

# Postvention

## 1.1- Définition et origine

La postvention réfère aux mesures à prendre à la suite d'un suicide (**Groupe d'étude sur le suicide au Canada, 1994**).

La postvention a tout d'abord été conçue pour l'entourage immédiat des personnes décédées par suicide. Avec les années, son domaine d'intervention s'est toutefois élargi à divers groupes tels que les milieux scolaires et de travail, les collectivités récemment touchés par un ou plusieurs suicides. Actuellement, les activités de postvention se divisent en deux grands domaines: les interventions de deuil auprès des personnes endeuillées à la suite d'un suicide (généralement appelées *survivors* en anglais), c'est-à-dire celles qui ont un lien d'attachement avec le décédé et l'intervention de stress, de crise et ou de deuil dans le milieu auprès des individus qui ont été touchés ou exposés au suicide d'un membre de l'entourage.

Un milieu qui a vécu le suicide d'un membre de l'entourage n'est pas nécessairement un milieu endeuillé, c'est pourquoi il est important de mettre en place des interventions adaptées aux réactions et aux besoins des différents groupes cibles.

## 1.2- Activités et objectifs

La postvention réfère aux activités qui visent le traitement et le rétablissement des personnes touchées par le suicide d'un proche ou d'un membre de l'entourage plus ou moins immédiat (**Tierney et al., 1990**). Elle englobe les mesures à prendre afin de soutenir, d'informer au sujet des ressources existantes, de référer et/ou de développer un réseau d'entraide pour prévenir les effets négatifs potentiels à court et long terme du suicide. Les objectifs poursuivis sont multiples et visent, entre autres, à diminuer le niveau de stress et l'impact de la crise, à favoriser le processus de deuil, et ce, afin d'éviter la contagion et ainsi prévenir d'éventuels suicides.

## 1.3- Type de réactions à la suite d'un suicide

Selon les travaux de **Séguin et al. (2004)**, trois types de réactions peuvent survenir à la suite d'un suicide: les réactions de stress, de crise et de deuil. Celles-ci peuvent différer grandement d'une personne à une autre, en fonction du type de relation qu'elle entretenait avec l'individu décédé par suicide, ainsi que de son degré de vulnérabilité.

### » 1.3.1- Stress

*Réactions de stress*: des réactions normales de stress temporaire sont à observer (stupeur, choc, colère, tristesse, etc.), et sont tout à fait adaptées, compte tenu de la situation. Toutefois, certaines personnes peuvent développer des réactions de stress aigues, par exemple, celles qui ont été témoins du suicide ou qui ont trouvé le corps. Lorsque les symptômes perdurent au-delà d'un mois, il peut alors s'agir de trouble de stress post-traumatique.

## » 1.3.2- Crise

*Réactions de crise:* ces réactions s'observent généralement chez les personnes déjà vulnérables dont les stratégies d'adaptation ne sont pas appropriées pour faire face à la situation actuelle et donc pour retrouver leur équilibre. L'augmentation de leur état de vulnérabilité peut donc amener un état de crise, et même de crise suicidaire.

## » 1.3.3- Deuil

*Réactions de deuil:* chez ceux qui avaient un lien d'attachement avec la personne décédée (parents, enfants, fratrie, conjoints, amis, etc.), des réactions normales de deuil (choc, déni, colère, impuissance, tristesse, recherche de sens, etc.) sont à observer. Toutefois, lorsque ces réactions perdurent ou lorsque que la personne était déjà dans un état de vulnérabilité, il peut y avoir risque de deuil compliqué et même risque suicidaire accru.

*Le deuil par suicide est-il différent d'un deuil par autre cause de décès?*

### Les similarités

En général, le deuil consiste en une période de sevrage de la relation qui nous unissait avec la personne décédée; il s'agit d'une réaction normale à l'expérience traumatisante qu'est la perte d'un être cher (Hanus, 2004). Pour mieux comprendre comment les gens réagissent et vivent cette période difficile, on réfère souvent aux travaux de Bowlby dont s'inspire le modèle suivant qui décrit les étapes du processus de deuil (Gratton, 1999):

| Étapes                    | Description   |
|---------------------------|---|
| <i>L'engourdissement</i>  | Juste après le décès, l'endeuillé est en phase de déséquilibre, de choc. Il vit un engourdissement émotif.  |
| <i>La protestation</i>    | Il y a reconnaissance cognitive de la perte, la personne proteste contre l'événement, pleure.   |
| <i>La désorganisation</i> | L'endeuillé réalise le caractère permanent de la perte, vit de la colère, de la rage, de l'anxiété, de l'impuissance et, parfois, de la dépression. La personnalité de l'endeuillé se désorganise, il doit se redéfinir et redéfinir sa vie sans la personne décédée. |
| <i>La réorganisation</i>  | L'endeuillé accepte peu à peu la perte, se réajuste à l'environnement, retrouve de l'intérêt pour reformer de nouvelles relations, son image de soi se modifie pour permettre de nouveaux attachements.   |

Toutefois, il faut demeurer prudent avec de telles catégorisations puisque (Gratton, 1999):

Elles ne sont jamais aussi circonscrites dans la réalité.  
Les étapes ne sont certainement pas vécues de la même manière par toutes les personnes endeuillées.

### Les différences

*Étant donné le caractère particulier de la perte d'un proche par suicide, n'est-il pas légitime de penser qu'un tel deuil soit différent de celui de la perte d'un être cher des suites d'un autre type de décès ?*

Pour certains auteurs, la spécificité du deuil par suicide est remise en cause puisqu'il y aurait plus de similarités que de différences avec d'autres deuils (accidents, maladie). Ce que ces deux formes de deuil auraient en commun se rapporte à:

*Des difficultés psychologiques, des troubles mentaux ou deuil compliqué*

Les problèmes potentiellement déclenchés ou aggravés par le décès d'un proche tels que des difficultés psychologiques, des troubles mentaux ou un deuil compliqué ne seraient pas plus marqués chez les personnes endeuillées par suicide (Clark, 2001).

*La personne endeuillée*

On trouverait plus de différences entre les endeuillés en fonction du lien avec la personne décédée (ex. parent, enfant, ami) qu'en fonction de la cause du décès (Clark, 2001). De plus, les difficultés connues par les endeuillés proviendraient autant de leurs caractéristiques personnelles que du type de deuil vécu (Séguin, 2000). Les personnes déjà fragiles avant le deuil seraient plus à risque (ex.: présence de pertes précoces, difficultés d'attachement, histoire de psychopathologie personnelle ou familiale, histoire d'abus ou de violence, accumulation d'adversités).

## MAIS

La différence entre un deuil par suicide et un deuil par autre cause se ferait par les facteurs uniques liés au suicide. Par exemple, le fait que le décès soit soudain, inattendu et souvent violent provoque des réactions affectives plus importantes, engendre de la culpabilité chez les survivants et peut même déclencher l'expression de sentiments destructeurs, notamment de blâme et de colère. De plus, le décès arrive parfois dans un système déjà stressé par des problèmes où le soutien social est défaillant, ce qui entraîne des situations avec problématiques et stressés multiples (Rudestam, 1992).

### » 1.3.4- Quand intervenir ?

Il n'y a pas de consensus quant au meilleur moment pour intervenir, mais certains constats peuvent être faits à partir des résultats de recherche: l'approche de l'intervention rapide s'adresserait plutôt aux symptômes post-traumatiques et semblerait plus appropriée pour les enfants et les adolescents, tandis que l'approche de l'intervention différée s'adresserait aux symptômes de deuil et conviendrait plutôt à ceux ayant atteint une certaine maturité cognitive; les adultes. Il y aurait donc deux approches quant au moment approprié pour faire de la postvention, selon le type de réactions à la suite du suicide: intervenir le plus vite possible pour empêcher l'apparition de symptômes liés au stress ou à la situation de crise, ou intervenir au bout de quelques mois lorsque le deuil ne se résorbe pas naturellement.

INTERVENTION RAPIDE - LE PLUS VITE POSSIBLE (réactions de stress ou de crise)

Certains affirment qu'il est important d'intervenir vite pour empêcher le développement de trouble de stress post-traumatique (Rank et al., 1997), et même dans les heures qui suivent le suicide lorsque c'est possible (Schneidman, 1981; Leenars & Wenckstern, 1998), afin de diminuer les risques de contagion.

INTERVENTION DIFFÉRÉE - APRÈS UN CERTAIN TEMPS (réactions de deuil)

Pour d'autres, une intervention très précoce peut bloquer le processus normal de deuil et de reconstruction cognitive des événements, et ainsi en retarder la résolution. Il serait donc plus efficace d'attendre le moment où l'endeuillé est prêt à faire face à ses émotions avant d'intervenir (Westefeld et al., 2000). Cette approche demande toutefois un suivi auprès des endeuillés avec un dépistage régulier, étant donné le risque de ne pas détecter assez tôt une personne développant un deuil compliqué. Ici, le deuil est considéré dans son processus normal et ne doit pas être traité comme un trouble mental.

Une fois le choc passé, le processus de deuil est un processus d'adaptation par lequel l'endeuillé doit passer (**Hanus, 2004**). Ce type d'intervention ne devrait toutefois pas s'appliquer à tous les publics d'endeuillés, plus particulièrement les adolescents et les enfants.

## PARTIE 2

### *Quelles sont les stratégies de postvention les plus connues?*

#### 2.1- Debriefing

\*\*\*\*mise en garde\*\*\*

À tort, le débriefing est parfois employé sous tous azimuts pour désigner, par exemple, une approche générique de ventilation (voir plus bas) ou même pour décrire toutes formes d'intervention utilisées en postvention. Ainsi, dans le langage populaire, et même dans les écrits, il y a parfois confusion dans l'utilisation du terme débriefing.

#### **Théorie d'intervention – objectifs et effets désirés**

Le débriefing a d'abord été conçu pour les gens qui sont en contact avec un événement traumatisant, sans en être les victimes directes, et dont la tâche consiste à assister les victimes (ex.: policier, ambulancier, personnel médical). Il permet aux personnes ayant été confrontées directement à un événement traumatisant de faire part de leurs réactions, de développer des stratégies d'adaptation afin de comprendre et de normaliser leur stress, et de se voir offrir d'autres ressources, pour celles qui en ont besoin (**Spitzer et Burke, 1993**). Son objectif est donc de prévenir l'apparition du trouble de stress post-traumatique (TSPT); cette technique ne peut se substituer à une thérapie. Dans le contexte de la problématique du suicide, en principe le débriefing ne devrait être utilisé qu'auprès des personnes qui ont été témoins du suicide (**Séguin et al., 2004**).

#### **Technique et format**

Le débriefing a été développé par Mitchell (1983) sous le nom de Critical Incident Stress Debriefing (CISD) et propose les étapes suivantes (tiré de **McNally, 2004**):

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>La phase d'introduction</b> | l'animateur explique que le débriefing n'est pas une thérapie et a pour but de soulager le stress causé par un incident critique   |
| <b>La phase des faits</b>      | l'animateur demande à chaque participant de raconter ce qui s'est passé pour faire « revivre » l'incident  |
| <b>La phase de la pensée</b>   | l'animateur demande à chaque participant de décrire ses pensées alors que se déroulait l'événement   |
| <b>La phase des émotions</b>   | l'animateur demande à chaque participant de rassembler les émotions ressenties lors de l'événement; cette phase suppose que chaque participant a des sentiments qui doivent être partagés et acceptés pour être soulagés du traumatisme vécu |
| <b>La phase des réactions</b>  | l'animateur demande aux participants de partager avec le groupe toute réaction qui a découlé de l'événement  |
| <b>La phase d'enseignement</b> | l'animateur met l'emphase sur les réponses normales à une situation traumatisante et donne aussi des façons de gérer ce stress   |
| <b>La phase du</b>             | l'animateur fait un résumé de ce qui s'est produit dans la session, donne  |

Le débriefing est généralement dirigé par deux animateurs de groupes pendant 2 à 3 heures et ne doit se dérouler au-delà d'une période de 24 à 72 heures après l'événement traumatisant. Il sera important d'offrir d'autres types d'intervention pour soutenir les personnes touchées dans cette épreuve. **Rose, Bisson et Wessely (2002)** indiquent qu'une seule séance n'est pas suffisante pour prévenir le TSPT.

## 2.2- Ventilation

### Théorie d'intervention – objectifs et effets désirés

La ventilation vise à permettre aux personnes touchées d'exprimer librement, en toute sécurité et sans jugement leurs sentiments par rapport au suicide, à informer les participants des ressources offertes et à permettre le repérage des personnes plus vulnérables ou à risque. Elle est souvent confondue avec le débriefing quoique ses objectifs en soient différents.

### Technique et format

La ventilation peut se faire en groupe ou de manière individuelle; elle peut être utilisée à la suite de l'annonce du suicide ou comme outil complémentaire à d'autres stratégies de postvention. (**Séguin et al., 2004**).

## 2.3- Intervention de crise

### Théorie d'intervention – objectifs et effets désirés

L'intervention de crise s'adresse aux personnes qui ne parviennent pas à retrouver un état d'équilibre satisfaisant ou, à tout le moins, antérieur à la crise. L'objectif vise la résolution de problème par l'enseignement de nouvelles stratégies d'adaptation.

### Techniques et format

L'intervention de crise se fait par une approche active, directive et centrée sur l'événement déclencheur. Elle permet à la personne touchée d'explorer l'événement ayant précipité la crise, les obstacles rencontrés, les stratégies d'adaptation déjà utilisées, le soutien dont elle a pu bénéficier et les façons de gérer plus efficacement la situation. En général, il y a préalablement **repérage** des personnes à risque dans un milieu précis (ex.: école, travail) par des personnes-ressources œuvrant dans des programmes de postvention; le repérage doit se faire régulièrement et sur une période de plusieurs mois suivant le suicide (**Pruet, 1990**), puisque la crise peut survenir plusieurs semaines après l'événement déclencheur.

## 2.4- Groupes de soutien

### Théorie d'intervention – objectifs et effets désirés

En règle générale, les groupes de soutien ont pour objectifs:

d'offrir un lieu où l'endeuillé peut exprimer sa peine dans un contexte de respect, et sans réprobation sociale;

de permettre aux endeuillés de voir qu'ils ne sont pas seuls à vivre un événement de ce type et d'entrer en contact avec ceux qui sont en phase de résolution;  
d'apprendre de nouvelles stratégies d'adaptation;  
d'augmenter le nombre de contacts, de créer des liens et d'enrichir le réseau social (Séguin et al., 2004).

Les personnes visées par les groupes de soutien varient en fonction des situations, il peut s'agir des membres de la famille, des jeunes d'une école, d'enfants, de personnes âgées, etc. Bref, tout individu qui avait un lien d'attachement avec la personne décédée par suicide. Cependant, la plupart des groupes ciblent sur un type particulier d'endeuillés de façon à adapter l'intervention au degré de développement des participants.

## Techniques et format

En général, un groupe d'endeuillés se rencontrent entre 8 et 12 fois (une fois ou deux par semaine), pendant une heure et demie à deux heures, en compagnie d'un ou de deux animateurs. À la fin des sessions, les animateurs peuvent proposer un suivi individuel pendant quelques mois avec ou sans rencontres épisodiques du groupe. Les groupes peuvent être ouverts (les participants peuvent venir s'insérer dans le groupe n'importe quand) ou fermés (on commence et on finit les sessions avec les mêmes participants). Les deux formats ont leurs avantages et inconvénients. L'approche peut être plus ou moins structurée.

### 2.5- Intervention en milieu scolaire

## Théorie d'intervention – objectifs et effets désirés

Pour Callahan (1996), la postvention en milieu scolaire cherche à inclure la prévention du suicide, les théories du deuil et le traitement du TSPT. Dans l'ensemble, tous les programmes de postvention en milieu scolaire ont pour but de:

prévenir d'autres suicides;  
aider au développement de stratégies appropriées pour s'adapter à la perte;  
prévenir le recours à des stratégies d'adaptation autodestructrices;  
agir sur le traumatisme vécu pour réduire la détresse, faire face aux émotions, créer un environnement propice à faire face au stress, répondre à la crise, prévenir les complications du deuil (Bouchard, 2003).

Les personnes ciblées par la postvention en milieu scolaire sont les élèves et particulièrement les amis, le personnel de l'école, les parents de la personne décédée, les parents des autres élèves et les amis hors de l'école.

## Techniques et format

Il existe de nombreux protocoles de postvention visant la mise en place des interventions à la suite d'un suicide en milieu scolaire. Grâce à une recension des études et à l'analyse de nombreux protocoles de postvention implantés dans les écoles partout au Québec, Séguin et al. (1999) ont isolé les étapes suivantes, communes à tous les programmes:

Vérification de l'information auprès des autorités quand un suicide survient;  
Mobilisation de l'équipe de crise – évaluation des besoins d'intervention et des cibles spécifiques;  
Information et participation de la famille du décédé;  
Information et soutien du personnel de l'école;  
Information aux élèves par petits groupes ou classes – repérage des élèves à risque;  
Référence des personnes à risque pour intervention de groupe restreint ou individuelle;  
Information de la communauté quant aux ressources possibles;  
Période de suivi pendant laquelle on essaie de repérer les personnes vulnérables en besoin de soutien.

Toutefois, les constats des travaux d'un groupe d'experts proposent un changement important dans la façon de mettre en place les interventions de postvention à la suite d'un suicide. Le «Programme de postvention en milieu scolaire: stratégies d'intervention à la suite d'un suicide» (Séguin et al., 2004) présente une logique de gestion clinique à la suite d'un suicide, ainsi qu'une démarche permettant l'implantation d'un programme de postvention en milieu scolaire.

## PARTIE 3

### *Efficacité des stratégies de postvention*

Sur la base de **données empiriques**, deux méthodes seulement ont été documentées sur l'efficacité des stratégies de postvention, soit les programmes de postvention en milieu scolaire et les groupes de soutien visant l'intervention auprès de groupes d'endeuillés spécifiques tels que les enfants, époux, parents et autres proches de la personne décédée par suicide. Toutefois, à partir d'expérience clinique et de travaux de recherche sur les stratégies de postvention, des informations complémentaires sont présentées ici sur le plan de leur **validité apparente** parce qu'il n'existe pas de **données empiriques**.

#### 3.1- Efficacité - Debriefing

Aucune étude n'a été menée pour déterminer l'efficacité de la méthode de débriefing dans le cadre plus spécifique d'une problématique suicidaire. Le débriefing est donc classifié **STRATÉGIE INCERTAINE**.

Toutefois, sur la base de l'expérience et des travaux de recherche effectués jusqu'à maintenant, les experts recommandent de n'utiliser le débriefing qu'en première étape d'intervention et seulement auprès des personnes qui ont été témoins du geste suicidaire ou qui ont trouvé le corps. La critique fait surtout référence au fait qu'une seule séance n'est pas suffisante pour prévenir le TSPT (Rose et al., 2002) et que, dans un milieu scolaire par exemple, il est recommandé de ne pas procéder à un débriefing de tous les étudiants, puisque cela pourrait augmenter le stress et l'anxiété de ceux qui n'ont pas été exposés à l'événement traumatisant (Leenaars et Wenkster, 1998).

#### 3.2- Efficacité - Ventilation

Aucune étude n'a été menée pour déterminer l'efficacité de la méthode de ventilation dans le cadre plus spécifique d'une problématique suicidaire. La ventilation est donc classifiée **STRATÉGIE INCERTAINE**.

Toutefois, sur la base de l'expérience et des travaux de recherche effectués jusqu'à maintenant, il semble que les sessions de ventilation soient généralement appréciées par les participants qui y trouvent du réconfort (Alexander et al., 2000; Valente & Saunders, 2002). De plus, il semble préférable de ne pas appliquer la méthode de ventilation de manière uniforme lorsqu'il s'agit d'un milieu (école, travail, etc.), mais plutôt de manière spécifique avec les proches du suicidé.

#### 3.3- Efficacité - Intervention de crise

Aucune étude n'a été menée pour déterminer l'efficacité de la méthode de l'intervention de crise dans le cadre plus spécifique d'une problématique suicidaire. L'intervention de crise est donc classifiée **STRATÉGIE INCERTAINE**.

Toutefois, sur la base de l'expérience et des travaux de recherche effectués jusqu'à maintenant, il est précisé que le repérage des personnes vulnérables est une étape primordiale à l'intervention de crise, d'où l'importance de la formation des intervenants (Pruett, 1990). L'intervention de crise devrait être utilisée

auprès des personnes vulnérables qui n'arrivent pas à recouvrer un état d'équilibre satisfaisant (Kirk, 1993), ce qui suppose que le repérage se fasse sur la durée, à plus ou moins long terme, puisque la crise peut apparaître après un certain temps à la suite de l'événement traumatisant

### 3.4- Efficacité - Groupes de soutien (auprès de groupes d'endeuillés spécifiques)

Sur la base des données de recherche, la postvention auprès de groupes d'endeuillés spécifiques a été classifiée **STRATÉGIE INCERTAINE**, puisque les preuves et évidences actuelles ne permettent pas de se prononcer sur son efficacité; les devis de recherche ne sont pas suffisamment rigoureux et les résultats d'études sont parfois contradictoires. Cette stratégie nécessite des informations supplémentaires.

Quatre études ont porté sur l'évaluation d'activités de postvention avec des groupes spécifiques restreints dont trois avec des adultes (enfants [majeurs], parents, fratrie, époux/se) et une avec des enfants (mineurs). Pour l'ensemble des programmes, l'intervention consistait en des rencontres de 8 à 10 sessions d'environ une heure et demie à deux heures par semaine. Les résultats sont toutefois divergents d'une étude à l'autre. La première étude (Rogers et al., 1982) a démontré que les endeuillés (parents, enfants) ont bénéficié de l'intervention animée par deux bénévoles, tel que l'a révélé le degré de satisfaction de participation au programme et par la diminution de l'intensité des symptômes psychosomatiques environ de quatre à six semaines après la fin de l'intervention. *Cependant, le fait que cette étude n'a utilisé aucun groupe témoin (sans intervention) ne permet pas d'attribuer les résultats positifs au programme.*

La deuxième étude (Farberow, 1992) montre que le groupe de soutien aide à diminuer le nombre de sentiments négatifs et à mieux vivre le deuil à court terme seulement (à la fin du programme), puisqu'il n'y a aucune différence à moyen terme (deux mois après la fin du programme) avec le groupe témoin. On dénote cependant un effet pervers du programme: les participants au groupe ont vu diminuer leurs sentiments de honte et de culpabilité tout en augmentant la tristesse et la dépression. *Des informations importantes sur la manière dont l'étude a été menée ne sont toutefois pas accessibles, par exemple la description de l'instrument de mesure et de sa validité, ce qui atténue la portée de ces résultats. De plus, le fait que le groupe de soutien était composé de participants de groupes d'âge très disparates (de 10 ans à plus de 60 ans) porte à réflexion sur l'efficacité d'une telle stratégie auprès des personnes de tous âges simultanément, de même que celui de considérer dans un même groupe ceux qui sont endeuillés depuis moins de trois mois et ceux qui le sont depuis plus de deux ans.*

La troisième étude (Constantino et al., 2001) démontre que le fait d'avoir été dans un des deux groupes d'intervention (psychothérapie de groupe ou groupe de socialisation) diminue le degré de dépression et de détresse psychologique, tout en augmentant le niveau d'ajustement social des veufs/veuves. Cette conclusion est donc différente de l'étude précédente qui démontrait que la dépression était plus élevée après l'intervention qu'avant. Malgré ce résultat encourageant, aucune différence n'a été décelée entre les deux types de thérapie, tandis que les chercheurs s'attendaient à obtenir plus d'effets avec la psychothérapie de groupe qui était basée sur 12 facteurs thérapeutiques (voir l'approche de Yalom [1995]) comparativement au groupe de socialisation qui était moins structuré (voir l'approche de Iso-Ahola [1980] et Neulinger [1981]) et visait plutôt le soutien social et les loisirs. Selon les auteurs, peut-être que le seul fait de faire partie d'un groupe de soutien et de rencontrer d'autres gens endeuillés par suicide serait en soi bénéfique. *L'utilisation d'un groupe témoin (sans intervention) aurait toutefois permis de tirer des conclusions quant à la généralisation de ces résultats à d'autres groupes, il faut donc demeurer prudents. Tout comme l'étude précédente, les groupes étaient très hétérogènes, c'est-à-dire composés d'endeuillés de diverses tranches d'âge (24 à 70 ans), et dont la durée de veuvage varie entre un mois et deux ans.*

La dernière étude (Pfeffer et al., 2002) a été effectuée auprès d'enfants endeuillés par suicide (parents ou fratrie) et offrent les résultats les plus prometteurs. Les groupes étaient composés de deux à cinq enfants dont le niveau développemental était similaire (6 à 9 ans, 10 à 12 ans, 13 à 15 ans). La

participation au groupe a révélé une diminution des symptômes d'anxiété et de dépression comparativement à ceux qui n'ont pas participé à l'intervention. Toutefois, étant donné le nombre peu élevé de participants et l'urgence de l'intervention, il n'a pas été possible de faire un classement aléatoire des participants dans le groupe intervention ou témoin. On ne peut donc assumer que ces groupes sont comparables. De plus, dans le groupe témoin, 75 % des participants ont abandonné l'étude en cours de route. La portée de ces résultats en est donc réduite; il n'est pas possible d'affirmer hors de tout doute que les effets positifs obtenus sont dus à l'intervention.

### » 3.4.1- Quel est le meilleur candidat pour animer des groupes de soutien auprès d'endeuillés?

Dans la littérature, seule la stratégie des groupes de soutien auprès d'endeuillés a abordé cette question et il n'est pas possible de donner un avis solide étant donné les lacunes méthodologiques importantes des études antérieures. Dans celles-ci, ces programmes de postvention étaient soit administrés par des bénévoles ayant perdu ou non un proche par suicide, soit par des professionnels, soit une combinaison des deux. Toutefois, selon **Farberow (1992)**, les interventions de groupes d'endeuillés spécifiques tireraient davantage profit d'une équipe d'animateurs combinant un professionnel et une personne-ressource qui a vécu un deuil par suicide. Cette dernière jouant un important rôle de soutien-modèle, parce qu'elle a vécu la même chose et s'en est bien sortie. C'est généralement envers celle-ci que les gens se tournent pour obtenir du soutien émotif, tandis qu'ils vont plutôt vers le professionnel lorsqu'il s'agit d'un besoin d'information ou d'être sécurisé. Dans les cas d'idéations suicidaires et de dépression sévère, le professionnel possède l'autorité et les compétences nécessaires pour gérer la situation.

Pour l'animation des autres interventions de postvention, bien qu'il n'y ait pas d'indications spécifiques dans la recherche, **Séguin et al (2004)** recommandent des ressources formées en intervention de crise suicidaire et en postvention dans chaque milieu et que toutes les personnes concernées (par exemple, les enseignants) reçoivent l'information et la formation appropriée en lien avec le rôle qu'on leur demande de jouer (référer à la section 4.2, p.68, dans le document de **Séguin et al., 2004**).

### » 3.4.2- Y a-t-il des spécificités à certains groupes cibles?

Jusqu'à maintenant, il y a très peu de données de recherche sur la différenciation du processus de deuil et la manière d'intervenir à la suite du décès par suicide d'un proche, selon l'âge ou le genre de l'endeuillé. De telles informations ont seulement été vérifiées dans le cadre des groupes témoins.

#### Âge

Une étude a noté qu'il y aurait une différence dans la persistance des symptômes de dépression et d'anxiété chez les enfants et les adolescents: les jeunes enfants (6 ans) et jeunes adolescents (14 ans) seraient plus à risque que les enfants d'âge intermédiaire (11 ans) (**Pfeffer et al., 2002**). Ce résultat suggère que les enfants et adolescents aborderaient le deuil de manière différente, et pas nécessairement de façon graduelle, c'est-à-dire que les jeunes enfants et les jeunes adolescents vivraient leur deuil plus difficilement que les enfants d'âge moyen, ce dont l'intervention devrait tenir compte. D'autres études sont toutefois nécessaires pour s'assurer de la valeur de ce résultat et pour mieux comprendre comment répondre aux besoins et aux particularités des enfants et adolescents.

#### Genre

Une seule étude a vérifié la présence de différences de réactions et de symptômes selon le genre après un deuil par suicide (Poijula et al., 2001). Aucune différence n'a été décelée entre les garçons et les filles relativement aux symptômes développés à la suite d'un tel événement, et ce, contrairement aux études portant sur le stress post-traumatique qui démontraient que les femmes sont plus à risque de développer un TSPT à la suite d'un événement traumatique. D'autres études sont toutefois nécessaires, afin de mieux comprendre les différences sexuelles et ainsi mieux intervenir.

### 3.5- Efficacité - Intervention en milieu scolaire

Sur la base des données de recherche, la postvention en milieu scolaire a été classifiée **STRATÉGIE INCERTAINE**, puisque les preuves et évidences actuelles ne permettent pas de se prononcer sur son efficacité. Cette stratégie nécessite donc des informations supplémentaires.

Deux études seulement ont été effectuées pour vérifier l'efficacité de la postvention dans les écoles. La première (Hazell & Lewin, 1993) ne démontre aucune différence huit mois après l'intervention entre le groupe (13 à 15 ans) qui a obtenu du counselling à la suite du suicide d'un pair et ceux qui n'ont pas reçu d'intervention (13 à 16 ans), sur une série de mesures telles que les idéations et comportements suicidaires, la consommation de drogue ou autres substances, la présence de troubles internalisés ou externalisés. Le chercheur conclut qu'il n'y a pas eu de dommage apparent causé par l'intervention, mais qu'il est préoccupant qu'aucun bénéfice n'ait été observé. *Le fait que l'intervention ne durait que 90 minutes pourrait toutefois expliquer l'absence d'effet du programme sur l'ensemble des objectifs visés par celui-ci.*

La deuxième étude (Poijula et al., 2001) démontre quant à elle un effet positif du programme auprès d'étudiants de 14 à 17 ans sur des mesures liées à des symptômes de stress post-traumatique et de gravité du deuil, et ce, après le suicide de cinq jeunes dans trois écoles. Les interventions n'étaient toutefois pas similaires, allant de la réunion de classe animée par l'enseignant (une heure) au débriefing par un professionnel (une heure ou deux heures), de deux jours à une semaine après le suicide de l'étudiant. *Le fait que cette étude n'a utilisé aucun groupe témoin (sans intervention) ne permet pas d'attribuer les résultats positifs au programme.*

Un article toutefois rapporte un cas particulier de postvention dans une école auprès de jeunes de 12-13 ans qui a eu des effets négatifs (Callahan, 1996). Peu de temps après le programme, ils ont observé une augmentation des idéations et tentatives suicidaires et concluent que les activités de postvention peuvent contribuer à développer une vision romantique du suicide et à la glorification d'un décès par suicide chez les adolescents. *Il s'agit d'un cas isolé, ce qui ne peut être généralisé à l'ensemble des programmes en milieu scolaire. Mais étant donné les risques encourus d'imitation, certaines précautions sont à prévoir*

#### » 3.5.1- Quoi faire pour diminuer le risque potentiel d'effets négatifs d'un programme de postvention en milieu scolaire?

Afin d'éviter ou, à tout le moins, pour diminuer le risque de contagion du suicide, certaines stratégies sont proposées par des chercheurs ou experts dans le domaine (tiré de Callahan, 1996). Toutefois, ces informations sont basées sur des expériences cliniques et/ou travaux de recherche. Elles vous sont donc présentées à titre indicatif, sur le plan de leur **validité apparente**, puisqu'elles n'ont pas encore fait l'objet de **vérifications empiriques**.

Mettre l'emphase sur le lien entre la psychopathologie (ex.: dépression) chez le jeune et le fait qu'il s'enlève la vie aurait pour effet de démystifier le suicide et de décourager l'identification des endeuillés avec la personne qui s'est suicidée.

La mort ne doit pas être glorifiée, dramatisée ou traitée avec sensationnalisme, ce qui peut se passer lorsque les personnes en autorité parlent du défunt de manière très positive, lui donnent beaucoup d'attention ou lorsque ceux-ci ne recadrent pas les jeunes qui tendent à voir le défunt comme un « héros-martyre ». Il faut donc éviter le côté « tragédie romantique » du suicide.

Faire attention de ne pas glorifier le suicide par des rites particuliers ou des cérémonies commémoratives auxquelles les personnes décédées d'autres causes n'ont pas eu droit.

Une évaluation des personnes à risque de suicide par un professionnel doit avoir lieu (préférentiellement en dehors des heures de cours, pour limiter l'absentéisme).

La possibilité de gains secondaires (ex.: donner des sessions particulières aux personnes qui en ressentent le besoin, pendant les heures de cours, évitant ainsi certains travaux scolaires) doit être identifiée et supprimée. Faire participer les professeurs à la gestion du dossier des élèves pour qu'ils sachent mieux quel élève a vraiment un problème et ainsi répondre de façon plus appropriée.

Faire un traitement complet de toute idéation sérieuse exprimée (participation des parents, diagnostic par l'hôpital) pour montrer que l'expression de pensées suicidaires sérieuses est toujours prise au sérieux et traitée. Ceci permet de limiter les comportements suicidaires impulsifs (même si l'effet est à court terme).

Rapporter toute idéation même mineure aux parents, pour démystifier les paroles du jeune.

Mettre une limite précise à la durée de chaque rencontre individuelle avec les jeunes, pour les aider à se calmer et à se concentrer sur les cours, plutôt que sur le chagrin.

### » 3.5.2- Quelles sont les conditions de succès d'un programme de postvention en milieu scolaire ? (extrait tiré de Séguin et al., 2004)

Les informations qui suivent sont basées sur des expériences cliniques et/ou travaux de recherche. Elles vous sont donc présentées à titre indicatif, sur le plan de leur **validité apparente**, puisqu'elles n'ont pas encore fait l'objet de **vérifications empiriques**.

Dans un premier temps, il est essentiel d'organiser le milieu afin que le programme de postvention puisse prendre place. À cette fin, certaines conditions sont considérées indispensables à l'implantation, à l'application et au maintien du programme, tandis que d'autres agissent comme facilitateurs:

#### Les conditions de succès indispensables

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

Dans un deuxième temps, lorsqu'un suicide survient, il est nécessaire d'offrir les bonnes interventions, aux bonnes personnes, aux bons moments. Pour ce faire, différentes étapes doivent être respectées.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Analyser la situation | 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. |
|-----------------------|---|

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Choix des interventions       | À partir de l'analyse de la situation et de l'identification des types de réaction des différentes personnes et/ou groupes touchés, des décisions peuvent être prises sur les stratégies de postvention à adopter.    |
| Réalisation des interventions | Se référer au tableau 4 (p. 16) dans le document de <b>Séguin et al. (2004)</b>   |
| Bilan des interventions       | Faire régulièrement le point sur les interventions pour s'assurer de leur adéquation et de la présence d'effets positifs voulus, ce qui suppose de réévaluer la situation et de modifier les interventions au besoin. |

### 3.6- Conclusion d'évaluation

**La postvention est un sujet complexe de par la diversité des activités d'intervention, les groupes cibles touchés par le suicide d'un proche ou d'un membre de l'entourage et par les différentes réactions qui y sont associées. Au Québec, la postvention existe depuis les années 80 et s'est forgée à travers l'expérience clinique par laquelle les interventions se sont développées et peaufinées, afin d'être mieux adaptées aux différentes situations. À partir des résultats de recherche actuels, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité des stratégies de postvention. Toutefois, dans une perspective de coûts et bénéfiques, il est conseillé de poursuivre ces activités étant donné l'importance de prévenir les conséquences néfastes possibles liées au suicide d'un proche ou d'un membre de l'entourage.**

### 4.1-Implication et défis pour la pratique

Bien évaluer la situation pour ainsi déterminer les interventions appropriées selon les personnes touchées par le suicide d'un proche ou d'un membre de l'entourage, par exemple:

utiliser la méthode de débriefing seulement avec les témoins du suicide;

ne pas utiliser la méthode de débriefing seule, mais offrir un autre type d'aide par la suite (ex.: groupe de soutien);

proposer de l'aide aux endeuillés lorsque le processus de deuil ne se résorbe pas après un certain temps, ne pas intervenir trop tôt;

dans un milieu scolaire ou de travail, ne pas intervenir de la même manière avec tout le monde (ex.: offrir de la ventilation à ceux qui connaissaient la personne suicidée et non à tous);

offrir les interventions assez longtemps en regard des objectifs visés par celles-ci (ex.: ne pas être présent ou à l'affût seulement dans les quelques heures ou jours à la suite du suicide, sinon il serait impossible de repérer les personnes en crise ou endeuillées ayant besoin de soutien).

Lors d'intervention dans le milieu (ex. école, travail) :

ne pas appliquer les protocoles étape par étape, mais plutôt s'appropriier le programme et l'adapter aux particularités du milieu;

offrir la formation appropriée aux personnes impliquées dans les protocoles

de postvention;

savoir reconnaître ses limites et se référer aux ressources plus spécialisées à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau.

## 4.2-Implication et défis pour la recherche

À la lumière des résultats de recherche sur les différentes stratégies de postvention, d'autres études doivent être menées, afin de pouvoir se prononcer clairement sur leur efficacité. Pour y arriver, quelques règles méthodologiques de base doivent être respectées, dont:

Utiliser un devis de recherche (mesures pré- / post-) avec groupe de comparaison afin de pouvoir attribuer les effets obtenus au programme de postvention;

Assigner aléatoirement les participants dans le groupe qui reçoit l'intervention et celui qui sert de comparaison (sans intervention);

Faire un suivi quelques mois après la fin du programme, afin de vérifier si les effets du programme se maintiennent ou se résorbent;

Avoir des objectifs réalistes quant aux résultats attendus à la fin du programme en regard du temps d'intervention (ex.: une intervention en milieu scolaire de 90 minutes auprès d'un groupe de jeunes peut-elle permettre d'avoir moins d'idéations suicidaires, de symptômes dépressifs et d'anxiété, de problèmes de consommation d'alcool et de drogues... huit mois après l'intervention?);

Pour les groupes de soutien plus particulièrement, il semble préférable de s'assurer que les groupes soient aussi homogènes que possibles (ex.: âge, type d'endeuillés), afin de bénéficier de l'intervention et ainsi détecter les effets positifs.