

Audition publique organisée par la Fédération Française de Psychiatrie
sur le thème :

**Effets et conséquences du suicide sur l'entourage :
modalités d'aide et de soutien »,**
Paris 25-26 novembre 2009

Dolores Angela Castelli Dransart Ph.D
Responsable du Département de la Recherche appliquée et du
Développement
Haute Ecole fribourgeoise de travail social, Suisse
Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO)

*Questions du comité de pilotage :**Les pratiques de soutien à proposer dans les suites immédiates :*

- Associations de soutien
- Soutien des personnels impliqués
- Que proposer pour soutenir les intervenants ?

Préambule

Selon les situations, les conditions de vie et les types de liens existant entre la victime et ceux¹ qui l'ont fréquentée (proches ou professionnels), le suicide est susceptible d'engendrer des réactions diverses auprès de ceux-ci : stress aigu, syndrome de stress post-traumatique, deuil. Ces réactions (type et intensité) sont étroitement reliées au contexte professionnel et de vie de la personne touchée par le suicide (survivant)² et à ses antécédents (ruptures de vie, troubles de santé mentale). Une prise en charge qui se veut pertinente se doit de proposer des modalités et des mesures de soutien diversifiées (Winter, Brockmann & Hegerl, 2005), tenant compte des différents types et intensités de réactions (ayant chacun leurs spécificités) et des diverses temporalités de l'après-suicide (heures, jours, mois après l'événement). La mobilisation et le concours d'acteurs aux statuts et contributions variés (Obadia & al., 2004 ; Hawton & Simkin, 2003), et néanmoins complémentaires ou subsidiaires (Hall & Epp, 2001), semblent fondamentaux pour la mise en place d'une postvention efficace (Castelli Dransart & Séguin, 2008).

Les pratiques de soutien à proposer dans les suites immédiates : Associations de soutien

Les associations de soutien ont été les précurseurs et les pionniers en matière de postvention dans de nombreux pays. Les quelques études évaluatives existantes portant sur les prestations offertes ont mis en évidence un haut degré de satisfaction des participants aux activités des associations de soutien (Feigelman & Feigelman, 2008 ; Séguin, Vinet-Bonin & Sénécal, 2004 ; Hopmeyer & Werk, 1994). Ces dernières jouissent en général d'une bonne réputation et sont appréciées par les survivants d'un suicide qui leur font confiance et les préfèrent parfois à l'aide professionnelle (Feigelman & Feigelman, 2008). Les évaluations de leur action sur la santé physique et mentale des participants sont rares (cf étude de Pfeffer, Jiang, Kakuma, Hwang & Metsch, 2002 sur des groupes de soutien pour enfants qui montrent une diminution de l'anxiété) et les résultats doivent encore être consolidés, en raison de difficultés méthodologiques mais également d'une conjugaison parfois difficile entre logique d'entraide et logique de recherche (Petty, 2000). En l'absence de données consolidées, il semble judicieux de se référer aux éléments pour lesquels il existe un certain consensus au sein de la communauté scientifique et des praticiens pour répondre à la question posée par le comité de pilotage.

Plusieurs études ont mis en évidence les difficultés rencontrées par les survivants dans leurs relations sociales. Le plus souvent, soit parce qu'ils se replient sur eux-mêmes, soit parce qu'ils sont l'objet de craintes ou préjugés, les survivants sont assez isolés et reçoivent moins d'aide qu'ils ne le souhaiteraient (Feigelman & Feigelman, 2008 ; Dyregrov, 2002 ; Moore & Freeman, 1995 ; Saarinen, Hintikka, Lehtonen, Lönnqvist & Viinamäki, 2002). La honte et la stigmatisation sont très fréquentes (Sveen & Walbi, 2008). Parfois ils obtiennent de l'aide au mauvais moment (Lindqvist, Johansson & Karlsson, 2008). Afin de contrecarrer ces tendances (isolement, stigmatisation), il semblerait opportun d'offrir des interventions à « bas seuil » dès les jours qui suivent le suicide. Certaines d'entre-elles pourraient être menées à bien par les associations de soutien, en particulier pour ce qui concerne l'information, la psycho-éducation et l'offre de réseaux de soutien solidaires, non professionnels. Certaines études en effet reportent des attitudes critiques des participants vis-à-vis des professionnels (Lindqvist & al., 2008 ; Feigelman & Feigelman, 2008). Une préférence serait également donnée à l'aide apportée par d'autres survivants (Feigelman & Feigelman, 2008 ; Wagner & Calhoun, 1991). Les survivants affirmeraient également le besoin d'avoir des possibilités d'exprimer verbalement leur ressenti (Winter & al., 2005). En raison de leur « proximité expérientielle » avec les survivants (Billow, 1987), les associations de soutien pourraient

¹ La forme masculine est utilisée dans cet article pour faciliter la lecture. Cette disposition ne reflète en rien une discrimination basée sur le genre et les termes s'appliquent aussi bien au genre féminin qu'au genre masculin.

² Dans ce texte, la dénomination de survivant est préférée à celle d'endeuillé car celle-ci fait référence explicitement au processus de deuil. La dénomination de survivant renvoie quant à elle à un concept plus large, tenant compte d'autres types de réactions (stress aigu par exemple).

assumer un rôle d'interface et si nécessaire de médiation, une aide « instrumentale » (Marris, 1968) ou du moins initiale, dans les suites immédiates du suicide entre les survivants et les professionnels et ce à des moments charnières, comme par exemple lors de l'annonce de la nouvelle. Outre la présence des professionnels (responsables d'annoncer le suicide), celle d'une personne ayant vécu ou familière avec cette expérience pourrait conforter et rassurer les survivants, ainsi qu'amorcer un contact et un dialogue, surtout dans les moments initiaux lorsqu'ils sont en état de choc et font l'expérience d'un état de stress aigu. Pour ce faire, il est néanmoins nécessaire que le survivant ait le choix d'entrer ou pas en contact avec le représentant de l'association de soutien. Dans la plupart des pays, le décès par suicide engendre des démarches d'investigation ou de vérification aussi bien judiciaires qu'administratives. La présence ou le contact avec une personne familière avec un tel événement et en mesure d'expliquer ou de fournir des indications concrètes au survivant concernant ces démarches pourrait représenter un point d'appui valable. Dit autrement, la présence d'un membre d'une association de soutien pourrait être perçue et fonctionner comme un « tiers-relais » (Castelli Dransart, 2003) rassurant et être, par la même occasion, une source importante d'informations utiles en matière de ressources à mobiliser dans la communauté ou de démarches à envisager ou envisageables, aussi bien au niveau pratique qu'en termes de processus de reconstruction de soi.

Une action concertée avec les professionnels présents (policiers, ambulanciers, officiers) ou ceux susceptibles d'intervenir par la suite (professionnels de la santé mentale) serait indispensable, tout comme une formation aux bases de la relation d'aide serait nécessaire pour les membres des associations de soutien susceptibles de participer à ces actions « bas seuil ». Les seules familiarité ou expérience de survivant ne sont pas suffisantes pour assumer la fonction d'interface et de relais. Des expériences satisfaisantes en matière d'intervention conjointe professionnel-bénévole ont été menées dans d'autres pays (Myers & Fine, 2007), notamment aux Etats-Unis et en Australie.

Les associations de soutien pourraient également contribuer à des actions « bas seuil » dans les mois qui suivent le suicide, en assurant par exemple quelques contacts avec les survivants, afin de maintenir un lien et, le cas échéant, les diriger vers des ressources laïques ou professionnelles. La possibilité d'orienter les survivants selon leur situation et leurs besoins éviterait de pathologiser des réactions ou des difficultés émotionnelles pouvant être considérées comme ordinaires ou en dessous du seuil clinique et de mobiliser les ressources professionnelles, en général limitées, pour les personnes présentant des troubles de santé mentale (Christensen & Jacobsen, 1994). Des dispositifs conjuguant offres privées (associations) et publiques seraient susceptibles de couvrir de manière plus satisfaisante les besoins variés des survivants, à l'image de ce qui se fait dans le Département des Deux-Sèvres (Fouet, 2008) ou aux Etats-Unis et en Australie. Dans ce cas, un travail de concertation voire de collaboration entre les différents acteurs et les diverses offres au sein du dispositif est indispensable pour assurer la qualité des prestations offertes et leur articulation pertinente.

Seule une minorité de survivants recherche effectivement de l'aide dans un premier temps (Dyregrov, 2002) alors que les survivants disent ressentir le besoin d'un soutien (De Groot, De Keijser & Neeleman, 2006). Ceci pourrait plaider pour la mise en place de mesures de soutien pro-actives. Des expériences intéressantes ont été menées et évaluées dans quelques pays comme l'Australie et les Etats-Unis. Cerel et Campbell (2008) ont dirigé une étude comparative entre deux types de programme menés par le même organisme aux Etats-Unis : un programme de postvention passive (programme traditionnel où les survivants doivent eux-mêmes solliciter l'aide et rechercher les informations utiles) et un programme de postvention active (des bénévoles - survivants formés - interviennent dès la notification du suicide et fournissent des indications utiles). Les premiers résultats indiquent que les survivants ayant profité du programme de postvention active se présentent plus tôt pour obtenir un traitement, sont plus motivés à participer à un groupe de soutien et disent en profiter davantage. Toutefois, les résultats n'ont pas montré de différences significatives en termes de troubles de sommeil, de la concentration ou de l'appétit.

Feigelman et Feigelman (2008) ont évalué une expérience de groupe par internet. Cette piste pourrait être prometteuse dans la mesure où les résultats montrent que le partage et l'accompagnement par internet permettent de rejoindre des personnes qui d'habitude ne participent que de manière limitée aux groupes de soutien ou qui ne sont pas suivies par des professionnels : les personnes vivant seules, divorcées ou séparées, au revenu et au niveau de formation plutôt modestes. Les personnes affiliées au groupe sur internet expérimentaient également plus de stigmatisation que les membres de groupes classiques de soutien. De plus, internet offre une grande flexibilité temporelle et peut être une interface intéressante également entre les séances des groupes classiques de soutien.

Les associations de soutien disposant d'un savoir de première main sur le sujet, il serait utile de les consulter voire de les mettre à contribution lors de la conceptualisation et de la mise en œuvre de dispositifs professionnels de formation ou d'action concernant l'intervention après-suicide, en particulier pour ce qui concerne les attitudes aidantes ou non lors de l'annonce de la nouvelle ou de la conduite des démarches administrativo-judiciaires. Au fil des années, il a été reconnu que les survivants ne sont pas seulement des individus ou des groupes nécessitant un soutien mais pouvant également représenter une ressource pour leurs pairs et pour les pouvoirs publics (Andriessen, Beautrais, Grad, Brockmann & Simkin, 2007).

En résumé

En raison de leur proximité expérientielle, des compétences développées au fil des années et du capital confiance dont elles jouissent auprès des survivants, les associations de soutien pourraient être engagées dans des actions de soutien à « bas seuil » (solidarité humaine, partage d'informations et d'expériences inhérentes à la vie concrète et sociale, fonction de relais et d'interface avec l'entourage ou les professionnels) dans les suites immédiates du suicide et dans les semaines suivantes, notamment en assurant une présence lors de l'annonce de la nouvelle et des contacts ponctuels lors des premiers mois. Pour ce faire, une formation adéquate des adhérents et une collaboration voire une définition des attributions et des compétences respectives avec les services publics et les professionnels s'avèrent indispensables.

Les pratiques de soutien à proposer dans les suites immédiates : Soutien des personnels impliqués / Que proposer pour soutenir les intervenants ?³

Le suicide d'un patient/client peut être considéré comme un risque professionnel pour des intervenants oeuvrant dans les domaines de la santé et du social, surtout lorsqu'ils travaillent en santé mentale avec des populations présentant des facteurs de risque de suicide. Selon les études, entre la moitié et les quatre cinquièmes des psychiatres ainsi qu'un quart à un tiers des psychologues et des travailleurs sociaux seront confrontés au suicide d'un patient/client durant leur carrière professionnelle (Jacobson, Ting, Sanders & Harrington, 2004; Henry, Séguin & Drouin, 2003). Neuf médecins généralistes sur dix de l'étude de Halligan et Corcoran (2001) ont vécu le suicide d'un patient/client. Valente (1994) estime à un tiers les infirmiers qui seront confrontés à un tel événement durant leur carrière. Par ailleurs, la plupart des études montrent que 30 à 50% des personnes qui se sont suicidées ont eu des contacts avec les professionnels de l'action socio-sanitaire le mois qui précède leur décès (Grunberg & al., 1994 ; Michel, 1997 ; Ping & Merete, 2005). En dépit de cet état de fait, seule une minorité (un quart) de professionnels a été formée à l'éventualité du suicide d'un patient (Dewar, Eagles, Klein, Grey & Alexander, 2000 ; Feldman & Freedenthal, 2006). Les données concernant l'existence et surtout l'application de dispositifs ou de protocoles de postvention au sein de l'institution sont rares.

Les premières études sur l'impact et les conséquences du suicide d'un patient/client sur les professionnels datent des années 1980. La grande majorité a été menée en contexte anglo-saxon et auprès de psychiatres et de psychologues. Ces études font état de plusieurs impacts et conséquences sur les professionnels à la suite d'un suicide : au niveau individuel, des pratiques professionnelles et au sein des institutions employeuses.

Au niveau personnel, la plupart des professionnels vivront, à la suite d'un suicide d'un patient/client, des états de stress aigu. Une partie des professionnels est susceptible de développer des symptômes de stress post-traumatique (Sakinofsky, 2007), surtout si elle a été confrontée à la scène du suicide. Une minorité de professionnels, ceux qui avaient établi une relation particulièrement proche avec la victime, vivront un processus de deuil. Dans la littérature, les auteurs mélangent souvent ces réactions, il est dès lors très difficile de pouvoir comparer les résultats d'études qui utilisent non seulement des outils de mesure différents mais qui s'appuient également sur des construits théoriques aux contenus variables. Toutefois, les auteurs s'entendent pour dire qu'à la suite d'un suicide, les professionnels éprouvent généralement des émotions tels que le choc/incrédulité, la culpabilité, la tristesse, l'impuissance, la colère, la honte et l'anxiété (Castelli Dransart, Kaufmann Didisheim, Gulfi & Gutjahr, 2007 ; Henry & al., 2003 ; Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Haas & Wynecoop, 2000 ; Reeves, 2003 ; Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens & Sousa, 2004). Le suicide d'un patient peut être perçu comme un échec (Goode, 2001 ; Knüsel, Castelli Dransart & D'Alessandri, 2000) par soi-

³ Cette partie traite exclusivement des professionnels des domaines socio-sanitaires. D'autres collègues vont se pencher sur les domaines de l'école, de la détention et des soins de premiers recours.

même et également par l'entourage de la victime ou par les collègues. L'estime de soi peut être mise à l'épreuve. Les réactions de stress se manifestent sous la forme de pensées ou d'images intrusives, de comportements d'évitement, de signes de stress physique (par exemple, altération du rythme du sommeil, palpitations, hyper vigilance) (Castelli Dransart & al., 2007 ; Valente, 1994). Les réactions évoquées dans les témoignages et lors d'études scientifiques varient en intensité, s'estompent le plus souvent avec le temps et sont en général influencées par le degré et le type d'implication du professionnel dans la relation avec le patient (prédicteur). L'intensité des réactions éprouvées est encore influencée, selon les études, par le genre, l'âge et l'expérience ou encore la formation du professionnel, sans que ces variables ne fassent l'unanimité (Castelli Dransart & al., 2007). L'intensité et la gravité de l'impact sont controversées : certaines études faisant état d'impacts modérés à élevés pour une partie importante des participants (Courtenay & Stephens, 2001 : questions semi-ouvertes, estimation de l'intensité de l'impact par les chercheurs sur la base des réponses ; Dewar & al., 2000 ; Hendin, Haas, Maltzberger, Szanto & Rabinowicz, 2004 : entretiens, estimation des chercheurs sur la base des réponses), d'autres relevant des impacts plus modestes pour la majorité des participants au niveau personnel (Henry, Séguin & Drouin, 2003, 2004 ; Pieters, Gucht, Joos & Heyn, 2003 ; Castelli Dransart & al., 2007, Ruskin & al., 2004 ; McAdams & Foster, 2000). Les études les plus rigoureuses du point de vue méthodologique (car disposant des effectifs les plus nombreux, utilisant des échelles de mesure et ayant mené des analyses statistiques plus poussées) tendent à montrer des impacts personnels plus contenus ou modérés pour la majorité des participants. Seule une minorité de professionnels atteignent un niveau d'intensité de réaction de stress plus élevé, mais en dessous du seuil clinique (Henry & al., 2003 ; Castelli Dransart & al., 2007). Les études semblent donc montrer qu'au niveau de l'impact personnel, les professionnels expérimentent surtout des réactions de stress aigu qui restent néanmoins, pour la plupart des cas, en dessous généralement du seuil clinique. Dans leur étude Henry et al. (2004) arrivent à la conclusion que les manifestations de deuil à la suite du suicide d'un patient/client sont limitées (score faible sur le Grief experience questionnaire).

La sphère professionnelle est également touchée par le suicide d'un patient/client (Alexander, Klein, Gray, Dewar & Eagles, 2000 ; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney & Torigoe, 1988a, 1988b; Dewar & al., 2000 ; Hendin & al., 2000 ; Horn, 1995). La perte par suicide d'un patient/client peut s'avérer difficile à affronter pour l'intervenant dans la mesure où cette perte est, en général, en contradiction manifeste avec le projet de prise en charge (Pommereau, Delorme, Bonnemaison & Bouthier, 1994 ; Vedrinne, Sorel & Weber, 2000). Le suicide peut donc être vécu comme une atteinte préjudiciable à l'image et à l'identité professionnelle; il peut également influencer sur la qualité de l'intervention future. Certains professionnels douteront même de leurs actes et du type de suivi ou soutien qu'ils ont offert à la personne décédée (Fidelle, Colas-Benayoun & Seyeux-Bertin, 2004). Cela peut aller jusqu'à remettre en question leurs compétences relationnelles et professionnelles (Hendin & al., 2004, Collins, 2003). Des craintes d'être jugés par les collègues, l'institution et l'entourage de la personne suicidée ne sont pas rares.

Les pratiques professionnelles sont souvent infléchies à la suite d'un suicide (Alexander & al., 2000) : des pratiques d'accompagnement plus prudentes, comme par exemple l'augmentation des hospitalisations préventives ou l'adoption d'une approche plus structurée (Pillkinton & Etkin, 2003 ; Castelli Dransart & al., 2007), sont adoptées ; une anxiété amplifiée à travailler avec des personnes suicidaires (Castelli Dransart & al., 2007), une conscience accrue du risque suicidaire (Chemtob & al., 1988a ; Castelli Dransart & al., 2007) et une consultation plus fréquente des collègues (Mc Adams & Foster, 2000 ; Grad, Zavasnik & Groleger, 1997 ; Castelli Dransart & al., 2007) sont également parmi les conséquences les plus habituelles. Une plus grande attention aux implications légales (McAdams & Foster, 2000) est également évoquée.

Le suicide d'un patient/client a souvent des conséquences également sur l'institution, susceptible d'être mise en cause par les autres patients, par l'entourage de la personne décédée et parfois même par les professionnels y œuvrant. Des tensions au sein des équipes peuvent surgir, résultat de non-dits, d'un climat de crainte, voire de blâme ou rivalité (Courtenay & Stephens, 2001 ; Joyce & Wallbridge, 2003). Alors même qu'ils sont également touchés par l'événement, les professionnels doivent faire face aux réactions et aux interpellations des autres patients, de la hiérarchie, voire de la famille de la personne décédée (Courtenay & Stephens, 2001 ; Vogel, Wolfersdorf & Wurst, 2001). Dans le pire des cas, ils font l'objet d'enquêtes, voire de plaintes pénales.

Les conflits au sein des équipes, la rotation du personnel ainsi que le fait de ne pas tirer parti des conséquences des expériences au sein de l'organisation figurent parmi les conséquences les plus courantes au niveau institutionnel.. Ceci

peut affecter la capacité des professionnels à travailler ensemble et avec les autres patients/clients (Courtenay & Stephens, 2001 ; Michel, 1997) ainsi que biaiser le travail avec les patients/clients suicidaires. Très peu de données consolidées existent sur les conséquences au niveau institutionnel.

De même, dans la littérature, seules quelques données existent sur les sources et les types de soutien auxquels les professionnels ont eu accès et/ou ont pu mobiliser lors du suicide d'un patient/client. Le soutien a été peu étudié en tant que variable. Le plus souvent, il apparaît dans les recommandations conclusives des études. Toutefois, deux études, (Henry & al., 2004 ; Castelli Dransart & al., 2007) qui font état d'un impact émotionnel contenu, relèvent que les professionnels affirment avoir reçu, pour la plupart, suffisamment de soutien.

Les évaluations des mesures de soutien ou d'accompagnement ainsi que des effets de la mise en place de dispositifs de postvention ou de l'utilisation de protocoles d'intervention dans les milieux professionnels sont pratiquement inexistantes. La formulation des recommandations inhérentes aux pratiques de soutien à l'intention des professionnels ne peut donc pas s'appuyer sur des résultats et données consolidés. Dès lors, elle s'appuiera sur les prédicteurs qui sont ressortis le plus souvent des études menées et sur les recommandations faisant l'objet d'un large consensus au sein de la communauté scientifique et clinique en matière de postvention. Celle-ci vise à réduire, à court et à long terme, les effets négatifs d'une mort par suicide par le soutien et l'accompagnement des personnes touchées à différents titres par cet événement. Elle englobe « les politiques, les ressources, la formation du personnel, l'évaluation et le suivi » (Gravel, 1999). En outre, la postvention contribue à la prévention du suicide, en contenant les effets d'imitation et les conséquences perturbatrices du suicide à long terme.

Les pratiques de soutien à proposer dans les suites immédiates à l'intention des personnels impliqués seront prioritairement celles de nature à permettre la gestion de cet événement au niveau institutionnel (gestion d'un événement critique) ainsi que les pratiques susceptibles de contenir le stress aigu et de prévenir le développement du stress post-traumatique pour ce qui concerne le niveau individuel.

Au niveau institutionnel, une régulation de l'événement et de ses conséquences est nécessaire. L'institution doit pouvoir garder son rôle structurant, aussi bien vis-à-vis des professionnels que des autres patients ou de la famille de la victime. Ceci permettrait l'apprentissage et l'intégration constructive de cet événement au niveau institutionnel et des pratiques professionnelles. Il est dès lors nécessaire que des directives précises existent et soient appliquées en matière de communication et de mobilisation de ressources disponibles. Un tel dispositif devra également préciser les finalités et les logiques d'intervention (par exemple, prévenir les effets d'imitation), les responsabilités et les champs de compétences des différents acteurs dans le temps (qui est responsable de l'analyse de la situation et de l'éventuelle activation de mesures), les types de démarches et d'interventions envisageables ou prévues, les ressources mobilisables (humaines et logistiques), les groupes de personnes concernées (en tant que pourvoyeuses de soutien ou bénéficiaires de soutien aussi bien au sein de l'institution qu'à l'externe), les procédures formelles et administratives à mettre en œuvre (procédures qualité, annonce de l'incident critique aux autorités et aux assurances), les modalités de gestion de l'information (par qui, à l'intention de qui, quand, comment, par quelle voie) au sein de l'institution et à l'externe, avec les autorités, les professionnels, les autres patients, la famille de la personne suicidée, les médias (Castelli Dransart, 2009). Le dispositif représente pour l'institution un système de gestion et un cadre structurant susceptible d'orienter la réflexion et l'action et de contenir les réactions émotionnelles ou de stress des personnels et des patients/clients et les éventuels effets d'imitation. Il doit être mobilisé et utilisé à bon escient et de manière flexible et être adapté aux caractéristiques de la situation. Chaque situation demande en effet une analyse préalable des circonstances et une évaluation ponctuelle des conséquences du suicide, et cela avant que des démarches ne soient entreprises ou que des mesures ne soient prises (Séguin & Roy, 2005). Les mesures ne seront pas les mêmes si le suicide a eu lieu ou non au sein de l'institution ou si elles sont mises en œuvre dans les suites immédiates du suicide ou les jours, voire les semaines suivants. Pour ce qui est des suites immédiates, la sécurisation du lieu du suicide (en cas de suicide au sein de l'institution), l'information claire et pertinente ainsi qu'une première intervention « bas seuil » (communication institutionnelle) à l'intention des équipes soignantes impliquées, de la famille et des autres patients sont les priorités. Une attitude positive et soutenante de la part des instances de management envers les professionnels permet une analyse de la situation et la mise en place de mesures pertinentes plus rapidement.

Au niveau des mesures de soutien pour les individus et les équipes professionnelles, les offres de soutien devraient être différenciées et modulables en fonction de l'impact du suicide et des réactions constatées, des contextes institutionnels,

ou des caractéristiques propres aux catégories de professionnels touchés (Alexander & al., 2000 ; Collins, 2003 ; Grad & al., 1997). La littérature fait état de plusieurs types d'offre de soutien : le partage d'expérience avec des collègues, les discussions d'équipes autour du décès, l'analyse de cas, la supervision ou l'intervision, l'échange avec des pairs survivants, l'autopsie psychologique et le débriefing sont généralement considérés comme aidants et pertinents par les participants (Alexander & al., 2000 ; Biermann, 2003 ; Campbell & Fahy, 2002, Castelli Dransart & al., 2007 ; Sudak, 2007, Chemtob & al., 1988a), pour autant que ces démarches soient entreprises dans un esprit constructif et non pas dans un climat de blâme (Alexander & al., 2000) ou de désignation de boucs émissaires. Ces démarches permettent la ventilation émotionnelle et le recadrage cognitif, moyennant un cadre clair et structurant, et sont donc susceptibles de réduire les états de stress. A moyen terme, elles favoriseraient la qualité des soins et de la prise en charge (VanLith, 1996) puisqu'elles encouragent la réflexivité sur les pratiques professionnelles et sur l'organisation des soins ou de la prise en charge. Il est important toutefois de garder à l'esprit que la majorité des professionnels, bien que bouleversés par le suicide d'un patient/client, ne présente que des symptômes de stress aigu en dessous du seuil clinique, semble pouvoir faire face et s'adapter de manière constructive à cet événement (Henry & al., 2004 ; Castelli Dransart & al., 2007) et ne nécessite donc pas d'un soutien conséquent ou thérapeutique. L'opportunité d'offrir des séances de débriefing selon une forme classique ou modifiée aux professionnels et aux autres patients/clients sera évaluée en fonction de la situation concrète (suicide au sein ou non de l'institution, scène suicidaire publique), de la temporalité de l'offre, des personnels touchés et de leur implication dans la scène du suicide ou dans la prise en charge de la personne suicidée, ainsi que de la nature et de l'intensité des réactions. Des auteurs (Bisson in Wright, Borrill, Teers & Cassidy, 2006) en effet conseillent la prudence, un débriefing en « arrosoir » pouvant augmenter les sentiments de stress et d'angoisse des personnes qui ont été moyennement ou peu affectées par le suicide.

Une attention accrue sera donnée aux sous-groupes de professionnels susceptibles de présenter des réactions plus intenses : à savoir ceux ayant entretenu une relation étroite avec la personne décédée, les professionnels les plus jeunes ou les moins expérimentés ainsi que ceux ayant été confrontés pour la première fois à un décès par suicide. Les personnes ayant été présentes sur la scène du suicide devraient également être soutenues de manière particulière. Des résultats montrent en effet que l'intensité de l'impact du suicide est liée aussi bien à l'intensité qu'à la variété du soutien obtenu (Castelli Dransart & al., 2007).

Une gestion constructive de la communication aussi bien au sein de l'équipe qu'entre l'équipe et la famille ou les autres patients/clients semble indispensable dès les premières heures suivant le suicide et est de nature à réduire le sentiment d'insécurité, d'angoisse et de colère. Les contacts et la communication ouverte avec l'entourage de la personne décédée peuvent également se révéler aidants (Howard 2000), tout comme le fait d'assister aux funérailles (Kaye & Soreff, 1991). Les familles survivantes se sentent souvent désemparées et ont besoin d'explications claires sur le déroulement du suicide. Aussi, il serait souhaitable de contacter dès que possible la famille de la personne suicidée et d'aborder ouvertement le décès par suicide (Kaye & Soreff, 1991). La rencontre avec la famille est susceptible également de favoriser l'élaboration de l'événement par les professionnels (Terra, 2003).

A moyen et long terme, il est important également de former les professionnels oeuvrant en santé mentale ou dans le social au risque de suicide (Chemtob & al., 1989; Hawton & Simkin, 2003 ; Castelli Dransart & al., 2007), risque inhérent à leur travail auprès de populations souffrant de troubles psychiatriques ou en situation de rupture sociale. En particulier, la formation de base des professionnels devrait pouvoir les sensibiliser et les outiller à l'éventualité d'un suicide, ce qui est encore trop rarement le cas à présent (Henry & al., 2003, Dewar & al., 2000, Ellis & Dickey, 1998). L'expérience montre que cet événement, bien que bouleversant et éprouvant pour les équipes soignantes, peut également représenter une opportunité d'évolution et d'apprentissage (Goode, 2001). Des professionnels outillés et conscients des risques, vigilants face aux comportements suicidaires et à leurs conséquences sont le meilleur gage d'une prévention et d'une postvention efficaces.

En résumé

Le suicide d'un patient /client est susceptible de provoquer des conséquences à différents niveaux (institutionnel, personnel et au niveau des pratiques professionnelles). Les réactions peuvent être variées (stress aigu, stress post-traumatique, dysfonctionnement ou situation de crise au niveau institutionnel, etc). Afin de permettre l'apprentissage et l'intégration constructive de cet événement à moyen et à long terme, il est nécessaire de prévoir une régulation

institutionnelle et d'offrir aux professionnels des mesures de soutien tenant compte des différents types de réaction et de leur intensité, de la temporalité de l'offre et des différents groupes à risque. Dans les suites immédiates, priorité sera donnée à la gestion de l'information et de la communication, à l'identification et au soutien lors de manifestations de stress aigu ainsi qu'à la mise à disposition d'espaces de ventilation émotionnelle et de recadrage cognitif.

Références bibliographiques

- Alexander, D., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G., & Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Andriessen, K., Beautrais, A., Grad, O.T., Brockmann, E., & Simkin, S. (2007). Current understandings of suicide survivor issues : research, practice, and plans. *Crisis*, 28(4), 211-213.
- Biermann, B. (2003). When depression becomes terminal: the impact of patient suicide during residency. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(3), 443-457.
- Billow, C.J. (1987). A multiple Family Support Group for Survivors of Suicide. In E.J. Dunne, J.L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim (Eds), *Suicide and its aftermath: Understanding and Counselling the Survivors* (pp. 208-214). New-York: W.W. Norton.
- Campbell, C., & Fahy, T. (2002). The role of the doctor when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 26, 44-49.
- Castelli Dransart, D.A. (2003). *Vivre après? Reconstructions identitaires de proches de personnes décédées par suicide*. Université de Fribourg : Fribourg.
- Castelli Dransart, D.A. (2009). Face au suicide d'un patient. *Santé mentale*, 134, 68-72.
- Castelli Dransart, D.A., Kaufmann Didisheim, N., Gulfi, A., & Gutjahr, E. (2007). Conséquences du suicide d'un client sur les professionnels de l'action socio-sanitaire. Impact individuel, répercussions sur les pratiques professionnelles et modalités de gestion. Rapport final. Etude financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique.
- Castelli Dransart, D.A., & Séguin, M. (2008). Besoins des personnes confrontées à un suicide et modalités de soutien disponibles : quelles interfaces ? *Perspectives psychiatriques*, 47(4), 365-374.
- Cerel, J., & Campbell, F.R. (2008) : Suicide survivors seeking mental health services : a preliminary examination of the role of an Active postvention Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 30-34.
- Chemtob, C. M., Bauer, G., Hamada, R. S., Pelowski, S. R., & Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide: occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 294-300.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988a). Patients' suicide: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 224-228.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988b). Patient suicide: frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(4), 416-420.
- Christensen, A., & Jacobsen, N. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of non-professional therapies. *Psychological Science*, 1-7.
- Collins, J. M. (2003). Impact of patient suicide on clinicians. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9, 159-162.

- Courtenay, K. P., & Stephens, J. P. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25, 51-52.
- De Groot, M.H., De Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death. *Suicide and life threatening behavior*, 36, 418-431.
- Dewar, I., Eagles, J., Klein, S., Grey, N., & Alexander, D. (2000). Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin*, 24, 20-23.
- Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors 'needs for support after suicide. *Death Stud*, 26(8), 647-668.
- Ellis, T.E., & Dickey, T.O. (1998). Procedures surrounding the suicide of a trainee's patient: a national survey of psychology internship and psychiatry residency programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 492-497.
- Feigelman, B., & Feigelman, W. (2008). Surviving after suicide loss: the healing potential of suicide survivor support groups. *Illness, Crisis & Loss*, 16(4), 285-304.
- Feldman, B. N., & Freedenthal, S. (2006). Social work education in suicide intervention and prevention: An unmet need? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 467-480.
- Fidelle, G., Colas-Benayoun, M.-D., & Seyeux-Bertin, A.-L. (2004). «Je cherche à comprendre». Le psychothérapeute face au suicide d'un patient. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, VII(76), 37-40.
- Fouet, Th. (2008). *Bilan intermédiaire de l'action « Proposition d'entretiens de soutien psychologique aux personnes endeuillées par suicide »*. Coordination départementale, prévention du suicide et promotion de la santé mentale des Deux-Sèvres.
- Goode, E. (2001). Patient suicide brings therapists lasting pain [Electronic Version]. *New York Times*. Retrieved January 18 2001.
- Grad, O., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 27(4), 379-386.
- Gravel, C. (1999). *Programme de postvention en milieu scolaire. Intervenir à la suite d'un suicide*. Centre de prévention du suicide 02. Chicoutimi.
- Grunberg, F., Lesage, A.D., Boyer, R., Vanier, C., Morissette, R., Ménard Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : psychopathologie et utilisation des services médicaux. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 25-40.
- Hall, B.L., Epp, H., L. (2001). Can Professionals and Nonprofessionals Work Together Following a Suicide? *Crisis*, 22(2), 74-78.
- Halligan, P., & Corcoran, P. (2001). The impact of patient suicide on rural general practitioners. *Br J. Gen. Pract.*, 51, 295-296.
- Hawton, K., & Simkin, S. (2003). Helping people bereaved by suicide: their needs may require special attention. *British Medical Journal*, 327, 177-178.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1442-1446.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J.T., Haas, A.P., & Wyncoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicide.

American Journal of Psychiatry, 157(12), 2022-2027.

- Henry, M., Séguin, M., & Drouin, M.-S. (2003). L'impact du décès par suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 227-242.
- Henry, M., Séguin, M., & Drouin, M.-S. (2004). Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 241-257.
- Hopmeyer, E., & Werk, A. (1994). A comparative study of family bereavement groups. *Death Studies*, 18(3), 243-256.
- Horn, P. J. (1995). *Therapists' psychological adaptation to client suicidal behavior*. Loyola University, Chicago.
- Howard, E. L. (2000). Incidence and impact of client suicide on health service providers in psychology. *Dissertation Abstracts International*, 61B(9), 4986.
- Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and reactions to fatal and non fatal client suicidal behavior: a national study of mental health social workers. *Omega*, 49(3), 237-248.
- Joyce, B., & Wallbridge, H. (2003). Effects of suicidal behavior on a psychiatric unit nursing team. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(3), 14-23.
- Kaye, N. S., & Soreff, S. M. (1991). The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *American Journal of Psychiatry*, 148(6), 739-743.
- Knüsel, R., Castelli Dransart, D. A., & D'Alessandri, S. (2000). *Rapport final d'évaluation de la première phase de la campagne CARITAS-CAPS*. Chavannes et Fribourg.
- Lindqvist, P., Johansson, L., & Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: a qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8(26), 7p.
- Marris, P. (1968). *Widows and their families*. London : Rout ledge.
- McAdams, C. R., & Foster, V. A. (2000). Client suicide: its frequency and impact on counsellors. *Journal of Mental Health Counselling*, 22(2), 107-121.
- Michel, K. (1997). After suicide: who counsels the therapist? *Crisis*, 18(3), 128-130.
- Moore, M. M., & Freeman, S.J. (1995). Counselling survivors of suicide: implications for group postvention. *The Journal for Specialists in Group Work*, 20(1), 40-47.
- Myers, M. F., & Fine, C. (2007). Touched by suicide: bridging the perspectives of survivors and clinicians. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 119-126.
- Obadia, J., Costisella, O., Bouquillon, J., Khal Laayoun, Y., Soen, M., Dodin, V., & Henniaux, M. (2004). Après un suicide dans une famille, pour une approche systémique. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 8(76), 49-50.
- Petty, M.S. (2000). SOS and the retelling of suicide. *Health*, 4(3), 288-308.
- Pfeffer, C.R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., & Metsch, M. (2002) . Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 505-513.
- Pieters, G., Gucht, V.D., Joos, G., & Heyn, E.D. (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European Psychiatry*, 18, 345-349.
- Pilkinton, P., & Etkin, M. (2003). Encountering suicide: the experience of psychiatric residents. *Academic Psychiatry*,

27(2), 93-99.

- Ping, Q. & Merete, N. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 113-121.
- Pommereau, X., Delorme, M., Bonnemaïson, B., & Bouthier, C. (1994). L'impact du suicide sur l'aidant. *Santé mentale au Québec*, XIX(2), 83-104.
- Reeves, G. (2003). Terminal mental illness: resident experience of patient suicide. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(3), 429-441.
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R. M., Dickens, S., & Sousa, G. (2004). Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *Academic Psychiatry*, 28(2), 104-110.
- Saarinen P. I., Hintikka, J., Lehtonen, J., Lönnqvist, J.K., & Viinamäki, H. (2002): Mental health and social isolation among survivors ten years after a suicide in the family : a case control study. *Archives of Suicide Research*, 6, 221-226.
- Sakinofsky, I. (2007). The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 52, supplement 1, 129-136.
- Séguin, M. & Roy, F. (2005). *Intervenir à la suite d'un suicide*. Les Editions Logiques, Québec.
- Séguin, M., Vinet-Bonin, A., & Sénécal, I. (2004). Evaluation de quatre programmes de soutien de deuil auprès des personnes endeuillées suite à un suicide. *Psychologie médicale*, 76, 17-24.
- Sudak, H. (2007). Encountering patient suicide: the role of survivors. *Acad Psychiatry*, 31, 333-335.
- Sveen, C.A. & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors 'mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (1), 13-29.
- Terra, J-L. (2003). *Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission, Ministère de la justice, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Valente, S.M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 614-621.
- Vanlith, C.D. (1996). *Psychotherapists as Patient Suicide Survivors: A Review of the Literature on Psychiatrists and Psychologists, Including Those in Training*. A doctoral research paper presented to the Faculty of the Rosemead School of psychology. University : Biola.
- Vedrinne, J., Sorel, P., & Weber, D. (2000). Impact du suicide sur l'entourage et les soignants. In T. Lemperière (Ed.), *Dépression et suicide* (pp. 191-206). Paris: Acanthe/Masson.
- Vogel, R., Wolfersdorf, M., & Wurst, F.-M. (2001). Umgang mit dem Patientensuizid in therapeutischen Teams psychiatrischer Kliniken. *Psychiatrische Praxis*, 28, 323-325.
- Wagner, K.G., & Calhoun, L.G. (1991). Perceptions of social support by suicide survivors and their social networks. *Omega*, 24, 61-73.
- Winter, S., Brockmann, E., & Hegerl, U. (2005). Die Situation hinterbliebener nach Suizid. *Verhaltenstherapie*, 15, 47-53.

Wright, L., Borrill, J., Teers, R., & Cassidy, T. (2006). The mental health consequences of dealing with self-inflicted death in custody. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 165-180.