles selon le genre, en ce sens, les troubles de la conduite et l'impulsivité pourront être plus souvent présents chez les garçons.

En outre, l'intervenant tente d'établir la présence de plusieurs difficultés de santé mentale chez l'individu et/ou des problèmes de comportements qui peuvent augmenter le risque suicidaire d'un jeune. Lorsque ces facteurs de risque sont reconnus, ils s'avèrent des outils précieux dans l'évaluation du potentiel suicidaire. L'évaluation des facteurs de risque, associée à celle de l'urgence et de la dangerosité, permet à l'intervenant d'instaurer une intervention appropriée.

L'évaluation des facteurs de risque devrait aussi faciliter l'identification des facteurs de protection présents dans la vie du jeune en crise : présence de confident, habiletés à résoudre des problèmes, capacité à aller chercher de l'aide, (p. ex. : l'estime de soi, les habiletés de communication et de résolution de problème, un bon réseau social, familial et amical, la présence d'un confident, être impliqué dans des activités, etc.) Ces derniers sont d'autres aspects qui doivent être pris en considération dans le choix des interventions.

² Même si la personne décédée par suicide et le jeune à risque n'étaient pas proches, ce facteur doit être pris en considération. Par exemple, il se peut que le défunt ait été admiré par le jeune à risque et qu'il y ait une forte identification.

Repérage des jeunes à risque

À la suite d'un suicide, il est important de repérer les jeunes qui, de par leur vulnérabilité déjà présente ou par celle engendrée par la situation, pourraient développer une crise ou une crise suicidaire. Afin de repérer ces jeunes, il faut être attentif à tous les élèves pour toute la durée des activités de postvention (au delà de la période de stress). Il faut demeurer vigilant, sans engendrer pour autant une « psychose générale du repérage ». Il est possible de se fier à certains indicateurs ou manifestations comportementaux, psychologiques, affectifs et verbaux qui sont présentés à l'Appendice C¹ et aux facteurs de risque qui peuvent faire partie de leur passé et/ou de leur vie actuelle. Le repérage des jeunes en difficulté peut être facilité par l'entremise :

- (1) des enseignants et de l'ensemble du personnel;
- (2) de certains jeunes de l'école, dont les pairs aidants³;
- (3) des parents du jeune qui s'est suicidé;
- (4) des parents;
- (5) d'intervenants en milieu scolaire qui œuvrent dans l'institution;
- (6) d'intervenants de la Maison des jeunes ou d'autres milieux (ex. : Centre jeunesse, CLSC) que fréquentent les adolescents du milieu scolaire;
- (7) de personnes responsables d'autres réseaux de loisirs (ex. : club de hockey).

Puisque la collaboration des enseignants et des autres intervenants de l'école est essentielle à cette tâche, ils doivent être préalablement sensibilisés et outillés au repérage (ex. : donner au personnel au début de l'année scolaire une liste des indicateurs et manifestations d'une crise suicidaire). Rappelons ici la nécessité d'une bonne formation en situation de crise pour le comité de postvention afin de guider adéquatement les interventions de repérage.

À la suite d'un suicide, il est important de repérer les jeunes qui, de par leur vulnérabilité déjà présente ou par celle engendrée par la situation, pourraient développer une crise ou une crise suicidaire.

Pour les jeunes en crise ou fortement à risque, il faut prévoir un mécanisme de référence afin de transmettre les noms des élèves aux professionnels tout en

s'assurant qu'ils demeurent confidentiels.

Prioriser l'intervention et assurer la sécurité

Lorsqu'un jeune est à risque ou qu'il présente un niveau d'urgence élevé, il faut s'assurer de sa sécurité et envisager les possibilités suivantes : avertir les parents ou le tuteur de l'enfant et, dans certains cas, contacter la Direction de la Protection de la Jeunesse (conformément à la loi).

L'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse stipule ce qui suit :

Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis [...] est tenu de signaler sans délai la situation au directeur [de la protection de la jeunesse]; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Mentionnons que cette Loi s'applique aux jeunes de 0-18 ans, sans aucune différence entre les moins ou plus de 14 ans en ce qui concerne les mesures pour assurer leur sécurité.

Dans la même optique, le secret professionnel peut être rompu lorsqu'une personne divulgue des intentions suicidaires et qu'il y a présence de danger imminent (urgence suicidaire élevée). Il est possible de justifier ce principe par l'intermédiaire de ces points juridiques :

Article 2 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne : Droit au secours

Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

Projet de Loi no 180 sur la divulgation de renseignements confidentiels adopté en décembre 2001 par l'Assemblée nationale du Québec :

Cette loi permet aux professionnels la divulgation de renseignements confidentiels sans le consentement de la personne concernée dans les situations où il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessure grave menace une personne ou un groupe de personnes.

Le secret professionnel (Santé Canada, 1994).

Selon des jugements rendus au Canada et aux États-Unis, le secret professionnel n'est pas un motif suffisant pour justifier le non recours à une mesure préventive essentielle. En cas de conflits entre le droit au secours et le secret professionnel, le droit au secours a priorité. « Le respect sacré de la vie privée s'arrête où il y a un danger sérieux pour la vie, la santé ou la sécurité de toute personne. »

³ Il faut tenir compte du fait que les jeunes pairs aidants peuvent eux-mêmes être des endeuillés à la suite du suicide d'un membre de leur communauté. De plus, de part leur rôle, ces jeunes peuvent avoir besoin davantage d'aide s'ils ont déjà été impliqués directement auprès de la personne décédée. Ainsi, lorsque ces jeunes sont vraiment affectés par le suicide, ils devraient être perçus comme des jeunes à aider et non plus comme des pairs aidants pendant la période de postvention.

Loi P.38 001

Article 7

« S'il est d'avis que l'état mental d'une personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, tout médecin exerçant auprès d'un établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus 72 heures. »

Lorsque la garde n'est pas consentie librement par la personne, la Loi prévoit trois types de gardes : la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement.

La garde préventive est une mesure exceptionnelle qui autorise un médecin à mettre sous garde une personne contre son gré, sans autorisation du tribunal et sans qu'elle ait subi une évaluation psychiatrique, pour une période d'au plus 72 heures, s'il est d'avis que son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

La garde provisoire est la garde ordonnée par le tribunal pour soumettre une personne à une évaluation psychiatrique afin de déterminer si son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui. La garde provisoire est d'une durée maximale de 96 heures à partir de l'arrivée de la personne à l'établissement. Si la personne est déjà sous garde préventive, la période est de 48 heures suivant l'ordonnance du tribunal.

La garde en établissement à la suite de l'évaluation psychiatrique, est la garde autorisée par le tribunal à la suite de la garde provisoire lorsque l'évaluation psychiatrique juge la garde nécessaire et que la personne refuse. C'est le tribunal qui en fixe la durée.

Le repositionnement et le plan d'action

Lorsqu'un jeune ne présente pas un niveau d'urgence élevé, il est alors possible de poursuivre l'intervention, de travailler l'ambivalence et en arriver à une résolution de problème. On pourra associer le réseau personnel ou professionnel à cette démarche, en plus de convenir d'un contrat de non suicide avec le jeune; contrat qui comprendra les actions que la personne aidée et aidante auront à mettre en place avant le prochain contact. Il sera alors important de s'assurer que la personne aidée connaît les coordonnées d'une ressource d'aide disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

À considérer lors de l'application des stratégies associées à la crise ou à la crise suicidaire

- L'intervention en situation de crise est fondée sur une action immédiate et à court terme, centrée sur la situation actuelle et axée vers la résolution de problème.

- Les principes de l'intervention de crise sont :
 - Établir un climat de confiance.
 - Aborder le suicide directement.
 - Écouter activement, avec empathie.
 - Encourager l'expression ouverte des émotions.
 - Cerner la principale cause de la souffrance et l'élément déclencheur de la crise.
 - Aider la personne à avoir une meilleure compréhension de la crise.
 - Amener l'individu à se donner du temps (contrat de non-suicide).
 - Réduire l'accessibilité aux moyens pour se suicider (ex. : armes à feu).
 - Aider l'individu à explorer de nouvelles manières pour gérer ses problèmes en planifiant et en entreprenant une démarche concrète avec lui.
 - Aider l'individu à accepter certaines réalités.
 - Lier la personne à un réseau de soutien social (ex. : famille, ami), mobiliser les ressources internes et externes.
 - Aider l'individu à prendre des décisions et le soutenir dans ses démarches.
 - Renforcer les nouveaux mécanismes d'adaptation.
 - Prévoir des périodes de suivi et vérifier les résultats de l'intervention.
- En plus de ces principes, l'intervention de crise suicidaire implique également une évaluation de l'urgence suicidaire, soit l'imminence du passage à l'acte, de la dangerosité suicidaire, c'est-à-dire la létalité et l'accessibilité du moyen envisagé, ainsi que l'évaluation du risque suicidaire, soit les vulnérabilités présentes dans l'histoire de vie de la personne.
- En intervention en situation de crise suicidaire, il est important d'assurer la sécurité de la personne et d'éviter le passage à l'acte.
- Un repérage efficace des jeunes vulnérables nécessite la collaboration de tous les acteurs (ex. : parents, enseignants, intervenants) des milieux côtoyés par les jeunes et une sensibilisation de ces acteurs face aux indicateurs et manifestations de la crise suicidaire.

Illustrations des stratégies d'intervention et autres informations pertinentes à la gestion des réactions de crise

Appendices C

Appendice C¹

Indicateurs et signes de la crise suicidaire

Voici, selon Allard et ses collègues (1996) ainsi que Séguin et Huon (1999), les indicateurs et les signes qu'une personne en crise suicidaire peut manifester :

Signes comportementaux :

- Tout changement radical ou anormal au niveau des humeurs, attitudes ou comportements;
- Conduites dangereuses ou « accidents » fréquents;
- Isolement : retrait, délaissement des amis, solitude exagérée;
- Morbidité (ex. : préoccupation face à la mort ou la vie après la mort);
- Don d'objets significatifs : remise de cadeaux, de lettres;
- Classement des affaires personnelles, rédaction du testament, préparation du départ;
- Réconciliation avec l'entourage (fait la paix avec l'entourage);
- Intérêt soudain pour les armes;
- Planification du moyen;
- Consommation abusive ou inhabituelle d'alcool, de drogues ou de médicaments;
- Distraction (ex. : être dans la lune);
- Tenue vestimentaire et/ou hygiène personnelle négligées;
- Plainte de douleurs vagues, de maux de tête et de malaises, visite récente chez le médecin;
- Changements au niveau des habitudes alimentaires : perte d'appétit, suralimentation;
- Changements dans les habitudes de sommeil : insomnie ou hypersomnie;
- Lassitude;
- Tentative de suicide.

Signes psychologiques et affectifs :

- Pessimisme;
- Émotions contradictoires : éclats soudains de colère, de peine, de pleurs;
- Rémission spontanée : mieux-être radical sans véritable raison après une période de dépression;
- Ennui, tristesse, apathie, sentiment de culpabilité;
- Indécision, découragement, sentiment de désespoir;
- Perte de plaisir, de désir ou d'intérêt;
- Perte ou diminution du désir sexuel;
- Irritabilité, changements brusques d'humeur, tension;

- Perte émotive récente;
- Perte de contrôle émotionnel;
- Perte de mémoire;
- Humeur dépressive persistante;
- Difficultés d'attention et de concentration;
- Dépersonnalisation (qui n'est plus lui-même);
- Faible estime de soi;
- Anxiété, angoisse, nervosité;
- Perception négative de soi;
- Agressivité, rage;
- Peur de se suicider (de le faire malgré lui);
- Phobie temporaire.

Signes de nature verbale :

Exemples de messages verbaux indirects :

- « Bientôt je vais avoir la paix avec tous ces problèmes. »
- « Je vais partir pour un long voyage. »
- « Ce n'est plus important... »
- « Dans quelques jours, vous ne vous inquiétez plus de moi. »
- « Je te remets cela... je n'en aurai plus besoin. »
- « Dans quelques jours, je vais être tranquille. »
- « Je n'ai jamais rien réalisé de bon dans la vie de toute façon. »
- « Il n'y a plus d'avenir... d'une manière ou d'une autre, on va tous sauter, maintenant ou plus tard. »
- « Des fois, je me dis que je serais mieux morte. »

Exemples de messages verbaux directs :

- « Je veux mourir, j'en peux plus. »
- « Est-ce que cela t'est déjà arrivé toi... de penser au suicide ? »
- « Je vais en finir bien vite. »
- « J'ai perdu le goût de vivre. »
- « J'ai peur d'en arriver là, j'ai peur de le faire. »
- « Des fois, je pense à me tuer. »
- « Si cela fonctionne pas... je vais le faire. »
- « Si ce n'était pas de mes parents, cela fait longtemps que je l'aurais fait. »
- « Je vais m'acheter un pistolet... on verra ce que je ferai avec. »
- « J'ai tout ce qu'il faut pour le faire. »
- « Je vais me tuer... Non, non ! C'est une blague ! »
- « S'il m'arrive quelque chose... mon testament est ici. »

Appendice C²

Évaluation de l'urgence suicidaire

Cet Appendice est tiré du *Programme de formation provincial : Intervenir en situation de crise suicidaire*, Association Québécoise de prévention du suicide (2003).

Grille d'évaluation de l'urgence suicidaire		
L'idée est de plus en plus présente		
Faible	1 Vulnérabilité La personne ne pense pas au suicide	2 La personne a parfois des flashes suicidaires
		3 La personne pense au suicide de plus en plus souvent
Le plan est de plus en plus précis		
Moyenne	4 Le COQ prend de + en + forme certains éléments du plan ne sont pas fixés	
	5 Le COQ dans plus de 48 heures Tous les éléments du plan sont fixés et le Quand est dans plus de 48 heures	
Le temps est de plus en plus court		
Élevée	6 Le COQ dans moins de 48 heures	7 Le COQ immédiatement
		8 Tentative en cours

Appendice C³

Symptômes d'un trouble dépressif selon le DSM-IV (APA, 1996, p. 384-385)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (ex. : pleure).

N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **N.B. :** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative suicidaire ou plan précis pour se suicider.

- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes (i.e. présence à la fois d'épisode(s) maniaque(s) et d'épisode(s) dépressifs pendant au moins une semaine).**
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.**
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. : une substance donnant lieu aux abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (ex., : hypothyroïdie).**
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher; les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.**

La mort d'un ami peut engendrer un bouleversement dans la vie du jeune, dans sa quête d'identité, d'autonomie et de maîtrise de soi.

3.3 Réactions de deuil

3.3.1 Cadre théorique

De prime abord, il n'existe pas une seule façon de vivre le processus de deuil. Il y a autant de manières que de personnes en deuil. Le processus de deuil est un processus dynamique et les auteurs (Bowlby, 1961; Lamers, 1965; Lindemann, 1944) s'entendent généralement pour définir trois grandes étapes au travail de deuil, soit la protestation, la désorganisation et la réorganisation. Elles sont décrites dans la section 3.3.2 relative aux manifestations des réactions de deuil. Soulignons que ces étapes ne sont pas toujours vécues dans une séquence linéaire et qu'elles ne sont pas mutuellement exclusives ou hermétiques. Selon Chalifour (2000, p. 224), elles seront « vécues et revécues à des degrés d'intensité très variables dans les mois et parfois même les années qui suivent la perte ».

Le deuil à l'adolescence

L'adolescence est une période d'exploration et d'introspection pendant laquelle les jeunes expérimentent différents rôles à partir desquels ils élaborent leur propre identité et les pairs sont des personnes privilégiées pour explorer de tels rôles. L'amitié entre pairs est donc très importante puisque les jeunes représentent une source d'information précieuse sur soi ainsi que sur ses agissements, en exerçant une grande influence sur la formation du moi et de l'identité (Cloutier, 1996). De plus, pour la première fois de leur vie, les relations extra-familiales revêtent une signification plus grande que les relations intra-familiales (Cloutier, 1996). D'ailleurs, les groupes de pairs permettent aux jeunes de ventiler les conflits vécus au sein de leur milieu familial, de recevoir et d'offrir du soutien ainsi que de la compréhension. Ces groupes permettent aussi de répondre aux besoins d'appartenance, de reconnaissance et d'approbation (Bigner, 1994).

Dans cette perspective, le décès d'un ami revêt une signification particulière pour les adolescents. En effet, selon Balk et Corr (1996), les pairs sont une source de soutien et de gratification au moment où l'adolescent fait face aux conflits de séparation, d'indépendance et d'intimité. La mort d'un ami peut alors engendrer un bouleversement dans la vie du jeune, dans sa quête d'identité, d'autonomie et de maîtrise de soi. Par ailleurs, comme les groupes de pairs s'établissent en fonction d'affinités mutuelles (Cloutier, 1996), le décès par suicide d'un ami peut entraîner des effets importants qui vont différer selon les stades de maturité et d'évolution de l'amitié entre les pairs (Cloutier, 1996; Fleming et Adolph, 1986). Ainsi, au début de l'adolescence, le jeune s'éloigne de ses parents; le conflit psychique en cours est celui de la séparation et de la fusion avec les figures parentales. L'amitié se traduit surtout par le partage d'activités conjointes. Les sentiments associés à la relation d'amitié (ex. : engagement, réciprocité, loyauté) sont encore mal compris. Au milieu de l'adolescence, le jeune est en quête d'autonomie; il cherche à établir sa vie en dehors du milieu familial et développe ses compétences. Le conflit

psychique en cours est celui de l'indépendance versus la dépendance. L'amitié prend assise sur la solidarité et le désir d'une sécurité émotive. L'ami est perçu comme un être loyal et un soutien moral. À la fin de l'adolescence, le jeune cherche à développer des liens d'intimité avec les autres; le conflit psychique en cours est celui de la proximité et de la mise à distance affective. L'intimité entre amis ne repose plus sur la satisfaction de besoins personnels, mais plutôt sur le partage d'expériences et la compréhension mutuelle. Le deuil d'un pair à l'une ou l'autre de ces trois étapes peut donc perturber les différentes tâches du développement, la résolution des conflits psychiques et rendre le jeune endeuillé plus vulnérable (Fleming et Adolph, 1986; Valente et Saunders, 1993). La perte d'un être cher pour un adolescent est d'autant plus problématique, qu'il ne possède pas ou peu d'habiletés d'adaptation (coping) bien développées pour surmonter cette épreuve.

Facteurs influençant le processus de deuil

Les circonstances du décès influencent le processus du deuil. Ainsi, une mort soudaine et imprévue provoque des réactions plus intenses qu'une mort survenant après une longue maladie (Hopmeyer et Werk, 1994). Le deuil par suicide est particulièrement difficile, puisque l'endeuillé peut avoir le sentiment que cette mort aurait pu être évitée et qu'il en est partiellement responsable (ex. : n'ayant pas remarqué les signes précurseurs). Il n'est pas rare que le deuil de ces personnes s'immobilise dans le déni de la réalité et les remords. Certains endeuillés auront tendance à s'isoler et à s'abstenir d'en parler aux autres pour éviter d'être blâmés ou d'être jugés (O'Connor, 1992).

La réactivité de l'endeuillé dépend non seulement de l'importance du lien affectif développé avec la personne décédée, mais aussi de ses tendances dépressives et de celles de sa famille ainsi que de la présence d'autres désordres affectifs (Brent et coll., 1993b, 1993c, 1994). De plus, la qualité du réseau social, l'efficacité des stratégies d'adaptation, les caractéristiques personnelles globales (ex. : personnalité, âge) et les caractéristiques socio-démographiques sont des facteurs qui peuvent également influencer l'issue du deuil.

Spécifions également que la résilience individuelle, soit la capacité de l'individu à réagir d'une façon personnelle devant l'adversité, peut influencer le déroulement du deuil. Celui-ci ne se produit jamais sur un terrain vierge, il se rajoute aux pertes antérieures, qu'elles soient nombreuses ou non. Pour cette raison, plus l'individu aura vécu de séparations durant l'enfance, plus il aura subi de blessures dues à l'abandon, au rejet, à la négligence, aux abus physiques et aux malchances de la vie, et plus les expériences d'adversité pourront entraîner un sentiment d'impuissance à surmonter une nouvelle perte. En d'autres termes, l'addition de ces expériences pourra avoir affaibli sa résilience. La résolution du deuil se révélera alors d'autant plus difficile.

La vision du processus du deuil doit être élargie afin de prendre en considération certaines interactions, c'est-à-dire qui vit quel type de deuil et à quel moment de sa vie ? Dans cette perspective, les événements qui se sont produits avant le décès sont tous aussi importants et significatifs pour déterminer la capacité d'un individu à résoudre son deuil que les événements qui se produisent après le décès.

Impact de la perte

Les recherches (Brent et coll., 1992, 1993a, 1993b) soulignent la formation ou l'accentuation d'un déséquilibre émotionnel et psychologique chez les adolescents exposés au suicide d'un ami ou d'une connaissance. De ce fait, il s'ensuit une hausse des risques de développer une dépression majeure quelques mois après l'événement, ce qui prédispose l'individu à un deuil pathologique. Bien que, dans leurs recherches, Brent et ses collègues n'aient pas démontré de manière significative que les endeuillés du suicide manifestent davantage de tentatives de suicide, le risque demeure tout de même présent puisque le processus d'idéation suicidaire est enclenché. Une autre étude menée par Brent et ses collaborateurs (1994) précise que c'est le lien affectif entre le défunt et l'endeuillé qui prime sur toutes les autres variables en ce qui concerne l'apparition d'une dépression majeure à la suite d'un suicide.

En outre, chez les jeunes ayant développé un lien d'amitié ou affectif avec la personne décédée, il est possible de voir apparaître des réactions de deuil à la suite de l'annonce de la nouvelle. En effet, selon Brent et ses collègues (1993b, 1993c, 1994), la réactivité de l'endeuillé dépend en grande partie de l'importance du lien affectif avec le suicidé. Il y aura tout d'abord des réactions initiales de choc face à la perte et, plus tard, d'autres réactions associées au processus de deuil pourront émerger. Nous traiterons dans la section suivante de ces différentes réactions.

3.3.2 Manifestations des réactions de deuil

Réponses initiales face à la perte

Les réactions précoces de deuil caractérisent généralement la première étape du travail de deuil, soit la période de choc. Ces premières réactions associées à la perte peuvent, dans certains cas, se transformer graduellement et suivre les différentes étapes du deuil. Par contre, certains jeunes, qui ont peu de liens avec la personne décédée, auront possiblement des réactions initiales de perte sans que celles-ci ne se transforment en véritable deuil. Puisque le deuil est le sevrage d'une relation affective, pour que des réactions de deuil surviennent, il doit y avoir au préalable un lien affectif unissant l'endeuillé à la personne décédée.

Le déni constitue avant tout une protection saine et nécessaire au tout début du deuil. En fait, il s'agit d'un mécanisme de protection temporaire qui permet d'aborder et d'intégrer progressivement la perte.

Premiers moments du deuil : la protestation

Le début du travail de deuil s'amorce immédiatement après l'annonce de la nouvelle du décès. Au cours de cette période, l'endeuillé est confronté à la perte d'un être aimé et au fait que ce proche ne sera plus jamais auprès de lui. Ces premiers moments du deuil sont caractérisés par des réactions de chocs, de refus de la réalité (protestation) et de résistance à la souffrance. L'endeuillé est alors confus et a l'impression que tout ce qui se passe est irréel. Plusieurs réactions peuvent se manifester tant sur le plan physique, cognitif, comportemental qu'émotif chez l'endeuillé. Notamment, il est possible d'observer des réactions physiques de douleur, comme des pleurs et des gémissements, mêlées à un sentiment d'engourdissement qui prend la forme d'une perte d'engagement affectif envers d'autres personnes qui sont chères à l'endeuillé. L'individu se protège alors de l'anxiété et de la souffrance par un mécanisme d'engourdissement émotif ou de déni (Tessier, 1990). Cette perte d'implication affective permet à l'endeuillé de se protéger contre les émotions qui sont alors envahissantes (Séguin et Huon, 1999).

À ce moment, la reconnaissance de la perte est plus cognitive qu'émotive. L'endeuillé peut savoir qu'une personne chère est décédée et en même temps avoir de la difficulté à l'accepter. Il peut avoir l'impression que c'est un mauvais rêve et que lorsqu'il se réveillera, ce ne sera pas vrai. Ces réactions de deuil visent à retarder l'échéance de la perte.

Le choc vécu est d'autant plus intense que la mort de l'être cher est inattendue et brusque (Hanus, 1994) et la douleur de l'endeuillé est d'autant plus grande lorsqu'il considère que l'être aimé s'est donné la mort avant d'avoir eu la possibilité de vivre pleinement; ceci est particulièrement vrai lorsque la personne décédée est jeune.

Le déni peut se manifester sous diverses formes. Il peut s'agir d'une réaction momentanée ou de plus longue durée, qui ne se présente pas de manière identique chez tous les endeuillés. Dans le cas d'un suicide, le déni renvoie non seulement au refus d'accepter la perte mais, plus spécifiquement, au refus d'accepter cette forme de décès. Certains endeuillés préféreront croire à un homicide camouflé plutôt qu'au suicide de l'être aimé. D'autres feront l'expérience du déni des émotions associées au décès. Dans ce cas, l'endeuillé ne veut pas reconnaître les sentiments douloureux que provoque le décès. Enfin, l'endeuillé peut préférer croire que le suicide n'a rien changé dans sa vie en réfutant l'impact du décès.

Le déni constitue avant tout une protection saine et nécessaire au tout début du deuil. En fait, il s'agit d'un mécanisme de protection temporaire qui permet d'aborder et d'intégrer progressivement la perte. Toutefois, une réaction de déni qui se prolongerait ou s'intensifierait pourrait indiquer que le deuil est en voie de se complexifier.

Les adolescents peuvent aussi avoir tendance à se culpabiliser et croire qu'ils ont un niveau de responsabilité dans le suicide de l'autre pour ne pas avoir reconnu les signes et les indices

précurseurs que leur ami leur a peut-être manifestés (Mauk et Weber, 1991). Les jeunes endeuillés peuvent aussi se poser des questions telles que : « Qu'ai-je fait de mal ? » - « Pourquoi je n'y étais pas ? » - « Est-ce que c'est de ma faute ? ». Ils recherchent un sens à cet événement. Dans cette optique, ils peuvent aussi se sentir dévalorisés et interpréter le suicide comme une indication du peu de valeur qu'ils devaient avoir aux yeux de leur ami décédé (Séguin, Kiely et Lesage, 1994).

Autres étapes du deuil

L'étape centrale du deuil : la désorganisation

La deuxième phase du deuil s'amorce alors que s'installe graduellement la réalisation du caractère permanent de la perte. La douleur et le désespoir entraînent une période de dépression et de désorganisation qui peut durer de quelques mois à quelques années si le deuil devient pathologique. Cet état dépressif résulte du travail de détachement progressif avec la personne décédée, soit de l'internalisation du lien d'attachement. Cette période implique une étape de redéfinition de soi et de sa vie, sans la présence de l'être cher. C'est également une phase de renégociation des rapports avec autrui. Durant cette étape du deuil, en raison de sa vulnérabilité, l'individu en deuil peut vivre une crise existentielle qui peut rendre le suicide attrayant afin d'apaiser ses souffrances. L'endeuillé du suicide sait désormais qu'une mort volontaire peut être envisagée.

À ce moment, les symptômes observés chez l'endeuillé s'apparentent à ceux d'un trouble dépressif qui ont été regroupés à l'Appendice C³. Exception faite que dans le cas du deuil, il n'y a pas ou très peu de perte d'estime de soi et que la culpabilité ressentie par l'endeuillé est associée à des aspects spécifiques de la perte et non à un sentiment global de culpabilité tel qu'observé lors d'une dépression (Wordon, 1991).

Durant cette période, l'endeuillé fait particulièrement l'expérience de sentiments de colère, d'impuissance, de rage et d'anxiété. Il est possible également de noter une plus grande vulnérabilité aux affections physiques dues au stress psychologique et au bouleversement émotionnel occasionnés par la prise de conscience de la permanence de la perte.

La fin du deuil : la réorganisation

Lors de cette phase, l'acceptation de la perte se fait progressivement. L'endeuillé se réajuste à un environnement duquel la personne décédée est absente et sent renaître l'intérêt de former de nouvelles relations. Cette dernière étape constitue l'aboutissement du processus de deuil. Cette restructuration de l'individu s'effectue à partir d'une modification de l'image de soi permettant ainsi d'investir dans d'autres relations d'attachement. Ceci ne signifie pas que la douleur n'existe plus; elle est encore présente mais elle devient progressivement moins intense. Néanmoins, la douleur peut réapparaître par vagues, tantôt subitement, parfois à des moments ou à des dates significatives qui rappellent l'événement. En fait, la période de résolution peut s'étendre sur quelques années. Il est donc inutile de croire que tout est terminé et que l'individu sera

de retour à la normale après quelques semaines ou quelques mois.

Comme le souligne Hanus (1994), la fin du deuil se manifeste surtout par la capacité d'investir dans de nouvelles relations. Dans ce cas, l'adolescent sera en mesure d'investir dans de nouveaux liens amicaux. À cette étape, la personne reprend goût en à la vie, retrouve l'espoir, ressent certains plaisirs et s'adapte à de nouveaux rôles (Wordon, 1991).

Caractéristiques d'un deuil par suicide

Les endeuillés à la suite d'un suicide peuvent manifester toutes les réactions énumérées ci-dessus. Le deuil à la suite d'un suicide peut se révéler plus laborieux à résoudre qu'à la suite d'autres causes de décès, particulièrement pour les jeunes vulnérables (Séguin, Kiely et Lesage, 1994; Séguin et Huon, 1999). Les réactions de choc et de déni persistent plus longtemps et sont vécues plus intensément. La recherche de sens est aussi marquée par un long chemin tortueux et torturant pour l'endeuillé qui s'y engage. En effet, pour l'adolescent endeuillé, la quête incessante du « pourquoi » de cette tragédie risque de ne jamais trouver de réponse puisque la personne décédée a emporté les réponses avec elle (Gratton et Bouchard, 2001; Séguin et Huon, 1999). De plus, les sentiments de culpabilité et d'auto-accusation sont très intenses, particulièrement si le suicide a eu lieu à la suite d'un conflit avec la personne décédée. Le sentiment de colère est aussi difficile à exprimer car il augmente le sentiment de culpabilité lorsqu'il se manifeste à l'égard du défunt (Clark et Goldney, 1995; Séguin et Huon, 1999; Rudestam, 1992). De même, les jeunes se sentent parfois rejetés ou stigmatisés par l'entourage et le soutien émotif est moins présent ou perçu comme tel (Silverman, Range et Overholser, 1995; Séguin et Huon, 1999; Van Dogen, 1993). Par ailleurs, Balk (1991) fait ressortir que les jeunes sont fréquemment laissés à eux-mêmes à la suite du décès d'un ami, car l'entourage est davantage préoccupé à soutenir la famille du défunt que les pairs. Pour plus d'information sur les particularités d'un deuil à la suite d'un suicide, reportez-vous à l'Appendice D¹.

Les manifestations d'un deuil compliqué

Enfin, il peut arriver que l'endeuillé par suicide développe un deuil compliqué, marqué par la sévérité des symptômes : une distorsion importante au niveau des réactions du deuil, une stagnation dans une phase de négation, une dégradation des relations sociales, une incapacité d'investir dans d'autres relations, un développement de dépression majeure, un fonctionnement discontinu dans la vie courante, un allongement excessif du travail de deuil, des conduites autodestructrices, etc. (Séguin et Brunet, 1999).

3.3.3 Stratégies d'intervention associées aux réactions de deuil

Intervention précoce de deuil

L'intervention précoce de deuil est destinée aux proches ayant développé un lien d'attachement et d'affection avec la personne décédée.

L'intervention précoce de deuil ressemble à la technique développée par Mitchell. Par contre, elle n'est pas liée traumatisme de la scène du suicide, mais plutôt aux

réactions qui découlent de l'annonce de la nouvelle et de la perte.

À la suite d'un suicide, il est possible de faire une première rencontre regroupant les proches de la personne décédée. Cette rencontre vise une première étape de reconnaissance de la perte (expression des émotions, normalisation des sentiments reliés à la perte et aux circonstances du décès) et à briser l'isolement des personnes touchées.

L'intervention précoce de deuil favorise l'amorçage adéquat du travail de deuil, puisqu'elle vise les étapes de choc et de déni auprès des proches ayant développé un lien d'attachement et d'affection avec la personne décédée. Cette intervention se déroule dans les heures ou les deux premières semaines suivant l'événement.

L'animation de l'intervention précoce de deuil devrait être confiée à au moins deux intervenants et ce, en fonction du nombre de personnes rencontrées. L'Appendice D² présente les sept étapes de l'intervention précoce de deuil.

Counseling de deuil

En premier lieu, il importe de faire la distinction entre le counseling de deuil et la thérapie de deuil. Le premier s'adresse aux endeuillés ayant besoin d'aide pour assumer certains éléments du processus de deuil, tandis que la seconde s'adresse aux individus qui ont développé un deuil compliqué. Il sera question dans cette section des interventions visant à faciliter le travail de deuil. Cependant, si les difficultés persistent vers un état pathologique, une aide externe, possiblement d'un pédopsychiatre, serait pertinente.

Les services en counseling de deuil peuvent être offerts en petits groupes ou de façon individuelle. Cette intervention s'adressera particulièrement aux jeunes ayant été proches de la personne décédée. Par conséquent, elle visera principalement les amis, les frères et les sœurs de la victime, les autres membres de l'entourage (famille), les voisins qui l'ont bien connu, etc. Elle permettra de recueillir les éléments dont il faudra tenir compte durant le deuil, d'identifier les thèmes associés aux sentiments de culpabilité, d'aborder la relation avec la personne décédée, les événements de la semaine, du dernier mois, de la dernière année, etc. Il s'agit d'aider ces endeuillés à verbaliser leurs réactions affectives et émotives actuelles et d'aider la mise en mots associée à la peine et à la souffrance.

Rappelons que ce ne sont pas tous les endeuillés qui ont besoin de consulter un thérapeute ou d'assister à un groupe de soutien. Ainsi, avant d'intervenir, il est important de s'interroger sur la « normalité » de leur réaction face à cet incident en se référant à l'ensemble des caractéristiques des endeuillés. Une entrevue initiale devrait toujours précéder le counseling de deuil. Cette première entrevue doit permettre à l'endeuillé de verbaliser ses émotions, d'éclaircir ses perceptions quant à l'ordre des événements concernant le suicide et de clarifier ses comportements et ses conduites. À cette étape, l'intervenant doit aider l'individu à reprendre le contrôle de la situation et le rassurer sur la nature de ses sentiments (Kouri, 1990).

Principalement, les interventions de deuil consistent à soutenir l'endeuillé et à favoriser l'expression de la tristesse, de même que de tous les sentiments liés au vide laissé par la personne disparue. L'intervenant doit mettre en place un contexte dans lequel l'endeuillé peut exprimer toutes les émotions difficiles, sans craindre d'être jugé ou ridiculisé (Kandt, 1994). Le soutien au travail de deuil ne consiste pas à minimiser ou à rationaliser la perte. Au contraire, il s'agit de faciliter la verbalisation des vécus actuels, d'aider l'endeuillé à mettre des mots sur ce qu'est devenue cette vie habitée par la perte (Séguin et Fréchette, 1999).

Selon Séguin et Huon (1999), le counseling de deuil doit permettre aux endeuillés du suicide :

- a) d'exprimer leurs émotions;
- b) de développer de nouvelles stratégies d'adaptation;
- c) de briser l'isolement social;
- d) d'internaliser le lien d'attachement.

Enfin, ces objectifs peuvent être réalisés selon un mode d'intervention individuelle ou de groupe. Selon cette dernière éventualité, des interventions de parrainage, de groupe d'entraide ou de groupe de soutien peuvent être envisagées pour aider les endeuillés.

Le groupe de soutien est recommandé pour les jeunes endeuillés du suicide. Il est généralement constitué de six à huit personnes accompagnées par deux animateurs formés en intervention de groupe, de crise suicidaire et en intervention de deuil. Le groupe est soit fermé, soit ouvert et les rencontres, dont le nombre total varie généralement entre huit et dix, ont lieu à une fréquence d'une rencontre aux deux semaines. Chacune de ces rencontres est organisée autour d'un thème. Ces thèmes assurent un cheminement progressif du travail de deuil et offrent aux endeuillés la possibilité d'explorer leurs émotions en fonction des différentes étapes du processus de deuil. À la fin de ces réunions, les animateurs fixent des rencontres de suivi avec le groupe à différentes périodes. De cette manière, les endeuillés peuvent compter sur un soutien qui se prolonge dans le temps et obtenir de l'aide au moment des dates significatives (ex. : dates d'anniversaire, période des Fêtes, etc.).

Thérapie de deuil

La thérapie de deuil s'adresse aux individus qui ont développé un deuil compliqué. Elle est dirigée par un psychologue ou un thérapeute et offerte de façon individuelle. Le travail psychothérapeutique est surtout axé sur les manifestations décrites à la section 3.3.2. Comme cette intervention dépasse largement le cadre de ce programme de postvention, elle ne sera pas abordée dans ce document.

À considérer lors de l'application des stratégies associées au deuil

Seules les personnes ayant développé un lien affectif avec la personne décédée par suicide manifesteront des réactions de deuil.

Certains jeunes, qui ont peu de liens avec la personne décédée, auront possiblement des réactions initiales face à cette perte sans que celles-ci ne se transforment en véritable deuil.

L'école doit s'assurer que les élèves endeuillés recevront le soutien nécessaire qui peut être offert par des ressources internes ou externes à l'école.

Plusieurs activités de soutien aux endeuillés sont à envisager et ce, en fonction du type de relation partagé entre l'endeuillé et le défunt ainsi que de l'intensité et la durée des réactions de deuil vécues par l'endeuillé : intervention précoce de deuil, counseling de deuil ou thérapie de deuil.

Illustrations des stratégies d'intervention et autres informations pertinentes à la gestion des réactions de deuil

Appendices D

Appendice D¹

Caractéristiques du deuil à la suite d'un suicide

Voici, selon Séguin et Huon (1999, p. 150-175), les principales caractéristiques du deuil à la suite d'un suicide :

Les réactions de choc et déni

Le deuil à la suite d'un suicide semble être des plus laborieux. Tel que mentionné, ce sont les réactions de choc initial et de déni qui caractérisent la première phase du deuil. Dans le cas d'un deuil par suicide, le déni se distingue souvent par le refus d'accepter la nature de la perte. Les endeuillés doutent souvent de la véracité de la thèse du suicide. Ils révoquent l'idée du suicide en attribuant cette mort à un homicide camouflé, un accident ou à toute autre cause. La manière même dont la personne est décédée semble difficile à accepter. Les personnes endeuillées à la suite d'un suicide vivent généralement un déni plus marqué et plus long que celles vivant un deuil à la suite d'une autre cause de décès (ex. : accident, maladie).

La recherche d'un sens

La recherche d'un sens au suicide constitue souvent un long chemin tortueux et torturant pour l'endeuillé qui s'y engage. Cette quête du « pourquoi » se transforme en un questionnement incessant, tel un mauvais film qui se joue continuellement dans la tête de l'endeuillé : « Qu'est-ce que je n'ai pas dit que j'aurais dû dire ? », « Pourquoi ne m'en a-t-il pas parlé ? », « Pourquoi est-ce arrivé ainsi ? » Ces questions témoignent d'une difficulté à comprendre ce qui vient de se produire. Le suicide d'un proche peut ébranler les croyances profondes d'un individu et créer des blessures ainsi que des remises en question difficiles à soutenir.

Souvent, cette recherche d'un sens au suicide s'amorce par la recherche d'un coupable. Certains endeuillés croient que le suicide s'est produit à cause d'une rupture amoureuse récente, à cause d'un échec scolaire ou professionnel, etc. D'autres peuvent en vouloir aux individus qu'ils croient responsables de ces échecs. Cette réaction fréquente se situe dans une dynamique où l'individu cherche à évaluer son niveau d'implication possible dans la mort de l'autre. Durant les premières semaines qui suivent le décès, l'endeuillé procède à un genre d'enquête personnelle afin de se dégager de l'intolérable idée qu'il pourrait, d'une manière ou d'une autre, avoir une responsabilité dans la mort de la personne suicidée, voire en être responsable. Le passé récent du suicidé sera analysé et réanalysé. Les endeuillés tenteront de cerner ce qui aurait pu se passer; ils rechercheront un individu responsable (le conjoint, le médecin), un événement (une peine d'amour), une cause (la drogue, l'alcool), un problème spécifique (la maladie, la folie), etc. La recherche d'un sens au geste suicidaire sera intense et se poursuivra jusqu'à ce que l'endeuillé ait réussi à attribuer au suicide une explication satisfaisante. Plusieurs endeuillés aboutissent, au terme d'un long questionnement, à la

constatation qu'ils n'obtiendront vraisemblablement jamais de réponses précises ou satisfaisantes, puisque la personne suicidée est partie avec celles-ci.

Les sentiments de culpabilité et d'auto-accusation

La recherche d'un sens au suicide amène inévitablement à un questionnement plus narcissique, à travers lequel l'endeuillé remet en question ses propres compétences, ses habiletés, ses projets d'avenir, sa relation avec autrui, etc. À la suite du suicide, l'endeuillé interprète souvent la mort de l'autre comme un indice de sa valeur personnelle et de la valeur qu'il devait avoir aux yeux de l'autre, même si ce n'est pas là le sens qu'attribuait à son suicide la personne disparue. Cette recherche d'un sens est nécessaire, puisqu'elle permet aux endeuillés de se dégager du sentiment de culpabilité qu'ils éprouvent, ou alors de se défaire de la crainte qu'ils aient pu contribuer de quelque manière que ce soit au suicide de la personne aimée.

Les diverses études effectuées auprès des endeuillés montrent qu'après une mort par suicide, la culpabilité et l'auto-accusation que s'attribuent les endeuillés persistent longtemps. De plus, elles sont plus oppressantes que dans toute autre forme de deuil et elles entraînent chez les individus en deuil une perception de soi modifiée. Chez les endeuillés, cette culpabilité peut être engendrée par leurs propres reproches de ne pas avoir vu les signes avant-coureurs ou de ne pas leur avoir porté suffisamment attention. Ainsi, les reproches faits à soi-même et les sentiments d'auto-accusation sont souvent plus nombreux lors d'un deuil par suicide. Selon Wordon (1991), le sentiment de culpabilité est particulièrement intense lorsque le suicide apparaît dans le contexte d'un conflit interpersonnel entre l'individu décédé et le survivant.

Les sentiments de honte et de colère

Par crainte de jugement social et parce que le suicide est un geste condamné socialement, ce sont les endeuillés qui ont à assumer la honte après qu'un membre de la famille se soit enlevé la vie. C'est donc pourquoi plusieurs endeuillés choisissent de ne pas en parler à leur entourage. Cette situation risque d'altérer leurs relations sociales, puisque certaines personnes sont au courant du suicide alors que d'autres ne le sont pas. La honte, qu'elle soit exprimée ou non, provoque aussi une blessure profonde à l'image de soi, à ce qu'on avait souhaité devenir et peut conduire graduellement à un état dépressif. Ce sentiment de honte amène les endeuillés à s'éloigner de l'entourage, tout comme il rend l'entourage mal à l'aise avec les personnes qui vivent un deuil par suicide.

Par ailleurs, l'expérience de la colère est aussi très intense, mais souvent camouflée. Les endeuillés se demandent constamment : « Pourquoi m'a-t-il fait cela ? » - « Pourquoi m'a-t-il laissé tomber ? » - « Pourquoi ne m'a-t-il pas donné une chance de l'aider ? J'aurais pu l'aider, si seulement j'avais su. » Cette colère est souvent difficile à exprimer, parce que l'expression de la colère à l'égard de la personne décédée augmente souvent le sentiment de culpabilité.

Les bris et distorsions dans les réseaux de communication

Lorsqu'un suicide se produit dans une famille, l'individu disparu rompt l'équilibre existant, crée un état d'insécurité chez les membres de la famille et provoque souvent des bris ainsi que des distorsions dans les réseaux de communication. On constate dans certaines familles, afin de protéger des membres considérés comme plus « fragiles » (p. ex. : les enfants), l'établissement d'un consensus implicite qui s'établit autour des circonstances entourant le décès dans le but de cacher la véritable cause de ce dernier.

Les non-dits et les tentatives de camouflage provoquent généralement des dissonances cognitives et/ou des mythes familiaux qui sont souvent plus dévastateurs que la reconnaissance, même difficile, du suicide. Cette dissonance peut, entre autres, être occasionnée par le fait qu'une personne désire reconnaître cette réalité et l'exprimer ouvertement à l'entourage tandis que d'autres persistent à la nier. En outre, cette distorsion dans les réseaux de communication rend difficile l'appui le soutien que les endeuillés pourraient recevoir de leur entourage.

Les sentiments de rejet et de stigmatisation

Plusieurs études ont évalué la façon dont la communauté réagit face aux personnes en deuil après un suicide. Ainsi, du côté des recherches sur les perceptions sociales, on confirme un effet de stigmatisation en regard au deuil par suicide (Calhoun et coll., 1980, 1984, 1986; Goldney, Spence et Moffit, 1987; Reynolds et Cimboric, 1989; Rudestam, 1983, 1987). Ces recherches démontrent que les membres de la communauté ont davantage tendance à juger de façon négative et à accuser plus sévèrement les membres d'une famille qui ont perdu un des leurs par suicide, qu'une famille ayant perdu un de ses membres à la suite d'une autre forme de décès.

Les endeuillés du suicide rapportent une diminution de soutien émotif de leur entourage. Ceci s'expliquerait, en grande partie, par le fait que le suicide éveille des réactions émotives et des réactions de détresse exacerbées chez l'entourage. Celui-ci ne sait pas toujours comment réagir face à ces émotions. En plus, une personne suicidée est souvent perçue par l'entourage comme quelqu'un faisant partie d'une famille psychologiquement troublée. Il s'ensuit une tendance générale d'évitement, d'accusation et de blâme qui isole davantage les endeuillés et fait en sorte qu'ils ne savent plus vers qui se tourner pour recevoir de l'aide. Il arrive que les endeuillés créent eux-mêmes cet isolement parce qu'ils ne font pas de demande d'aide ou qu'ils ont peur d'être jugés.

Le risque suicidaire

En plus des réactions physiques et psychologiques déjà discutées, la stigmatisation sociale inhérente au suicide crée un état de stress important chez les endeuillés. Toutes ces réactions peuvent entraver la résolution efficace du processus de deuil et rendre ce groupe encore plus vulnérable.

Il arrive souvent qu'après un suicide, un membre de la famille s'identifie à la personne décédée, soit parce que la personne se sent semblable à celle-ci, soit parce que la famille lui répète qu'elle ressemble à la personne suicidée. Cette identification peut renforcer chez l'endeuillé une attitude de résignation qui consiste à croire qu'elle est destinée à mourir par suicide. Par ailleurs, il est possible que l'identification provoque une peur face à ses propres impulsions suicidaires. Dans le cas où il y a eu un ou plusieurs suicides dans une famille, il peut en résulter beaucoup d'anxiété pour les survivants concernant une possible transmission génétique des tendances suicidaires.

Appendice D²

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 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 a) 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 pas 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 mot 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 a) 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.

3.4 Conclusion relative à la séquence d'intervention

Pour être réellement efficaces, les activités de postvention doivent être flexibles et adaptées aux différents besoins de la clientèle cible. Comme il a déjà été mentionné, tous les élèves ne sont pas touchés de la même manière par le suicide d'un pair. Certains peuvent bénéficier d'une simple rencontre de ventilation ou d'intervention précoce de deuil, d'autres profitent davantage de la présence d'un groupe de soutien, alors que certains élèves ont besoin d'une intervention individuelle. Différents types de services doivent être offerts en même temps et ces services doivent s'ajuster aux besoins de l'individu et à sa capacité à réagir à cet événement.

De plus, les responsables de la postvention doivent s'adapter à la situation qui évolue dans le temps. En effet, les stratégies choisies initialement ne conviendront peut-être plus après quelques jours ou semaines d'activités. Elles doivent être réajustées en fonction des nouveaux besoins des élèves et du milieu. Par exemple, si une intervention précoce de deuil convenait lors de la première semaine d'intervention, une deuxième évaluation de la situation peut mettre en évidence des besoins d'une intervention de crise auprès de certains jeunes et une intervention de deuil auprès d'autres élèves.

Il faut aussi prévoir dans les mesures de postvention des activités de soutien auprès des professionnels qui sont responsables des activités de postvention. Les intervenants doivent pouvoir compter sur le soutien de personnes-ressources qui sont en mesure de les conseiller et de les assister dans l'application du programme de postvention. Les professionnels qui agissent comme personnes-ressources peuvent aussi être très touchés par le suicide. Certains peuvent vivre des sentiments de culpabilité, de colère ou d'inquiétude et ont besoin de soutien pour faire face à leurs propres sentiments.

Enfin, il importe de prolonger le soutien au-delà de la période de stress et de la gestion de la désorganisation. Il faut assurer une continuité des services. L'école doit offrir du soutien à ses élèves et à son personnel durant l'année suivant le suicide. Si elle ne possède pas les ressources pour le faire, elle peut faire appel au milieu externe (ex.: pour des références).

La section suivante détermine les conditions essentielles à la mise en place et au maintien des interventions d'un programme de postvention.

Partie IV • Organisation du milieu

La postvention en milieu scolaire : une démarche qui doit être planifiée

Plusieurs programmes de prévention, d'intervention et de postvention du suicide dans les écoles secondaires du Québec ont émergé depuis une dizaine d'années. Or, les programmes de postvention sont rarement harmonisés avec les autres programmes existants (programme de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, procédures d'intervention et mesures de références) et sont souvent appliqués de façon peu concertée avec les autres ressources du milieu. De plus, les suivis à moyen et à plus long terme pour les jeunes en crise ou en crise suicidaire et les services aux personnes endeuillées ne sont pas toujours assurés. Un autre constat important révèle que les procédures de postvention, inspirées de programmes existants, sont souvent appliquées à la hâte lors d'un suicide, sans qu'il y ait eu implantation d'un programme décrivant les étapes de gestion clinique, le rôle et les responsabilités des acteurs qui devraient être impliqués. Ces interventions, effectuées en situation d'urgence et de manière improvisée, peuvent provoquer des effets nuisibles chez les élèves et les membres du personnel.

Les différents effets du suicide décrits plus tôt mettent en évidence la nécessité d'une analyse rigoureuse ainsi que la complexité des interventions à mettre en place. Avant d'initier des mesures dans un milieu affecté par un suicide, il est préférable que ce milieu ait été préalablement préparé. La mise en place d'un programme de postvention permettra d'augmenter les chances de bien composer avec les réactions de stress, de crise et de deuil. De plus, selon Hazell (1993) et Poijula, Wahlberg et Dyregrov (2001), la présence permanente de personnel formé en intervention de crise dans l'établissement scolaire ainsi que l'implantation d'un programme de prévention et de postvention du suicide sont des éléments clés pour prévenir l'émergence d'autres suicides.

Le contenu de ce programme de postvention ne peut être appliqué sans qu'au préalable, les ressources qui en assurent la coordination en aient pris connaissance et l'aient adapté en fonction des particularités de leur milieu. Il sera question dans cette section des étapes d'implantation du programme, du rôle des différents acteurs et des conditions de succès à la mise en place d'un programme de postvention en milieu scolaire.

4.1 Les étapes d'implantation du programme

Toute personne intéressée à mettre en place un programme de postvention devrait, au préalable, s'être appropriée les sections concernant le cadre théorique du programme, les réactions de stress, de crise et de deuil ainsi que les interventions appropriées.

L'implantation du programme de postvention est sous la responsabilité des intervenants de deuxième niveau tel que

défini dans la deuxième partie de ce programme. Néanmoins, d'autres intervenants du premier et du troisième niveau peuvent intercéder dans la planification et la mise en place du programme de postvention.

Les principales étapes pour optimiser le processus d'implantation sont présentées au Tableau 7. Nous détaillerons chacune d'elles dans cette quatrième section.

Tableau 7

Les phases d'implantation du programme de postvention	
Phase 1	S'assurer de l'adhésion de la direction.
Phase 2	Évaluer les particularités du milieu.
Phase 3	Mettre en place une équipe de postvention : <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les ressources humaines nécessaires; • Définir le rôle de chacun; • S'approprier le programme et mettre en place un protocole de postvention.
Phase 4	S'assurer de la collaboration des organismes partenaires : <ul style="list-style-type: none"> • Faire des ententes de services et prévoir les mécanismes de référence.
Phase 5	Former les membres de l'équipe de postvention.
Phase 6	Préparer le milieu : <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser l'ensemble du personnel scolaire.
Phase 7	Planifier le maintien : <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir le soutien clinique et organisationnel.
Phase 8	Évaluer le programme.

4.1.1 S'assurer de l'adhésion de la direction

Afin de mettre en place les conditions favorables à l'implantation d'un programme de postvention dans un milieu scolaire, il est primordial d'avoir l'appui de la direction et/ou des différentes instances décisionnelles (conseil d'établissement, commission scolaire), s'il y a lieu. Cette mesure est une des conditions de succès et surtout de maintien du programme dans le milieu.

Avant d'initier des mesures dans un milieu affecté par un suicide, il est préférable que ce milieu ait été préalablement préparé. La mise en place d'un programme de postvention permettra d'augmenter les chances de bien composer avec les réactions de stress, de crise et de deuil.

L'adhésion de la direction implique le dégagement des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires. De plus, une personne représentant la direction devrait siéger au comité de postvention afin d'assurer le rôle de porte-parole officiel.

4.1.2 Évaluer les particularités du milieu

Les écoles secondaires au Québec présentent des profils qui diffèrent d'un milieu à l'autre. Par exemple, les secteurs (général, professionnel, éducation aux adultes), les niveaux, la taille, le type de milieu (rural, urbain), les particularités du milieu dont elles sont issues (culture, présence de violence, taxage, pauvreté...), sont autant d'aspects à considérer pour identifier le genre d'organisation et les ressources nécessaires à la mise en place du programme de postvention.

Bien connaître le milieu dans lequel le programme sera implanté et les ressources disponibles permettra d'identifier les besoins à combler et les possibilités d'obtenir une collaboration des organismes tels que le CLSC, le centre de prévention du suicide (CPS), les services de la pédopsychiatrie et/ou de psychiatrie, etc.

Pour procéder à l'évaluation du milieu, les questions suivantes pourraient être aidantes :

Bien connaître le milieu dans lequel le programme sera implanté et les ressources disponibles permettra d'identifier les besoins à combler et les possibilités d'obtenir une collaboration des organismes du milieu.

- Quelles sont les ressources internes sur lesquelles peut compter le milieu en situation d'urgence (travailleur social, psychologue, infirmier, etc.) ?
- Quelles sont les ressources externes disponibles dans le milieu (centre de prévention du suicide, CLSC, service d'aide pour les personnes endeuillées, centres jeunesse, maisons des jeunes, etc.) ?
- Est-ce que les ressources disponibles sont assez importantes en nombre pour répondre aux caractéristiques du milieu (taille de l'école, particularités, etc.) ?

- Existe-t-il déjà un protocole de postvention et une équipe de crise dans le milieu interne ou à l'extérieur de l'établissement ?

4.1.3 Mettre en place une équipe de postvention

Chaque milieu désirant implanter un programme de postvention doit tout d'abord choisir une structure organisationnelle et mettre en place une équipe de postvention qui aura comme mandat la coordination du programme dans le milieu et la réalisation des activités. Cette équipe agira comme comité de coordination des activités de postvention à la suite d'un suicide. Chaque membre apportera une expertise différente à l'équipe de postvention.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'équipe de postvention relève du deuxième niveau d'intervention. Toutefois, la forme que prendra cette équipe peut différer d'une école à l'autre ou même d'une région à l'autre. Il est donc difficile de proposer une structure organisationnelle unique puisque cette organisation dépend à la fois des ressources disponibles dans le milieu interne et externe ainsi que des compétences des personnes impliquées. On doit s'assurer que la structure choisie soit cohérente avec le type de milieu et que le cadre théorique de ce programme soit respecté.

Dans plusieurs régions du Québec, les CPS assurent l'expertise en matière d'implantation, de structures organisationnelles ou d'équipes de postvention, tandis que dans d'autres, ce sont les écoles ou les commissions scolaires, les CLSC ou la Direction régionale de la santé publique qui assurent cette compétence. Ainsi, bien que généralement la coordination du programme soit assurée par l'école, un organisme partenaire peut prêter mains fortes.

Nous vous présentons, en guise d'exemple, trois modèles d'organisation de services de postvention implantés dans différentes régions du Québec.

Prise en charge par le milieu scolaire (Exemple du CPS 02) :

Il arrive qu'une école ou une commission scolaire élabore son propre protocole de postvention destiné à faire face aux réactions suivant le suicide d'un élève. Ces protocoles sont constitués d'une série d'étapes pré-déterminées qui seront suivies selon un ordre séquentiel advenant un suicide.

Les protocoles de postvention sont sous la responsabilité d'équipes de crise constituées de membres du personnel scolaire (ex. : enseignants, administrateurs), de professionnels de la santé mentale (ex. : psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, infirmières, etc.) issues de l'école et parfois du milieu communautaire et, à l'occasion, de membres de la communauté (ex. : ressource en prévention du suicide, parents, membres du clergé). L'équipe reçoit une formation la préparant à intervenir à la suite d'un suicide.

Cette équipe interne d'intervention de crise s'appuie habituellement sur le soutien de ressources externes de la communauté. Il peut arriver que l'équipe interne soit trop affectée par le suicide; le soutien extérieur permet alors une meilleure référence des jeunes à risque. Les ressources disponibles à l'école et celles du milieu externe sont donc préalablement identifiées et des ententes de service sont mises sur pied.

En principe, cette équipe interne est présente de façon permanente et s'occupe non seulement de la postvention, mais aussi de la promotion du mieux-être, de la prévention du suicide et de l'intervention de crise.

Prise en charge par le milieu externe (Exemple de Laval) :

Une vingtaine d'intervenants forment l'équipe de postvention sur le territoire de Laval. Ces intervenants proviennent de quatre CLSC (programmes de maintien à domicile, famille enfance jeunesse et services courants) et de la Ressource régionale suicide de Laval, du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et de la commission scolaire. Cette équipe est responsable de la postvention autant pour les clientèles jeunesse qu'adulte. L'équipe est formée pour l'intervention de crise suicidaire, de deuil et de postvention. Les membres se rencontrent aux six semaines afin de discuter des situations de postvention, se donner du soutien ou pour recevoir de la formation continue, etc.

La commission scolaire met à la disposition de chaque école un protocole de postvention pour que le milieu forme une équipe et s'approprie ce protocole selon les caractéristiques du milieu. Cette équipe reçoit aussi une formation sur l'intervention de crise suicidaire, sur le deuil et la postvention. La présence des psychologues au comité de postvention des écoles favorise le maintien du programme dans le milieu.

Lorsque survient un suicide, c'est l'équipe de coordination (Ressource régionale suicide de Laval) qui effectue l'analyse de la situation et qui sollicite l'équipe régionale de postvention pour la mise en place des interventions appropriées. Les membres de l'équipe-école ont le mandat du repérage et d'assurer une présence auprès des jeunes.

Le modèle de prise en charge par le milieu scolaire et par une ressource en prévention du suicide (Exemple de JEVI, CPS – Estrie) :

Le Centre de prévention du suicide – Estrie, JEVI, a élaboré un protocole de prévention et de postvention en milieu scolaire. Chaque milieu scolaire, avec l'aide de la ressource, s'approprie le protocole et l'adapte à son milieu. L'école forme un comité de postvention et les membres de ce comité reçoivent obligatoirement une formation (de cinq jours) sur l'intervention de crise suicidaire, sur le deuil et la postvention. Les membres du comité de postvention de l'école font le repérage des jeunes, assurent une présence sécurisante auprès des jeunes et réfèrent aux ressources professionnelles internes ou externes. Il est à noter qu'un intervenant du CPS fait obligatoirement partie du comité de l'école.

Lorsque survient un suicide, c'est l'intervenant du CPS qui effectue l'analyse de la situation à partir des informations fournies par les membres du comité. Il voit aussi à rejoindre d'autres intervenants du CPS pour des interventions spécifiques (intervention de crise suicidaire, counseling et thérapie de deuil, intervention post-traumatique) lorsque la

situation le commande. De la même façon, il verra à rejoindre d'autres personnes ou organisations s'il y a lieu (ex. : pédopsychiatres, CLSC). Le suivi post-crise est modulé pour toute l'année scolaire par l'intervenant du CPS auprès des membres du comité de postvention. Ceci permet d'assurer un soutien et la mise en place d'interventions appropriées auprès des jeunes affectés par le suicide.

Chaque année, les membres des comités de postvention peuvent se prévaloir de formation continue favorisant ajustements et mises à jour des contenus de postvention.

• Identifier les ressources humaines nécessaires

Peu importe la structure organisationnelle choisie, le recrutement des membres de l'équipe de postvention doit se faire en fonction de la formation professionnelle et des compétences requises en regard des activités de postvention. Autant que possible, les personnes recrutées doivent désirer faire partie de cette équipe. Les intervenants possédant un bon lien de confiance avec les jeunes seront particulièrement utiles lors de l'application des mesures puisqu'il est rassurant pour un jeune de se référer à quelqu'un de connu lors d'une situation de crise.

En ce qui concerne le modèle de prise en charge par le milieu scolaire, le directeur ou le directeur adjoint devrait être impliqué, ainsi qu'un enseignant intéressé par la problématique et, si possible, un ou deux intervenants externes à l'institution (ex. : CPS, CLSC). Puisque les ressources d'un milieu scolaire sont souvent limitées, cette équipe pourrait être la même que celle intervenant lors d'autres traumatismes. Toutefois, nous réitérons l'importance que celle-ci soit formée à l'intervention de crise suicidaire, au deuil et à la postvention. En ce qui concerne la composition de l'équipe de postvention, elle devrait être multidisciplinaire et impliquer les professionnels du milieu interne et externe (psychologue, travailleur social, infirmière, etc.).

Les intervenants possédant un bon lien de confiance avec les jeunes seront particulièrement utiles lors de l'application des mesures puisqu'il est rassurant pour un jeune de se référer à quelqu'un de connu lors d'une situation de crise.

Les compétences requises :

Outre les compétences décrites pour chacun des trois niveaux d'intervention, on peut identifier celles qui sont les plus pertinentes pour les membres de l'équipe de postvention :

- Capacité à tolérer un haut niveau de détresse;
- Capacité d'analyse et de jugement clinique;
- Capacité d'établir un lien de confiance avec les jeunes;
- Des connaissances approfondies des ressources du milieu;
- Capacité de travailler en équipe.

• Définir le rôle de chacun

Lors de la mise en place de l'équipe, il sera important d'identifier le rôle et les responsabilités des membres du comité, incluant les organismes externes s'il y a lieu, lors d'une situation de suicide.

À l'intérieur de l'équipe, on devrait identifier qui sera le porte-parole auprès des médias, qui soutiendra le personnel s'il y a annonce de la nouvelle dans le milieu, qui sera responsable de valider la nouvelle du suicide, qui sera responsable des communications auprès des proches de la personne suicidée, qui sera responsable de voir à la disponibilité des locaux de rencontres, etc. De plus, un des membres de l'équipe devra assurer le leadership, mesure qui favorisera la mise en place et le suivi du programme. Notons qu'en pratique, le programme ne repose pas sur une seule personne. Un des rôles du « leader » sera, entre autres, de s'assurer qu'une mise à jour annuelle soit effectuée.

• S'approprier le programme et mettre en place un protocole de postvention

Jusqu'à maintenant, la réalisation d'activités de postvention en milieu scolaire avait tendance à suivre une culture selon laquelle les protocoles de postvention étaient adoptés dans leur intégralité selon leur démarche d'étapes à suivre, de « pas à pas », sans nécessairement prévoir une marge pour l'adaptation des interventions selon les caractéristiques du milieu et des circonstances de postvention. Le programme que nous proposons veut éviter ce type de démarche. Il présente des étapes de gestion clinique qui tiennent compte de l'analyse de chacune des situations permettant d'ajuster la séquence des interventions en fonction de ce qui est vécu par le milieu.

Il demeure important que l'équipe prépare un protocole de postvention qui respecte les caractéristiques du milieu ainsi que des ressources internes et externes disponibles.

Cependant, il demeure important que l'équipe prépare un protocole de postvention qui respecte les caractéristiques du milieu (nombre d'élèves dans l'école, milieu urbain ou rural, etc.) ainsi que des ressources internes et externes disponibles. Un protocole, indiquant les étapes à suivre, sera aidant dans le feu de l'action et devrait prévoir les étapes de gestion clinique et leur séquence, tels que le propose ce programme.

Depuis plusieurs années au Québec, les organismes en prévention du suicide et les établissements des milieux institutionnel et scolaire ont développé des protocoles de postvention. Ces derniers peuvent servir d'aide pour la production de votre protocole de postvention.

4.1.4 S'assurer de la collaboration des organismes partenaires

Il importe de bien identifier les collaborations et les ressources partenaires avec lesquelles l'équipe de postvention travaillera afin d'assurer la mise en place de l'ensemble des interventions tout au long de la période nécessaire.

Pour ce faire, il importe de prévoir des ententes de services préalables afin d'assurer la sécurité des jeunes et de diminuer le risque de duplication des services. En plus de favoriser la mise sur pied d'une gamme complète de services en situation de postvention, ces ententes préalables faciliteront l'arrimage des interventions destinées aux jeunes qui reçoivent des services d'autres organismes, par exemple, des centres jeunesse.

Par ailleurs, puisque certains membres de l'équipe de postvention peuvent également être affectés par la situation, ils doivent pouvoir compter sur le soutien de personnes-ressources qui sont en mesure de les conseiller et de les assister dans l'application des interventions de postvention.

Voici les organismes ou les personnes-ressources avec lesquels il serait souhaitable de prévoir une collaboration : centres de prévention du suicide, CLSC, centres de crise, pédopsychiatre, psychologue, médecin, maisons de jeunes, centres jeunesse, service de police, etc.

• Faire des ententes de services et prévoir les mécanismes de référence

Il est important d'identifier et de prendre connaissance des ententes qui existent dans le milieu et des mécanismes de références qui y sont rattachés. Cela permettra d'évaluer le besoin de s'y rattacher ou d'en élaborer. L'équipe de postvention pourrait se servir de ces modèles pour concrétiser les ententes avec les ressources du milieu. Ces mécanismes permettent d'assurer l'accès rapide à une prise en charge thérapeutique, lorsque requise. On doit s'assurer que les interventions de stress, de crise et de deuil puissent se dérouler tout au long de l'année. La continuité des services doit être assurée autant à l'interne (dans le milieu scolaire) et qu'à l'externe (avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux).

Les principaux partenaires :

La ressource en prévention du suicide, le centre jeunesse, le CLSC, et le centre hospitalier, etc.

4.1.5 Former les membres de l'équipe de postvention

Dans le cadre de l'implantation du programme, une formation dispensée par des professionnels possédant une expertise reconnue en postvention et en intervention de crise suicidaire doit être dispensée aux intervenants du comité de postvention. Cette formation habilite les intervenants sur le plan de la gestion des situations de crise suicidaire et de la gestion des

interventions à réaliser à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Bien que cela représente un investissement important, on doit s'assurer que les intervenants psychosociaux de l'équipe aient un minimum de deux journées de formation sur l'intervention de crise suicidaire et d'au moins deux journées sur les mesures de postvention. Nous présenterons ici les compétences à développer lors de ces formations.

Formation à l'intervention de crise suicidaire :

Une formation dispensée par des professionnels possédant une expertise reconnue en postvention et en intervention de crise suicidaire doit être dispensée aux intervenants du comité de postvention.

- Connaître les éléments de la crise et de la crise suicidaire;
- Identifier si une personne se retrouve dans le processus suicidaire;
- Évaluer le potentiel suicidaire;
- Assurer la sécurité;
- Mettre par ordre de priorité les interventions à mettre en place;
- Référer vers les ressources appropriées.

Formation sur les mesures de postvention :

- Évaluer l'impact d'un suicide dans le milieu (analyse de la situation);
- Identifier les réactions de stress, de crise et de deuil;
- Choisir les interventions à mettre en place selon les réactions de stress, de crise et de deuil;
- Voir à l'application des interventions choisies au bon moment;
- Évaluer et réajuster les interventions selon l'analyse de la situation;
- Mettre en place les conditions optimales pour maximiser l'efficacité du programme.

4.1.6 Préparer le milieu

Les responsables de l'équipe de postvention doivent faire connaître le programme à l'ensemble du personnel scolaire (enseignants, personnel administratif, personnel de la sécurité, etc.), et le rôle qu'ils pourraient avoir à jouer en situation de postvention. Connaître à l'avance l'existence du programme ainsi que leur rôle dans les activités prévues favorisera une implication maximale dans l'éventualité où les mesures doivent être appliquées.

• Sensibiliser le personnel scolaire

Une rencontre, d'une durée minimale de trois heures, devrait avoir lieu pour présenter le programme et les membres du comité au personnel scolaire. Cette rencontre a pour but de les informer sur la problématique du suicide chez les adolescents,

de l'existence d'un protocole dans leur milieu, de leur rôle dans l'application des mesures (ex. : annonce de la nouvelle, repérage), de présenter les outils permettant d'appliquer les mesures (ex. : les procédures de l'annonce de la nouvelle) et de les informer sur les outils de repérage et les mécanismes de référence. De plus, cette rencontre permettra de les renseigner sur les ressources et les mesures de soutien disponibles pour eux-mêmes en situation de postvention.

4.1.7 Planifier le maintien

Afin d'assurer en tout temps un programme et une équipe de postvention pleinement opérationnelle, un exercice de mise à jour du programme et des effectifs doit être effectué en début de chaque année scolaire. Cet exercice devrait permettre de combler les départs d'intervenants dans l'équipe, de voir à l'intégration des nouveaux membres, d'identifier les besoins de formation, d'apporter les ajustements nécessaires au programme et de prévoir la sensibilisation du nouveau personnel et/ou à la mise à jour des connaissances de ceux qui ont reçu la sensibilisation il y a déjà longtemps, etc.

À la suite de la formation sur les mesures de postvention, et tout au long de l'année scolaire, il faut prévoir des rencontres de suivis à la formation avec les membres de l'équipe de postvention. Ces rencontres devraient permettre de faire un retour sur les différentes étapes de gestion des interventions (théorie, mises en situation, etc.).

• Prévoir le soutien clinique et organisationnel

Puisque le personnel de l'école et l'équipe de postvention peuvent également être touchés à plusieurs égards par un suicide et ce, dans des dimensions différentes de celles liées à leurs rôles et responsabilités, on doit prévoir la présence d'un soutien clinique et organisationnel. Ce soutien doit être organisé à l'intérieur de l'école ou être assuré par une ressource extérieure au comité de postvention.

Le soutien clinique peut se traduire par des rencontres avec les intervenants impliqués dans l'application des procédures afin d'aider le personnel à évaluer les interventions et à prendre un recul face à la situation. Elles permettent aux personnes de ventiler leurs émotions et leur vécu à la suite des interventions réalisées. De plus, la mise en place de mesures de postvention, selon l'analyse de besoin, pourrait s'avérer nécessaire pour le personnel scolaire dans certaines situations.

Le soutien peut également s'avérer utile dans les cas qui requièrent des connaissances plus spécifiques (ex. : homicide-suicide). Dans ce genre de situations, l'équipe de postvention pourrait avoir recours à une équipe externe d'experts en postvention.

4.1.8 Évaluer le programme

Un bilan devrait être fait à la fin de l'année scolaire afin de recueillir les informations indispensables pour effectuer le point sur les forces et les faiblesses du programme et de procéder

aux ajustements et correctifs nécessaires. Il permettra de prendre le recul nécessaire pour apprécier la justesse du programme et pour identifier les besoins se rattachant à la formation continue, à la mise à jour des pratiques ainsi que la mise au point du contenu du programme.

Le bilan portera sur les éléments suivants :

- L'application des procédures (forces et difficultés rencontrées);
- Les résultats d'intervention;
- L'implication du personnel;
- La résolution des crises suicidaires;
- L'évaluation des ententes de services et des mécanismes de référence;
- L'ajustement du programme, des procédures;
- Le bilan de l'équipe (ex. : le fonctionnement et la fréquence des rencontres, etc.);
- Les besoins de l'équipe (ex. : formation continue, mise à jour des pratiques, ect.).

4.2 Le rôle des différents acteurs

• L'équipe de postvention

L'équipe de postvention est responsable de l'élaboration du protocole de postvention qui tiendra compte des étapes de gestion clinique et des principes sous-jacents de ce programme selon les particularités du milieu. Elle sera également responsable de l'analyse de la situation et du choix des interventions à mettre en place à la suite d'un suicide. En d'autres mots, elle fait partie du deuxième niveau d'intervention identifié à la partie I du programme et aura à prendre en charge l'application du protocole de postvention.

• Les directions d'école

La direction doit s'impliquer dans le processus d'implantation afin de s'assurer de la possibilité d'application des étapes. De plus, il est nécessaire qu'elle fasse partie de l'équipe de postvention ou qu'elle soit étroitement liée à l'application des mesures lors d'un suicide. Il ne lui est pas demandé d'effectuer les interventions psychosociales, mais d'être présente tout au long de l'application des mesures et d'être disponible pour le comité de postvention.

Par exemple, les responsabilités qui sont inhérentes à son mandat :

- Confirmer la véracité de l'information;
- Faire les liens avec les parents;
- S'occuper des relations avec les médias.

• Le coordinateur du comité de postvention

Un des rôles du coordinateur sera de s'assurer d'une mise à jour annuelle du programme. Il pourra avoir comme mandat de réunir le comité de postvention pour des rencontres de formation continue. Il est celui qui a la responsabilité de réunir le comité, d'animer les rencontres, de communiquer avec les ressources externes en cas de besoin, de distribuer les tâches aux membres du comité et d'assurer une circulation adéquate de l'information à la suite d'un suicide. Sa présence est primordiale lors du bilan de l'année. Cette responsabilité peut être partagée entre différents membres, selon leurs rôles et compétences.

4.3 Les conditions de succès à la mise en place d'un programme de postvention en milieu scolaire

La mise en place de certaines conditions est indispensable pour un meilleur développement et pour le maintien d'un programme de postvention. Il existe deux types de conditions : les conditions de succès, qui sont indispensables, et les conditions favorables, qui facilitent l'implantation, l'application et le maintien du programme. Certaines de ces conditions peuvent paraître ambitieuses, mais nous réitérons l'importance de bien préparer le milieu.

Voici les conditions de succès :

- L'appui et l'engagement de la direction;
- La disponibilité des ressources;
- La présence de personnel formé dans l'institution scolaire;
- L'allocation des ressources humaines, matérielles et financières (budget, secrétariat, locaux);
- La connaissance par le personnel scolaire de l'existence du protocole et de leur rôle;
- Le respect de l'ensemble des phases d'implantation.

Voici les conditions favorables :

- L'adhésion de l'ensemble du personnel scolaire;
- La gestion du programme devrait faire partie intégrante des tâches d'un membre du personnel;
- Le dégageant d'une personne pour gérer le programme;
- L'arrimage du programme avec un comité de prévention ou de crise existant, s'il y a lieu;
- La collaboration des organismes du milieu;
- L'arrimage du comité de postvention avec les activités des services complémentaires;
- Les liens avec d'autres interventions en milieu scolaire (ex. : projets d'école en santé).

4.4 Conclusion relative à l'organisation du milieu

En guise de conclusion, même s'il est vraiment exigeant de s'assurer de la planification, de l'implantation et du maintien d'un programme de postvention, ces procédés sont nécessaires et essentiels pour favoriser l'efficacité des programmes mis en place et ainsi, répondre le plus adéquatement possible aux véritables besoins des personnes affectées par le suicide.

Le protocole de postvention, s'il est adéquat et qu'il présente de façon claire les rôles et responsabilités des organisations concernées (CPS, CLSC, centres jeunesse) et du comité de postvention, s'avéra un outil de travail rassurant.

Partie V • Contextes particuliers

5. Des interventions spécifiques pour des situations particulières

Les sections subséquentes visent à introduire des informations supplémentaires dans l'éventualité où des activités de postvention s'appliqueraient dans un contexte de tentative de suicide, de pacte suicidaire ou d'homicide-suicide. Les stratégies de postvention, quoique similaires à celles d'un suicide, doivent être nuancées selon l'évaluation de la situation et les contextes spécifiques dans lesquels elles se dérouleront. Pour chacune de ces situations particulières, vous trouverez dans leur section respective quelques données statistiques faisant état de leur prévalence, quelques éléments théoriques vous permettant de mieux saisir la problématique ainsi que des pistes d'intervention.

Beaucoup d'autres situations particulières peuvent survenir, cependant, il serait difficile de les évoquer toutes. De manière générale, nous suggérons aux intervenants, malgré la nature de la situation, de suivre la même logique que celles présentées dans le cadre de ce programme, soit de faire une analyse de la situation et choisir les interventions jugées les plus appropriées en fonction des différents sous-groupes et des jeunes.

Certaines situations particulières, par exemple lors d'un homicide-suicide ou d'un pacte suicidaire, nécessitent la collaboration d'intervenants spécialisés en raison de la complexité entourant généralement ces événements. L'établissement de liens avec des ressources spécialisées du réseau de la santé et des services sociaux peuvent s'avérer très utiles. Une planification des interventions à entreprendre avec le soutien de ces ressources (ex. : CPS) associée à la réalisation conjointe de ces activités sont des facteurs garants d'une démarche réfléchiée et appropriée dans ce types de situation.

5.1 Tentative de suicide

Selon Santé Québec (2000), approximativement 29 000 Québécois auraient commis une tentative de suicide 12 mois avant qu'ils aient participé à l'enquête. Parmi eux, près de 13 000 personnes étaient âgées entre 15 et 24 ans. Près de 1,4 % des adolescents et des jeunes adultes du Québec auraient posé un geste suicidaire dans l'année précédant l'étude. Selon une étude de Hultén et ses collaborateurs (2001), la tentative de suicide serait le meilleur facteur qui prédit le suicide ultérieur des adolescents.

5.1.1 Cadre théorique

Tout d'abord, il importe de clarifier ce qu'on entend par tentative de suicide. À la différence d'un suicide complété, qui est un acte délibéré, commis par une personne contre elle-même causant sa propre mort; la tentative de suicide recouvre cette définition,

mais l'acte posé menace la vie de la personne sans engendrer son décès. Celle-ci se distingue donc de l'idée suicidaire qui fait référence à toute forme de pensée qui relève d'une intention possible de suicide ou qui tend vers cette intention, sans que l'acte soit posé (Association québécoise de prévention du suicide, 2003).

Les contextes faisant suite à une tentative de suicide sont souvent très différents qu'à la suite d'un suicide, mais dans certaines situations, les tentatives de suicide ont un impact aussi important qu'un suicide complété entraînant les mêmes risques en regard des effets de contagion. Tout comme un suicide, l'impact d'une tentative de suicide s'étend non seulement au jeune concerné, mais aussi à ses parents, à ses amis, aux autres élèves ainsi qu'au personnel de l'école. Il est possible que le jeune qui a fait la tentative de suicide vive de forts sentiments de honte, d'échec, de désespoir. Il peut également développer des relations familiales perturbées ou des relations tendues avec ses pairs. Pour son entourage (famille et amis) et les autres élèves de l'école, des sentiments de malaise et d'inquiétude peuvent émerger. Ils se demanderont « quoi dire ? » et « quoi faire ? » dans une telle situation. Pour le personnel scolaire, les mêmes interrogations prendront place. Insistons également sur le fait que le risque de récurrence demeure élevé chez la personne qui a attenté à ses jours. C'est pourquoi, selon l'évaluation de la situation, des activités de postvention doivent parfois être réalisées.

D'une part, l'équipe de postvention mettra en place des stratégies pour éviter l'effet d'entraînement et pour aider certains étudiants qui peuvent se sentir affectés par ce geste de désespoir. D'autre part, le comité de postvention doit s'assurer d'offrir un soutien adéquat au jeune ayant fait une tentative de suicide. Ainsi, l'équipe tentera par ses actions de prévenir une récurrence chez le jeune concerné en s'assurant d'un suivi auprès de celui-ci et en apportant son soutien avant et lors du retour en classe. Soulignons, qu'un suivi en santé mentale peut parfois suffire. Il faudra aussi s'assurer que le jeune et ses parents soient informés des interventions qui seront entreprises par le comité de postvention (Gravel, 1999).

Mentionnons toutefois que nous ne suggérons pas de tenir des activités de postvention à chaque fois qu'il y a une tentative de suicide. Il serait même plus sage de conserver un climat de confidentialité lorsque ces situations malheureuses se produisent. Néanmoins, en fonction du contexte particulier, surtout si une situation crée un stress important, soit pour certains jeunes ou pour tout le milieu scolaire, des actions pourraient être entreprises. Par exemple, des interventions pourraient être menées auprès de certains sous-groupes de jeunes si l'analyse de la situation le justifie.

5.1.2 Pistes d'intervention

Le guide à l'intention de l'équipe d'intervention-suicide du programme Accroche-toi! (Gallagher, 1996, pp. 63-64) présente une démarche judicieuse sur la façon de rencontrer l'élève qui a tenté de se suicider. Ce procédé montre comment un membre

de l'équipe de postvention peut faciliter la réintégration d'un jeune à l'école à la suite de sa tentative de suicide.

Selon ce programme, l'élève qui a tenté de se suicider doit être rencontré avant son retour à l'école et dès qu'il acceptera de voir un intervenant de l'équipe de postvention. La personne qui le rencontrera devra lui apporter un soutien émotif et une aide psychologique et ce, avant et lors de son retour à l'école. La prévention d'une récurrence suicidaire et la préparation de l'adolescent à son retour en classe devront faire partie des objectifs de l'intervention. Voici quelques pistes qui pourront guider l'intervention auprès de cet élève :

Préciser son rôle à l'élève

Si l'adolescent est hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide, il faut tenir compte que ce dernier est déjà pris en charge par un professionnel du centre hospitalier. Le pédopsychiatre ou le psychologue explore habituellement les facteurs prédisposants et déclencheurs qui ont amené la tentative de suicide. Il évalue aussi le risque d'une récurrence dans les jours et les semaines à venir. Une démarche thérapeutique est amorcée avec l'adolescent et parfois avec les parents, lorsque la situation est propice. Dans ces conditions, l'intervenant provenant du groupe de postvention doit préciser son rôle à l'élève qui consiste principalement à préparer son retour à l'école afin de ne pas semer la confusion.

Intervenir comme s'il s'agissait d'une urgence suicidaire élevée

Si l'élève qui a tenté de se suicider n'a pas été hospitalisé à la suite de sa visite à l'urgence, c'est que le médecin a évalué que la tentative de suicide n'exigeait pas de traitement médical important et que l'élève ne présentait pas de risque suicidaire dans les heures et les jours à venir. Or, il faut se rappeler que :

- Il n'y a pas eu de prise en charge par le centre hospitalier et l'intervention s'est limitée à l'évaluation de l'état mental et physique de l'adolescent et à l'évaluation du risque suicidaire immédiat.
- L'urgence suicidaire demeure généralement élevée à la suite de cette évaluation.

Identifier les sources d'anxiété

Les craintes quant au retour à l'école (ex. : la peur d'être jugé par ses pairs, le retard scolaire, le malaise) représentent généralement une source importante d'anxiété pour l'adolescent qui a commis une tentative de suicide. Un stress très élevé peut même provoquer une récurrence dans les jours ou les semaines suivant la tentative de suicide. Si celle-ci a été déclenchée par une situation ou un événement vécu difficilement à l'école, l'élève risque d'appréhender son retour en classe avec un niveau de stress encore plus intense. Dans ces conditions, il faut explorer les sources d'anxiété :

- A-t-il des craintes de revenir à l'école ?
- À quoi ses craintes sont-elles reliées ?

- Y a-t-il un incident qu'il aurait vécu péniblement à l'école et qui l'aurait conduit à la tentative de suicide ?

Proposer des actions qui peuvent diminuer ses craintes et son anxiété

Si la nouvelle se répand dans l'école ou encore si l'élève s'est infligé des blessures visibles, il est possible de lui suggérer d'intervenir auprès de ses meilleurs amis, de sa classe et de ses enseignants, afin de les mettre au courant de ses craintes et de ses besoins lors de son retour à l'école. Si l'élève ne souhaite pas ce genre d'intervention malgré la propagation de la nouvelle, il faut vérifier ses craintes entourant cette proposition. Néanmoins, il importe de respecter sa décision finale et s'assurer d'un suivi étroit auprès de lui lors de son retour.

Discuter de la date de son retour en classe

Les réponses à cette discussion transmettront des indices sur son état émotionnel actuel et permettra de planifier le moment des rencontres avec son groupe et ses enseignants, si opportun.

Planifier le suivi de l'élève

Durant les semaines qui suivent le retour de l'élève à l'école, il faut planifier des rencontres sur une base régulière où il faudra réévaluer l'urgence suicidaire de l'élève, vérifier son vécu scolaire, ses attentes, ses attitudes, son anxiété et ses réactions vis-à-vis de ses enseignants, de ses pairs, etc. À plus long terme, le suivi sera assumé par des rencontres ponctuelles.

Pour ce qui est des interventions auprès des autres élèves de l'école, des enseignants de l'élève qui a tenté de se suicider et des parents de ce dernier, Gravel (1999) ajoute :

Auprès des élèves de l'école :

- Identifier les personnes touchées par l'événement, à risque ou en difficulté, et intervenir au besoin individuellement;
- Porter une attention particulière au réseau d'amis de la personne qui a commis la tentative de suicide;
- Prévoir une stratégie visant à assurer la sécurité des jeunes en difficulté et à leur procurer l'aide dont ils ont besoin;
- Assurer l'encadrement et la surveillance de l'élève qui a fait la tentative de suicide et des élèves à risque ou en difficulté.

Auprès des enseignants de l'élève qui a tenté de se suicider :

- Les informer de l'état de la situation;
- Leur faire part des réactions et des besoins de l'élève concerné;
- Les préparer au retour en classe de l'adolescent (évaluer les besoins, les rassurer sur leurs propres réactions et malaises, répondre à leurs questions);
- Identifier les pistes d'intervention en classe et planifier les actions;

- Les inviter à être à l'écoute des élèves, à assurer le respect de la personne qui a fait la tentative (incluant la confidentialité) et à profiter des occasions qui s'offrent pour dissiper les préjugés face à l'événement et au suicide en général;
- Leur demander de redoubler de vigilance quant à d'éventuels signes précurseurs, à inviter les élèves qui semblent affectés par la tentative de suicide à consulter les ressources disponibles et à transmettre au comité de postvention le nom des élèves qui semblent en difficulté.

Auprès des parents du jeune qui a fait la tentative :

- S'assurer que leur jeune reçoit toute l'aide dont il a besoin;
- Leur faire connaître les différentes ressources internes et externes pouvant leur être utiles;
- S'informer de la date prévue du retour de l'adolescent.

Nous croyons que l'intervention auprès des élèves de l'école doit se faire uniquement si la rumeur ou la nouvelle se répand dans l'établissement scolaire et quand l'analyse de la situation la justifie. Il importe également d'avoir l'accord du jeune qui a fait la tentative de suicide. Si ce n'est pas le cas, les interventions devraient être centrées sur les proches de la personne ayant fait la tentative de suicide. Lors des interventions de postvention à la suite d'une tentative de suicide, il est important de centrer nos interventions sur les impacts plutôt que sur les événements et ce, afin d'assurer une certaine confidentialité et un respect de la vie privée de la personne. Il faut garder à l'esprit que la personne qui a fait une tentative de suicide reviendra dans son milieu.

5.2 Pacte suicidaire

Les pactes suicidaires conduisant au décès sont relativement rares. La prévalence est d'un cas pour 400 suicides complétés (Milin et Turgay., 1990). Les pactes suicidaires survenus au Québec entre 1990 et 1997 représentent moins de 1 % des décès par suicide, ce qui correspond aux taux recensés ailleurs. Les données recueillies au Québec indiquent que les personnes décédées à la suite d'un pacte de suicide sont surtout des hommes âgés entre 15 et 35 ans, et qu'il s'agit majoritairement de jeunes hommes ou de jeunes couples engagés dans une dyade suicidaire.

5.2.1 Cadre théorique

Les informations de cette section ont été principalement tirées de l'article écrit par Séguin, Godin, Payette et Gagnon (2001).

Typologie des pactes de suicide

Un pacte suicidaire est une entente mutuelle entre deux ou plusieurs individus en vue de se suicider, généralement au même endroit et au même moment (O'Hara, 1970). On utilise plusieurs termes pour qualifier les pactes suicidaires : suicide double, suicide dyadique, suicide commun, etc. Ces termes

sont équivalents et sous-entendent que deux personnes sont engagées dans un même dessein. Il est possible d'identifier différentes catégories de pactes suicidaires. Premièrement, le pacte le plus commun est celui où deux individus s'entendent pour mourir au même moment (Brenna, 1989). Il est possible qu'une personne initie l'élaboration du projet suicidaire et que l'autre ou les autres personnes acceptent de s'y joindre. Généralement, il y a une entente entre les individus, mais chacun voit à la planification et à la réalisation de son propre suicide, ce qui pourrait faire en sorte que les suicides ne se produisent pas au même moment. Les partenaires peuvent s'encourager mutuellement, ce qui accentue l'urgence du passage à l'acte. Dans cette optique, il est donc important de vérifier s'il y avait planification d'un pacte suicidaire avec les amis du jeune qui s'est suicidé.

La deuxième catégorie présume qu'un partenaire de la dyade exerce une pression sur l'autre afin que l'unité se suicide au même moment (Brenna, 1989). Le partenaire instigateur exhibe souvent des antécédents de comportements antisociaux tandis qu'on observe chez le partenaire coopérateur des tentatives antérieures de suicide, des carences émotives et des pertes importantes (Ryabik, Schreuberm et Elam, 1995; Santy, 1982). L'individu instigateur utilise son charisme et son pouvoir de séduction pour dominer et imposer le pacte suicidaire au partenaire passif (Fishbain et Aldrich, 1985; Ryabik et coll., 1995). Les deux partenaires présentent fréquemment des troubles de la personnalité (Rosenbaum, 1983). Ils ne vivent que l'un pour l'autre dans un isolement presque complet. Dans ce cas, il s'agit souvent d'un couple d'amoureux, mais il arrive que ce type de relation puisse advenir chez des amis(es).

La troisième catégorie semble beaucoup plus rare et se caractérise par les suicides de petits groupes, de trois ou quatre personnes (Young, Rich et Fowler, 1984). Enfin, une quatrième catégorie est celle des pactes suicidaires chez les sectes.

Quant à eux, Rosenbaum (1983) ainsi que Hemphill et Thorney (1969) mentionnent que les principales caractéristiques associées aux partenaires d'un pacte suicidaire sont l'intensité de leur attachement (Milin et Turgay, 1990), l'intimité de leur relation (Cohen, 1961), la fréquence des tentatives de suicide ou de menaces antérieures chez l'investigateur, un événement précipitant qui menace la dissolution de l'union (Rosen, 1981) et la présence de troubles de santé mentale, dont la dépression est le plus fréquent (Santy, 1982).

Les pactes suicidaires chez les adolescents

Chez les adolescents qui adhèrent à un pacte suicidaire, il est possible d'identifier des caractéristiques communes telles que des liens exclusifs et soutenus avec l'autre partenaire du pacte, l'isolement face au groupe de pairs au profit d'un surinvestissement à l'intérieur de la dyade, la crainte d'être séparés l'un de l'autre, la présence d'un partenaire dominant et de troubles de santé mentale qui peuvent faire en sorte que l'un éprouve le besoin d'avoir un contrôle absolu sur l'autre partenaire de la dyade (O'Hara, 1970). Les études de cas indiquent également que les jeunes qui ont commis des pactes

suicidaires ont passé beaucoup de temps l'un avec l'autre pendant les jours qui ont précédés leurs décès, souvent au-delà de 12 heures par jour (Santy, 1982; O'Hara, 1970).

5.2.2 Pistes d'intervention

Les intervenants doivent être sensibles aux signes de fusion exagérée entre certains jeunes, aux signes de surinvestissement et d'exclusivité absolue dans les relations entre deux (ou trois) jeunes. D'autres signes tels que l'importance du temps qu'ils consacrent à être ensemble, la jalousie et le besoin de contrôle face à l'autre, peuvent devenir des facteurs de risque s'ils sont associés à des difficultés de santé mentale ou aux idéations suicidaires d'un partenaire du pacte.

Les interventions en situation de pacte suicidaire doivent être sous la responsabilité d'un professionnel expérimenté et qualifié. Voici quelques pistes d'intervention en situation de pacte de suicide qui ont été en grande partie tirées du programme de postvention en milieu scolaire du CPS 02 (Gravel, 1999, p. 71) :

- Rencontrer chaque personne concernée séparément.
- Cerner la dynamique du groupe selon la typologie du pacte :
 - Comment s'est élaboré le projet ?
 - Qui en est l'instigateur (le plus suicidaire ou le moins ambivalent) ?
 - Qui en assure le leadership?
 - Qui est davantage un accompagnateur (le moins suicidaire ou le plus ambivalent) ?
- Recadrer ce qui appartient à chacun : éléments déclencheurs, motivations personnelles et collectives.
- Interrompre ou limiter et encadrer jusqu'à la résolution de la crise les contacts entre les personnes concernées, mais prévoir une rencontre avec les personnes de la dyade, où on nommera ce qui appartient à chacun.

Soulignons que lorsque les autres personnes abandonnent le pacte, l'instigateur devient généralement désorganisé dans son projet suicidaire. Il est important de soutenir et d'évaluer l'urgence suicidaire de chacun des membres du pacte rompu.

5.3 Homicide-suicide

En 1999, des 3 698 suicides répertoriés au Canada, 40 étaient des homicides-suicides qui ont fait 52 victimes (Langlois et Morisson, 2002). Les homicides-suicides sont donc des événements peu fréquents qui surviennent approximativement dans 1 % des cas de suicide au Canada. Au Québec, on répertorie une quinzaine d'homicides-suicides par année (Buteau, Lesage et Kiely, 1993).

5.3.1 Cadre théorique

Les informations présentées dans cette section proviennent en grande partie d'un chapitre du livre intitulé « Les deuils traumatiques » écrit par Séguin en 2001.

Typologie de l'homicide-suicide

Selon Marzuk, Tardiff et Hirsch (1992), il est possible d'identifier trois principales catégories d'homicide-suicide. La première fait référence au meurtre suivi d'un suicide dans un couple et englobe entre la moitié et les deux tiers des homicides-suicides. Dans ce cas, le suicide survient habituellement dans un contexte où l'un des partenaires quitte ou menace de laisser l'autre. Le facteur déclencheur réside souvent dans des soupçons d'infidélité sexuelle (qui peut être réelle ou imaginaire) de l'autre conjoint. L'homicide-suicide peut aussi advenir lorsqu'un des partenaires est atteint d'une incapacité physique ou d'une maladie qui engendre souffrance et douleur intense. Selon Rosebaum (1990), les personnes les plus à risque de commettre un tel geste sont de sexe masculin. Ils présentent un état dépressif et sont engagés depuis longtemps dans une relation avec leur conjointe. Cette relation est d'ailleurs caractérisée par la discorde, l'abus physique et de nombreuses séparations et réunions. D'autres facteurs de risque font référence à l'usage abusif d'alcool, un passé de comportements violents, des troubles de personnalité et la présence de jalousie excessive.

Le second type d'homicide-suicide peut être qualifié d'infanticide. Il s'agit souvent de mères dépressives qui présentent des caractéristiques psychotiques qui commettent ce geste. Elles perçoivent leurs enfants comme l'extension de leur propre personne et se perçoivent elles-mêmes comme les seules responsables du bien-être de leurs enfants. Lorsqu'elles décident de se suicider, elles étendent leur geste à leurs enfants afin de les protéger ou de les sauver de ce monde qu'elles perçoivent comme difficile et cruel (Marzuk et coll., 1992). Quant aux pères qui assassinent leurs enfants avant de s'enlever la vie, nous possédons peu d'information à ce sujet. Selon Marzuk et ses collègues (1992), ces hommes commettent cet acte en réaction au rejet de leur femme. Généralement, ils sont séparés de leur conjointe et se sentent humiliés par cette situation, dépressifs et jaloux. L'infanticide peut survenir un week-end où ils ont la garde de leurs enfants et il vise à punir cette femme par l'entremise de ce qu'elle aime le plus, soit ses enfants.

La dernière catégorie d'homicide-suicide, identifiée par Marzuk et ses collaborateurs (1992), est le suicide familial où tous les membres d'une famille périssent. Habituellement, c'est le père qui est à l'origine de cette tuerie. Typiquement, il est dépressif et il a vécu toute une série d'événements stressants (ex. : difficultés professionnelles, financières et maritales). Dans d'autres cas, lorsque la relation conjugale est menacée, le conjoint peut être pris d'une explosion de rage impulsive qui se traduit par l'assassinat de toute la famille avant de s'en prendre à sa propre vie.

De façon générale, selon Rosebaum et Bennett (1986), les personnes à risque d'homicide-suicide sont celles qui souffrent d'un trouble de personnalité, qui ont été victimes d'abus dans l'enfance, qui abusent de drogue ou d'alcool, qui présentent des comportements suicidaires et qui sont dépressives. Selon Santoro, Dawood, et Ayril (1985), par cet acte d'homicide, l'agresseur réalise une action directe de vengeance, par exemple, envers sa femme, et puis par son propre suicide, il joue un double rôle de juge et d'exécuteur en se punissant lui-même.

Conséquences de l'homicide-suicide

L'homicide suivi d'un suicide entraîne dans sa tourmente tous les membres de la famille de toutes les générations : des grands-parents aux petits-enfants. La situation des jeunes endeuillés est particulièrement difficile. Black, Harris-Hendriks et Kaplan (1992) ont fait état de leurs expériences cliniques d'après une centaine de cas d'enfants dont le père a tué leur mère avant de se suicider. Ils révèlent que ces enfants sont souvent témoins du double crime, laissés seuls sur place avec les cadavres, courant pour appeler à l'aide. Ils doivent répondre aux questions des policiers puisqu'ils sont souvent les seuls témoins du drame qui s'est joué. En l'espace d'un moment, ils perdent tout : leurs parents, leur maison, leurs jouets, leurs possessions, leurs amis, leur école, leurs voisins et souvent, ils peuvent être séparés de leurs frères et sœurs en plus d'être amenés chez différents membres de la parenté. Le traumatisme vécu par ces enfants peut engendrer un profond silence, car ils ont honte de parler de l'horreur dont ils ont été témoins. Ils peuvent croire qu'il est défendu, voire dangereux, de mentionner cet événement. Souvent, ils sont déchirés, ne sachant pas quel sens donner à cet événement. Ils sont aux prises avec des sentiments antagonistes, alimentés par les membres de la parenté qui s'occupent d'eux. On peut facilement imaginer les sentiments qu'une mère peut ressentir envers son gendre qui a tué sa propre fille avant de se suicider. Imaginons que cette grand-maman a la garde de son petit-fils : Comment ce dernier pourra-t-il exprimer toutes les dimensions de son agressivité ? Quels souvenirs gardera-t-il de son père ? De quelle manière rétablira-t-il de nouveaux liens d'attachement stables, basés sur la confiance ? Se percevra-t-il lui-même comme un tueur potentiel ?

Les réactions émotionnelles des jeunes sont caractérisées par une image idéalisée de la personne tuée, par des sentiments intenses de culpabilité, par un évitement actif des endroits rappelant le drame, par une imagerie récurrente de la scène meurtrière et ce, même si l'endeuillé ne fut pas témoin du meurtre. Soulignons que ces réactions sont généralement des manifestations de l'état de stress post-traumatique.

D'après l'expérience de Black (1978), plus de la moitié des jeunes endeuillés par homicide-suicide qui ont été vus en consultation avaient des problèmes d'adaptation et de santé mentale. Dans ce cas, les pertes multiples et violentes sont particulièrement difficiles à surmonter et le deuil prend des dimensions complexes. La stigmatisation sociale s'ajoute aux difficultés du deuil et vient influencer les réactions des endeuillés.

Afin d'éviter le jugement social, certains endeuillés ont besoin de mettre une distance émotionnelle importante entre eux et cet événement, afin de pouvoir survivre. Certains évacueront volontairement de leur mémoire tous les éléments associés à cette période traumatique et douloureuse. D'autres vivront un deuil clandestin, parce que leur souffrance ne suscitera aucune sympathie sociale, ou encore, le geste du proche n'évoquera chez l'entourage que de la réprobation. C'est le cas des familles endeuillées dont un proche s'est suicidé après avoir enlevé la vie d'une ou de plusieurs autres personnes. Souvent, les endeuillés conserveront le secret, dans le but de protéger du jugement social la personne qu'ils ont aimée et connue autrement que par l'appellation « meurtrier ». Ainsi, le deuil de la famille de la personne suicidée, est souvent camouflé, vécu secrètement dans l'indifférence sociale, alors que l'on s'occupe, aussi à juste titre, de la famille des victimes « réelles ». En effet, les membres de la famille de l'individu qui s'est suicidé ne sont pas perçus comme des victimes. Les victimes désignées sont les membres de la famille de la personne qui a été tuée, alors que l'on oublie souvent que les membres de la famille de l'agresseur sont aussi en deuil. En fait, dans une situation aussi tragique, tous ceux qui restent sont des victimes et la résolution du deuil peut s'avérer complexe. Il est donc essentiel de mettre en place des moyens pour leur venir en aide et favoriser une adaptation à cette perte.

5.3.2 Pistes d'intervention

Comme dans tout contexte de postvention, l'évaluation de la situation est à nouveau primordiale à la suite d'un homicide-suicide avant de mettre en place des stratégies d'intervention. L'analyse de la situation englobera non seulement les sphères d'information normalement investiguées à la suite d'un suicide (voir la section 2.4.1), mais elle se rapportera aussi aux caractéristiques propres à l'homicide-suicide qui affecte le milieu scolaire : Est-ce qu'un jeune de l'école fait partie des victimes de l'homicide-suicide ou est-ce plutôt les autres membres de sa famille qui ont été décimés ? Est-ce que plusieurs élèves de l'école sont directement ou indirectement touchés par cet événement ? Les intervenants devront également s'interroger sur les répercussions de cet événement : Quelle est la réaction des autres élèves, des parents, des professeurs et autres membres du personnel scolaire ?

À la suite de cette analyse de la situation, voici quelques grandes lignes, inspirées des études de Blom, Etkind et Carr (1991) et de Munsch (1994), qui pourraient orienter les interventions entreprises à la suite d'un homicide-suicide :

- Les professeurs devront se montrer réceptifs et compréhensifs face aux réactions des jeunes et à leurs interrogations. Selon les rumeurs, il faudra clarifier les informations qui circulent et les remettre dans leur contexte (recadrage d'information);

- Les professionnels (ex. : psychologue, travailleur social, psychoéducateurs) devront être disponibles pour rencontrer les jeunes directement ou indirectement concernés par cet événement. Les émotions vécues par les jeunes endeuillés à la suite d'un homicide-suicide sont souvent ambivalentes et contradictoires surtout face à la personne qui a commis l'homicide. Il est important de les aider à nommer cette ambivalence et à la normaliser;
- Il faut reconnaître les besoins des élèves. Certains jeunes éprouveront le besoin d'exprimer leurs sentiments; une ventilation en petit groupe sera alors appropriée. Pour d'autres, une intervention précoce de deuil sera plutôt à privilégier, surtout s'ils étaient proches de la famille décimée et encore plus si un de leur camarade est décédé dans cette tragédie. Selon le contexte, une intervention de crise peut aussi être pertinente si le milieu ou certains jeunes étaient auparavant vulnérables et lorsque l'événement se traduit comme le déclencheur d'une crise. Certains jeunes dont les parents vivent une rupture ou qui sont dans un climat de discorde pourraient avoir peur que ce geste se reproduise dans leur milieu. Ils devront être rassurés à cet effet;
- Pour le jeune dont la famille a été directement affectée par l'homicide-suicide, le débriefing et/ou une intervention de stress post-traumatique peuvent être judicieux si le jeune a été témoin de l'événement. Ensuite, un accompagnement devrait lui être offert tout au long de son deuil afin d'éviter le développement d'un deuil complexe ou pathologique;
- Offrir des services de soutien aux autres membres de la famille par le biais des ressources du système de la santé;
- Il faut s'assurer d'être « équitable » dans les actions posées. Par exemple, si la direction de l'école assure une présence aux funérailles de la personne qui a été tuée, elle doit faire de même pour celle qui s'est suicidée. Il faut éviter de stigmatiser les endeuillés et ainsi consolider leur isolement;
- Il importe de soutenir tous les proches endeuillés tout au long de leur travail de deuil, qui se révélera sans doute ardu pour plusieurs d'entre eux de par la nature même des décès.

Enfin, dans un contexte d'homicide-suicide, les intervenants du milieu scolaire devraient pouvoir compter sur l'appui des services d'urgence possédant des connaissances plus spécifiques sur cette problématique (ex. : CPS).

Lexique des interventions

Lexique des interventions

Les définitions présentées ci-dessous sont adaptées d'un document de recherche élaboré par Séguin, Boyer, Benoît, Bouchard et Girard (1999). Elles font référence aux interventions citées dans le document et sont présentées par ordre alphabétique.

Annnonce de la nouvelle

L'*annonce de la nouvelle* du suicide est la première activité de postvention qui s'adresse à certaines personnes ou groupes de l'école. Cette intervention a comme objectif d'éviter la circulation de rumeurs entourant le suicide qui pourrait provoquer ou augmenter le niveau de stress. Cette intervention peut être sous la responsabilité des enseignants qui peuvent être accompagnés, au besoin, du soutien d'un membre du comité de postvention de l'école. Lors de cette annonce, le nom de l'élève, son niveau, la date du suicide, le lieu et le moyen par lequel il s'est enlevé la vie peuvent être abordés, mais sans entrer dans les détails.

Counseling de deuil

Le *counseling de deuil* est une activité de soutien psychologique dirigée par un thérapeute ou un intervenant spécialisé. Elle se tient en groupe ou de façon individuelle et habituellement sur une longue période de temps. Le soutien peut être offert de façon temporaire, intermittente ou continue, aux proches de la personne décédée. Le counseling de deuil vise à soutenir l'endeuillé afin qu'il exprime ses émotions telle la tristesse ainsi que tout autre sentiment lié au vide laissé par la personne disparue. Cette activité de soutien vise également à briser l'isolement social, favoriser le développement de nouvelles stratégies d'adaptation et contribuer à l'internalisation de certains liens d'attachement unissant l'endeuillé à la personne qui n'y est plus. Pour ce faire, le thérapeute aidera l'endeuillé à verbaliser son vécu actuel, à mettre des mots sur ce qu'est devenue sa vie sans la présence de la personne décédée.

Débriefing

Le *débriefing* est un terme d'origine anglophone; le « debriefing » ou « Critical Incident Stress Debriefing » est une activité de soutien qui a comme objectif de réduire le stress aigu et les séquelles psychologiques auprès des personnes ayant vécu un événement traumatisant tels un désastre naturel, un suicide, une prise d'otages, un viol, etc. Selon le modèle de Mitchell, le débriefing est administré en six étapes (l'introduction, la phase des faits, la phase de la pensée, la phase de réaction, la phase d'enseignement et la phase de retour). Il diffère d'une activité de ventilation et d'expression des émotions, puisque d'après une séquence de réalisation bien précise, il permet de développer des stratégies d'adaptation aidant à la compréhension et à la normalisation du stress (en vue de le diminuer). Le débriefing a lieu en groupe; il est dirigé par au moins deux intervenants, a une durée de deux à trois

heures et se déroule 24 à 72 heures à la suite de l'exposition à l'incident.

Intervention de crise

L'*intervention de crise* s'adresse aux personnes en crise qui n'arrivent plus, avec leurs stratégies habituelles, à retrouver une certaine accalmie ou du moins un état similaire à celui précédent la crise. L'intervention de crise peut être comparée à une psychothérapie qui permet aux individus en état de choc de stabiliser leur état physique et psychologique, par l'enseignement de nouveaux mécanismes d'adaptation et de résolution de problèmes. L'intervention de crise dure habituellement entre une et deux heures par séance. Les rencontres se font une ou deux fois par semaine pour un maximum de six à huit séances. L'intervenant y joue un rôle actif, supportant et directif afin d'aider le client à explorer l'événement ayant précipité la crise, les moyens d'adaptation déjà employés, le soutien situationnel et les obstacles rencontrés.

Intervention de crise suicidaire

L'*intervention de crise suicidaire* s'adresse aux personnes en crise suicidaire. Tout comme en situation de crise, les personnes n'arrivent plus, avec leurs stratégies habituelles, à retrouver une certaine accalmie ou du moins un état similaire à celui précédent la crise. La personne en vient à voir le suicide comme étant la seule façon de mettre un terme à la souffrance. L'intervention de crise suicidaire comporte les mêmes objectifs que l'intervention de crise, en plus d'éviter un passage à l'acte et d'assurer la sécurité de la personne. La durée de la première rencontre d'intervention de crise suicidaire varie en durée selon l'intensité de la crise, du niveau de désorganisation de la personne et du potentiel de dangerosité. La fréquence des rencontres sera également déterminée par les mêmes paramètres. L'intervenant y joue un rôle actif, supportant et directif afin d'aider le client à explorer l'événement ayant précipité la crise et les moyens de résolutions à mettre en place.

Intervention précoce de deuil

L'*intervention précoce de deuil* a pour but d'amorcer le processus de deuil et d'aborder la relation entre le suicidé et l'endeuillé. Cette intervention s'adresse aux personnes qui ont été proches de la personne suicidée et elle permet de recueillir les éléments qu'il faudra travailler durant le deuil, d'identifier ce qui découle de la culpabilité, d'aborder la relation avec la personne décédée, les événements de la semaine, du dernier mois, de la dernière année, etc. Il s'agit d'aider l'endeuillé à verbaliser ses réactions affectives et émotionnelles actuelles et à favoriser la mise en mots associée à la peine et à la souffrance. Les services de counseling en intervention précoce de deuil peuvent être administrés en groupes restreints ou de façon individuelle. Cette intervention, se déroulant lors d'une séance de trois heures approximativement, s'adressera particulièrement aux individus ayant été proches de la personne décédée et sera dirigée par deux intervenants spécialisés lors de séances en groupe. L'intervention précoce de deuil devrait avoir lieu rapidement après le suicide.

Thérapie de deuil

La *thérapie de deuil* a comme objectif de favoriser la résolution positive du travail de deuil et d'éviter le développement de psychopathologie. Elle s'adresse aux individus qui ont développé un deuil compliqué. Elle est dirigée par un psychologue ou un thérapeute et elle se tient en séance de thérapie individuelle. Le travail psychothérapeutique est surtout axé sur les distorsions au niveau des réactions du deuil, la stagnation dans une phase de dénégation, la dégradation des relations sociales, l'incapacité d'investir dans d'autres relations, le développement de dépression majeure, le fonctionnement discontinu dans la vie courante, l'allongement excessif du travail de deuil, les conduites autodestructrices, etc.

Recadrage de l'information

Selon les rumeurs et les fausses croyances en circulation dans l'école, il importe d'effectuer un *recadrage de l'information*. Cette intervention a comme objectif de clarifier les rumeurs en circulation à l'égard du suicide et ainsi éviter la banalisation, la dramatisation ou le sensationnalisme entourant l'événement. Lors de cette intervention, il faut insister sur la grande vulnérabilité de la personne suicidée et sur la complexité de l'interaction entre les aspects bio-psycho-sociaux de la dynamique du suicide. Les mythes et les réalités reliés au suicide peuvent aussi être discutés avec les personnes et groupes ciblés.

Repérage des jeunes à risque

Le *repérage des jeunes à risque* est l'activité de postvention préalable à l'intervention de crise. Il s'agit de bien identifier quels sont les élèves qui vivent un état de crise. Afin de repérer ces jeunes, il faut être attentif à tous les élèves et non seulement aux élèves qui ont été identifiés préalablement comme vulnérables et ce, pour toute la durée des activités de postvention (et même au-delà). Dans cette tâche, les intervenants demanderont la collaboration des enseignants qui ont un contact régulier avec les jeunes et sont mieux à même de constater les changements de comportements et d'humeurs des jeunes. Le repérage des jeunes à risque peut aussi être facilité par l'entremise de l'ensemble du personnel scolaire, de certains jeunes de l'école, dont les pairs aidants, des parents du jeune qui s'est suicidé et des autres parents, d'intervenants de la Maison des jeunes que fréquentent des adolescents du milieu scolaire, des personnes responsables d'autres réseaux de loisirs, etc.

Ventilation

La *ventilation* se traduit généralement par une séance de groupe permettant l'expression des émotions face à un événement ou une situation troublante. C'est généralement ce type d'intervention que les enseignants utilisent suite à l'annonce de la nouvelle lorsqu'ils laissent les élèves s'exprimer librement, par voie de discussions ouvertes, sur le suicide d'un pair et qu'ils les encouragent à partager leur peine. Elle vise principalement à atténuer les réactions de stress présentes ou à venir à la suite de l'annonce du suicide. La ventilation peut aussi être utilisée comme un outil thérapeutique complémentaire dans le cadre des autres activités de postvention.

Liste des références

- Aguilera, D. (1995). *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*. Paris : InterÉditions.
- Allard, J., Bournival, R., Cotnoir, M.-J., Larocque, D., Longpré, G., Ramsay, R. et Beaugard, C. (1996). *Protocole de postvention suite à un suicide*. CPS Haute-Yamaska.
- American Psychiatry Association. (1996). *DMS-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e éd.* Paris : Masson.
- Angerstein, G., Linfield-Spindler, S. et Payne, L. (1991). Evaluation of an urban school adolescent suicide program. *School Psychology International*, 12(1-2), 25-48.
- Ashton, J. R. et Donnann, S. (1981). Suicide by burning as an epidemic phenomenon : An analysis of 82 deaths and inquests in England and Wales in 1978-9. *Psychological Medicine*, 11(4), 735-739.
- Association des centres jeunesse du Québec (2000). *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec, Collège des médecins du Québec, Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme accrédité de formation. Intervenir en situation de crise suicidaire*. Montréal.
- Balk, D. E. (1991). Death and adolescent bereavement : Current research and future directions. *Journal of Adolescent Research*, 6(1), 7-27.
- Balk, D. E. et Corr, C. A. (1996). Adolescents, developmental task, and encounters with death and bereavement. In C. A. Corr and D. E. Balk (Eds.). *Handbook of adolescent death and bereavement*. (pp. 3-24). New York : Spinger Publishing Company.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420-436.
- Bibby, R. W. et Posterski, D. (1986). *La nouvelle génération. Les opinions des jeunes du Canada sur leurs valeurs*. Montréal : Fides.
- Bigner, J. J. (1994). *Individual and family development : A life-span interdisciplinary approach*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bisson, J. I. et Deahl, M. P. (1994). Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress : More research is needed. *British Journal of Psychiatry*, 165(6), 717-720.
- Black, D. (1978). The bereaved child. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 19, 287-292.
- Black, D., Harris-Hendriks, J. et Kaplan, T. (1992) Father kills mother : post-traumatic stress disorder in the children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 152-157.
- Blom, G. E., Etkind, S.L. et Carr, W.J. (1991). Psychological interventions after child and adolescent disasters in the community. *Child Psychiatry and Human Development*, 21(4), 257-266.
- Bouchard, M., Séguin, M. Bégin H. et Roy, F. (2004). *Activités de postvention en milieu scolaire : pratiques actuelles et réflexion pour l'avenir*. Revue de psychoéducation et d'orientation. 33 (2).
- Bowlby, J. (1961). *Attachment and loss*. vol. 1. New York : Basic Book.
- Brenna, W. (1989). Folie à deux and suicide pacts : Psychoses of association. *The Psychiatric Forum*, 39, 85-93.
- Brent, D. A., Perper, J., Moritz, G., Allman, C., Schweers, J., Roth, C., Balach, L. et Harrington, K. (1992). Psychiatry effects of exposure to suicide among the friends and acquaintances of adolescent suicide victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 629-639.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Schweers, J., Roth, C., Balach, L., Canobbio, R. et Liotus, L. (1993a). Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 509-517.
- Brent, D. A., Perper, J., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Roth, C., Balach, L. et Allman, C. (1993b). Psychiatry impact of the loss of an adolescent sibling to suicide. *Journal of Affective Disorders*, 28, 249-256.
- Brent, D. A., Perper, J., Moritz, G., Allman, C., Liotus, L., Schweers, J., Roth, C., Balach, L. et Canobbio, R. (1993c). Bereavement or depression ? The impact of the loss of a friend to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1189-1197.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J. et Canobbio, R. (1994). Major depression or uncomplicated bereavement ? A follow-up of youth exposed to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 231-239.
- Bureau de surveillance épidémiologique. (2003). *Nombre et taux de suicide au Québec selon l'âge et le sexe 1999*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Buteau, J., Lesage, A. D. et Kiely, M. C. (1993). Homicide followed by suicide : a Quebec case series, 1988-1990. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 552-556.
- Callahan, J. (1996). Negative effects of a school suicide postvention program – A case example. *Crisis*, 17(3), 108-115.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental Health*. New York : Grune and Stratton.
- Carpentier, M. et Guèvremont, C. (1996-1997). *Postvention. Guide d'intervention en situation de suicide*. Autray : École secondaire Pierre-de-Lestage.
- Centre de prévention du suicide Haute-Yamaska (2001). *Manuel de formation à la prévention du suicide en Montérégie : Apprendre pour la vie* (2e édition). Cahier du formateur. CPSH-Y.
- Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska et Régie régionale de santé et des services sociaux de la montérégie (2001). *Analyse de la demande de postvention*.
- Chalifour, J. (2000). *L'intervention thérapeutique. Volume 2. Stratégies d'intervention*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Clark, S. E. et Goldney, R. D. (1995). Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. *Crisis*, 16(1), 27-33.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence*. Chicoutimi : Gaëtan Morin.
- Cohen, M. A. (1961). A study of suicide pact. *Medico Legal Journal*, 29, 144-151.
- Commission de la Santé mentale du Nouveau-Brunswick. (2000.) *Programme de postvention*.
- Davidson, L. et Gould, M. S. (1991). Contagion as a risk factor for youth suicide. Dans L. Davidson et M. Linnoila. (Eds.) *Risk Factors for Youth Suicide*. United States : Hemisphere Publishing Corporation.
- Deahl, M. P., Gillham, A. B., Thomas, J. et Searle, M. M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf War : Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 165(1), 60-65.
- Direction générale de la santé publique (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*. Ministère de la Santé et des Service sociaux.
- Dyregrov, A. (1997). The process in psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 589-605.
- Erikson, E. H. (Traduction de Nass et Louis-Combet) (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. et Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33(1), 61-73.
- Fishbain, D. A. et Aldrich, T. E. (1985). Suicide Pacts : International Comparisons. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 11-15.
- Fleming, S. J. et Adolph, R. (1986). Helping bereaved adolescents : Needs and responses. In C.A. Corr and J.N. McNeil (Eds.). *Adolescence and death* (pp. 97-118). New York : Springer Publishing Company.
- Gallagher, R. (1996) *Accroche-toi! Prévention du suicide chez les jeunes. Guide destiné aux membres de l'équipe d'intervention-suicide*. Direction de la santé publique Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine.
- Gould, M. S., Wallebstein, S. et Kleinman, M. (1990). Time-space clustering of teenage suicide. *American Journal of Epidemiology*, 131(1), 71-78.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M. et Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions : A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.

- Gratton, F. et Bouchard, L. (2001). Comment des adolescents vivent le suicide d'un jeune ami : une étude exploratoire. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 203-226.
- Gravel, C. (1999). *Programme de postvention en milieu scolaire. Intervenir à la suite d'un suicide*. Chicoutimi : Centre de prévention du suicide (CPS 02).
- Hanus, M. (1994). *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte, chez l'enfant*. Paris : Maloine.
- Hazell, P. et Lewin, T. (1993). An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 101-109.
- Hemphill, R. E. et Thorney, F., (1969). Suicide Pacts. *South African Medical Journal*, 43, 1335-1338.
- Hopmeyer, E. et Werk, A. (1994). A comparative study of family bereavement groups. *Death Studies*, 18, 243-256.
- Horowitz, J. (1986). *Stress response syndroms* (2e éd.). Northvale (N.J.) : Jason Aronson.
- Houston, K., Hawton, K. et Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24 : A psychological autopsy study. *Journal of affective disorders*, 63, 159-170.
- Hultén, A., Jiang, G. X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., DeLeo, D., Ostamo, A., Salander-Renberg, E. et Schmidtke, A. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe : frequency, timing and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 161-169.
- Institut de la Statistique du Québec (2000). *Enquête sociale et de santé 1998. Collection la santé et le bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Jacobs, D. G., Brewer, M. et Klein-Benham, M. (1999). Suicide assessment : An overview and recommended protocol. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to assessment and intervention* (pp. 3-39). San Francisco : Jossey-Bass.
- Johnson, S. W. et Maile, L. J. (1987). *Suicide and the schools : A handbook for prevention, intervention, and rehabilitation*. Springfield : Charles C Thomas.
- Kandt, V. E. (1994). Adolescent bereavement : turning a fragile time into acceptance and peace. *The School Counselor*, 41, 203-211.
- Kirk, W. G. (1993). *Adolescent suicide : A school-based approach to assessment and intervention*. Champaign : Research Press.
- Kouri, R. (1990). *Support à l'intervention. Survivre au suicide d'un membre de sa famille*. Québec : Université Laval.
- Lamartine, C. (1985). *Suicide prevention in educational settings*. In after suicide death. Dayton : Suicide Prevention Center.
- Lamers, W. (1965). *Death, grief, mourning, the funeral and the child*. Presentation given at the 84th annual convention of the National Funeral Director Association Chicago.
- Langlois, S. et Morisson, P. (2002). *Rapports sur la santé*, 13 (2), Statistique Canada.
- Leenaars, A. A. et Wenckstern, S. (1990). *Posttraumatic stress disorder : a conceptual model in postvention*. Suicide Prevention in Schools. New York : Hemisphere Publishing corporation.
- Leenaars, A. A. et Wenckstern, S. (1998). Principles of postvention : Applications to suicide and trauma in schools, *Death Studies*, 22(4),357-391.
- Leenaars, A. A. et Wenckstern, S. (1999). Suicide prevention in schools : The art, the issues, and the pitfalls. *Crisis*, 20(3), 132-142.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Marzuk, P. M., Tardiff, K. et Hirsch, C. S. (1992). The epidemiology of murder-suicide. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3179-3183.
- Mauk, G. W. et Weber, C. (1991). Peer survivors of adolescent suicide : Perspectives on grieving and postvention. *Journal of Adolescent Research*, 6(1), 113-131.
- Mercier, G. et Saint-Laurent, D. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*. Gouvernement du Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Millin, R. et Turgay, A., (1990). Adolescent Couple Suicide : Literature Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 183-185.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... The critical incident debriefing process. *Journal of Emergency Medical services*, 8, 36-39.
- Morrisette, P. (1984). *Le suicide : démythification, intervention, prévention*. Québec : Bibliothèque nationale.
- Munsch, M. (1994). School-based intervention following violent death in a classmate's family. In N. B. Webb (Ed.), *Helping bereaved children : A handbook for practitioners*. (pp. 267-285). New York : The Guilford Press.
- O'Connor, I. (1992). Bereaved by suicide : setting up an "ideal" therapy group in a real world. *Groupwork*, 5, 74-86.
- O'Hara, K. (1970). Love-pact Suicide. *Omega*, 1, 159-166.
- Peters, L. J. (1985). *Suicide : Theory, identification, and counseling strategies*. Ann Arbor, MI : ERIC Counseling and Personnel Services Clearinghouse.
- Pojula, S. P., Wahlberg, K.-E. et Dyregrov, A. (2001). Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3(3), 163-168.
- Pronovost, S. (1990). Observation en milieu scolaire d'indices comportementaux avant-coureurs du suicide chez les adolescents. *Psychologie médicale*, 22(5), 385-388.
- Pruett, H. L. (1990). Crisis intervention and prevention with suicide. *New Direction for Student Services*, 45-55.
- Robbins, D. et Conroy, R. C. (1983). A cluster of adolescent suicide attempts : Is suicide contagious ? *Journal of Adolescent Health Care*, 3(4), 253-255.
- Rose, S., Bisson, J. et Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library*, 3. Oxford : Update Software.
- Rosen, B. K., (1981). Suicide pacts : A review. *Psychological Medicine*, 11(3), 525-533.
- Rosenbaum, M. (1983). Crime and punishment : The suicide pact. *Archive of General Psychiatry*, 139, 62-67.
- Rosenbaum, M. et Bennett, B. (1986). Homicide and depression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 367-370.
- Rosenbaum, M. (1990). The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1036-1039.
- Roy, F., Parrot, R., Proulx, N., Chagnon, J. et Tremblay, E. (1999) *Un sentier d'espoir, Guide d'accompagnement en prévention du suicide*. Assemblée des évêques du Québec et Association québécoise de suicidologie.
- Rudestam, K. E. (1992). Research contributions to understanding the suicide survivor. *Crisis*, 13(1), 41-46.
- Ryabik, B., Schreuberm M. et Elam, S. (1995). Letter to the editor : Triple suicide pact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1121.
- Sacks, M. et Eth, S. (1981). Pathological identification as a cause of suicide on an inpatient unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 36-40.
- Santé Canada. (1994). *Le suicide au Canada mise à jour du rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada réalisée sous l'égide de la Division de la santé mentale, Direction générale des programmes et des services de santé*. Ottawa : Santé Canada.
- Santé Québec. (2000). *L'enquête sociale et de santé 1998 : un portrait des problèmes de santé déclarés par les québécois*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Santorio, J. P., Dawood, A. W. et Ayril, G. (1985). The murder-suicide. A study of the postaggression suicide. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 6, 222-225.
- Santy, P. (1982). Observation on double suicide : review of the literature and two case reports. *American Journal of Psychotherapy*, 36(1), 23-31.
- Séguin, M., Kiely, M. C. et Lesage, A. (1994). *L'après-suicide, une expérience unique de deuil ?* Santé Mentale au Québec, 19(2), 63-82.
- Séguin, M. et Huon, P. (1999). *Le suicide : Comment prévenir, comment intervenir*. Montréal : Éditions Logiques.

- Séguin, M. et Fréchette, L. (1999). *Le deuil : une souffrance à comprendre pour mieux intervenir*. Montréal : Éditions Logiques.
- Séguin, M. et Brunet, A. (1999). Les pertes et le deuil : réactions typiques et atypiques. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (Éds.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative* (pp. 578-593) Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Séguin, M., Boyer, R., Benoît, S., Bouchard, M. et Girard, M.-E. (1999). *Programmes de postvention : le point sur les modèles de postvention*. Montréal : Fédération québécoise des maladies mentales.
- Séguin, M., Godin, G., Payette, T. et Gagnon, A. (2001). *Les pactes suicidaires : sont-ils plus fréquents qu'on le pense ?* Revue Canadienne de Psychoéducation, 30(1), 27-39.
- Séguin, M. et Terra, J.-L. (2001). *Manuel du formateur*. Direction générale de santé de France.
- Séguin, M. (2001). Les deuils traumatiques. Dans M. Séguin et L. Fréchette (Éds.). *Le deuil : une souffrance à comprendre pour mieux intervenir* (pp. 121-144). Montréal : Éditions Logiques.
- Shaffer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide : An examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49(9), 36-41.
- Shneidman, E.-S. (1973). *Deaths of man*. Baltimore: Penguin Books Inc.
- Shneidman, E.-S. (1986). Ten commonalities of suicide and their implications for response. 13th World Congress of the International Association for Suicide Prevention and Crisis Intervention, Vienne, Autriche. *Crisis*, 7(2),88-93.
- Shneidman, E.- S. (1992). What do suicides have in common ? Summary of the psychological approach. In B. Bruce (Ed.) *Suicide : Guidelines for assessment management, and treatment* (pp. 3-15). New York : Oxford University Press.
- Silverman, E., Range, L.M. et Overholser, J.C. (1995). Bereavement from suicide as compared to other forms of bereavement. *Omega*, 30(1), 41-51.
- Spitzer, W. J. et Burke, L. (1993). A critical-incident stress debriefing program for hospital-based health care personnel. *Health and Social Work*, 18(2), 149-156.
- Statistique Canada. (2001). *Rapports sur la santé*, 3(2). Ottawa : Division de la statistique de la santé.
- Tessier, R. (1990). Un instrument de mesure de deuil. *Frontières*, hiver, 42-44.
- Tierney, R., Ramsay, R., Tanney, B. et Lang, W. (1990). Comprehensive school suicide prevention programs. *Death Studies*, 14, 347-370.
- Valente, S. M. et Saunders, J. M. (1993). Adolescent grief after suicide, *Crisis*, 14(1), 16-22.
- Van Dogen, C. (1993). Social context of postsuicide bereavement. *Death Studies*, 17(2), 125-141.
- Westefeld, J.S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L. et Alcorn, J. (2000). Suicide : An overview. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 445-510.
- Wordon, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy*. New York : Springer.
- Young, D., Rich, C. L. et Fowler, R. C. (1984). Double suicides : Four modal cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 470-472.

