

# ÊTRE PRÊT À AGIR À LA SUITE D'UN SUICIDE

## PROGRAMME DE POSTVENTION

**AUTEURES**  
MONIQUE SÉGUIN  
FRANÇOISE ROY  
TANIA BOILAR



Association québécoise  
de prévention du suicide

**UQO**

**FRANÇOISE  
ROY**



Soutien financier du

**Secrétariat  
à la jeunesse**

**Québec** 

# PROGRAMME DE POSTVENTION

# ÊTRE PRÊT À AGIR À LA SUITE D'UN SUICIDE

## AUTEURES

MONIQUE SÉGUIN

FRANÇOISE ROY

TANIA BOILAR

## Auteures du programme

### Monique Séguin

Université du Québec en Outaouais  
Groupe McGill d'études sur le suicide  
Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés

### Françoise Roy

Consultante en prévention du suicide et développement de compétences  
Chargée de cours, Université du Québec en Outaouais

### Tania Boilar

Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec  
Directrice générale, JEVl Centre de prévention du suicide – Estrie

## Coordonnatrices du projet

### Marie-Claude Laflamme-Avoine

Chargée de projets à la formation, Association québécoise de prévention du suicide  
(jusqu'en mars 2018)

### Kim Basque

Coordonnatrice de la formation, Association québécoise de prévention du suicide

## Révision linguistique

### Blabla rédaction

## Comment citer ce document

Séguin, M., Roy, F. et Boilar, T. (2020). *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Québec, Association québécoise de prévention du suicide.

Dans ce document, le masculin englobe tous les genres et est utilisé pour alléger le texte.

Une version anglaise de ce document est disponible.

## Édition

Association québécoise de prévention du suicide  
1135, Grande Allée Ouest, bureau 230  
Québec (Québec) G1S 1E7  
Canada

Dépôt légal : 2020

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN : 978-2-922710-49-6





## MESSAGE DU PREMIER MINISTRE

Si *La vie est belle*, selon Roberto Benigni, elle est parfois *Si fragile*, d'après Luc De Larochellière. Malgré une tendance à la baisse, dans les dernières années, le suicide demeure une réalité préoccupante. C'est pourquoi il faut prendre soin de nos jeunes et les encourager à adopter de saines habitudes de vie le plus tôt possible. C'est l'une des orientations que présente le Secrétariat à la jeunesse dans sa Politique québécoise de la jeunesse 2030, *Ensemble pour les générations présentes et futures*. Nous nous donnons ainsi les moyens de contribuer au bien-être physique et psychologique des jeunes, en misant sur la prévention et l'intervention.

Les communautés, les familles et les amis sont mis à rude épreuve devant ce geste irréparable. Le risque que d'autres suicides se produisent est réel. Pour contrer ce phénomène de contagion, il nous faut prendre les mesures nécessaires afin de diminuer les conséquences des réactions de stress, de crise et de deuil.

De là est née l'idée de créer, en partenariat avec l'Association québécoise de prévention du suicide, mesdames Monique Séguin et Françoise Roy de même que le Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec, le *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Nous croyons que des interventions rapides, adaptées et durables permettront de minimiser les répercussions de ce drame sur l'entourage de la personne décédée, de prévenir les problèmes de santé mentale chez les jeunes et d'éviter que la situation se répète.

Je suis fier de dire que ce programme de postvention suscite déjà l'intérêt d'autres pays francophones. Cela témoigne de la qualité des orientations, de la crédibilité des partenaires interpellés et de la rigueur avec laquelle les travaux se sont déroulés. Je suis persuadé que ce programme aura les effets positifs escomptés. Je veux remercier tous ceux et celles qui ont contribué à la conception d'une stratégie à la fois efficace et humaine.

Notre jeunesse, je l'admire, je l'ai à cœur et j'en suis fier. Je me réjouis de savoir que vous travaillez avec nous pour veiller à son mieux-être.

  
François Legault

# COLLABORATEURS

Les orientations de ce programme s'appuient sur des travaux préalables effectués entre 2017 et 2019. Merci aux personnes suivantes pour leur collaboration dans ce projet :

## **Auteurs de la revue de la littérature**

*Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature*

Caroline Nicolas

Charles-Edouard Notredame

Monique Séguin

## **Auteurs de l'analyse des groupes de discussion**

*Rapport synthèse des groupes de discussion organisés dans le cadre du développement du programme de postvention en milieux jeunesse*

Françoise Roy

Marie-Claude Laflamme-Avoine

## **En collaboration avec :**

Kim Basque

Daniel Beaulieu

## **Auteurs du portrait de services**

*Portrait de services offerts en matière de postvention par les CPS du Québec*

Renée-Claude Laroche

Sylvie Potvin

Éric Arseneault

Marie-Pier Coulombe

Andrée Verreault

Claudie Lessard

Isabelle Deschênes

## **Auteurs du consensus d'experts Delphi**

*Consensus sur les actions de postvention : utilisation de la méthode DELPHI*

Maxime Vachon

Caroline Nicolas

Monique Séguin

# COLLABORATEURS (SUITE)

## Membres du comité avisé

Sophie Bernard, Institut national d'excellence en santé et services sociaux

Dominique Comtois, Commission scolaire de Montréal

Lorraine Fournier, Secrétariat à la jeunesse

Alexandre Gagné, Secrétariat à la jeunesse

Jérôme Gaudreault, Association québécoise de prévention du suicide

Suzanne Gérin-Lajoie, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie

Danyelle Latreille, Équipe spécialisée en prévention du suicide de la Direction de santé publique, CISSS de Laval

Danielle Malkassoff, Services aux étudiants du Cégep de Saint-Laurent et Réseau intercollégial des intervenants psychosociaux

Matilde Matkovic, Secrétariat à la jeunesse

Véronique Paradis, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Sandrine Vanhoutte, Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond

## Participants aux groupes de discussion

Philippe Angers, Suicide Action Montréal

Éric Arseneault, Centre de prévention du suicide de Québec

Lise Arseneault, Centre jeunesse Gaspésie–Les Îles

Andréanne Aubert, Commission scolaire des Hautes-Rivières

Annick Audet, Centre de prévention du suicide de Charlevoix

Mario Beaulieu, Cégep de Sainte-Foy

Julie Bédard, Centre jeunesse Chaudière-Appalaches

Marie-Claude Bédard, Université Laval

Isabelle Bélanger, Suicide Action Montréal

David Bélisle, Centre jeunesse de l'Estrie

Jean Bissonnette, Centre jeunesse du CISSS de Lanaudière

Nadia Bolduc, Centre jeunesse de l'Outaouais

Dominique Comtois, Commission scolaire de Montréal

Marie-Pier Coulombe, Centre de prévention du suicide Accalmie

Christian Couture, École de la Courville

Nathalie Couture, Centre jeunesse de la Montérégie

Jocelyn Deblois, CISSS de Chaudière-Appalaches

Sonya Denis, Commission scolaire des Hautes-Rivières

Geneviève Dufour, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Mélanie Dumont, Centre prévention suicide du KRTB

Catherine Francoeur, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Suzanne Gérin-Lajoie, CISSS de la Gaspésie

Josée Juneau, Commission scolaire De La Jonquière

Pascale Mercier, Commission scolaire des Premières-Seigneuries

Elizabeth Pacheco, Centre jeunesse de l'Outaouais

Lucie Pelchat, Association québécoise de prévention du suicide

Sophie Pelletier, Commission scolaire des Premières-Seigneuries

André Perreault, Collège d'Alma

Marc Plourde, Commission scolaire De La Jonquière

Johanne Quessy, Centre de réadaptation du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Marie-Claude Séguin, Centre jeunesse des Laurentides

Marie-Julie Sirard, Centre jeunesse de Laval

Laurent Sirois, Centre prévention suicide Faubourg

Annie Therrien, Centre de prévention du suicide Accalmie

Nadine Tremblay, École de la Courville

# COLLABORATEURS (SUITE)

## Participants au consensus d'experts Delphi

Mélina Andronicos, Université de Lausanne (Suisse)  
Philippe Angers, Suicide Action Montréal  
Annick Audet, Centre de prévention du suicide de Charlevoix  
Marie-Claude Bédard, Université Laval  
Isabelle Bélanger, Suicide Action Montréal  
Sophie Berjot, Université de Reims Champagne-Ardenne (France)  
Marie-Ève Bernier, JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie  
Linda Clouâtre, Centre de prévention du suicide du Témiscamingue  
Philippe Colombat, Centre hospitalier régional universitaire de Tours (France)  
Mélanie Côté, Centre de prévention du suicide Côte-Nord

Jocelyn Deblois, CISSS de Chaudière-Appalaches  
Pascale Desrumaux, Université de Lille (France)  
Sébastien Doyon, JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie  
Mélanie Dumont, Centre prévention suicide du KRTB  
Amélie Gauthier, Centre prévention suicide Faubourg  
Suzanne Gérin-Lajoie, CISSS de la Gaspésie  
Sylvie Mayer, Centre de prévention du suicide Le Tournant  
Éveline Laurin, Centre de prévention du suicide de Lanaudière  
Florence Ringlet, Un pass dans l'impasse (Belgique)  
Martine Roch, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue  
Annie Therrien, Centre de prévention du suicide Accalmie

## Participants à l'évaluation stratégique

Merci aux personnes qui ont accepté de répondre à l'évaluation stratégique de façon anonyme. Votre contribution a été précieuse pour l'amélioration du programme.

## Participants aux discussions sur le déploiement

Commission scolaire de Montréal  
Centre de prévention du suicide de Québec  
Danyelle Latreille

Équipe spécialisée en prévention du suicide de la Direction de santé publique, CISSS de Laval  
JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie  
Université du Québec à Trois-Rivières

## Remerciements

Un merci particulier aux organisations qui ont permis au comité de consulter le matériel qu'elles ont élaboré depuis 2004.

Cégep de Chicoutimi  
Cégep de Saint-Laurent  
Cégep de Sainte-Foy  
Cégep de Trois-Rivières  
CISSS de Chaudière-Appalaches  
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec  
Commission scolaire des Premières-Seigneuries  
Centre de prévention du suicide Côte-Nord  
Centre prévention suicide Faubourg  
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska  
Centre de prévention du suicide de Lanaudière  
Centre de prévention du suicide Le Tournant  
Centre de prévention du suicide de Québec

Centre de prévention du suicide de Rouyn-Noranda  
Direction régionale de santé publique de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine  
Commission scolaire des Hautes-Rivières  
École de la Courvilloise  
École secondaire Marguerite-Bourgeois  
École secondaire Paul-Germain-Ostiguy  
École Joséphine-Dandurand  
JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie  
Ressource régionale suicide du CISSS de Laval  
Suicide Action Montréal  
Université Laval

Merci également à Louis-Philippe Côté pour sa collaboration au développement de l'outil *Orientations concernant les médias sociaux*.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Comment utiliser ce programme</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Les impacts d'un suicide</b> .....	<b>5</b>
1.1 Les impacts sur le milieu .....	8
1.2 Les impacts sur les individus .....	8
1.3 L'effet d'entraînement possible : à la jonction des impacts sur le milieu et sur les individus .....	9
<b>2. La structure du programme</b> .....	<b>11</b>
2.1 Des interventions adaptées aux groupes spécifiques .....	13
2.2 Quatre phases séquentielles : 10 mesures à déployer .....	15
2.3 Des mesures qui agissent à deux niveaux : celui du milieu et celui des individus .....	18
2.4 Les objectifs du programme .....	19
2.5 Les actions, tâches et outils reliés aux 10 mesures .....	20
<b>En résumé</b> .....	<b>31</b>
Différences entre les programmes 2004 et 2020 .....	32
<b>3. Outils reliés aux mesures du programme</b> .....	<b>35</b>
<b>Outils concernant la mesure 1 : Organisation du milieu</b> .....	<b>37</b>
1.A Résumé du programme et conditions gagnantes .....	38
1.B Liste des tâches pour les responsables de chaque mesure .....	40
1.C Qui fait quoi? – Le comité de postvention .....	42
<b>Outil concernant la mesure 2 : Urgence et protection</b> .....	<b>43</b>
2.A Exemple de message informatif pour le site Web ou les médias sociaux de l'établissement .....	44
<b>Outils concernant la mesure 3 : Analyse, gestion clinique et coordination de la postvention</b> .....	<b>45</b>
3.A Schéma des étapes de gestion clinique de l'événement .....	46
3.B Caractéristiques à considérer dans l'analyse de l'événement .....	47
3.C Grille d'analyse de l'événement .....	49
3.D Gestion des désaccords avec la famille endeuillée .....	54
3.E Quoi faire en cas de suicides multiples dans un milieu (effet d'entraînement) .....	55
<b>Outils concernant la mesure 4 : Communication et information</b> .....	<b>57</b>
4.A Guide d'annonce de l'événement .....	58
4.B Modèle de lettre aux parents (adaptation possible pour correspondre au milieu touché) .....	61
4.C Guide de gestion des médias .....	62
4.D Orientations concernant les médias sociaux .....	65

Outils concernant la mesure 5 : Commémorations .....	69
5.A Gestion des rituels funéraires ou des commémorations .....	70
5.B Idées de commémorations possibles .....	71
Outil concernant la mesure 6 : Soutien aux intervenants .....	73
6.A Soutien à apporter aux intervenants qui offraient un suivi à la personne décédée .....	74
Outils concernant la mesure 7 : Repérage et interventions ciblées .....	75
7.A Repérage et interventions ciblées : clientèle et interventions suggérées .....	76
7.B Raisons pour lesquelles le débriefing est déconseillé.....	80
7.C Fiche de suivi pour les interventions ciblées .....	82
Outils concernant la mesure 8 : Repérage et interventions sélectives .....	83
8.A Repérage et interventions sélectives : clientèle et interventions suggérées .....	84
8.B Fiche de suivi pour les interventions sélectives .....	89
Outil concernant la mesure 9 : Repérage et interventions universelles .....	91
9.A Repérage et interventions universelles : clientèle et activités suggérées.....	92
Outils concernant la mesure 10 : Bilan de la postvention .....	95
10.A Bilan de la postvention à la suite d'un suicide.....	96
10.B Bilan des activités de postvention réalisées dans l'année.....	99
<b>Références</b> .....	102

## Liste des figures

Figure 1 : Impacts du suicide sur le milieu et sur les individus .....	7
Figure 2 : Groupes spécifiques et niveaux d'intervention appropriés .....	14
Figure 3 : Dix mesures en quatre phases séquentielles .....	15
Figure 4 : Vue d'ensemble des mesures à déployer simultanément selon les phases et les niveaux d'action sur le milieu et les individus .....	18

# À QUI S'ADRESSE CE PROGRAMME

Ce programme s'adresse aux institutions et aux organismes qui offrent des services de postvention ou qui sont appelés à intervenir à la suite d'un suicide. Il est aussi destiné aux établissements ou administrateurs de milieux scolaires (secondaire, collégial, universitaire), de travail ou de vie (centre jeunesse, communauté, etc.) qui souhaitent se préparer, agir adéquatement et limiter les impacts d'un tel geste.

## COMMENT UTILISER CE PROGRAMME

Ce programme propose des mesures qui visent à contenir l'inquiétude du milieu et à favoriser un apaisement de la souffrance individuelle. Le lecteur y trouvera :

- un **aperçu** de la littérature sur les impacts d'un suicide;
- la description des **trois groupes spécifiques** auprès desquels des interventions sont proposées;
- **quatre phases séquentielles d'intervention** qui s'échelonnent au-delà de la période de choc créée par l'événement;
- **dix mesures** à mettre en place afin d'éviter l'effet d'entraînement et de favoriser un retour au fonctionnement habituel;
- **des actions** recommandées pour chacune de ces mesures;
- **des tâches préalables** et des outils permettant de soutenir les actions proposées.

Par son format, ce programme se veut facile à consulter, avec beaucoup de tableaux et de figures qui permettent une consultation rapide. Malgré cette présentation pratique, il est basé sur un solide cadre conceptuel théorique et clinique, une revue de littérature scientifique exhaustive (disponible au [aqps.info](#)) et une revue de littérature grise (documentation non publiée). Ce programme a également fait l'objet d'une évaluation de consensus Delphi (disponible au [aqps.info](#)) quant aux actions à inclure dans un programme de postvention.

Les 10 mesures sont présentées selon des phases séquentielles d'intervention, ce qui permet une organisation des actions. Toutefois, dans la mise en œuvre, plusieurs des mesures se déploient de manière concomitante ou se chevauchent.

Il est important de noter que les numéros des mesures (1 à 10) n'indiquent pas l'importance des mesures. Cette numérotation forme plutôt une structure visant à faciliter la compréhension des actions qu'il est possible de déployer.

# INTRODUCTION

La **postvention** correspond à l'ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée. Elle a pour objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité, de diminuer les risques d'effet d'entraînement (contagion), d'augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour au fonctionnement habituel pour le milieu touché (école, travail, milieu de vie, communauté, etc.).

Le *Programme de postvention : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide* (Séguin et coll., 2004), initialement destiné aux établissements scolaires du secondaire et du collégial, a été publié en 2004-2005. Depuis une quinzaine d'années, il est utilisé au Québec par les milieux touchés par un suicide et par les organisations offrant des services de postvention. À sa parution, ce programme représentait un changement de pratique important. Par le cadre d'analyse des situations qu'il proposait, il permettait de déterminer quelles interventions entreprendre, auprès de quelles personnes, à quel moment et pour quelle durée. Il offrait une diversification des approches d'intervention en fonction des réactions vécues par des sous-groupes de jeunes affectés par le suicide d'un pair (réactions de stress, de crise ou de deuil). En agissant

sur ces trois types de réactions, le programme visait à en diminuer les impacts et à prévenir l'effet d'entraînement. Les auteurs du programme souhaitaient également favoriser la mise en place d'interventions auprès des personnes endeuillées, des témoins et des personnes vulnérables et s'assurer que ces interventions se poursuivent au-delà de la période de stupeur créée par l'événement.

Depuis 2004, ce programme a été largement utilisé en milieu scolaire lors de suicides. Il a été considéré comme étant utile et aidant pour gérer les impacts d'un suicide, notamment grâce aux nombreux outils proposés. Bien que destiné au milieu scolaire et ciblant la problématique du suicide, le programme a été utilisé dans différents contextes (milieux de travail et d'hébergement, communauté) et pour différents types d'événements (fusillade, décès accidentel d'une personne du milieu, etc.).

Au fil des ans, les utilisateurs du programme de 2004 ont eu à s'adapter à de nouvelles réalités, notamment concernant l'utilisation des médias sociaux. Ils ont dû également ajuster les interventions à privilégier en fonction de l'avancement des connaissances en matière de pratiques recommandées ou, au contraire, à proscrire (comme le débriefing).

En 2020, il a semblé important de réexaminer le programme de postvention diffusé en 2004 afin de mieux y intégrer certains éléments de connaissance expérientielle et scientifique. **Les orientations du nouveau programme s'appuient sur l'information suivante** (les trois premiers documents mentionnés étant disponibles au [aqps.info](mailto:aqps.info)) :

- une revue rigoureuse de la littérature scientifique et de la littérature grise (documentation non publiée) sur la postvention et le phénomène de contagion (effet d'entraînement);
- un inventaire des actions de postvention et une stratégie de consensus d'experts (méthode Delphi), permettant de statuer sur la pertinence et le bien-fondé de chacune de ces actions;
- une analyse de besoins établie via des groupes de discussion avec des utilisateurs du programme de 2004 (intervenants internes ou externes des milieux touchés ou responsables d'implantation);
- une recension des services de postvention offerts par les centres de prévention du suicide au Québec et des outils ou programmes utilisés ou développés par ces derniers ou par le milieu scolaire.



Le présent programme de postvention prend ancrage dans la capacité du milieu à répondre aux difficultés survenant à la suite d'un suicide, afin de transmettre un sentiment de sécurité et de compétence face à la situation. Pensé d'abord pour les milieux jeunesse, il ne leur est pas spécifique. Il peut s'adapter à différents milieux : scolaires (secondaire, collégial, universitaire), de travail ou de vie (centre jeunesse ou communauté).

Ce programme d'intervention est multimodal puisqu'il se caractérise par le déploiement de plusieurs actions simultanées. Il propose une planification séquentielle d'interventions permettant d'agir sur les impacts du suicide et ayant une répercussion à la fois sur les individus et sur le milieu. **Il comporte les quatre phases suivantes :**

- **Préparation avant l'événement :** tout ce que l'on doit prévoir pour pouvoir agir rapidement et efficacement s'il survient un suicide;
- **Au moment de l'événement :** les interventions d'urgence si le suicide survient dans le milieu;
- **Après l'événement :** la mise en place rapide d'interventions ciblées qui visent à contenir la détresse individuelle, à transmettre un sentiment de sécurité dans le milieu et à offrir des actions précoces aux personnes directement touchées par le suicide (endeuillées ou témoins);
- **Suites à moyen et à long terme :** la mise en place d'interventions sélectives (visant à repérer le développement de complications chez les personnes qui cumulent plusieurs facteurs de risque) et universelles (visant à informer de l'existence des services d'aide et à en favoriser l'acceptabilité) ainsi que la réalisation d'activités permettant d'augmenter les connaissances en santé mentale (littératie). De telles actions renforceront le milieu et diminueront l'effet d'entraînement possible.

#### De plus, le programme :

- propose des interventions à géométrie variable permettant, en fonction du repérage, d'agir sur les difficultés immédiates et sur celles qui pourraient se développer à plus long terme et de manière chronique;
- vise à accroître la capacité du milieu de repérer les difficultés courantes en santé mentale et sa compétence à y répondre;
- met l'accent sur le repérage et l'intervention en matière de difficultés courantes de santé mentale. C'est la mise en place de l'ensemble de ces mesures et actions qui permettra de diminuer les risques d'imitation associés à l'effet d'entraînement à court, moyen et long terme.

Ce programme doit être intégré aux protocoles existants dans les milieux scolaires, de travail ou de vie susceptibles d'être touchés par un suicide. Le programme doit s'arrimer aux protocoles en situation d'urgence ainsi qu'aux protocoles d'entente avec la Sécurité publique ou avec les services de santé physique et de santé mentale existants.

Aucun programme ne peut établir, avec exactitude, les interventions à réaliser. Aucun ne peut déterminer, à l'avance, les moments auxquels les interventions devront se réaliser. C'est pourquoi les responsables de la mise en œuvre d'un programme de postvention devront avoir une connaissance du développement, au fil du temps, des difficultés en santé mentale dans leur milieu. Cette connaissance leur permettra de comprendre quels groupes spécifiques d'individus risquent de développer des vulnérabilités et à quels moments. Ils pourront ainsi mettre en place des interventions appropriées à moyen et à long terme. Bien qu'il soit difficile de maintenir dans le temps une attention soutenue au repérage des personnes directement touchées ou vulnérables, ces actions seront bénéfiques pour le bien-être et la santé globale du milieu.

Les équipes responsables des activités doivent se coordonner afin que les ressources nécessaires soient disponibles et s'adaptent selon le moment. Tenir compte des sensibilités des milieux pourra être important : par exemple, il faudra réfléchir en amont, aux aspects associés aux communications avec les médias et à la commémoration avant de choisir les activités à mettre en place.

Il sera nécessaire d'évaluer les interventions constamment et de les ajuster aux besoins du milieu. Ainsi, il est essentiel de faire l'analyse de l'événement de façon continue avant de déterminer les actions à mettre en place. Régulièrement, les personnes responsables devront faire des bilans (retours) et en partager les résultats en vue de coordonner les activités et d'assurer une flexibilité dans les types et les lieux d'intervention.

## LIMITES DU PROGRAMME

### Utilisation pour d'autres types d'événements critiques

Bien que certains éléments et principes pourraient être utiles et applicables pour d'autres types d'événements critiques, il est important de se rappeler que ce programme est avant tout développé pour des interventions de postvention à la suite d'un décès par suicide. S'il est utilisé dans d'autres contextes, il serait souhaitable de nuancer et d'ajuster certains contenus, sur le plan tant des concepts (compréhension du problème) que des pistes d'intervention suggérées.

### Tentative de suicide

Il n'est pas recommandé de faire de la postvention en situation de tentative de suicide. La tentative de suicide est un geste individuel qui demeure confidentiel. Ainsi, une divulgation publique ne respecterait pas les obligations de confidentialité des ordres professionnels. Si des membres du milieu sont touchés par la tentative de suicide d'un proche, il est recommandé d'identifier les personnes vulnérables et de leur offrir des interventions individuelles. Les actions suivantes peuvent toutefois être posées :

- aider la personne ayant fait une tentative à réintégrer son milieu et s'assurer qu'elle reçoit l'aide nécessaire;
- aider l'entourage à développer des interactions positives avec la personne lors de son retour dans le milieu.
- porter une attention aux personnes vulnérables ébranlées par la situation;

01

**LES  
IMPACTS  
D'UN  
SUICIDE**







# LES IMPACTS D'UN SUICIDE

Afin de choisir le type d'intervention à mettre en place, il importe de comprendre les impacts d'un suicide. Selon Nicolas, Notredame et Séguin (2017), ces impacts peuvent être d'ordre individuel ou macro-individuel (appartenant au milieu).

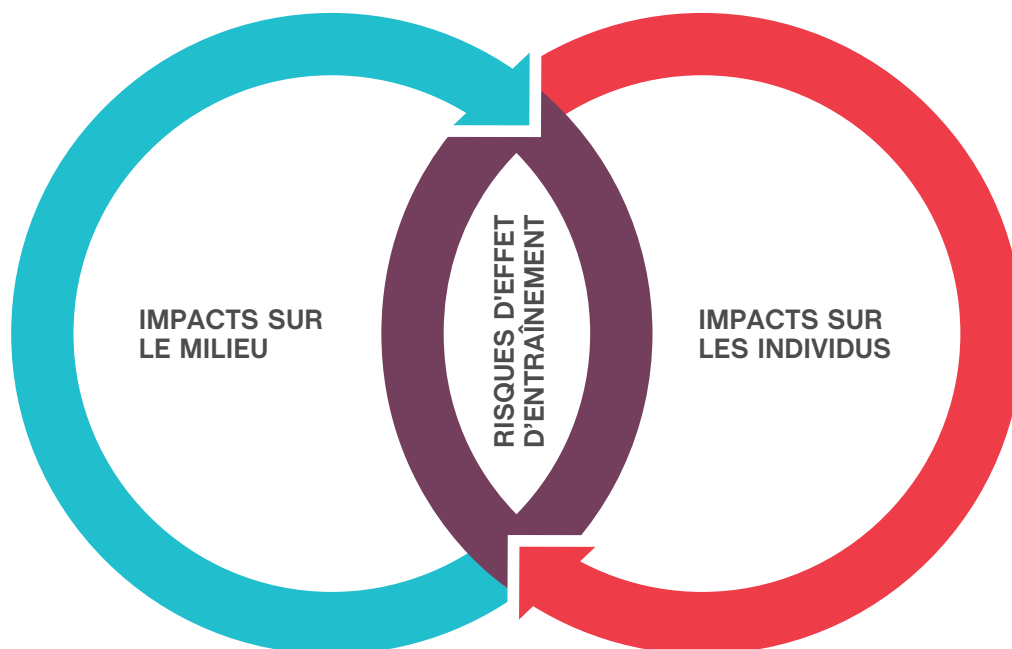
**De fait, les programmes de postvention comportent des visées d'intervention de deux types :**

- le premier type d'intervention consiste à concentrer l'attention sur la collectivité en tant qu'entité à part entière, afin d'aider l'établissement ou le milieu à retrouver un niveau de fonctionnement habituel;
- le deuxième consiste à centrer les interventions sur l'individu, en estimant que cela aura également des effets indirects préventifs sur le milieu. L'objectif principal est alors d'accompagner les personnes touchées en fonction de priorités d'intervention et de soutenir leur retour à l'équilibre émotionnel.

Ce programme de postvention se place également à la jonction des interventions axées sur le milieu touché et sur les individus, afin de minimiser les risques d'effet d'entraînement (effet Werther).

Figure 1

Impacts du suicide sur le milieu  
et sur les individus



## 1.1

### LES IMPACTS SUR LE MILIEU

Lorsqu'un milieu (école, milieu de travail, milieu de vie, communauté, etc.) est touché par un suicide, un état d'anxiété ou d'impuissance peut s'installer, ce qui augmente la probabilité d'une désorganisation structurelle subite et rapide. Il peut survenir une confusion organisationnelle créant une rupture avec le niveau de fonctionnement habituel (Hoffman et Bearman, 2015).

Cette désorganisation peut être quasi instantanée si le suicide se produit dans le milieu (établissement), ou survenir rapidement dès que le suicide est connu de quelques membres du milieu.

La capacité du milieu à faire face aux impacts du suicide et au retentissement qui s'en suit sera fortement influencée par la présence de vulnérabilités

préexistantes en son sein. Ces vulnérabilités peuvent, entre autres, mener à la recherche de responsables ou de coupables, augmenter les tensions entre les individus, favoriser un climat de méfiance et contribuer au développement de sentiments de détresse et de difficultés psychosociales.

La façon de gérer les impacts du suicide est cruciale. Il s'agit de transmettre aux personnes touchées un sentiment de confiance et de sécurité. Plus la désorganisation perdure, plus elle peut contribuer à maintenir, prolonger ou amplifier les sentiments de détresse dans la communauté. La préparation du milieu à faire face à un suicide est un facteur déterminant : elle l'aidera à retrouver le fonctionnement habituel de ses activités.

## 1.2

### LES IMPACTS SUR LES INDIVIDUS

Au niveau individuel, le suicide touche non seulement les membres du réseau familial et amical, mais également ceux de la communauté ou de l'établissement dans lequel le suicide survient ou dans lequel la personne décédée exerçait des activités (études, travail, milieu de vie, etc.). C'est donc dire que le suicide aura un retentissement dont l'ampleur sera difficile à prévoir. Ce retentissement sera différent d'un individu à l'autre. Il sera influencé par divers facteurs : le degré d'intimité avec le défunt, la proximité avec l'événement (avoir été témoin ou non du

geste), le niveau de vulnérabilité déjà présent chez certaines personnes et l'impact du suicide dans le milieu dans lequel survient le suicide (Séguin, et coll., 2004).

Bien que certaines personnes doivent attirer plus rapidement l'attention des intervenants, le déploiement des mesures de postvention en situation de suicide aura pour but de se soucier de tous les individus du milieu, en modulant les interventions **en fonction de trois groupes spécifiques**.

#### **Groupe 1 : Les personnes directement touchées par l'événement**

Ce groupe comprend les personnes pour lesquelles les réactions seront celles de deuil ou de traumatisme. On pense ici :

- aux personnes endeuillées, qui avaient un lien d'attachement avec la personne décédée (parents, fratrie, famille, amis proches);
- aux personnes qui ont eu une exposition directe au suicide (témoins du geste ou du corps inanimé de la personne décédée).

Bien que les réactions de ces personnes divergent dans les premières heures et premiers jours suivant l'événement, ce groupe est considéré comme étant plus vulnérable aux conduites suicidaires ou au développement de complications à moyen et à long terme (troubles mentaux ou de dépendance) (voir la mesure 7, sur le repérage et les interventions ciblées [page 75]).

## Groupe 2 : Les personnes vulnérables

Les personnes de ce groupe n'appartiennent pas nécessairement au réseau de la personne décédée, mais l'impact du suicide rejaillit sur une vulnérabilité préalable (problème de santé mentale, consommation excessive d'une substance psychoactive, antécédents traumatiques ou comportements suicidaires) qui augmente la sensibilité à l'événement. Ces personnes sont davantage à risque de développer des conduites suicidaires et des psychopathologies à moyen et à long terme après un suicide, quand l'effet « cocon » des interventions de postvention des premières semaines s'est estompé (Nicolas, Notredame et Séguin, 2017) (voir la mesure 8, sur le repérage et les interventions sélectives [page 83]). Cependant, il faut garder en

tête que d'autres personnes peuvent développer des difficultés psychosociales ou de santé mentale dans les semaines ou les mois suivant un suicide. Par exemple, il arrive que des personnes ayant été des témoins directs d'un événement traumatique développent des difficultés à distance de l'événement même si elles ne semblaient pas ébranlées dans les jours ou semaines qui l'ont suivi. Aussi, une personne pourra développer des troubles anxieux ou dépressifs dans les semaines suivant le suicide. Il faut donc tenir compte du fait que les difficultés psychosociales ou de santé mentale peuvent évoluer différemment d'un individu à l'autre. Ainsi, le repérage est une intervention active et continue.

## Groupe 3 : Toute la population

Ces personnes, sans être témoins ou avoir des vulnérabilités préalables identifiées, présentent un risque faible de complications après l'événement, qu'on ne doit toutefois pas considérer comme nul. Certaines

personnes peuvent tout de même être touchées par l'événement (incompréhension, tristesse, inquiétude pour d'autres personnes, etc.) (voir la mesure 9, sur le repérage et les interventions universelles [page 91]).

### 1.3

## L'EFFET D'ENTRAÎNEMENT POSSIBLE : À LA JONCTION DES IMPACTS SUR LE MILIEU ET SUR LES INDIVIDUS

La crainte la plus aiguë que soulève la survenue d'un suicide est que d'autres personnes en viennent elles-mêmes à vouloir se donner la mort (Nicolas, Notredame et Séguin, 2017). L'effet d'entraînement possible est un phénomène inquiétant. Les résultats de certains travaux de recherche indiquent que 50 % des jeunes exposés à un suicide présentent un risque de 2 à 4 fois plus élevé de se donner la mort et que de 1 à 4 % des suicides d'adolescents surviendraient en contexte de grappe localisée (plusieurs suicides dans un espace-temps limité) (Gould et coll., 1990).

Chez les jeunes, le risque de contagion à la suite d'un suicide peut être plus important en raison du processus d'identification aux pairs et autres modèles (Gérin-Lajoie, 2010). Les jeunes ayant des vulnérabilités en matière de santé mentale pourraient plus

facilement s'identifier à la souffrance de la personne décédée ou au moyen qu'elle a pris pour arrêter sa souffrance.

À l'échelle du milieu, le suicide tend à générer une forme de désorganisation structurelle subite. L'établissement ou la communauté souffre alors d'une certaine « confusion » organisationnelle qui altère voire paralyse son fonctionnement habituel (Hoffman et Bearman, 2015). De plus, la période qui suit un suicide est propice à l'émergence de tensions et de conflits en partie liés à une dynamique groupale de recherche de responsable, surtout si le climat était déjà préalablement conflictuel (Combalbert et Feltrin, 2008). Un tel climat est susceptible d'entraver la capacité des membres du milieu à faire face au drame et peut même contribuer à augmenter leur détresse.

La littérature scientifique ne permet pas actuellement de déterminer si le risque de contagion (effet d'entraînement) après un suicide est direct ou indirect. Une étude récente confirme toutefois qu'il existe une forme de contagion de la détresse sociale, sans pouvoir établir que celle-ci aurait un impact sur la mortalité suicidaire (Mueller et Abrutyn, 2015).

Afin de minimiser les risques d'effet d'entraînement, il est important de reconnaître les facteurs individuels ou les mécanismes sociaux qui peuvent en influencer le développement :

- au niveau individuel, les risques d'effet d'entraînement sont accrus chez les personnes qui présentent une vulnérabilité préalable à l'événement, celles qui s'identifient à la personne décédée (ses difficultés, le moyen utilisé pour se suicider, etc.) ou qui pourraient être identifiées par les pairs comme étant responsables du suicide;
- au niveau social, « la survenue d'un suicide, a fortiori d'un groupe de suicides, est un sujet qui attise légitimement l'intérêt des journalistes et nourrit abondamment les échanges numériques de contenus à haute teneur émotionnelle. Cette couverture médiatique et ces échanges numériques tendent à entretenir en retour le risque de contagion suicidaire au sein de l'établissement (effet de cercle vicieux) » (Nicolas, Notredame et Séguin, 2017).

Il est important de se préoccuper de la manière dont le suicide est abordé sur les plateformes numériques ou dans les médias sociaux ainsi que lors des discussions entre membres du milieu ou lors des commémorations. À cet égard, la désinformation (rumeurs), la banalisation (impression que le suicide est un choix personnel, qu'il était inévitable) et la glorification doivent être évitées.



02

**LA  
STRUCTURE  
DU  
PROGRAMME**



# LA STRUCTURE DU PROGRAMME

Le programme de postvention met l'accent sur **10 mesures** qui permettront d'agir à la fois sur le milieu et sur les individus touchés par le suicide.

Il présente, dans les prochaines pages :

- le niveau d'intervention adéquat selon trois groupes spécifiques d'individus (personnes directement touchées, personnes vulnérables et toute la population);
- la séquence de déploiement des mesures (en quatre phases);
- le niveau sur lequel les mesures agissent (individus ou milieu);
- les objectifs de chacune des mesures du programme;
- les actions à déployer pour chaque mesure ainsi que des outils qui pourront être adaptés à la réalité de chacun des milieux.

## 2.1

### DES INTERVENTIONS ADAPTÉES AUX GROUPES SPÉCIFIQUES

Au regard de la dimension individuelle, le programme mise sur l'importance d'offrir des interventions **adaptées et ajustées selon les trois groupes spécifiques** : porter une attention aux personnes directement touchées par l'événement, aux personnes vulnérables et aux autres personnes du milieu (toute la population). Il importe d'offrir le **bon niveau d'intervention** (privilégier des interventions ciblées, sélectives ou universelles) aux groupes risquant davantage de développer des complications à moyen et à long terme (voir dans l'encadré qui suit la définition des interventions ciblées, sélectives et universelles), et de s'assurer que la **durée des interventions se prolonge au-delà de la période de choc** et d'effervescence créée par l'événement. Il faut s'assurer d'effectuer le repérage nécessaire et d'intervenir adéquatement en cas de complications ou de réactions distantes de l'événement chez les témoins, les proches endeuillés et les personnes vulnérables (phase de suivi à moyen et à long terme, soit jusqu'à un an à la suite d'un suicide).

#### Définition des interventions ciblées, sélectives et universelles

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) utilise la classification USI (Mrazek et Haggerty, 1994) pour distinguer les différentes cibles d'action de prévention et d'intervention. Le présent programme de postvention fait référence aux stratégies visant des actions ciblées (*indicated*), sélectives (*selective*) ou universelles (*universal*). Cette classification est plus précise que la classification antérieure en programmes primaire, secondaire et tertiaire.

**Les interventions ciblées** visent particulièrement les personnes directement touchées par le suicide, pour lesquelles les réactions seront celles du deuil, du traumatisme (stress aigu ou trouble de stress post-traumatique) ou de la crise. L'exposition à l'événement, l'intensité et la sévérité des réactions ainsi que les risques de psychopathologies seront pris en compte.

Des interventions précoces et adaptées à ce sous-groupe pourraient limiter les complications de deuil, le développement de stress aigu ou le trouble de stress post-traumatique à court et à moyen terme.

**Les interventions sélectives** visent de manière précise les personnes qui cumulent des facteurs de



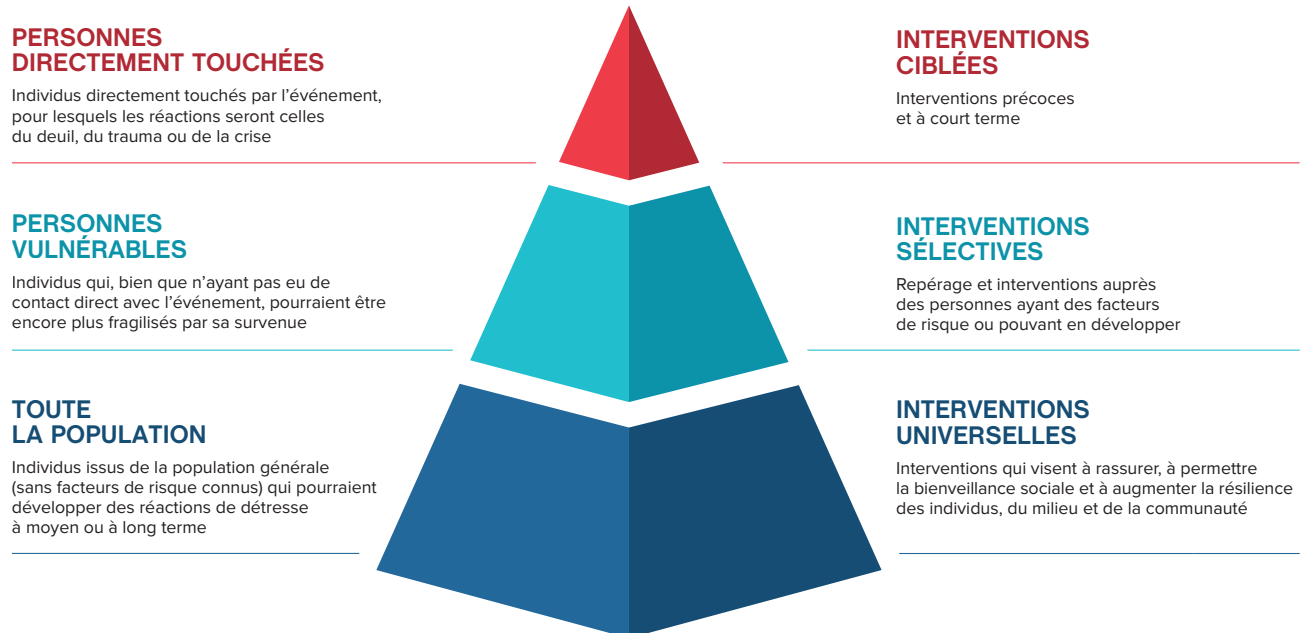
risque et les groupes vulnérables. Il pourrait exister deux sous-groupes de personnes vulnérables : celles qui cumulent déjà des facteurs de risque et celles qui pourront devenir vulnérables à la suite de l'événement. Les interventions sélectives visent à intervenir auprès des personnes vulnérables, mais aussi à donner la formation nécessaire aux professionnels afin que ceux-ci soient en mesure de mieux dépister certains troubles mentaux ou de mieux repérer les personnes suicidaires et de mieux intervenir auprès d'elles. Le but est d'agir le plus « en amont » possible et de favoriser la capacité de résolution de problèmes, le développement de stratégies d'adaptation positives, etc. L'identification des personnes vulnérables permet d'intervenir tôt dans le processus de développement de la vulnérabilité individuelle et d'offrir du soutien avant que les troubles mentaux ne soient cristallisés.

**Les interventions universelles** visent la population générale plutôt que des individus vulnérables au suicide. Elles contribuent :

- à l'augmentation des connaissances concernant certains troubles de santé mentale (dépression, conséquences néfastes de la consommation d'alcool, etc.), afin de favoriser l'autoévaluation et la reconnaissance ou le repérage de signes et de symptômes de manière précoce. L'acquisition de ces connaissances pourrait faire en sorte que les personnes consultent dès l'apparition des symptômes ou alors que la connaissance acquise sur la santé mentale permette de repérer des proches et de s'assurer qu'ils reçoivent l'aide nécessaire;
- au développement des facteurs de protection individuels et du milieu, comme l'amélioration de la santé mentale, la diminution de la stigmatisation sociale à l'égard de ce type de difficulté et la promotion de la résilience individuelle par l'utilisation de meilleures stratégies d'adaptation ou de mieux-être.

Figure 2

### Groupes et niveaux d'intervention appropriés



## 2.2

# QUATRE PHASES SÉQUENTIELLES : 10 MESURES À DÉPLOYER

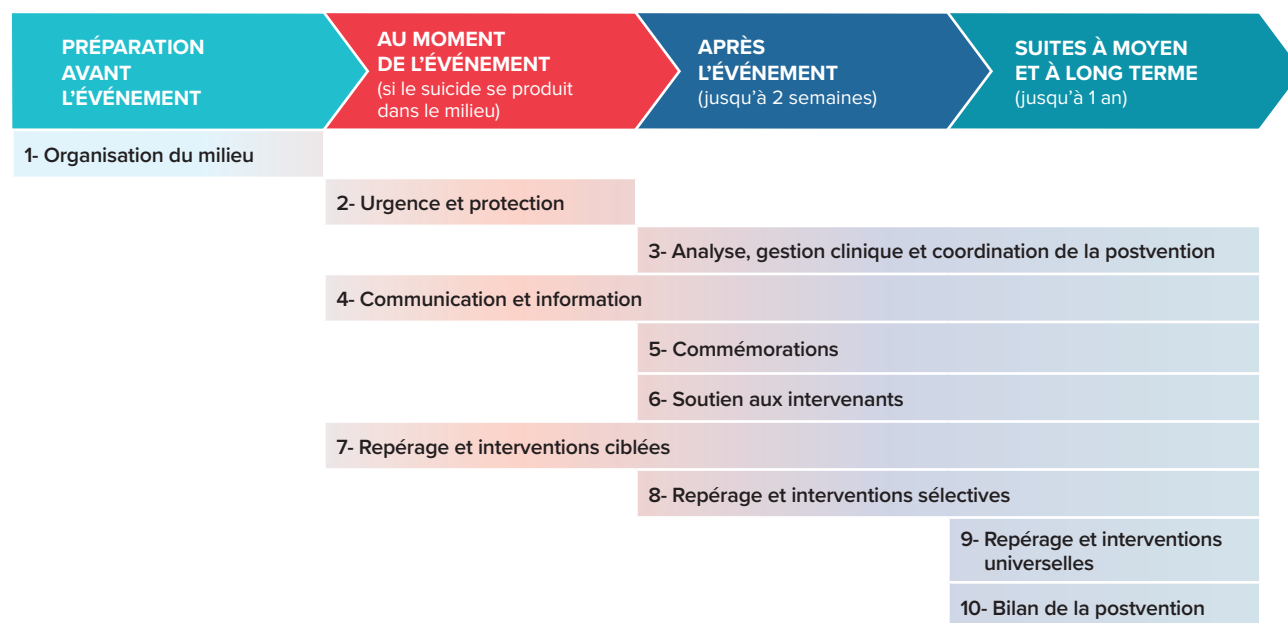
Ce programme propose une planification séquentielle d'interventions permettant d'agir à la fois sur les impacts sur le milieu et sur les individus pour ainsi diminuer le risque d'effet d'entraînement.

### Les quatre phases :

- **Préparation avant l'événement** : le fait de s'assurer à l'avance que le milieu est prêt à déployer des mesures de postvention en cas de suicide. Par exemple : avoir déjà identifié les ressources internes ou externes à interpeller, créer un protocole de postvention ou des ententes de service, prévoir le plan d'intervention psychologique, préparer les outils, outiller le personnel et les intervenants qui seront impliqués;
- **Au moment de l'événement** : les interventions d'urgence et de protection qui se déploient **si le suicide survient dans le milieu** (interventions ciblées);
- **Après l'événement** : la mise en place de mesures **dans les deux premières semaines** suivant l'événement, pour aider le milieu à « contenir » les impacts du suicide et pour identifier des personnes affectées qui pourraient bénéficier d'interventions précoces, dont les personnes endeuillées ou témoins (interventions ciblées) et les personnes vulnérables (interventions sélectives);
- **Suites à moyen et à long terme** : les interventions à réaliser à moyen et à long terme, **sur une durée d'un an**, qui visent :
  - à repérer la présence de signes ou de symptômes de troubles de santé mentale ou celle d'une complication des symptômes chez les personnes endeuillées ou témoins (interventions ciblées);
  - à repérer les personnes vulnérables qui cumulent des facteurs de risque et qui présentent un risque accru de développer des difficultés en santé mentale et d'imiter le geste suicidaire (interventions sélectives);
  - à mettre en place des activités permettant d'augmenter les connaissances en vue de repérer les difficultés pouvant émerger tardivement et de favoriser la résilience du milieu (interventions universelles).

Figure 3

### Dix mesures en quatre phases séquentielles



# LES 10 MESURES

## 1. Organisation du milieu

Cet exercice permet d'identifier les personnes responsables des mesures proposées dans le programme. Une assignation claire des rôles de chacun et un travail collectif « en amont » sont requis pour pourvoir aux exigences de réactivité et de coordination. Une telle préparation est indispensable à une gestion de postvention coordonnée et efficace. Elle permettra au milieu de rapidement retrouver un niveau de fonctionnement habituel.

## 2. Urgence et protection

Cette mesure vise à agir rapidement lors de la période dite « d'impact », c'est-à-dire celle qui suit immédiatement la découverte du suicide dans le milieu. Les actions à cette période incluent l'appel des équipes médicales d'urgence, la dispensation des soins de premiers secours et la sécurisation des lieux et des individus en danger.

## 3. Analyse, gestion clinique et coordination de la postvention

Cette mesure rappelle l'importance de prendre le temps de bien organiser l'intervention de postvention même si le suicide amène un sentiment d'urgence d'agir.

L'analyse de l'événement vise à recueillir les informations qui guideront la priorisation des mesures à déployer. La gestion clinique de la postvention permet : d'identifier les personnes touchées; de choisir les interventions à privilégier; de réaliser ces interventions; de porter un regard sur la continuité des actions et des interventions réalisées afin d'identifier les impacts de l'événement sur les individus et le milieu à moyen et à long terme. La coordination de ces mesures contribuera à assurer un retour au fonctionnement habituel de l'établissement ou du milieu.

## 4. Communication et information

Cette mesure fait référence à la façon dont l'information sera partagée. Elle concerne à la fois les communications internes, dont l'annonce de l'événement, et les communications externes, dont les communications avec l'entourage des personnes touchées et l'utilisation ou la gestion des médias sociaux.

La communication reste l'un des pivots des stratégies de prévention de l'effet d'entraînement suicidaire. Elle favorise un sentiment de sécurité dans le milieu en contrant la désinformation. Celle-ci, par nature, nourrit le sensationnalisme, la désorganisation et le climat de tension.

## 5. Commémorations

Cette mesure s'intéresse à la fois à l'encadrement de la participation aux funérailles organisées par la famille et à la gestion des commémorations ou rituels immédiats (ou même aux dates « anniversaires ») que des membres du milieu pourraient souhaiter organiser. Le choix des commémorations peut générer la dramatisation et la glorification de la personne décédée et de son geste, ce qui peut aggraver le risque d'effet d'entraînement.

## 6. Soutien aux intervenants

Cette mesure met l'accent sur le soutien qui devrait s'adresser : aux personnes impliquées dans la gestion de la postvention; au personnel travaillant dans le milieu et qui peut être impliqué dans l'annonce de l'événement, la logistique ou le repérage des personnes vulnérables (personnel de soutien, personnel enseignant, administration, etc.); aux personnes ou équipes impliquées dans la gestion du corps et de la scène. Offrir du soutien à court, à moyen et à long terme peut prendre diverses formes : accompagnement, formation sur le rôle de chacun, repérage de la détresse chez le personnel, orientations psychologiques, etc.

## 7. Repérage et interventions ciblées

Cette mesure souligne l'importance de repérer les personnes directement touchées (endeuillées et témoins) qui sont à risque de développer des complications de deuil, des troubles de stress aigu ou des troubles de stress post-traumatique. Les besoins de soutien sont immédiats et il sera important de s'intéresser aux réactions engendrées par l'événement. Il sera en outre nécessaire de porter un regard continu sur l'état de ces personnes afin de repérer les complications qui pourraient survenir à distance de l'événement (moyen et long terme).

## 8. Repérage et interventions sélectives

Cette mesure invite à porter une attention particulière aux personnes vulnérables (soit celles qui ont une vulnérabilité préalable), même si elles ne sont pas directement touchées par l'événement, ainsi qu'à celles qui pourraient développer des difficultés à cause de l'événement. Les besoins de soutien sont à court terme et le repérage doit s'étendre sur une longue période. Le repérage a pour but d'identifier les personnes, d'être proactif afin de les joindre et d'évaluer les impacts de l'événement pour ainsi les orienter vers des ressources appropriées.

## 9. Repérage et interventions universelles

Cette mesure s'intéresse aux activités qui peuvent se déployer rapidement dans les semaines suivant l'événement et se poursuivre pendant l'année suivant le suicide, à des rythmes variables. De telles activités permettront : d'augmenter les connaissances sur la santé mentale; d'accroître la capacité de reconnaître les signes de détresse chez soi et chez l'autre; de faire connaître l'existence des ressources; d'augmenter l'acceptabilité sociale du fait de recevoir de l'aide.

## 10. Bilan de la postvention

Cette mesure permet de faire un retour sur le déploiement des activités de postvention, d'en analyser l'efficacité ainsi que de tirer des enseignements en vue d'en planifier le maintien et d'améliorer les futures interventions de postvention.

### Important

Il faut se rappeler que ces mesures doivent se déployer de manière simultanée.

## 2.3



### DES MESURES QUI AGISSENT À DEUX NIVEAUX : CELUI DU MILIEU ET CELUI DES INDIVIDUS

La figure 4 propose une vue d'ensemble des 10 mesures qui doivent être déployées dans le temps (de manière séquentielle), selon quatre grandes phases. Cette figure permet de situer les mesures à mettre en place en vue de contenir la désorganisation du milieu et celles qui viseront à diminuer la détresse et la souffrance individuelle.

Cette figure se veut un résumé, en un coup d'œil, du programme de postvention.

Figure 4

Vue d'ensemble des mesures à déployer simultanément selon les phases et les niveaux d'action sur le milieu et les individus

Objectifs		Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)	
<b>NIVEAU DU MILIEU</b>  Diminuer les risques d'effet d'entraînement, augmenter le sentiment de sécurité du milieu et favoriser un retour au fonctionnement normal	1- Organisation du milieu					
			2- Urgence et protection			
				3- Analyse, gestion clinique et coordination de la postvention		
			4- Communication et information			
				5- Commémorations		
				6- Soutien aux intervenants		
					10- Bilan de la postvention	
<b>NIVEAU DES INDIVIDUS</b>  Diminuer la souffrance individuelle et renforcer la capacité à faire face à l'adversité			7- Repérage et interventions ciblées			
				8- Repérage et interventions sélectives		
					9- Repérage et interventions universelles	
						10- Bilan de la postvention



## 2.4 LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

Les objectifs du programme sont présentés en fonction à la fois des quatre phases et du niveau d'action sur lequel agissent les 10 mesures (le milieu ou les individus).

	Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
NIVEAU DU MILIEU	<p><b>Outiller le milieu à faire face aux impacts d'un suicide</b> (mesure 1)</p>	<p><b>Assurer la sécurité des lieux et des individus lorsqu'un suicide survient dans le milieu</b> (mesure 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter le risque d'effet d'entraînement et promouvoir l'effet Papageno (transmission des éléments de protection) à travers toutes les formes de communication (mesure 4)</li> </ul>	<p><b>Soutenir la communauté en favorisant le sentiment de compétence et de sécurité du milieu et engager rapidement le retour au fonctionnement habituel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la fluidité du déroulement du plan de postvention (mesures 1 et 3)</li> <li>• Limiter le risque d'effet d'entraînement et promouvoir l'effet Papageno (transmission des éléments de protection) à travers toutes les formes de communication (mesure 4)</li> <li>• Soutenir les personnes qui désirent participer aux commémorations, encadrer les rituels dans le milieu et sur les médias sociaux (mesure 5)</li> </ul>	<p><b>Soutenir la communauté et favoriser le rétablissement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir à l'ensemble des membres de la communauté touchée les informations et les ressources permettant de mieux faire face aux conséquences du suicide et aider le milieu à revenir à ses activités habituelles (mesures 3, 4, 7, 8, 9)</li> <li>• Guider et accompagner les intervenants qui ont un rôle à jouer dans la postvention et leur offrir du soutien psychologique (mesure 6)</li> <li>• Adapter les interventions tout au long de la postvention et identifier les mesures d'amélioration possibles pour le futur (mesures 3 et 10)</li> </ul>
NIVEAU DES INDIVIDUS		<p><b>Intervenir pour atténuer les souffrances individuelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérer les personnes directement touchées par le suicide (endeuillées et témoins) et faire des démarches proactives auprès d'elles (mesure 7)</li> </ul>	<p><b>Intervenir pour atténuer les souffrances individuelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérer les personnes directement touchées par le suicide (endeuillées et témoins) et faire des démarches proactives auprès d'elles (mesure 7)</li> <li>• Repérer et identifier les personnes vulnérables afin d'offrir les bonnes interventions au bon moment, tout en favorisant la mise en place d'un suivi (agir de façon proactive, par exemple par une relance) qui pourra se poursuivre à moyen terme (mesure 8)</li> </ul>	<p><b>Intervenir pour atténuer les souffrances individuelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir tout au long de l'année des activités qui renforcent la résilience des individus (mesure 9)</li> <li>• Repérer les personnes exposées au suicide (endeuillées et témoins) et leur offrir des interventions ciblées (mesure 7)</li> <li>• Repérer les personnes vulnérables et leur offrir des interventions sélectives (mesure 8)</li> <li>• Porter un regard continu et maintenir une vigilance à long terme afin de repérer les troubles mentaux qui peuvent se développer à distance de l'événement (mesures 7, 8, 9, 10)</li> <li>• Offrir les interventions requises afin d'éviter le développement de psychopathologies ou de complications liées à la survenue d'un suicide (mesures 7, 8, 9)</li> </ul>

## 2.5

# LES ACTIONS, TÂCHES ET OUTILS RELIÉS AUX 10 MESURES

Les pages qui suivent donnent des orientations quant à ce qui doit être mis en place dans le milieu afin d'agir adéquatement lors d'un suicide.

Chacune des 10 mesures est présentée sur une page distincte dans le format suivant :

MESURE	Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
	ACTIONS			
	TÂCHES PRÉALABLES		OUTILS	

Pour chaque mesure :

- il est précisé à quels moments les actions doivent être déployées (préparation avant l'événement, au moment de l'événement, après l'événement, suites à moyen et à long terme);
- des tâches préalables ou des préoccupations à considérer sont proposées;
- des outils sont proposés, à titre indicatif. Il est recommandé d'adapter ces outils à la réalité de chacun des milieux.

# MESURE 1 – ORGANISATION DU MILIEU

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
<p><b>ACTIONS</b></p> <p><b>Étapes d'implantation</b></p> <p><b>Étape 1 : S'assurer de l'adhésion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir l'appui de la direction et des instances décisionnelles concernant la philosophie du programme et la mise en place des 10 mesures selon la séquence en 4 phases (conseil d'établissement, commission scolaire, direction d'entreprise, syndicat, etc.)</li> <li>• Dégager les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires</li> </ul> <p><b>Étape 2 : Recenser les ressources internes et externes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les ressources internes disponibles en situation de postvention</li> <li>• Identifier les ressources externes disponibles pour apporter du soutien ou intervenir en situation de postvention (centre de prévention du suicide [CPS], centre intégré de santé et de services sociaux ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS ou CIUSSS], commission scolaire, syndicat, programme d'aide aux employés [PAE], intervenant en santé et sécurité au travail, etc.)</li> <li>• S'assurer que la disponibilité des ressources convient aux particularités du milieu (taille du milieu par rapport aux ressources internes disponibles, milieu déjà fragilisé par d'autres événements, etc.)</li> </ul> <p><b>Étape 3 : Constituer un comité de postvention et en établir les modalités de fonctionnement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier des acteurs clés internes en fonction des orientations du programme de postvention</li> <li>• Distribuer et clarifier les rôles et responsabilités des membres du comité :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> nommer un membre de la direction qui agira comme porte-parole au besoin;</li> <li><input type="checkbox"/> nommer un coordonnateur du comité de postvention;</li> <li><input type="checkbox"/> nommer, pour chacune des 10 mesures, un porteur de dossier qui aura la responsabilité de préparer le matériel nécessaire en cas de déploiement lors d'un suicide (une même personne peut être porteuse de plus d'une mesure).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Étape 4 : S'assurer de la collaboration et des disponibilités des acteurs externes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer d'avoir dans le milieu des personnes ayant les compétences nécessaires pour intervenir auprès de la personne vulnérable au suicide et la soutenir jusqu'à la prise en charge externe</li> <li>• Faire des ententes de service pour s'assurer que les ressources externes compétentes seront accessibles au besoin (participation aux interventions de postvention, références pour interventions individuelles, etc.)</li> <li>• Clarifier les rôles et responsabilités des acteurs externes</li> </ul> <p><b>Étape 5 : Développer les compétences des membres de l'équipe de postvention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer l'ensemble du comité sur les impacts, les objectifs, les phases d'intervention et les mesures du programme de postvention</li> <li>• Outiller les membres en cohérence avec les mesures dont ils sont responsables</li> </ul> <p><b>Étape 6 : Préparer le milieu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer ou mettre à jour le protocole de postvention interne</li> <li>• Préparer les outils de chaque mesure du programme de postvention</li> <li>• Informer les membres du personnel de l'existence du protocole de postvention</li> <li>• Sensibiliser le personnel au repérage des personnes vulnérables</li> </ul>			
<p><b>TÂCHES À RÉALISER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Élaborer un protocole de postvention avec l'appui des instances décisionnelles</li> <li><input type="checkbox"/> Nommer un coordonnateur de la postvention</li> <li><input type="checkbox"/> Nommer un responsable pour chacune des mesures</li> <li><input type="checkbox"/> Identifier les ressources internes et externes en mesure d'apporter du soutien ou d'intervenir</li> <li><input type="checkbox"/> Préparer les outils</li> <li><input type="checkbox"/> Remplir ou adapter l'outil <i>Qui fait quoi? – Le comité de postvention (demande une mise à jour des numéros de contact à toutes les années)</i></li> </ul>	<p><b>OUTILS</b></p> <p>1.A <i>Résumé du programme et conditions gagnantes</i> (p. 38)</p> <p>1.B <i>Liste des tâches pour les responsables de chaque mesure</i> (p. 40)</p> <p>1.C <i>Qui fait quoi? – Le comité de postvention</i> (p. 42)</p>		

## MESURE 2 – URGENCE ET PROTECTION

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
ACTIONS			
<p><i>Si le décès ne s'est pas produit dans l'établissement, aller à la mesure 3, « Analyse, gestion clinique et coordination ».</i></p> <p><b>La séquence suivante est à considérer :</b></p> <p><b>Premièrement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appeler les secours d'urgence (9-1-1) et suivre leurs indications</li> <li>Porter secours aux témoins blessés physiquement</li> <li>Soustraire la victime et la scène des regards, avec un paravent ou des panneaux, par exemple</li> <li>Aménager, ou même arrêter si nécessaire, l'activité de l'établissement ou des unités concernées</li> <li>Ne pas soustraire des éléments qui pourraient servir de preuve</li> </ul> <p><b>Deuxièmement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les proches de la personne décédée qui seraient dans l'établissement</li> <li>Identifier les personnes qui ont été exposées : témoins directs, victimes ou toute autre personne en lien avec la situation</li> </ul> <p><b>Troisièmement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir du soutien immédiat aux témoins directs (être près de la personne sans la forcer à parler, recevoir les premières verbalisations sans essayer de donner une orientation) (voir l'outil 7.A <i>Repérage et intervention ciblées : clientèle et interventions suggérées</i>)</li> <li>Orienter les personnes proches vers un professionnel de la santé compétent si nécessaire</li> <li>Informar les membres de l'entourage de l'événement et des mesures mises en place</li> </ul> <p><b>Quatrièmement (lorsqu'il s'agit de mineurs)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informar les parents (ou le tuteur légal) que leur proche a été témoin d'un événement traumatique et expliquer les impacts possibles</li> </ul> <p><b>Cinquièmement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réduire au minimum l'interruption des activités et/ou la fermeture de l'établissement</li> <li>Si le maintien des activités n'est pas possible, il est recommandé que le retour à l'enseignement ou aux tâches habituelles soit envisagé dès que possible</li> </ul> <p><b>Sixièmement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établir une liste des personnes qui ont été appelées à porter secours, à gérer l'événement ou la scène</li> <li>Voir la mesure 6 pour les interventions à privilégier auprès de ces personnes</li> </ul> <p><b>Milieu de travail</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser une déclaration d'événement ou d'accident du travail le cas échéant, pour chaque témoin visuel, en vue de faciliter la prise en charge d'éventuels troubles post-traumatiques survenant à distance.</li> </ul> <p><b>Porter une attention particulière et apporter du soutien aux personnes et aux équipes impliquées dans la gestion du corps ou de la scène (ex. : premiers répondants, équipe de santé et sécurité au travail, employé d'entretien ménager, concierge, etc.).</b></p>			
TÂCHES PRÉALABLES		OUTIL	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prévoir les lieux de rassemblement</li> <li><input type="checkbox"/> Nommer les personnes qui porteront les dossards d'identification des responsables</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoir des appareils téléphoniques d'urgence</li> <li><input type="checkbox"/> Faire le lien avec les responsables des mesures d'urgence et s'assurer que les actions sont cohérentes avec ce qui est déjà prévu dans le milieu</li> <li><input type="checkbox"/> Adapter l'outil <i>Exemple de message informatif qui pourrait être diffusé sur le site Web ou les médias sociaux de l'établissement</i></li> </ul>		<p>2.A <i>Exemple de message informatif qui pourrait être diffusé sur le site Web ou les médias sociaux de l'établissement</i> (p. 44)</p>	

# MESURE 3 – ANALYSE, GESTION CLINIQUE ET COORDINATION DE LA POSTVENTION

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
-------------------------------	---	---	--

## ACTIONS

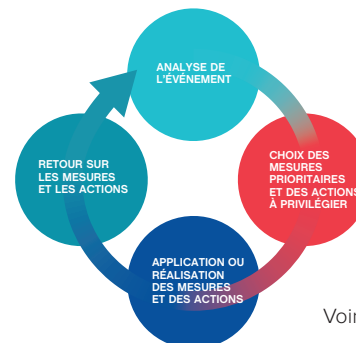
### Coordination

- Vérifier l'exactitude et la véracité des informations
- Mobiliser un interlocuteur unique qui sera en contact avec la famille tout au long de la postvention
- Déployer le protocole de postvention élaboré dans la mesure 1, « Organisation du milieu »
- Contacter la personne nommée comme coordonnateur de l'équipe afin de mobiliser le comité de postvention
- Convoquer le comité de postvention et s'assurer que les actions prévues sont réalisées et que les outils sont adaptés au contexte ou à la situation
- S'il n'y a pas de comité de postvention, identifier les personnes-ressources capables de se mobiliser pour constituer un groupe de travail et spécifier les positions clés en vue du déploiement de la postvention

### Analyse et gestion clinique de la postvention

L'analyse de l'événement permet de recueillir les informations en lien avec les caractéristiques des individus et du milieu qui permettront de prioriser les mesures à déployer. Cette étape de gestion clinique permet :

- d'identifier les personnes touchées (voir la figure 2);
- de choisir les interventions à privilégier (se référer aux mesures 7, 8, 9);
- de réaliser les interventions selon les compétences des intervenants disponibles;
- de revenir, à la fin de chaque journée et de façon continue à moyen et à long terme, sur les mesures, les actions et les interventions réalisées, afin d'identifier la suite des interventions à la lumière des impacts sur les individus et le milieu.



Voir l'outil 3.A.

### En situation de suicides multiples dans un milieu (effet d'entraînement) :

Même s'il est difficile d'associer un suicide à l'effet d'entraînement, si le milieu est touché par plusieurs suicides, il est important de mettre en place ou d'intensifier des mesures ou des actions, et de s'assurer qu'elles seront maintenues dans le temps. (voir l'outil 3.E pour plus de détails).

Il est important de voir à :

- intensifier le repérage des personnes directement touchées ou vulnérables;
- consolider la trajectoire de services;
- augmenter les communications avec le milieu afin de favoriser un sentiment de sécurité et de compétence;
- assurer une coordination accrue des mesures de postvention.

## TÂCHES PRÉALABLES

- Consulter l'outil *Schéma des étapes de gestion clinique de l'événement*
- Consulter l'outil *Caractéristiques à considérer dans l'analyse de l'événement*
- Concevoir ou adapter l'outil *Grille d'analyse de l'événement*
- Consulter l'outil *Gestion des désaccords avec la famille endeuillée*
- Consulter l'outil *Quoi faire en cas de suicides multiples dans un milieu (effet d'entraînement)*

## OUTILS

- 3.A *Schéma des étapes de gestion clinique de l'événement* (p. 46)
- 3.B *Caractéristiques à considérer dans l'analyse de l'événement* (p. 47)
- 3.C *Grille d'analyse de l'événement* (p. 49)
- 3.D *Gestion des désaccords avec la famille endeuillée* (p. 54)
- 3.E *Quoi faire en cas de suicides multiples dans un milieu (effet d'entraînement)* (p. 55)

## MESURE 4 – COMMUNICATION ET INFORMATION

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
-------------------------------	---	---	--

### ACTIONS

	<p><b>Information :</b></p> <p><b>Annnonce de l'événement</b> (<i>objectifs : informer, recadrer l'information, repérer les personnes vulnérables, faire la promotion des services</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier l'exactitude et la véracité des informations</li> <li>• Mobiliser l'interlocuteur désigné pour les contacts avec la famille tout au long de la postvention</li> <li>• Décider à qui faire l'annonce en fonction de l'analyse de l'événement (quels secteurs, classes ou collègues)</li> <li>• Choisir les supports les plus appropriés pour l'annonce en fonction des groupes à qui l'information doit être transmise : le support peut être différent si l'annonce doit être faite à des individus exposés à l'événement, à des individus vulnérables ou à toute la population (ex. : annonce orale directe, individuelle ou de groupe)</li> <li>• Identifier les personnes qui feront l'annonce de l'événement dans l'établissement (idéalement connues des membres du milieu, en mesure d'être empathiques et rassurantes)</li> </ul> <p><b>Communication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avec les parents de mineurs</b> (<i>objectifs : informer de la postvention, sensibiliser au repérage des signes précurseurs [quand s'inquiéter] et informer des ressources d'aide</i>)             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Décider auprès de quels parents annoncer l'événement</li> <li><input type="checkbox"/> Choisir les supports les plus appropriés pour annoncer l'événement (ex. : téléphone, courriel, lettre)</li> <li><input type="checkbox"/> Identifier les personnes qui feront l'annonce de l'événement</li> </ul> </li> <li>• <b>Avec les médias</b> (<i>objectifs : diminuer les préjugés qui limitent les actions préventives, informer des signes précurseurs et des ressources d'aide, diminuer les préjugés sur la consultation des services d'aide</i>)             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Un porte-parole (dirigeant, représentant ou autre) devrait être désigné comme seul interlocuteur avec les médias</li> <li><input type="checkbox"/> Il est nécessaire de s'assurer que l'information a été communiquée à la famille avant de communiquer de l'information aux médias (voir outil 4.C)</li> <li><input type="checkbox"/> Il faut suivre les recommandations des différents guides de bonnes pratiques pour les relations avec les médias</li> </ul> </li> <li>• <b>Sur les médias sociaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adopter une posture proactive dans la couverture médiatique et les médias sociaux (en profiter pour favoriser la demande d'aide et augmenter les connaissances quant aux ressources disponibles) (voir outil 4.D)</li> <li><input type="checkbox"/> Faire une relance auprès des personnes qui laissent des messages inquiétants sur les médias sociaux (détresse ou désinformation)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire la promotion des services d'aide.</li> <li>• Être attentifs aux messages qui circulent dans le milieu ou sur les médias sociaux.</li> </ul>
--	---	--

### TÂCHES PRÉALABLES

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Établir avec les médias locaux une façon de faire lors de suicides / Consulter l'outil <i>Guide de gestion des médias</i></li> <li><input type="checkbox"/> Nommer un porte-parole / responsable des médias</li> <li><input type="checkbox"/> Nommer un responsable de la veille sur les médias sociaux</li> <li><input type="checkbox"/> Cibler et outiller les personnes qui pourraient être impliquées dans l'annonce de l'événement</li> <li><input type="checkbox"/> Adapter l'outil <i>Guide d'annonce de l'événement</i></li> <li><input type="checkbox"/> Adapter l'outil <i>Modèle de lettre aux parents (adaptation possible pour correspondre au milieu touché)</i></li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Orientations concernant les médias sociaux</i> afin d'établir une procédure d'intervention sur les médias sociaux</li> </ul>
--

### OUTILS

<ul style="list-style-type: none"> <li>4.A <i>Guide d'annonce de l'événement</i> (p. 58)</li> <li>4.B <i>Modèle de lettre aux parents (adaptation possible pour correspondre au milieu touché)</i> (p. 61)</li> <li>4.C <i>Guide de gestion des médias</i> (p. 62)</li> <li>4.D <i>Orientations concernant les médias sociaux</i> (p. 65)</li> </ul>
--

## MESURE 5 – COMMÉMORATIONS

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement <small>(si le suicide se produit dans le milieu)</small>	Après l'événement <small>(jusqu'à 2 semaines)</small>	Suites à moyen et à long terme <small>(jusqu'à 1 an)</small>
-------------------------------	--	--	---

### ACTIONS

	<p><b>Participation aux funérailles</b></p> <p>La personne responsable des commémorations au sein du comité de postvention doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prendre auprès de la famille les informations quant aux obsèques;</li> <li>• discuter avec la famille quant à la participation des personnes du milieu aux funérailles;</li> <li>• transmettre les informations pertinentes quant aux obsèques et commémorations à des groupes spécifiques qui souhaitent participer à la cérémonie, avec l'accord de la famille;</li> <li>• déterminer si la présence d'un représentant de l'établissement est requise;</li> <li>• éviter :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> d'annuler les activités (cours, quarts de travail, etc.) pour permettre la participation aux funérailles (la participation à ces activités devrait se réaliser sur un mode « privé »);</li> <li><input type="checkbox"/> d'organiser un transport commun pour permettre la participation de l'ensemble du milieu.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Gestion des rituels de commémoration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter d'engager toutes les personnes du milieu dans les commémorations</li> <li>• Si le milieu ou ses membres le désirent (après avoir pris quelques jours de recul afin de bien faire l'analyse de l'événement), il est possible de proposer un mode de commémoration choisi avec eux (ex. : livre de souhaits pour la famille) (voir outil 5.B)</li> <li>• Conditions à favoriser pour la mise en place de la commémoration :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> cohérente avec l'âge et le stade de développement;</li> <li><input type="checkbox"/> circonscrite dans le temps et dans l'espace;</li> <li><input type="checkbox"/> accompagnée par un intervenant ou un membre du comité de postvention;</li> <li><input type="checkbox"/> correspondant aux mêmes rituels que pour tout autre type de décès (à la suite d'une maladie, d'un accident, etc.).</li> </ul> </li> <li>• Éviter la création de pages commémoratives sur le Web</li> <li>• S'abstenir de faire des commémorations permanentes afin d'éviter de donner un caractère privilégié à l'événement (ex. : afficher la photo de la personne sur un babillard, garder le casier ou un élément du lieu de travail intact, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter l'organisation de journées commémoratives aux dates anniversaires</li> <li>• Être attentifs aux personnes qui ont été directement touchées et aux personnes vulnérables, pour lesquelles les dates anniversaires peuvent raviver la perte et la souffrance (voir les mesures 7 et 8)</li> </ul>
--	--	---

### TÂCHES PRÉALABLES

- S'informer des habitudes du milieu en ce qui concerne les rituels et les funérailles afin de choisir un rituel qui ne donne pas un traitement particulier au décès par suicide
- Consulter l'outil *Gestion des rituels funéraires ou des commémorations*
- Consulter l'outil *Idées de commémorations possibles*

### OUTILS

- 5.A *Gestion des rituels funéraires ou des commémorations* (p. 70)
- 5.B *Idées de commémorations possibles* (p. 71)

## MESURE 6 – SOUTIEN AUX INTERVENANTS\*

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 sem.)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
<b>ACTIONS</b>			
		<p>Pour déterminer le soutien nécessaire, considérer l'implication et les besoins des différents groupes de personnes qui jouent un rôle dans la postvention.</p> <p>De manière générale, il sera important d'assurer un soutien ou une aide, psychologique ou autre, aux intervenants qui en ont besoin (ex. : supervision, rencontres ponctuelles, remplacement dans leur rôle). Pour ce faire, il serait pertinent de travailler de concert avec les responsables des ressources humaines et des programmes d'aide aux employés concernant le soutien à offrir aux différents types d'intervenants.</p> <p>De manière plus spécifique :</p> <p><b>Pour les personnes impliquées dans la gestion de la postvention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une vigilance mutuelle afin de porter une attention particulière aux signes de détresse chez l'autre</li> <li>Utiliser les ressources externes qui peuvent soutenir l'analyse de l'événement et la prise de décision, et même participer aux interventions (ex. : centre de prévention du suicide)</li> </ul> <p><b>Pour les personnes impliquées dans l'annonce de l'événement et le repérage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer qu'elles ont la disponibilité psychologique nécessaire pour jouer le rôle attendu</li> <li>Leur offrir de l'accompagnement pour les actions potentiellement plus difficiles à appliquer</li> <li>Organiser des rencontres régulières afin qu'elles soient informées, accompagnées, rassurées et soutenues dans leurs actions, notamment quant au repérage des personnes directement touchées ou vulnérables, et ce, à court, à moyen et à long terme</li> </ul> <p><b>Pour les personnes impliquées dans la gestion du corps ou de la scène (équipe de santé et sécurité au travail, personnel d'entretien ménager, équipe de premiers secours, concierge, etc.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir des rencontres individuelles permettant de discuter, de ventiler et de recevoir du soutien</li> <li>Permettre un moment pour faire un bilan à court terme des actions posées</li> </ul> <p><b>Pour les intervenants qui offraient un suivi à la personne décédée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir du soutien à l'intervenant qui avait la personne décédée en suivi (voir l'outil 6.A)</li> <li>Vérifier sa capacité à participer à la postvention et sa disponibilité psychologique pour le faire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors du bilan, impliquer les personnes qui ont pris part aux activités de postvention</li> </ul>
<b>TÂCHES PRÉALABLES</b>		<b>OUTILS</b>	
<input type="checkbox"/> Bien informer les intervenants qui auront un rôle à jouer dans la postvention <input type="checkbox"/> Préparer le soutien à offrir aux personnes impliquées dans la postvention <input type="checkbox"/> Nommer une personne responsable de la gestion de conflits internes ou externes <input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Soutien à apporter aux intervenants qui offraient un suivi à la personne décédée</i>		6.A <i>Soutien à apporter aux intervenants qui offraient un suivi à la personne décédée</i> (p. 74)	

\* Par *intervenants*, on entend les personnes impliquées dans la postvention, et non pas exclusivement des intervenants psychosociaux.

**Attention :** Les personnes qui jouent un rôle dans la postvention peuvent également avoir besoin d'interventions ciblées ou sélectives (voir les mesures 7 et 8).



## MESURE 7 – REPÉRAGE ET INTERVENTIONS CIBLÉES POUR LES PERSONNES DIRECTEMENT TOUCHÉES

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement <small>(si le suicide se produit dans le milieu)</small>	Après l'événement <small>(jusqu'à 2 semaines)</small>	Suites à moyen et à long terme <small>(jusqu'à 1 an)</small>
-------------------------------	--	--	---

### ACTIONS

#### Pour les personnes endeuillées

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repérer les proches endeuillés qui pourraient être dans le milieu afin d'éviter qu'ils apprennent le décès de leur proche par le biais de rumeurs ou par les médias sociaux, et qu'ils se retrouvent seuls et sans soutien</li> <li>Identifier les personnes à qui offrir un premier entretien et à qui des services plus soutenus pourraient être proposés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À court terme, les responsables des activités de postvention devraient régulièrement faire des suivis auprès des proches endeuillés et s'assurer que le deuil évolue sainement</li> <li>Offrir, si besoin, un accompagnement psychologique de deuil pour les proches endeuillés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orienter vers les services appropriés les personnes pour lesquelles des difficultés surgissent à distance de l'événement</li> <li>Exercer une vigilance soutenue afin de repérer des difficultés chez les personnes endeuillées lors de leur retour dans le milieu quelques semaines après l'événement, ou chez celles qui ont été orientées vers des services externes</li> </ul>
--	---	---	---

Note : Les activités qui impliquent un accompagnement sont réalisées par des intervenants ayant une formation professionnelle et se réalisent à la suite d'une évaluation des personnes ayant été directement touchées.

#### Pour les témoins

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repérer les témoins de l'événement (élèves, employés, autres membres du personnel et de l'administration)</li> <li>Offrir du soutien immédiat aux témoins directs (être près de la personne sans la forcer à parler, recevoir les premières verbalisations sans essayer de donner une orientation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relancer les témoins (en personne ou par téléphone) et :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> offrir une rencontre individuelle afin de rassurer et d'informer tout en normalisant les réactions de stress temporaires;</li> <li><input type="checkbox"/> transmettre l'information quant aux réactions à venir;</li> <li><input type="checkbox"/> faire connaître les ressources d'aide disponibles.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir, au besoin, une intervention de prise en charge psychotraumatique pour les personnes ayant été témoins de l'événement</li> <li>Exercer une vigilance soutenue afin de repérer des difficultés chez les personnes témoins lors du retour dans le milieu ou chez celles qui ont été orientées vers le système de santé et de services sociaux</li> </ul>
--	--	--	--

**Important : Ne pas faire de débriefing** (voir l'outil 7.B, *Raisons pour lesquelles le débriefing est déconseillé*).

TÂCHES PRÉALABLES	OUTILS
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Élaborer les trajectoires de services et les protocoles de référence vers les services d'aide ou professionnels internes ou externes</li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Repérage et interventions ciblées : clientèle et interventions suggérées</i></li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Raisons pour lesquelles le débriefing est déconseillé</i></li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Fiche de suivi pour les interventions ciblées</i></li> </ul>	<p>7.A <i>Repérage et interventions ciblées : clientèle et interventions suggérées</i> (p. 76)</p> <p>7.B <i>Raisons pour lesquelles le débriefing est déconseillé</i> (p. 80)</p> <p>7.C <i>Fiche de suivi pour les interventions ciblées</i> (p. 82)</p>

## MESURE 8 – REPÉRAGE ET INTERVENTIONS SÉLECTIVES POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
<b>ACTIONS</b>			
		<p>Bien que dans un premier temps il soit nécessaire de repérer les personnes ayant des vulnérabilités connues, il faut garder en tête que d'autres personnes peuvent développer des difficultés psychosociales ou de santé mentale dans les semaines ou les mois suivant un suicide. Ainsi, le repérage est une activité active et continue qui permet d'agir sur l'effet d'entraînement, lequel peut se produire également à distance de l'événement.</p> <p><b>Impliquer le personnel dans le repérage des personnes vulnérables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer régulièrement avec le personnel du milieu ou les professionnels afin d'augmenter leurs compétences à reconnaître les personnes en détresse dans le milieu (signes et symptômes indiquant une difficulté de santé mentale)</li> <li>• Solliciter la collaboration du personnel en lui demandant le nom des personnes qui manifestent des signes et symptômes afin de pouvoir entrer en contact avec elles</li> </ul> <p><b>Prendre contact avec les personnes vulnérables et les orienter vers les services adaptés à leurs besoins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en note les noms des personnes qui manifestent des signes et symptômes et prendre contact avec elles de manière proactive, empathique et confidentielle</li> <li>• Si le suicide est discuté sur les médias sociaux, être attentif à reconnaître des messages de détresse et faire des interventions de manière proactive (voir l'outil 4.D)</li> <li>• Porter une attention particulière aux personnes en situation d'échec, de congé maladie ou d'abandon scolaire et aux personnes et équipes impliquées dans la gestion du corps ou de la scène (ex. : premiers répondants, équipe de santé et sécurité au travail, employé d'entretien ménager, concierge, etc.)</li> <li>• Vérifier l'impact de l'événement sur la vulnérabilité déjà présente et la présence d'idées suicidaires</li> <li>• Référer les personnes vulnérables vers les services ou professionnels compétents</li> </ul>	<p>Il faut répéter régulièrement, au cours des mois suivant le suicide, le processus qui consiste à vérifier auprès des acteurs du milieu leur niveau d'inquiétude pour une personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• revenir vers les acteurs (enseignants, intervenants, chefs d'équipe, etc.) susceptibles d'être en contact avec les personnes à risque de développer des difficultés à distance de l'événement, afin de les informer sur les signes et symptômes qui pourraient être observés (voir la liste dans l'outil 8.A);</li> <li>• faire régulièrement des relances auprès des personnes préalablement reconnues comme vulnérables et les référer vers les services appropriés si jamais des difficultés apparaissent ou augmentent;</li> <li>• maintenir un contact avec les personnes qui n'auraient pas accepté la première offre de soutien.</li> </ul>
<b>TÂCHES PRÉALABLES</b>		<b>OUTILS</b>	
<input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Repérage et interventions sélectives : clientèle et interventions suggérées</i> <input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Fiche de suivi pour les interventions sélectives</i>		8.A <i>Repérage et interventions sélectives : clientèle et interventions suggérées</i> (p. 84) 8.B <i>Fiche de suivi pour les interventions sélectives</i> (p. 89)	

## MESURE 9 – REPÉRAGE ET INTERVENTIONS UNIVERSELLES POUR TOUTE LA POPULATION

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
ACTIONS			
			<p><i>Ces interventions visent à augmenter les compétences de la population générale du milieu à identifier les signes précurseurs de souffrance psychologique, à diminuer les barrières à la consultation professionnelle et à développer des compétences personnelles permettant de se maintenir en bonne santé mentale.</i></p> <p><i>Ces activités permettront de contenir les risques d'effet d'entraînement.</i></p> <p><b>Activités de littératie (augmenter les connaissances)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre des actions pour augmenter les connaissances au sujet des signes précurseurs de la dépression, de la consommation excessive, de la détresse et de l'isolement social (formations <b>pas spécifiquement sur le suicide, mais sur des thématiques associées</b>, kiosques, activités sociales, etc.)</li> <li>• Promouvoir des activités en vue d'augmenter l'acceptabilité de la consultation en santé mentale</li> <li>• Favoriser un regard positif sur la consultation par des activités de sensibilisation ou de formation</li> </ul> <p><b>Repérage et accès à des services de santé mentale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérer les personnes qui pourraient être en train de développer des difficultés personnelles, sociales, scolaires ou de santé mentale. Entrer en contact avec ces personnes et faire une première offre de soutien. Si ces personnes ont des besoins psychologiques qui vont au-delà du soutien, il serait important de favoriser l'engagement vers la recherche de services auprès de professionnels</li> <li>• Aider dans la démarche de recherche d'aide</li> <li>• Favoriser l'accès à la consultation de professionnels de la santé (accès à des professionnels sur place, consultation en ligne, etc.)</li> </ul> <p><b>Programme de santé globale permettant de renforcer le milieu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre des programmes existants, les faire connaître et s'assurer de les maintenir à long terme dans le milieu (ex.: Agir en sentinelles pour la prévention du suicide) (voir outil 9.A)</li> <li>• Promouvoir des stratégies individuelles et collectives permettant de se maintenir en bonne santé mentale et de favoriser l'augmentation de la résilience et du bien-être des individus (voir les stratégies comme <i>École en santé</i> ou <i>Milieu en santé</i>)</li> </ul>
TÂCHE PRÉALABLE			OUTIL
<input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Repérage et interventions universelles : clientèle et activités suggérées</i>			9.A <i>Repérage et interventions universelles : clientèle et activités suggérées</i> (p. 92)

## MESURE 10 – BILAN DE LA POSTVENTION

Préparation avant l'événement	Au moment de l'événement (si le suicide se produit dans le milieu)	Après l'événement (jusqu'à 2 semaines)	Suites à moyen et à long terme (jusqu'à 1 an)
<b>ACTIONS</b>			
			<p><b>Bilan des interventions lors d'un décès</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir une rencontre de comité quelques semaines après l'événement afin de faire un état de la situation et de s'assurer que le repérage des personnes vulnérables se poursuit</li> <li>• Garder des traces écrites du nombre de personnes référées, du nombre de groupes rencontrés, etc., en vue du bilan annuel</li> </ul> <p><b>Bilan annuel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunir le comité de postvention, les intervenants externes et les personnes qui ont eu un rôle à jouer dans les activités de postvention</li> <li>• Faire un bilan des activités de postvention</li> <li>• Analyser et évaluer les actions efficaces et celles qui se sont avérées inefficaces ou qui auraient besoin d'améliorations</li> <li>• Si possible, interroger les personnes qui ont été ciblées par la postvention (élèves ou employés) quant aux services qui leur ont été utiles ou à ceux qu'elles auraient souhaité recevoir</li> </ul> <p><b>Planification du maintien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser le protocole de postvention chaque année et faire les ajustements appropriés</li> <li>• Tenir compte du bilan des activités de postvention</li> <li>• Former les nouveaux membres de l'équipe</li> <li>• Mettre à jour les connaissances des membres du personnel</li> </ul> <p><b>Mise en place ou amélioration des programmes ou activités de prévention du suicide dans le milieu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une politique de prévention du suicide</li> <li>• Évaluer en continu les facteurs de risque des individus et du milieu et proposer des mesures pour atténuer leurs impacts</li> </ul>
<b>TÂCHES PRÉALABLES</b>			<b>OUTILS</b>
<input type="checkbox"/> Consigner l'information concernant chaque activité de postvention à l'aide de l'outil <i>Bilan de la postvention à la suite d'un suicide</i> <input type="checkbox"/> Planifier un bilan annuel des activités de postvention <input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Bilan des activités de postvention réalisées dans l'année</i>			10.A <i>Bilan de la postvention à la suite d'un suicide</i> (p. 96) 10.B <i>Bilan des activités de postvention réalisées dans l'année</i> (p. 99)

## EN RÉSUMÉ

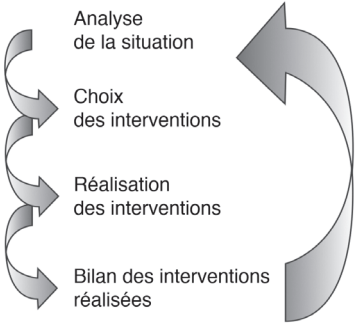
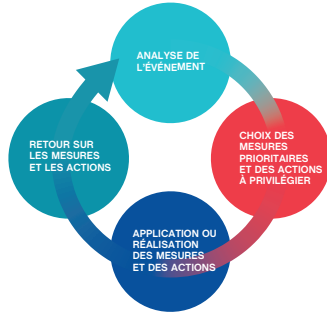
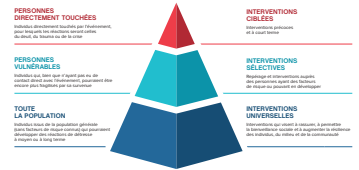
**Ce programme adopte une vision multimodale des interventions à réaliser. Cela signifie :**

- que la variété des interventions permet de cibler différents groupes d'individus ayant des besoins tout aussi différents (interventions ciblées, interventions sélectives et interventions universelles);
- que la séquence des interventions est étendue au-delà de la période de choc pour le milieu (préparation avant l'événement, au moment de l'événement, après l'événement, suites à moyen et à long terme);
- qu'une importance accrue est accordée à l'identification des personnes ayant des troubles mentaux ou risquant d'en développer (directement touchées par l'événement et vulnérables);
- que des interventions universelles visent le maintien de la santé mentale de la population non touchée par le suicide;
- de porter attention aux individus, aux milieux et aux collectivités touchés par le suicide;
- de s'assurer d'offrir des interventions de nature individuelle aux personnes qui en ont besoin et des interventions appropriées auprès du milieu touché et des collectivités;
- d'intégrer des aspects permettant d'adapter plus naturellement les interventions dans différents secteurs d'activité (scolaires, professionnels, communautaires, etc.) et donc de rejoindre les jeunes dans la variété de leurs milieux.

Les milieux (milieu scolaire, de travail ou de vie, communauté, etc.) ne pourront, ni ne devraient, prendre en charge seuls toutes les démarches décrites dans ce programme. Ainsi, le programme de postvention devra établir, à l'avance, des protocoles d'entente avec des organismes sur le plan local ou régional (CPS, CISSS et CIUSSS) ou national (ex. : santé publique), lesquels devront également soutenir le milieu touché par le suicide et proposer des interventions hors de ce milieu, à court et à long terme. Ainsi, une approche séquentielle d'intervention est recommandée, afin d'apaiser le stress dans le milieu, de diminuer la souffrance individuelle, de soutenir les personnes les plus vulnérables de façon proactive sur le long terme et de réduire les risques d'effet d'entraînement.

# DIFFÉRENCES ENTRE LES PROGRAMMES DE 2004 ET DE 2020

Bien que ce programme propose des nouveautés, il retient certains éléments du programme de 2004. Voici les différences entre les programmes de postvention de 2004 et de 2020.

2004	Changement	2020	Explication
	<p>Gestion clinique de l'événement</p> <p>Changement de forme et ajustement des titres</p>	 <p>Outil 3.A</p>	<p>Bien que la présentation soit plus précise et que certaines étapes aient été renommées pour s'arrimer au langage du nouveau programme, la logique du schéma des étapes de gestion clinique de l'événement demeure la même</p>
<p><b>Diminuer le niveau de stress</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stress temporaire</li> <li>Stress aigu</li> <li>Trouble de stress post-traumatique (TSPT)</li> </ul> <p><b>Diminuer l'impact de la crise et de la crise suicidaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>État de crise</li> <li>État de crise suicidaire</li> </ul> <p><b>Favoriser la progression du travail de deuil et prévenir le développement d'un deuil compliqué</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réponses initiales face à la perte</li> <li>Soutien lors d'étapes du deuil</li> <li>Complication du deuil</li> </ul>	<p>Identification des groupes spécifiques</p> <p>Élargissement de la perspective clinique</p>	 <p>Figure 2</p>	<p>Identification de trois groupes spécifiques, élargissant cliniquement l'identification de sous-groupes auprès desquels intervenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>personnes directement touchées : endeuillées (deuil) et témoins (stress aigu ou TSPT);</li> <li>personnes vulnérables : crise, comportements suicidaires, troubles mentaux qui pourraient se développer à moyen ou à long terme;</li> <li>toute la population : stress temporaire.</li> </ul> <p><b>Accent sur l'importance d'être attentif au développement de problèmes de santé mentale et de consommation excessive</b></p>

2004

Changement

2020

Explication

Des mesures qui ciblait davantage la réduction des impacts individuels

Intégration des impacts sur le milieu et sur l'effet d'entraînement  
**Nouveau**

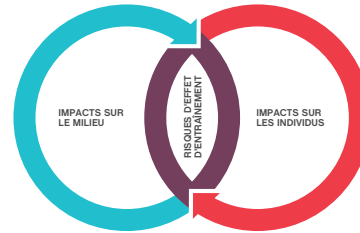


Figure 1

Des mesures qui visent un apaisement du milieu, une augmentation du sentiment de sécurité et un apaisement de la souffrance individuelle

Tableau 4

Exemple de la séquence de la réalisation des activités de postvention

Interventions	Temps	1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>e</sup> sem.	3 <sup>e</sup> -4 <sup>e</sup> sem.	5 <sup>e</sup> -6 <sup>e</sup> sem.	7 <sup>e</sup> -8 <sup>e</sup> sem.	9 <sup>e</sup> -10 <sup>e</sup> sem.	11 <sup>e</sup> -12 <sup>e</sup> sem.	1 <sup>er</sup> mois	2 <sup>e</sup> mois	3 <sup>e</sup> 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											

Séquence d'intervention sur le long terme  
**Insistance sur la durée**



Figure 3

Une insistance sur le déploiement des interventions sur le long terme, particulièrement les interventions sélectives et universelles, qui permettraient de diminuer l'effet d'entraînement possible







03

**OUTILS RELIÉS  
AUX MESURES  
DU PROGRAMME**



## MESURE 1

# ORGANISATION DU MILIEU

- **1.A**  
Résumé du programme  
et conditions gagnantes
- **1.B**  
Liste des tâches pour  
les responsables de chaque mesure
- **1.C**  
Qui fait quoi? – Le comité de postvention

## 1.A

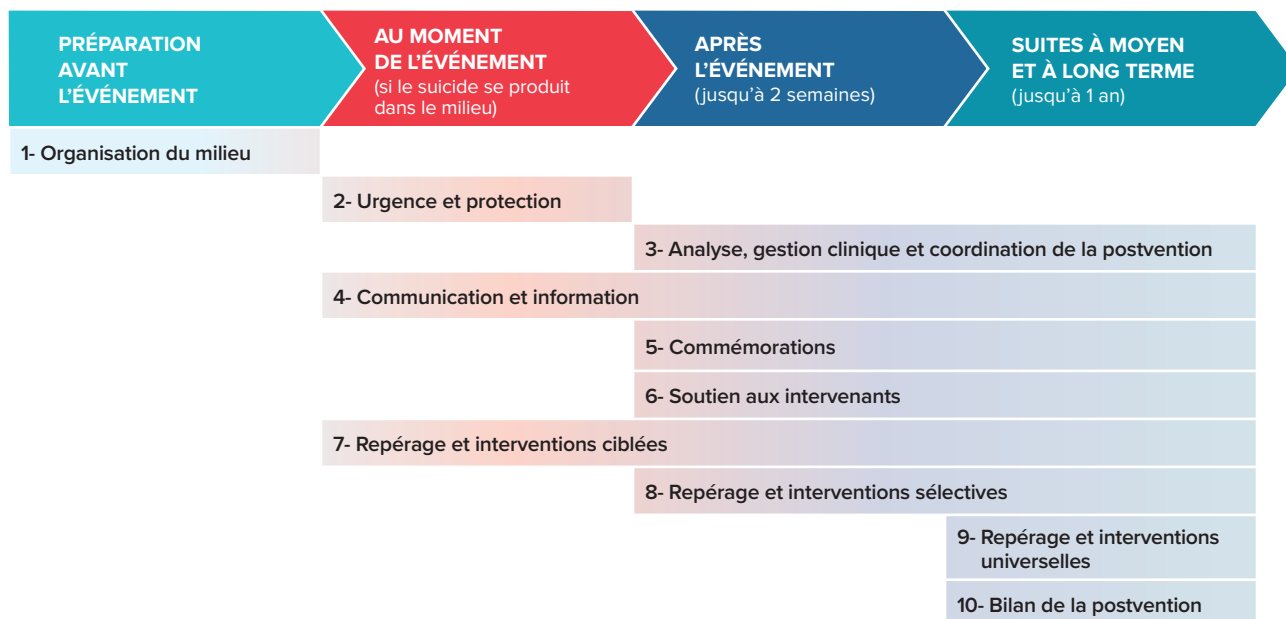
# RÉSUMÉ DU PROGRAMME ET CONDITIONS GAGNANTES

Le programme de **postvention** est de **nature multimodale** puisqu'il nécessite de déployer simultanément plusieurs actions sur une période de plusieurs mois (jusqu'à une année suivant le suicide).

### Le déploiement simultané de ces interventions a deux objectifs :

- **premièrement**, celui de **minimiser les risques d'effet d'entraînement** (effet Werther). Des données épidémiologiques démontrent en effet un risque d'imitation des comportements suicidaires. L'objectif principal est d'éviter que la communauté soit affectée par un ou plusieurs autres suicides. Les stratégies de prévention de l'imitation suicidaire mettent l'accent sur les modalités de l'annonce, sur les actions de communication au sein et en dehors de l'établissement ou encore sur les efforts de régulation (le fait d'être préparé ainsi que la gestion clinique et la coordination en cas de suicide). Ces stratégies visent à agir sur les facteurs collectifs qu'on suppose prédisposer à l'imitation suicidaire, tels que la circulation de messages sensationnalistes, normalisateurs ou banalisants à propos du geste et les effets de désorganisation institutionnelle (Center for Disease Control, 1988);
- **deuxièmement**, celui de **repérer les individus pouvant être affectés par le suicide et d'intervenir auprès d'eux** afin de diminuer le niveau de souffrance. Il s'agit principalement de limiter la désorganisation psychologique de manière précoce et de circonscrire l'impact de l'événement en vue de prévenir l'installation de complications psychopathologiques, cela en favorisant le retour au fonctionnement antérieur.

Le programme propose un déploiement des **10 mesures à mettre en place en fonction de quatre phases** séquentielles



Le programme mise sur l'importance d'offrir des interventions **adaptées et ajustées à la population en commençant par circonscrire les individus selon trois groupes spécifiques**, soit :

**Groupe 1 : Les personnes directement touchées par l'événement**, c'est-à-dire les proches endeuillés et les témoins pouvant vivre une forme exacerbée de stress (stress aigu ou stress post-traumatique).

**Groupe 2 : Les personnes vulnérables**, c'est-à-dire celles qui peuvent être en crise, vulnérables aux conduites suicidaires ou celles qui vivent avec des troubles de santé mentale.

**Groupe 3 : Toute la population**, c'est-à-dire les autres personnes du milieu, qui auront besoin d'information, de conseils éclairés et de soutien pour elles-mêmes ou pour des proches.

Il importe d'offrir le **bon niveau d'intervention** (des interventions ciblées pour les personnes directement touchées, des interventions sélectives pour les personnes vulnérables et des interventions universelles pour toute la population du milieu). Il faudra aussi s'assurer **que la durée des interventions se prolonge au-delà de la période de choc** et d'effervescence créée par l'événement. On devra également veiller à **effectuer le repérage nécessaire en continu** et à intervenir adéquatement en cas de complications ou de réactions distantes de l'événement (phase de suivi à moyen et à long terme, soit jusqu'à un an).

### Les conditions gagnantes du déploiement

À l'échelle régionale ou locale :

- la présence d'une équipe composée des acteurs impliqués dans la postvention à l'échelle régionale ou locale, responsable de l'implantation du programme sur son territoire;
- une implication active des organismes qui ont un mandat de prévention du suicide, comme les centres de prévention du suicide, qui peuvent soutenir les différentes phases de déploiement sur le territoire.

<b>Étape 1</b> Création d'une équipe régionale ou locale de postvention	<b>Étape 2</b> Implantation sur le territoire	<b>Étape 3</b> Suivi de l'implantation
<ol style="list-style-type: none"> <li>Mettre l'équipe sur pied (ex. : centre de prévention du suicide, CISSS/CIUSSS, commission scolaire, services d'urgence)</li> <li>S'approprier le programme et confirmer l'adhésion des acteurs</li> <li>Définir les rôles et responsabilités concernant l'implantation du programme et l'intervention à la suite d'un suicide</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Cibler les établissements ou milieux où implanter le programme</li> <li>Favoriser l'adhésion de ces milieux</li> <li>Soutenir le développement d'un protocole de postvention dans le milieu (mesure 1 du programme)</li> <li>Soutenir le développement des compétences du comité de postvention du milieu ou des intervenants impliqués lors d'un suicide</li> <li>S'il y a un suicide :               <ol style="list-style-type: none"> <li>Offrir du soutien dans le milieu touché</li> <li>S'assurer que les autres milieux dans lesquels il y a des répercussions bénéficient d'une postvention</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Faire un bilan annuel des activités de postvention réalisées sur le territoire</li> <li>Adapter ou réviser les protocoles</li> <li>S'assurer de la formation continue des milieux et de l'équipe régionale ou locale</li> </ol>

**Lors de l'implantation dans un milieu :**

- l'appui et l'engagement de la direction de l'établissement;
- la disponibilité de ressources à la fois internes et externes au milieu;
- la présence de personnel formé dans l'établissement;
- la formation du personnel à un protocole de postvention spécifique au milieu;
- la définition préalable des rôles à jouer par chacun si un tel protocole devait être déployé;
- la préparation du milieu (mesure 1 du programme), dont l'appropriation des outils existants pour qu'ils soient cohérents avec les orientations du programme et la réalité du milieu.

**Lors du déploiement à la suite d'un suicide :**

- le respect des phases séquentielles du programme;
- l'engagement à poursuivre les actions au-delà de la période de choc afin de repérer les individus vulnérables de façon continue, ce qui pourrait éviter l'effet d'entraînement non seulement à court terme, mais également à distance de l'événement.

## 1.B

# LISTE DES TÂCHES POUR LES RESPONSABLES DE CHAQUE MESURE

<p><b>Mesure 1</b></p> <p><b>Organisation du milieu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Élaborer un protocole de postvention avec l'appui des instances décisionnelles</li><li><input type="checkbox"/> Nommer un coordonnateur du comité de la postvention</li><li><input type="checkbox"/> Nommer un responsable pour chacune des mesures</li><li><input type="checkbox"/> Identifier les ressources internes et externes en mesure d'apporter du soutien ou d'intervenir</li><li><input type="checkbox"/> Préparer les outils</li><li><input type="checkbox"/> Remplir ou adapter l'outil <i>Qui fait quoi? – Le comité de postvention</i></li></ul>
<p><b>Mesure 2</b></p> <p><b>Urgence et protection</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Prévoir les lieux de rassemblement</li><li><input type="checkbox"/> Nommer les personnes qui porteront les dossards d'identification des responsables</li><li><input type="checkbox"/> Prévoir des appareils téléphoniques d'urgence</li><li><input type="checkbox"/> Faire le lien avec les responsables des mesures d'urgence et s'assurer que les actions sont cohérentes avec ce qui est déjà prévu dans le milieu</li><li><input type="checkbox"/> Adapter l'outil <i>Exemple de message informatif pour le site Web ou les médias sociaux de l'établissement</i></li></ul>
<p><b>Mesure 3</b></p> <p><b>Analyse, gestion clinique et coordination de la postvention</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Schéma des étapes de gestion clinique de l'événement</i></li><li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Caractéristiques à considérer dans l'analyse de l'événement</i></li><li><input type="checkbox"/> Concevoir ou adapter l'outil <i>Grille d'analyse de l'événement</i></li><li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Gestion des désaccords avec la famille endeuillée</i></li><li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Quoi faire en cas de suicides multiples dans un milieu (effet d'entraînement)</i></li></ul>
<p><b>Mesure 4</b></p> <p><b>Communication et information</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Établir avec les médias locaux une façon de faire lors de suicides / Consulter l'outil <i>Guide de gestion des médias</i></li><li><input type="checkbox"/> Nommer un porte-parole / responsable des médias</li><li><input type="checkbox"/> Nommer un responsable de la veille sur les médias sociaux</li><li><input type="checkbox"/> Cibler et outiller les personnes qui pourraient être impliquées dans l'annonce de l'événement</li><li><input type="checkbox"/> Adapter l'outil <i>Guide d'annonce de l'événement</i></li><li><input type="checkbox"/> Adapter l'outil <i>Modèle de lettre aux parents (adaptation possible pour correspondre au milieu touché)</i></li><li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Orientations concernant les médias sociaux</i> afin d'établir une procédure d'actions sur les médias sociaux</li></ul>

<p><b>Mesure 5</b></p> <p><b>Commémorations</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'informer des habitudes du milieu en ce qui concerne les rituels et les funérailles afin de choisir un rituel qui ne donne pas un traitement particulier au décès par suicide</li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Gestion des rituels funéraires ou des commémorations</i></li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Idées de commémorations possibles</i></li> </ul>
<p><b>Mesure 6</b></p> <p><b>Soutien aux intervenants</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bien informer les intervenants qui auront un rôle à jouer dans la postvention</li> <li><input type="checkbox"/> Préparer le soutien à offrir aux personnes impliquées dans la postvention</li> <li><input type="checkbox"/> Nommer une personne responsable de la gestion de conflits internes ou externes</li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Soutien à apporter aux intervenants qui offraient un suivi à la personne décédée</i></li> </ul>
<p><b>Mesure 7</b></p> <p><b>Repérage et interventions ciblées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Élaborer les trajectoires de services et les protocoles de référence vers les services d'aide ou professionnels internes ou externes</li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Repérage et interventions ciblées : clientèle et interventions suggérées</i></li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Raisons pour lesquelles le débriefing est déconseillé</i></li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Fiche de suivi pour les interventions ciblées</i></li> </ul>
<p><b>Mesure 8</b></p> <p><b>Repérage et interventions sélectives</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Repérage et interventions sélectives : clientèle et interventions suggérées</i></li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Fiche de suivi pour les interventions sélectives</i></li> </ul>
<p><b>Mesure 9</b></p> <p><b>Repérage et interventions universelles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Repérage et interventions universelles : clientèle et activités suggérées</i></li> </ul>
<p><b>Mesure 10</b></p> <p><b>Bilan de la postvention</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Consigner l'information concernant chaque activité de postvention à l'aide de l'outil <i>Bilan de la postvention à la suite d'un suicide</i></li> <li><input type="checkbox"/> Planifier un bilan annuel des activités de postvention</li> <li><input type="checkbox"/> Consulter l'outil <i>Bilan des activités de postvention réalisées dans l'année</i></li> </ul>

## 1.C QUI FAIT QUOI? – LE COMITÉ DE POSTVENTION

Année : \_\_\_\_\_

### Organisation du milieu

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Urgence et protection

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Analyse, gestion clinique et coordination de la postvention

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Bilan de la postvention

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Coordination du comité de postvention

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Communication et information

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Repérage et interventions universelles

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Porte-parole / Médias

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Commémorations

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Repérage et interventions sélectives

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Repérage et interventions ciblées

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Soutien aux intervenants

Responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_



## MESURE 2

# URGENCE ET PROTECTION

### ➤ 2.A

Exemple de message informatif  
pour le site Web ou les médias sociaux  
de l'établissement

## 2.A

### EXEMPLE DE MESSAGE INFORMATIF POUR LE SITE WEB OU LES MÉDIAS SOCIAUX DE L'ÉTABLISSEMENT

Le décès (*d'un employé / d'un élève*) est survenu au sein de l'établissement, mais soyez assurés que des mesures ont rapidement été mises en place afin de bien gérer la situation et de soutenir les personnes qui en ressentent le besoin.

Si vous ou un proche avez besoin d'aide, n'hésitez pas à communiquer avec les ressources mises à votre disposition :

---

---

---

---

**En tout temps, il est possible de joindre la Ligne québécoise de prévention du suicide :**  
**1 866 APPELLE (277-3553)**

**N. B. :** À utiliser seulement si le décès a eu lieu dans l'établissement.

Cet exemple ne signifie pas d'annoncer le suicide sur les médias sociaux! Son objectif est de sécuriser l'entourage en lui indiquant que les personnes sont en sécurité.

## MESURE 3

# ANALYSE, GESTION CLINIQUE ET COORDINATION DE LA POSTVENTION

- **3.A**  
Schéma des étapes de gestion clinique de l'événement
- **3.B**  
Caractéristiques à considérer dans l'analyse de l'événement
- **3.C**  
Grille d'analyse de l'événement
- **3.D**  
Gestion des désaccords avec la famille endeuillée
- **3.E**  
Quoi faire en cas de suicides multiples dans un milieu (effet d'entraînement)

## 3.A SCHÉMA DES ÉTAPES DE GESTION CLINIQUE DE L'ÉVÉNEMENT

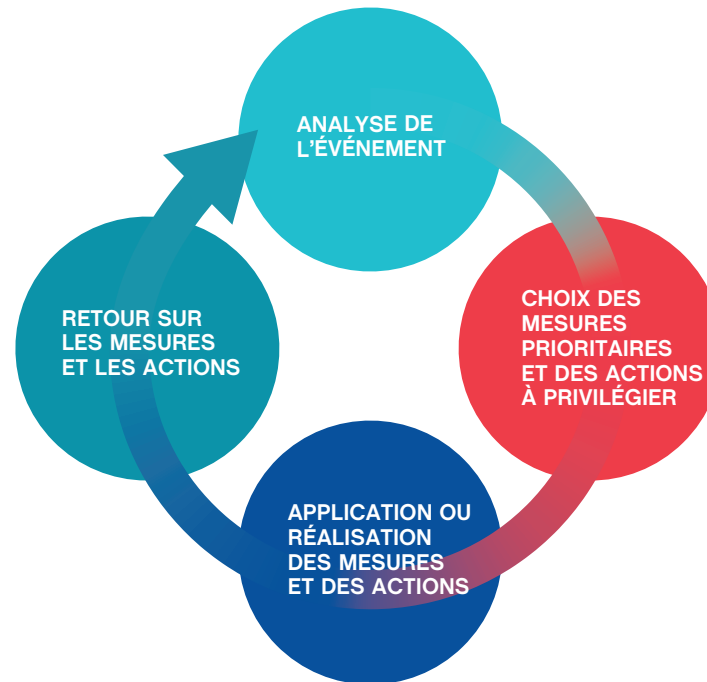
### Analyse de l'événement

- Valider l'exactitude et la véracité des informations
- Recueillir les informations en lien avec les caractéristiques individuelles de la personne décédée ainsi que celles du milieu afin de pouvoir reconnaître les impacts et de déterminer auprès de quels groupes intervenir en priorité
- L'analyse de l'événement se fait rapidement lorsque le milieu apprend la nouvelle du suicide ET se continue tout au long de la postvention

### Retour sur les mesures et les actions

Faire le point sur les mesures, les actions et les interventions réalisées (effets et impacts)

- Se fait à la fin de chaque journée avec les personnes et organismes qui ont été impliqués
- Ce retour contribue à l'analyse continue de l'événement et permettra d'ajuster le choix des actions ou mesures en fonction de l'évolution de la situation dans le milieu
- Se poursuit également dans les semaines et mois suivant le décès



### Choix des mesures prioritaires et des actions à privilégier

- Identifier les groupes prioritaires auprès desquels intervenir
- Choisir les mesures et les actions à privilégier en fonction des trois groupes et des impacts sur le milieu
- Décider qui peut réaliser les actions et/ou offrir les services requis
- Mobiliser d'autres ressources
- Etc.

### Application ou réalisation des mesures et des actions

- Application concrète des actions reliées aux 10 mesures
- Réalisation des interventions auprès des personnes directement touchées par l'événement ou vulnérables
- Réalisation séquentielle des mesures de postvention en fonction des phases (au moment de l'événement, après l'événement [jusqu'à 2 semaines] ou suites à moyen et à long terme [jusqu'à 1 an])

## 3.B

# CARACTÉRISTIQUES À CONSIDÉRER DANS L'ANALYSE DE L'ÉVÉNEMENT<sup>1</sup>

Analyser l'événement avant d'entreprendre des activités de postvention est crucial. Choisir des interventions adéquates est possible seulement avec une analyse exhaustive de la situation et des impacts potentiels du suicide sur les individus et le milieu. Pour avoir un portrait aussi juste et complet que possible, il faut prendre en compte les sphères suivantes lors de l'analyse de l'événement :

- **Sphère des particularités individuelles.**  
Certaines caractéristiques présentes antérieurement peuvent rendre la personne plus susceptible de vivre un déséquilibre à la suite d'un suicide (ex. : abus de substances psychoactives, antécédents suicidaires, présence de psychopathologies dont la dépression, ressources limitées de la personne, etc.).
- **Sphère des environnements physiques et humains.**  
L'entourage immédiat, la famille, le quartier, les milieux fréquentés par la fratrie de la personne décédée, etc.

Il importe de regrouper l'information dans la *Grille d'analyse de l'événement* afin de ne perdre aucun détail. Les informations recueillies devront porter sur les éléments suivants :

### Caractéristiques de la personne décédée

Ces caractéristiques renvoient à la relation que la personne entretenait avec son milieu ou à l'image qu'elle dégageait ou qu'on avait d'elle, en lien avec son rôle ou son implication dans le milieu. De plus, il faut vérifier si les vulnérabilités de la personne décédée sont partagées par d'autres personnes (ex. : appartenance à un groupe). Ainsi, il faudra répondre aux questions suivantes : Quel était son niveau de popularité? De quel milieu provenait-elle? Vivait-elle des choses difficiles?

### Circonstances entourant le suicide

Ces circonstances font principalement référence aux aspects suivants : le moment où a eu lieu le suicide, le contexte dans lequel il s'est produit, l'endroit où il a eu lieu, l'élément déclencheur, les personnes qui ont été témoins, celles qui pouvaient avoir eu des doutes préalables quant aux intentions suicidaires de la personne décédée, celles qui sont déjà au courant de l'événement, les rumeurs qui circulent dans le milieu, etc.

### Caractéristiques de l'entourage de la personne décédée

Ces caractéristiques sont liées aux questions suivantes : quelles sont les personnes qui entretenaient une relation avec la personne décédée (ex. : fratrie, groupe d'appartenance) et quel genre de lien était partagé entre elles (ex. : compétition, conflits)? Où sont ces personnes? Y a-t-il d'autres milieux touchés?

<sup>1</sup> Adapté de : Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C. et Boyer, R. (2004). Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal : Association québécoise de prévention du suicide.

## **Caractéristiques du milieu**

Ces caractéristiques renvoient au type de milieu (urbain ou rural), à sa taille et à son organisation. Il faut vérifier s'il y avait déjà des vulnérabilités présentes dans le milieu en raison d'événements tragiques survenus dans les dernières années (ex. : la présence de suicides antérieurs, d'accidents impliquant plusieurs personnes ou une personne particulièrement significative) ainsi que le climat général de l'établissement. Il faut aussi s'informer sur la présence de problèmes, de conflits ou de tensions antérieurs au suicide (ex. : phénomène de gang, intimidation, violence, grève, négociation de la convention collective).

## **Contexte organisationnel dans lequel aura lieu la postvention**

Ce contexte fait référence à ce qui a déjà été fait dans le milieu, aux ressources disponibles à l'interne ou à l'externe (ex. : voir qui est formé pour intervenir; vérifier la présence de pairs aidants, de sentinelles, de délégués sociaux) et aux types d'actions ou d'interventions qu'elles peuvent offrir. 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 les faire. Il faut également pouvoir compter sur la présence des personnes qui coordonneront les activités de postvention et de celle qui fera le lien avec les médias.

### 3.C

## GRILLE D'ANALYSE DE L'ÉVÉNEMENT<sup>1</sup>

DATE \_\_\_\_\_

#### Qui a informé du décès?

Nom de la personne : \_\_\_\_\_

Lien avec la  
personne décédée : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### Caractéristiques de la personne décédée

Nom de la personne : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  H

Âge : \_\_\_\_\_

Est-ce que cette personne était  
impliquée dans le milieu? \_\_\_\_\_

Peu connue

Moyennement

Très connue

Est-ce que cette personne faisait  
partie d'un groupe? \_\_\_\_\_

Oui

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Non

Ne sais pas

#### Circonstances entourant le suicide

De quoi s'agit-il? \_\_\_\_\_

Suicide

Pacte de suicide

Nombre de personnes décédées : \_\_\_\_\_

Nombre de survivants : \_\_\_\_\_

Quels sont les faits?  
(connus et validés) \_\_\_\_\_

Date de  
l'événement : \_\_\_\_\_

Moyen  
utilisé : \_\_\_\_\_

Lieu de  
l'événement : \_\_\_\_\_

Circonstances /  
Faits particuliers : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a eu des  
témoins directs? \_\_\_\_\_

Si oui, quels sont leurs noms? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Événements qui ont  
précipité le passage  
à l'acte : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Adapté de : Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C. et Boyer, R. (2004). Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal : Association québécoise de prévention du suicide.



Facteurs antérieurs  
influent :

---

---

Après de qui ces informations  
ont-elles été validées?

---

Quelle est la perception de la  
personne contact par rapport à la  
situation actuelle?

---

---

### Caractéristiques du milieu

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 section suivante.)

S'agit-il d'une série  
de suicides?

Oui

Non

Ne sais pas

Si oui, combien?

(Si Non ou Ne sais pas, passez à la section suivante.)

### Précisez

1<sup>er</sup> suicide

Date :

Lieu :

Moyen  
utilisé :

2<sup>e</sup> suicide

Date :

Lieu :

Moyen  
utilisé :

3<sup>e</sup> suicide

Date :

Lieu :

Moyen  
utilisé :

Des activités de postvention ont-elles eu lieu dans  
l'établissement à la suite de ces suicides?

Oui

Non

Y a-t-il eu d'autres événements  
tragiques dans le milieu?

Oui

Non

Si oui, de quelle nature?

Est-il question du décès sur les  
médias sociaux?

Oui

Non

De qui avons-nous obtenu cette information?

Est-ce qu'il y a eu d'autres événements tragiques  
dans le milieu au cours des dernières semaines?  
Si oui, de quoi s'agit-il?

---

## Caractéristiques de l'entourage de la personne décédée

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

Personnes / Milieux	Oui	Non	Ne sais pas
La famille (père, mère, frère, sœur, conjoint[e], enfant)			
Les proches (chum / blonde, ami[e], confident[e])			
L'entourage immédiat (voisin[e], collègue de classe)			
Le milieu (école, travail, groupe, communauté)			

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

Par qui :

Comment :

Est-ce que des organisations externes ont été informées ou devraient l'être?

Oui

Non

Si oui, quelles sont-elles?

Nom des organismes ou de la personne contact	Pourquoi?	Déjà informé	À informer

Quelles ont été les réactions des personnes et des milieux?

Personnes / Milieux	Réactions
La famille et les proches	
L'entourage et le milieu	
Les médias	
Les médias sociaux	

Y a-t-il des personnes vulnérables dans l'entourage de la personne décédée?

Personnes / Milieux	Oui	Non	Ne sais pas	Si oui, précisez	Déjà rencontré?	
					Oui	Non
La famille (père, mère, frère, sœur, conjoint[e], enfant)						
Les proches (chum / blonde, ami[e], confident[e])						
L'entourage immédiat (voisin[e], collègue de classe ou collègue de travail)						
Le milieu (école, travail, groupe, communauté)						
Autres milieux à informer pour repérage						

### Contexte organisationnel dans lequel aura lieu la postvention

Quelles sont les ressources disponibles à l'interne?

Nom	Fonction

Quelles sont les ressources disponibles qu'il est possible d'interpeller à l'externe?  
(Centre de prévention du suicide, CISSS/CIUSSS, centre hospitalier, organismes communautaires, etc.)

Nom	Fonction

Est-ce que des membres du personnel interne sont à informer?

(Direction, secrétariat, services aux élèves, services aux employés, délégués sociaux, etc.)

Nom	Fonction

Y a-t-il des personnes à informer hors du milieu?

(Maison des jeunes, employés en vacances, équipes sportives, etc.)

Nom	Fonction

### 3.D

## GESTION DES DÉSACCORDS AVEC LA FAMILLE ENDEUILLÉE<sup>1</sup>

D'entrée de jeu, il est important de spécifier que la responsabilité des activités de postvention revient à l'établissement. Même si les proches de la personne décédée refusent que le suicide soit abordé de quelque façon que ce soit dans le milieu (scolaire ou de travail), l'établissement doit s'assurer que toutes les personnes affectées reçoivent le soutien dont elles ont besoin.

Le décès n'est pas confidentiel et l'information est de caractère public. Ainsi, après un suicide, l'établissement a le mandat de déployer les mesures nécessaires pour stabiliser le milieu et diminuer la souffrance individuelle de ses membres.

La direction de l'établissement doit ensuite informer les proches de la victime des mesures de postvention qu'elle mettra en place. Même s'il y a déni ou refus de la part des proches, l'application de mesures de postvention demeure l'entière responsabilité de l'établissement. C'est davantage une question d'ordre éthique que légal. Une direction d'établissement 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 sur la nécessité d'intervenir rapidement afin d'empêcher l'effet d'entraînement, 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 à un tel événement. Il est clair que la désinformation augmente considérablement le risque d'effet d'entraînement.

Choisir de taire la nature 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.

<sup>1</sup> Adapté du protocole de postvention préparé par Allard et ses collègues, en collaboration avec Céline Beaugard du Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska (1996, p. 16), et de Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C. et Boyer, R. (2004). Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal : Association québécoise de prévention du suicide.

### 3.E

## QUOI FAIRE EN CAS DE SUICIDES MULTIPLES DANS UN MILIEU (EFFET D'ENTRAÎNEMENT)

La survenue de plusieurs suicides dans une communauté augmente considérablement les risques d'effet d'entraînement ou l'inquiétude que d'autres suicides se produisent.

Il est important que le milieu démontre un sentiment de maîtrise ou de compétence face à la situation, une surveillance bienveillante et une capacité de prise de décision. En de telles situations, il serait normal de penser que des actions extraordinaires doivent être mises en place. Toutefois, les 10 mesures du programme peuvent continuer d'être utilisées. Il sera toutefois possible de porter une attention particulière à certains aspects :

---

<b>Intensifier le repérage des personnes directement touchées ou vulnérables</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intensifier le repérage des personnes directement touchées (groupe 1) et des personnes vulnérables (groupe 2).</li><li>• Faire des efforts afin de les joindre de manière proactive, les encourager à accepter des services et leur offrir les interventions appropriées.</li><li>• Favoriser des interventions soutenues dans le temps, ce qui veut souvent dire au-delà de la période de choc provoquée par l'événement.</li></ul>
<b>Consolider la trajectoire de services</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Augmenter les ressources disponibles et les rendre accessibles directement dans le milieu (dans le milieu scolaire, de travail, de vie, etc.).</li><li>• Revoir la gestion de la sortie des urgences et centres hospitaliers afin d'assurer un suivi post-crise ou un suivi étroit sans délai.</li></ul>
<b>Augmenter les communications avec le milieu afin de favoriser un sentiment de sécurité (des choses sont mises en place pour les personnes qui en ont besoin) et de compétence (le milieu a ce qu'il faut pour agir ou est capable d'aller chercher du soutien)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organiser des rencontres avec les familles, les membres de la communauté.</li><li>• Utiliser les médias (dont les médias sociaux) :<ul style="list-style-type: none"><li>• informer les membres de la communauté quant aux mesures spécifiques mises en place pour faire face à la situation (ressources supplémentaires, heures de service, etc.);</li><li>• promouvoir les services d'aide;</li><li>• diffuser les moments auxquels des rencontres d'information avec les membres du milieu ou de la communauté auront lieu afin de répondre aux questions.</li></ul></li></ul>
<b>Assurer une coordination accrue des mesures de postvention</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• S'assurer de rencontrer régulièrement les intervenants afin de leur offrir du soutien dans la prise de décision et de leur permettre de ventiler.</li><li>• Gérer les médias : transmettre des lignes directrices, travailler de concert avec eux afin qu'ils diffusent de l'information quant à la disponibilité des ressources pour la communauté.</li><li>• Consolider les ressources ou les équipes d'intervention.</li><li>• Clarifier les attentes concernant les personnes ou partenaires impliqués (éviter la confusion).</li><li>• Voir s'il y a lieu de réorganiser des services (par exemple, offrir des lieux permettant les consultations avec des intervenants psychosociaux directement dans le milieu de vie).</li><li>• Gérer les conflits.</li></ul>

---







## MESURE 4

# COMMUNICATION ET INFORMATION

- **4.A**  
Guide d'annonce de l'événement
- **4.B**  
Modèle de lettre aux parents  
(adaptation possible pour correspondre  
au milieu touché)
- **4.C**  
Guide de gestion des médias
- **4.D**  
Orientations concernant  
les médias sociaux

## 4.A

# GUIDE D'ANNONCE DE L'ÉVÉNEMENT<sup>1</sup>

La nouvelle d'un suicide se répand généralement assez rapidement dans un milieu. Plusieurs informations peuvent circuler sur les circonstances entourant le décès, comme sa ou ses causes, le moyen utilisé, les personnes qui sont touchées, etc. Il peut même arriver que ces informations soient faussées ou qu'elles contribuent à augmenter l'effet d'entraînement.

C'est pourquoi l'annonce de l'événement peut s'avérer une étape importante. Cet outil vise à répondre à des questionnements fréquents quant à la façon de la faire.

**À noter :** Il ne faut jamais annoncer la nouvelle du suicide en ayant l'objectif de joindre tout le monde en même temps, par exemple dans une grande salle, par l'interphone ou même sur les médias sociaux. Une annonce faite de cette manière pourrait engendrer une augmentation du stress dans le milieu. Il est préférable de procéder en petits groupes. Cela donne, entre autres, une meilleure possibilité de repérer les personnes vulnérables.

### À qui et pourquoi faire l'annonce de l'événement?

Généralement, l'annonce sera faite aux personnes partageant une proximité physique avec la personne décédée, comme les élèves de la classe, les collègues de travail du même service, les résidents du même milieu de vie, etc.

Dans certaines circonstances qui pourraient amener d'autres membres du milieu à s'identifier à la personne décédée (comme des rumeurs sur un responsable du suicide, des explications simplistes du geste, la « romantisation » ou la glorification de la personne décédée), il serait également utile de discuter de l'événement afin de recadrer les informations.

### Comment faire l'annonce de l'événement?

Il faut communiquer la nouvelle de façon orale. L'annonce doit être brève, factuelle et claire (qui et quand). Le choix de faire l'annonce individuellement ou en petits groupes peut différer en fonction des personnes à qui on veut communiquer l'information.

### Quelles informations transmettre?

- Indiquer que la personne est décédée par suicide.
- Nommer et normaliser les sentiments souvent provoqués par un tel événement (tristesse, incompréhension, inquiétude, colère, etc.). Dire que les réactions sont normales et qu'elles peuvent être différentes pour chaque personne.
- Donner de l'information sur les services d'aide disponibles de même que sur la façon d'y accéder. Au moins une de ces ressources doit être disponible 24 h/24, 7 j/7.
- Généralement, il est recommandé d'éviter de préciser le moyen utilisé.

<sup>1</sup> Adapté de : Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C. et Boyer, R. (2004). Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal : Association québécoise de prévention du suicide.

Bien qu'il puisse être normal que des questions soient posées quant au moyen utilisé par la personne décédée, la littérature indique qu'il n'est pas à privilégier de donner d'emblée cette information. Il est plutôt recommandé de s'intéresser aux questions ou aux besoins sous-jacents et d'orienter les interventions en ce sens.

La curiosité face au moyen utilisé prend souvent sa source dans la considération accordée à la personne décédée ou à son entourage (est-ce que la personne a souffert, qui l'a trouvée et comment va cette personne, est-ce que quelqu'un a été confronté à une scène traumatisante, etc.).

Par rapport aux questions sur le moyen utilisé, il sera donc important d'être rassurant, notamment en indiquant que quelqu'un se préoccupe des personnes qui ont été directement touchées par l'événement.

Le milieu reste toutefois libre de réagir et d'intervenir si les rumeurs prennent des proportions qui inquiètent ou qui viennent entraver les possibilités d'un retour à la normale.

### **Qui doit faire cette annonce?**

L'annonce doit être faite par une personne connue du milieu, en mesure d'être empathique et rassurante. Cela permettra d'insuffler un sentiment de sécurité, de montrer que le milieu est compétent et apte à faire face à la situation et à soutenir les personnes. Une attitude calme, compréhensive, rassurante, empathique, respectueuse, sans jugement à l'égard du geste, est de mise. Il n'y a alors aucune dramatisation de l'événement.

### **En cas de rumeurs**

S'il circule des rumeurs sur le moyen, sur l'identification d'un responsable ou d'un coupable ou sur une cause qui permet une explication simpliste, la discussion devrait être orientée. On parlera du désespoir des personnes qui se suicident et du fait qu'elles croient généralement qu'il n'y avait pas d'autres façons de diminuer leur souffrance devenue intolérable. On expliquera le fait que le suicide est multifactoriel et qu'il y a rarement une seule raison qui amène quelqu'un au suicide<sup>2</sup>.

Dans ces situations, il faut accorder une attention aux personnes confrontées à ces rumeurs.

<sup>2</sup> Adapté de : Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C. et Boyer, R. (2004). Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal : Association québécoise de prévention du suicide.

## Voici un exemple de communication orale permettant d'annoncer le 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 par suicide d'un *(élève de l'école / employé)*.

Il s'agit de *(prénom et nom de la personne)*, *(son niveau [si en milieu scolaire] ou son service [si en milieu de travail])*. Le décès a eu lieu *(moment et lieu du décès)*. Nous ne connaissons pas les raisons qui ont engendré cet événement, mais nous savons que cela peut être bouleversant pour nous tous.

Diverses émotions peuvent être ressenties, par exemple la peine, l'incompréhension, la peur, l'inquiétude et la colère. Toutes ces émotions sont normales, et sachez que des personnes sont disponibles pour vous soutenir dans ce moment difficile.

Si vous-même vivez des moments de souffrance, vous pouvez prendre contact avec *(nom de la personne ou organisme)* *(au numéro de téléphone suivant ou à l'adresse suivante)* au : \_\_\_\_\_

Je vous suggère d'en parler avec vos amis, vos parents, les aidants de votre milieu, quelqu'un en qui vous avez confiance.

Vous pouvez aussi joindre des intervenants à différents endroits, tels que le centre de prévention du suicide de la région *(numéro de téléphone)*, la Ligne québécoise de prévention du suicide 1 866 APPELLE (1 866 277-3553), Tel-jeunes (1 800 263-2266) ou encore Jeunesse, J'écoute (1 800 668-6868).

## 4.B

### MODÈLE DE LETTRE AUX PARENTS (ADAPTATION POSSIBLE POUR CORRESPONDRE AU MILIEU TOUCHÉ)

(Date)

Bonjour,

*(Circonstances : Au cours de la fin de semaine, ce matin...), nous avons appris le décès par suicide d'un de nos (élèves / employés). Nous sommes tous affectés par le décès de cet (élève / employé).*

Une équipe d'intervention a été mobilisée afin d'aider les gens touchés à traverser cette situation difficile dans le milieu.

Il est fort possible que votre proche ressente le besoin de parler de l'événement à la maison. Nous vous invitons à lui accorder le temps nécessaire pour écouter ce qu'il a à dire.

Si vous êtes inquiet des réactions de votre proche, ou encore si vous avez besoin de soutien ou d'information, nous vous invitons à communiquer avec *(nom et titre)*, en composant le *(numéro de téléphone)*.

Soyez assuré de notre collaboration et que votre démarche sera traitée de façon confidentielle.

Vous pouvez également joindre des intervenants à différents endroits, tels que le centre de prévention du suicide de la région *(numéro de téléphone)*, la Ligne québécoise de prévention du suicide 1 866 APPELLE (1 866 277-3553), Tel-jeunes (1 800 263-2266) ou encore Jeunesse, J'écoute (1 800 668-6868).

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, nous vous prions d'accepter nos salutations respectueuses.

---

*(Nom du directeur)*

Directeur

## 4.C

# GUIDE DE GESTION DES MÉDIAS

Comme nous le savons tous, les médias exercent une profonde influence sur les attitudes, le comportement et la pensée du public.

Les responsables de la communication avec les médias et les médias eux-mêmes devraient donc avoir conscience des effets que leurs actions ou leurs déclarations peuvent avoir sur la vie d'autrui, dans la communauté.

En œuvrant de concert, les responsables des communications avec les médias et les agences de nouvelles peuvent communiquer l'information sur le suicide de manière à limiter le plus possible les risques d'encourager un comportement similaire, tout en permettant aux journalistes de présenter une information juste et adaptée aux circonstances. On parle de plus en plus de l'effet Papageno, en référence aux pratiques protectrices qui émanent des médias. Pour en savoir plus sur l'effet Papageno, visiter la section Médias du site [www.preventionsuicide.info/medias/](http://www.preventionsuicide.info/medias/). Il est également possible de consulter le guide que l'Association québécoise de prévention du suicide a développé à l'intention des médias : [www.aqps.info](http://www.aqps.info)

### Règles générales

- **Ne pas transmettre des statistiques qui pourraient être désuètes.**  
Faites attention aux statistiques données. Revoyez les dernières statistiques afin de ne pas transmettre de l'information erronée. Assurez-vous de pouvoir défendre vos faits et vos chiffres.
- **Ne pas sensationnaliser la nouvelle.**  
Il est inopportun de discuter des détails de la méthode ou des motifs du suicide. Les descriptions sensationnalistes peuvent envenimer l'atmosphère émotionnelle résultant d'un suicide. Les décès par suicide doivent être rapportés de façon objective, basée sur des faits, et éviter toute fioriture qui pourrait accroître la tension émotionnelle.
- **Ne pas divulguer de détails précis sur la façon dont la personne s'est suicidée.**  
Divulguer ce genre de détails peut être dommageable. La description détaillée de la méthode utilisée pour un suicide peut servir d'outil de référence à des personnes envisageant de se suicider. Des informations du genre « tel type de tuyau a été utilisé, il a été acheté à tel endroit et a été raccordé de telle façon au tuyau d'échappement d'une voiture » devraient être évitées.
- **Ne pas glorifier la victime ou lui décerner un statut de célébrité.**  
Les drapeaux en berne, l'érection de monuments, etc., peuvent laisser entendre aux personnes vulnérables que la société honore l'acte du suicide.
- **Ne pas simplifier la cause d'un suicide.**  
Un suicide n'est pas le résultat d'une cause unique, mais l'effet combiné et complexe de nombreux facteurs. Il faut surtout éviter de donner l'impression que c'est le dernier événement qui a précipité le suicide et qu'il en était la seule cause.
- **Ne pas présenter le suicide comme un moyen approprié afin de faire face aux difficultés.**  
Un suicide ne devrait jamais être considéré comme une « réussite ». Il ne faut jamais présenter le suicide comme un moyen approprié de régler un problème.

## Pour le milieu touché :

- **Adresser toutes les demandes de la part des médias à la personne désignée dans le milieu.**  
Aviser les secrétaires de ne pas répondre aux demandes et de plutôt aiguiller les médias vers la personne responsable. Vous éviterez ainsi la confusion en période de crise et assurerez la constance de l'information communiquée aux médias.
- **Éviter le « sans commentaire ».**  
Ce n'est pas une réponse productive. Une telle réponse peut créer ou exacerber des rapports de confrontation entre la source des renseignements et les médias. La personne responsable des communications avec les médias devrait être prête à fournir des réponses même si cela implique de demander un délai de réponse raisonnable.
- **Éviter de donner des opinions.**  
Les commentaires impromptus, improvisés ou personnels peuvent créer ou provoquer une couverture malheureuse. Il faut encourager le dialogue entre le responsable et les médias sur les points d'intérêt de tout article sur le suicide. Cependant, aucune des deux parties ne devrait essayer de dicter ce qui doit être rapporté.
- **Faire attention si l'interviewer vous demande de le mettre en communication avec une personne qui a tenté de se suicider.**  
Déterminer d'abord si cela est dans l'intérêt de la personne en cause et quelle serait la valeur éducative d'une telle entrevue. Si cette idée est retenue, il est préférable que le responsable communique d'abord avec la personne afin de vérifier si elle consent à ce que vous donniez son nom et son numéro de téléphone aux médias, ou si elle désire conserver l'anonymat afin d'éviter les appels importuns.
- **Demander aux médias d'éviter de circuler et de filmer ou d'interroger des membres dans le milieu.**  
Rappeler ce qui a été fait pour soutenir les membres du milieu. Prévoir un message qui s'adresse aux proches (ce sont eux qui écoutent les nouvelles).

## Pour les journalistes

- **Réduire au minimum la médiatisation des suicides.**  
Utiliser des termes clairs, simples et courants que les lecteurs ou les auditeurs pourront comprendre.
- **Faire attention au message sous-jacent à la couverture médiatique.**  
Les médias ont le droit de faire connaître une information non biaisée, véridique et précise au public. On a tendance à rapporter seulement les suicides commis en public ou par des personnalités connues. Le rapport sélectif de tels suicides peut laisser sous-entendre que seules les personnes importantes ou qui réussissent socialement se suicident et que cela est une façon acceptable d'être reconnu.
- **Éviter la couverture trop large d'un suicide qui pourrait contribuer à l'effet d'entraînement.**  
La couverture trop large ou continue d'un cas de suicide peut rendre ce dernier plus impressionnant dans l'esprit d'un individu vulnérable et ainsi lui sembler une « solution » plus attrayante à ses propres problèmes.
- **Comprendre que le suicide est une source de stress.**  
Un suicide est une source de stress pour les membres de la famille et l'entourage, mais aussi pour la communauté dans son ensemble. En plus de rapporter un suicide, l'article doit comprendre des renseignements sur les façons de prévenir le suicide. L'information devrait inclure une liste des ressources locales existantes, telles que les professionnels de la santé mentale et les centres de prévention du suicide susceptibles d'aider les personnes suicidaires.

# CE QUI DONNE DES RÉSULTATS POSITIFS SELON L'OMS

## COMMENT INFORMER SUR LE SUICIDE EN GÉNÉRAL

- ▶ Interpréter les statistiques avec prudence et correctement
- ▶ Utiliser des sources authentiques et fiables
- ▶ N'effectuer des commentaires spontanés qu'avec précaution malgré la pression du temps
- ▶ Se méfier des généralisations basées sur des petits nombres et éviter des expressions telles que «épidémie de suicides» ou «l'endroit qui possède le taux de suicide le plus élevé du monde»
- ▶ Donner la liste de tous les services de santé mentale et d'assistance téléphonique avec leurs coordonnées téléphoniques et leurs adresses Web les plus récentes
- ▶ Mentionner tous les symptômes d'alerte d'un comportement suicidaire
- ▶ Ne pas présenter un comportement suicidaire comme une réponse aux changements sociaux et culturels ou à une récession

## COMMENT INFORMER SUR UN SUICIDE EN PARTICULIER

- ▶ Le reportage à sensation sur un cas de suicide doit être consciencieusement évité, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une personne célèbre. L'information doit être limitée autant que possible. Il faut également révéler tout problème de santé mentale dont la personne aurait souffert. Tout doit être mis en œuvre pour éviter des déclarations exagérées. Les photographies du défunt, de la méthode employée ou du lieu du suicide doivent être évitées. Les titres de la première page d'un journal ne sont jamais l'endroit idéal pour diffuser des informations sur un suicide.
- ▶ La description détaillée du moyen utilisé et de la façon dont la personne y a eu accès doit être évitée. Certains endroits – ponts, falaises, immeubles élevés, voie ferroviaire, etc. – sont traditionnellement associés au suicide, et la publicité que l'on peut en faire accentue le risque de suicide à partir de ces lieux.
- ▶ Un suicide ne devrait pas être rapporté comme étant inexplicable ou de façon simpliste. Un suicide n'est jamais causé par un seul facteur ou événement. Il est généralement provoqué par une interaction complexe de nombreux facteurs tels qu'une maladie mentale ou physique, un abus de drogues ou d'alcool, des perturbations familiales, des conflits interpersonnels ou un stress de la vie. Faire reconnaître que des facteurs variés contribuent au suicide sera utile.
- ▶ Un suicide ne doit pas être présenté comme une solution aux problèmes personnels tels qu'une faillite, un échec à un examen ou un abus sexuel.
- ▶ Faire savoir qu'un comportement suicidaire est souvent associé à la dépression et que la dépression est curable.
- ▶ Le reportage doit prendre en considération l'impact du suicide sur les familles et sur les proches, touchés à la fois par la douleur psychologique et morale.
- ▶ La glorification des suicidés, présentés comme martyrs et comme objets d'adulation du public, peut suggérer aux personnes sensibles que la société dans laquelle ils vivent admire le comportement suicidaire. À l'inverse, l'accent doit être mis sur le deuil que vivent les proches de la personne décédée.
- ▶ La description des séquelles physiques des tentatives de suicide (lésions cérébrales, paralysie, etc.) peut s'avérer dissuasive.

Sources : Organisation mondiale de la Santé. (2002). *La prévention du suicide : indications pour les professionnels des médias*. Genève, Suisse : Département de santé mentale et toxicomanies.

Association québécoise de prévention du suicide. (2012). *Prévention du suicide et traitement médiatique*. Association québécoise de prévention du suicide.

### Références :

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2011). *Aide-mémoire pour la couverture médiatique du suicide*. Longueuil, Québec : Direction de santé publique de la Montérégie.

Commission de la santé mentale du Canada et CBC News. (2014). En-tête : reportage et santé mentale. Repéré à : <http://www.journalismforum.ca/mindset-reporting-on-mental-health>



## 4.D

# ORIENTATIONS CONCERNANT LES MÉDIAS SOCIAUX<sup>1</sup>

L'arrivée des médias sociaux dans le paysage de la prévention du suicide a entraîné l'apparition de nouveaux enjeux, défis et opportunités à prendre en considération lors de la mise en place d'activités de postvention.

### Les enjeux

L'utilisation croissante des médias sociaux comme mode de communication et comme source d'information a eu un impact considérable sur la diffusion des informations concernant les décès par suicide. Elle multiplie les probabilités qu'une personne soit en contact, un jour ou l'autre, avec l'annonce du décès par suicide d'un pair, d'une connaissance ou d'une personne qu'elle ne connaissait pas. Malheureusement, il arrive même que des proches y apprennent le décès.

Les proches, pairs et connaissances de la personne décédée utilisent parfois ces espaces virtuels, lieux d'échanges et de discussions à la suite d'un suicide, pour communiquer leurs condoléances et pour exprimer leurs réactions de tristesse, de colère, d'incompréhension, etc. À travers ces échanges, plusieurs tentent de donner un sens au suicide, de comprendre le geste, d'identifier les causes du passage à l'acte, etc.

Des pages virtuelles de commémoration sont parfois créées pour honorer la mémoire de la personne décédée et fréquentées par les proches, pairs et connaissances. Ils y commémorent la personne décédée, partagent des souvenirs et publient des messages de sympathie à la famille ou s'adressant directement au défunt. Les endeuillés peuvent fréquenter ces pages à l'occasion ou fréquemment, et ce pendant plusieurs années, notamment à des dates significatives comme la date de naissance, l'anniversaire du décès, etc.

### Les risques ou défis

La grande accessibilité des informations relatives au suicide sur les médias sociaux peut être problématique pour la prévention du suicide.

- **Favoriser l'effet d'entraînement :**

Plusieurs recherches indiquent que le simple fait d'être exposé à certains types d'informations et de communications sur le suicide (ex. : information sur la méthode employée, présentation du geste suicidaire comme un acte courageux) peut favoriser l'effet d'entraînement. Dans les médias sociaux, la diffusion à grande échelle d'informations non sécuritaires sur le suicide est bien présente puisque celles-ci ne font généralement pas l'objet de contrôle, comme c'est le cas dans les grands médias d'information.

- **Véhiculer de fausses croyances :**

La présence de discussions dans ces médias peut également être problématique. De fausses croyances sur le suicide, voire des rumeurs sur les causes ou circonstances, peuvent y être véhiculées, et les risques de communications non sécuritaires (désinformation, banalisation, explication simpliste du geste, recherche de coupable, etc.) y sont également bien présents.

Le besoin de donner du sens à un décès peut même amener certains internautes à tenter d'identifier des coupables ayant poussé la personne au suicide; cela est souvent le cas lorsqu'elle était victime d'intimidation, par exemple. Ce type de chasse aux sorcières sur les médias sociaux peut entraîner de graves conséquences pour les individus ciblés par ces accusations et leur entourage.

- **Favoriser des difficultés dans le processus de deuil :**

La mise en ligne de sanctuaires virtuels destinés à honorer les défunts peut également s'avérer problématique puisqu'elle contribue parfois à « glamouriser » le suicide. Ces sanctuaires virtuels peuvent favoriser des difficultés dans le processus de deuil de certaines personnes, par exemple en augmentant leur sentiment d'isolement lorsque l'entourage cesse d'y faire des publications, ou encore en réduisant leur capacité à laisser aller l'être aimé.

<sup>1</sup> Rédaction : Louis-Philippe Côté, consultant en évaluation de programmes, spécialiste des nouvelles technologies en prévention du suicide. Chargé de projets à l'AQPS pour la Stratégie numérique en prévention du suicide.

## Les opportunités ou occasions de prévention

En dépit des risques d'effet d'entraînement et d'imitation du geste suicidaire qu'ils peuvent engendrer, les médias sociaux offrent d'importantes possibilités de diffusion d'informations utiles à la prévention du suicide, et ce, à grande échelle. De plus, les médias sociaux peuvent offrir des occasions d'intervention en prévention du suicide, comme celles-ci :

- **Repérer les personnes vulnérables au suicide :**  
Les personnes susceptibles d'être vulnérabilisées par un décès par suicide sont généralement liées entre elles via les médias sociaux. On peut donc à la fois les repérer et les joindre par cette voie.  
  
Les discussions en ligne peuvent amener à identifier la détresse créée par l'événement et s'avérer utiles dans le repérage des personnes vulnérables au suicide dans l'entourage de la personne décédée.
- **Favoriser l'accès aux ressources et augmenter l'acceptabilité de la demande d'aide :**  
Les médias sociaux offrent une possibilité de diffuser des informations sur le repérage d'une personne suicidaire (indices de détresse), sur les comportements d'aide adéquats à adopter, sur les ressources accessibles aux personnes vulnérables, dont le 1 866 APPELLE, etc.  
  
En plus de faire la promotion des services d'aide, il est possible d'y promouvoir la demande d'aide.
- **Transmettre des informations adéquates et agir sur les mythes et les préjugés qui limitent les actions préventives :**  
Il est parfois possible de recadrer des fausses croyances, de dépersonnaliser la discussion (parler du vécu des personnes suicidaires, de la combinaison de plusieurs facteurs pour qu'une personne en arrive à penser au suicide, etc.).  
  
Ces informations de prévention du suicide peuvent être transmises à l'entourage de la personne décédée, être diffusées ainsi à travers ses réseaux de contacts et atteindre un grand nombre de personnes.
- **Être une source de soutien pour les personnes en détresse et les endeuillés par suicide :**  
Plusieurs études indiquent que les personnes en détresse et les endeuillés par suicide recherchent, et reçoivent, du soutien social en ligne. Une multitude d'initiatives peuvent donc être mises sur pied dans les médias sociaux afin d'établir des groupes de soutien en ligne.

## Pistes d'intervention dans les médias sociaux à la suite d'un décès par suicide

<p><b>Étape 1</b></p> <p>Repérer les médias sociaux sur lesquels le suicide est abordé</p>	<p><b>Étape 2</b></p> <p>Publier de l'information sur des ressources d'aide</p>	<p><b>Étape 3</b></p> <p>Surveiller les discussions afin de repérer des internautes en détresse</p>
<p><b>Établir au préalable une procédure d'intervention sur les médias sociaux</b> à la suite d'un décès par suicide. Il existe plusieurs types d'espaces virtuels où le suicide peut être l'objet de discussions à l'intérieur des médias sociaux. Certains espaces sont publics (ex. : Twitter), d'autres sont privés (ex. : groupe fermé sur Facebook ou Instagram).</p> <p>Lors d'un suicide, repérer les médias sociaux où l'on discute du suicide.</p> <p>Si la discussion a lieu dans un espace virtuel public, il est relativement facile de la repérer : on entre le nom complet de la personne décédée dans Google ou dans un moteur de recherche intégrant les médias sociaux pour repérer les comptes et profils virtuels concernés.</p> <p>Si la discussion a lieu dans un espace virtuel privé, il faut y accéder par l'intermédiaire du compte d'un proche de la personne décédée avec son accord. Étant donné que les discussions sur le suicide ont souvent lieu dans des espaces virtuels privés, il faut généralement faire des démarches auprès de la famille ou de pairs et collaborer avec ces personnes pour repérer les médias sociaux où le suicide est abordé.</p> <p><b>Si l'on repère des pages malveillantes qui incitent au suicide, il faut les dénoncer aux services policiers.</b></p>	<p><b>S'il est possible d'avoir accès à l'espace virtuel sur lequel le suicide est abordé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>il serait opportun d'y publier de l'information sur les ressources accessibles aux personnes en détresse (dont le 1 866 APPELLE). Il faut s'assurer que ces ressources sont nationales, et non locales, car les internautes exposés à ces informations peuvent résider dans différentes régions.</li> </ul> <p><b>Si une page virtuelle est gérée par un administrateur</b> (site Internet de l'école ou entreprise, page Facebook d'un groupe fermé, etc.), il peut être utile de solliciter sa collaboration afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de publier des informations auprès de l'ensemble des membres du groupe, ou encore de mettre en évidence certaines informations de prévention du suicide sur la page virtuelle (ex. : épingler un message sur un fil de discussion Facebook).</li> </ul>	<p>Il peut être utile de mettre en place une veille pour surveiller les discussions sur le suicide ayant lieu sur les médias sociaux, et ce, afin de repérer les internautes en détresse. Voici quelques lignes directrices :</p> <p>Lorsque <b>des messages laissent pressentir de la détresse</b> : publier un message de soutien contenant des informations sur des ressources d'aide.</p> <p><b>Si le message est alarmant et susceptible d'engendrer de la détresse pour autrui</b> : évaluer la possibilité de supprimer (ou de faire supprimer) le message public et de prendre contact, à l'aide de la messagerie privée, avec la personne qui l'a écrit. Il sera alors possible de lui exprimer notre inquiétude, de la soutenir et de l'orienter vers des ressources d'aide.</p> <p><b>S'il n'est pas possible d'avoir accès directement aux personnes qui communiquent de la détresse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>demander à des pairs de relayer l'information ou agir de façon transparente par l'intermédiaire de leur compte (cette personne-relais n'a pas la responsabilité d'intervenir, mais de faciliter le contact avec la personne en détresse et de relayer les informations qu'elle voit sur l'espace virtuel);</li> <li>suggérer à l'administrateur du groupe un modèle de message afin de l'aider à communiquer sécuritairement avec les personnes qui expriment de la détresse.</li> </ul> <p>Dans un même ordre d'idées, il est possible de suggérer aux administrateurs du groupe d'écrire des conditions d'utilisation de la page virtuelle. Ces conditions peuvent indiquer les règles du groupe, les objectifs de la page (ex. : endroit pour les messages de soutien) et les messages qui seront supprimés (ex. : pas d'accusations ou de rumeurs).</p>

## La grande question qui demeure : Qui a la responsabilité d'effectuer la veille sur les médias sociaux ou les actions proposées?

Il est malheureusement impossible d'identifier clairement des responsables de la veille, d'abord à cause de la variété des milieux, mais également parce qu'on ne sait pas à l'avance sur quels médias le suicide sera abordé.

Bien sûr, si les messages sont sur la page de l'établissement ou d'une organisation spécifique (ex. : école, usine, CISSS, centre de prévention du suicide, regroupement), il est plus facile de nommer une ou des personnes responsables de cette veille. Autrement, on a besoin d'autres personnes pour faire le repérage et favoriser les actions préventives.

En ce sens, on peut considérer de s'allier avec les élèves, les employés, les intervenants du milieu, le personnel d'organismes du milieu, la santé publique, etc. À la limite, si on considère qu'une page devrait être fermée, on devra solliciter la collaboration des services de police.

## Références

- Bailey, L. et Bell, J. (2017). The use of social media in the aftermath of a suicide: Findings from a qualitative study in England. Dans T. Niederkrotenthaler et S. Stack (dir.), *Media and Suicide* (85-96). [s. l.] : Routledge.
- Bell, J., Bailey, L. et Kennedy, D. (2015). "We do it to keep him alive": Bereaved individuals' experiences of online suicide memorials and continuing bonds. *Mortality*, 20(4), 375-389.
- Carlyle, K. E., Guidry, J. P., Williams, K., Tabaac, A. et Perrin, P. B. (2018). Suicide conversations on Instagram™: Contagion or caring?. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(1), 12-18.
- Heffel, C. J., Riggs, S. A., Ruiz, J. M. et Ruggles, M. (2015). The aftermath of a suicide cluster in the age of online social networking: A qualitative analysis of adolescent grief reactions. *Contemporary School Psychology*, 19(4), 286-299.
- Krysinska, K. et Andriessen, K. (2013). Suicide bereavement online: Sharing memories, seeking support, and exchanging hope. Dans B. L. Mishara et A. J. M. F. Kerkhof (dir.), *Suicide prevention and new technologies* (150-165). Londres, Royaume-Uni : Palgrave Macmillan.
- National Suicide Prevention Lifeline. (2010). Lifeline online postvention manual. Repéré à <http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/LifelineOnlinePostventionManual.pdf>
- Robertson, L., Skegg, K., Poore, M., Williams, S. et Taylor, B. (2012). An adolescent suicide cluster and the possible role of electronic communication technology. *Crisis*, 33(4), 239-245.
- Ueda, M., Mori, K., Matsubayashi, T. et Sawada, Y. (2017). Tweeting celebrity suicides: Users' reaction to prominent suicide deaths on Twitter and subsequent increases in actual suicides. *Social Science & Medicine*, 189, 158-166.
- Westerlund, M. U. (2018). The usage of digital resources by Swedish suicide bereaved in their grief work: A survey study. *OMEGA Journal of Death and Dying*. doi: 0030222818765807

## MESURE 5

# COMMÉMORATIONS

- **5.A**  
Gestion des rituels funéraires  
ou des commémorations
- **5.B**  
Idées de commémorations  
possibles

## 5.A

# GESTION DES RITUELS FUNÉRAIRES OU DES COMMÉMORATIONS<sup>1</sup>

**Qu'est-ce qu'un rituel funéraire?** Ensemble de gestes, de symboles ou de paroles qui visent à commémorer la personne décédée et à accompagner ses proches.

**Quelle est son utilité?** Un rituel funéraire sert à exprimer des idées et des affects (angoisse, peur, chagrin). Il donne l'occasion aux personnes affectées de poser des gestes concrets et de s'approprier la réalité de la mort (Roy, Parrot, Proulx, Chagnon et Tremblay, 1999)<sup>2</sup>.

La participation aux funérailles ou aux commémorations doit être laissée à la discrétion des individus et de leurs parents, si certains sont mineurs. En aucun cas la participation aux commémorations ne devrait être obligatoire. Il est même souhaitable de ne pas planifier de déplacement de groupe pour participer à la commémoration, en laissant chaque personne décider (avec sa famille ou ses parents) de sa présence ou non à la commémoration.

Certains jeunes peuvent n'avoir jamais participé à des commémorations. En ce sens, il peut être utile de les aider à s'y préparer en leur donnant de l'information sur leur déroulement habituel, sur la façon d'offrir leurs condoléances, etc.

Porter attention aux réactions durant les commémorations, afin de repérer les personnes qui pourraient avoir besoin de plus de soutien ou d'interventions ciblées ou sélectives.

**Si le milieu souhaite faire un geste de commémoration spécifique, il est recommandé :**

- de consulter la famille et de respecter ses volontés;
- d'aborder les rituels de la même manière que pour tout autre type de décès, comme un accident, une mort naturelle ou à la suite de maladie (ex. : temps pendant lequel la photo est exposée, réattribution du bureau de travail, du casier ou d'un autre espace utilisé par la personne, etc.).

### À éviter :

Il ne faut pas choisir des activités qui valoriseraient le suicide, le glorifieraient ou perpétueraient de façon permanente la nature du décès (ex. : faire un vidéo de la personne décédée, ériger un sanctuaire, construire un mur de photos, produire du matériel avec la photo de la personne décédée (ex.: brassards, macarons, etc.)

**Si des membres du milieu souhaitent mettre en place un rituel de commémoration,** voir le besoin derrière la demande (quel est le sens des gestes pour ceux qui désirent les mettre en place?) et aider ces personnes à exprimer leurs sentiments et réactions de manière appropriée.

<sup>1</sup> Adapté de : Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C. et Boyer, R. (2004). *Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*. Montréal, Québec : Association québécoise de prévention du suicide.

<sup>2</sup> Roy, F., Parrot, R., Proulx, N., Chagnon, J., et Tremblay, É. (1999). *Un sentier d'espoir : guide d'accompagnement en prévention du suicide*. Montréal, Québec : Assemblée des évêques du Québec.

## 5.B

# IDÉES DE COMMÉMORATIONS POSSIBLES

Cet outil vise à soutenir le choix de commémorations dans le cas d'un suicide d'un membre du milieu.

Tout d'abord, **quelques principes sont à respecter** :

- les commémorations doivent être circonscrites dans le temps (quelques jours);
- elles ne doivent pas avoir un caractère différent de ce qui est mis en place habituellement pour d'autres types de décès (accident, mort naturelle, etc.);
- elles ne doivent pas valoriser le geste de la personne;
- il faut porter une attention aux messages véhiculés. Par exemple, on ne devrait pas laisser sous-entendre que la personne ne souffre plus, que le geste était inévitable, etc.

### Idées de commémorations

<b>Écriture de messages à la famille</b>	Le milieu peut envoyer une carte de condoléances à la famille, en y incluant des messages des membres du milieu.
<b>Minute de silence</b>	<p>Demander aux membres du milieu (de la classe, du service ou du département, etc.), d'observer une minute de silence à la mémoire de la personne décédée.</p> <p>Il est possible d'en profiter pour orienter la réflexion en y incluant un message préventif. Exemple :</p> <p>« Nous sommes attristés par le décès de <i>(nom de la personne)</i>. Nous vous demandons d'observer une minute de silence à sa mémoire, et pour les personnes touchées par cet événement. Nous pouvons également souhaiter que les personnes qui en ont besoin aillent vers les ressources d'aide. »</p>
<b>Expression de mots que l'on voudrait dire à la personne décédée</b>	Demander aux amis, collègues ou autres personnes touchées d'écrire ou de nommer quelque chose de cette personne dont ils souhaitent se souvenir (valeur, trait de personnalité, phrase, etc.).
<b>Activité de prévention du suicide</b>	<p>Le décès d'un membre du milieu peut créer un désir d'agir pour la cause.</p> <p>Des exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• organiser une marche où des pancartes indiqueront les numéros de téléphone de services d'aide;</li> <li>• collecter des fonds à remettre à un organisme œuvrant en prévention du suicide;</li> <li>• participer à la Semaine de prévention du suicide ou à la Journée mondiale de prévention du suicide.</li> </ul>





## MESURE 6

# SOUTIEN AUX INTERVENANTS

- **6.A**  
Soutien à apporter aux intervenants  
qui offraient un suivi à la personne  
décédée

## 6.A

# SOUTIEN À APPORTER AUX INTERVENANTS QUI OFFRAIENT UN SUIVI À LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Si la personne décédée était connue des professionnels des services d'aide du milieu et qu'elle avait un suivi avec eux, il serait important d'offrir du soutien à ces intervenants.

Soutenir l'intervenant du milieu ne veut pas dire de l'écarter des mesures de postvention, mais de porter attention à ses besoins.

### À court terme :

- lui annoncer le décès en privé, avant de faire l'annonce aux autres membres du personnel;
- vérifier l'impact émotif de cet événement chez l'intervenant;
- vérifier sa capacité de participer aux interventions de postvention, notamment de rencontrer les personnes vulnérables qu'il a en suivi;
- lui offrir une rencontre avec une ressource externe (pour discuter de l'impact du suicide et avoir du soutien dans la prise de décision clinique, etc.);
- ne pas l'exclure des activités de postvention (il est possible à tout le moins qu'il participe à l'analyse de l'événement et à l'identification des mesures et des actions prioritaires).

Il sera important de porter attention aux impacts du suicide sur la pratique professionnelle de l'intervenant dans les semaines et mois suivant le décès. Il semble que les professionnels touchés par le suicide d'un client démontrent une plus grande sensibilité aux indices suicidaires, ont des inquiétudes ou une anxiété accrue concernant leurs compétences d'évaluation et de traitement des personnes suicidaires, développent un sentiment de culpabilité ou de responsabilité en regard de la personne décédée, hospitalisent davantage les clients, etc. (Henry, Drouin et Séguin, 2003).

**Un soutien à moyen et à long terme sera à considérer.**

## MESURE 7

# REPÉRAGE ET INTERVENTIONS CIBLÉES

- **7.A**  
Repérage et interventions ciblées :  
clientèle et interventions suggérées
- **7.B**  
Raisons pour lesquelles  
le débriefing est déconseillé
- **7.C**  
Fiche de suivi  
pour les interventions ciblées

## 7.A

# REPÉRAGE ET INTERVENTIONS CIBLÉES : CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS SUGGÉRÉES

Généralement, les personnes ayant été directement touchées par l'événement doivent être repérées rapidement. Sans que ce soit une règle exclusive, deux groupes principaux sont identifiés.

### 1. Les proches endeuillés de la personne décédée

- **Au moment de l'événement**, les proches endeuillés qui pourraient être sur les lieux doivent être identifiés pour éviter qu'ils apprennent le décès de leur proche autrement et qu'ils se retrouvent seuls et sans soutien à ce moment.  

Dans le cas où les proches sont déjà au courant du décès ou en ont été témoins, ils doivent bénéficier d'un soutien au moment du choc. À court terme, les responsables des activités de postvention devraient régulièrement faire des suivis auprès des proches endeuillés et s'assurer que le deuil évolue sainement.
- **À moyen et à long terme**, si jamais des difficultés surgissent, une offre de suivi devrait être proposée, et les personnes orientées vers les services appropriés. Évidemment, ici, il faut tenir compte de l'âge de la personne en deuil en vue de juger de la normalité ou non de certaines réactions. Il est important de noter que le deuil, même s'il se produit à la suite d'un événement traumatique, peut évoluer de manière saine : seulement de 5% à 7% des personnes éprouveront un deuil compliqué ou prolongé (Kersting, Brahler, Glaesmer et Wagner, 2011).

### 2. Les personnes ayant été exposées à l'événement critique (témoins)

- **Au moment de l'événement**, ces personnes auront besoin de se sentir protégées. Des actions simples, comme offrir un téléphone (pour que la personne appelle un parent, un proche), proposer un lieu calme où se reposer, offrir un environnement de sécurité seront essentielles.
- Il ne faut surtout pas « forcer une intervention » auprès des personnes exposées à l'événement. Les intervenants du milieu doivent accompagner et rassurer, sans forcer la parole si la personne ne souhaite pas parler. Des manifestations d'expressions sociales peuvent se produire, bien sûr, et sont tout à fait normales. Par contre, les intervenants doivent s'assurer de diriger une personne vivant des réactions de détresse intense en public vers un autre lieu afin d'éviter qu'elle perturbe les autres personnes exposées à l'événement ou augmente chez elles le niveau de stress. Une liste des noms des personnes ayant été exposées à l'événement doit idéalement être constituée afin qu'un suivi soit fait auprès d'elles à brève échéance.
- **NE PAS MENER DE RENCONTRES DE GROUPE AVEC LES TÉMOINS. De plus, le débriefing est à proscrire** (voir l'outil 7.B). L'équipe de postvention doit cependant être attentive à repérer les personnes qui semblent vulnérables (voir l'outil 8.A) et s'assurer d'orienter les personnes souffrant de troubles de santé mentale vers des ressources spécifiques à l'extérieur du milieu.

- **À court terme**, les personnes ayant été exposées à l'événement devraient être relancées (en personne ou par téléphone) et invitées à une rencontre avec un intervenant. Ces rencontres devraient être individuelles et servir à :
  - rassurer;
  - informer des réactions de stress qui pourraient survenir et les normaliser en indiquant que ces réactions sont généralement temporaires;
  - transmettre l'information quant aux réactions à venir : lesquelles sont attendues et lesquelles indiquent une possibilité de complications;
  - faire connaître les ressources d'aide disponibles.
- **À moyen et à long terme**, les responsables des activités de postvention devraient régulièrement faire des vérifications auprès des personnes ayant été exposées à l'événement et s'assurer que les réactions de stress s'estompent sainement. Si jamais des difficultés surgissent, une offre de suivi devrait être proposée et les personnes devraient être orientées vers les services appropriés.

## REPÉRAGE ET INTERVENTIONS CIBLÉES

Sous-groupes cibles	Évolution et signes de repérage	Confirmation d'un trouble possible par une personne ayant les compétences nécessaires (Actes réservés)	Choix de traitement
Évolution des réactions de deuil chez les proches endeuillés	<p><b>Court terme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choc</li> <li>• Dénî</li> <li>• Engourdissement</li> <li>• Pleurs</li> <li>• Recherche de coupable</li> </ul> <p><b>Moyen et long terme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peine</li> <li>• Tristesse</li> <li>• Ennui de l'autre</li> <li>• Recherche de sens</li> <li>• Culpabilité</li> </ul>	Deuil évoluant de manière saine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosoins</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Suivi psychosocial</li> <li>• Intervention psychosociale : séances de résolution de problèmes, de gestion du stress, de développement personnel</li> <li>• Groupe de soutien pour les personnes endeuillées (ex. : offert dans certains centres de prévention du suicide)</li> </ul>
	<p><b>Moyen et long terme (12 à 18 mois) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté à s'adapter à la perte</li> <li>• Recherche constante de la personne décédée</li> <li>• Pensées qui interfèrent avec la vie quotidienne</li> <li>• Tristesse</li> </ul>	Deuil évoluant de manière complexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapie (si la réponse à la psychothérapie n'est pas adéquate, on doit consulter un spécialiste)</li> </ul>
	<p><b>Moyen et long terme (entre 18 mois et 2 ans) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de nostalgie</li> <li>• Solitude persistante</li> <li>• Pensées constamment occupées par la personne décédée</li> <li>• Ruminations au sujet de la mort et de la personne décédée</li> <li>• Sentiment persistant de chaos</li> <li>• Incapacité à faire confiance à d'autres personnes</li> <li>• Recherche de proximité excessive envers la personne décédée</li> </ul>	Deuil évoluant en concomitance avec le développement d'autres troubles (trouble de stress post-traumatique [TSPT], dépression ou autre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapie (si la réponse à la psychothérapie n'est pas adéquate, on doit consulter un spécialiste)</li> <li>• Traitement pharmacologique combiné avec une psychothérapie de type cognitivo-comportementale (TCC) ou interpersonnelle (PTI)</li> <li>• Suivi par un psychiatre</li> </ul>
Évolution des réactions de stress chez les personnes exposées à l'événement (témoins)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress temporaire</li> <li>• Réactions initiales de stress temporaire, préoccupations nées avec l'événement (quelques jours)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress temporaire</li> <li>• Réactions saines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien</li> <li>• Psychoéducation</li> </ul>

Sous-groupes cibles	Évolution et signes de repérage	Confirmation d'un trouble possible par une personne ayant les compétences nécessaires (Actes réservés)	Choix de traitement
<b>Personnes exposées à l'événement</b> (témoins)	<p>Trouble de stress post-traumatique (TSPT) Selon les critères diagnostiques du DSM-5, ces symptômes sont de quatre types :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la reviviscence;</li> <li>• l'évitement;</li> <li>• les altérations cognitives et émotionnelles;</li> <li>• l'hyperactivation du système nerveux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de stress post-traumatique (TSPT) (les symptômes persistent au moins un mois)</li> <li>• TSPT chronique (les symptômes persistent trois mois ou plus)</li> <li>• TSPT avec survenue différée (au moins six mois se sont écoulés entre l'événement traumatique et le début des symptômes)</li> <li>• Dépression chez 50 % des personnes, avec un taux de suicide 15 fois plus élevé que dans la population générale</li> <li>• Abus de substances psychoactives (alcool) : 52 % chez les hommes, 28 % chez les femmes (National Institute for Health and Care Excellence, 2005)</li> </ul>	<p>Pour prévenir un TSPT après un trauma, des interventions brèves ou psychothérapie de type cognitivo-comportementale (TCC) ont démontré leur efficacité de deux à cinq semaines après le traumatisme en traitement individuel.</p>
	<p><b>Des reviviscences :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement</li> <li>• Cauchemars</li> <li>• Flash-backs</li> <li>• Détresse ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli associés à l'événement traumatique</li> </ul> <p><b>De l'évitement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évitement des souvenirs, pensées et sentiments liés à l'événement traumatique</li> <li>• Évitement des éléments rappelant le trauma (personnes, lieux, activités, objets, situations)</li> </ul> <p><b>Des altérations cognitives et émotionnelles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatique</li> <li>• Croyances négatives persistantes et exagérées au sujet de soi, des autres ou du monde</li> <li>• Tendance à se blâmer</li> <li>• Émotions négatives persistantes (peur, horreur, colère, culpabilité, honte)</li> <li>• Diminution de l'intérêt pour les activités</li> <li>• Sentiment de détachement d'autrui</li> <li>• Restriction des émotions positives</li> </ul> <p><b>L'hyperactivation du système nerveux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilité ou excès de colère</li> <li>• Comportement imprudent ou autodestructeur</li> <li>• Hypervigilance</li> <li>• Sursauts</li> <li>• Difficultés de concentration</li> <li>• Difficultés de sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de stress post-traumatique (TSPT)</li> <li>• Présence fréquente d'autres troubles anxieux, notamment phobie et trouble panique</li> <li>• Difficultés relationnelles diverses (incompréhension de l'entourage, rejet)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapie de type cognitivo-comportementale (TCC)</li> <li>• Psychoéducation</li> <li>• Entraînement à la gestion de l'anxiété</li> <li>• Correction cognitive</li> <li>• Exposition en imagination et in vivo</li> </ul>

## 7.B

### RAISONS POUR LESQUELLES LE DÉBRIEFING EST DÉCONSEILLÉ

La technique du débriefing fut développée par Mitchell (1983) et a été largement utilisée au cours des années 1980 et 1990 à la suite d'un événement de catastrophe ou traumatique.

L'intervention initiale se réalisait 24 à 72 heures suivant l'événement. Cette intervention a été développée à l'origine pour les premiers répondants (ambulanciers, pompiers, policiers, etc.) qui devaient intervenir lors de catastrophes. Le protocole d'intervention définissait sept étapes. Il permettait aux équipes de premiers répondants de se donner du soutien et visait à atténuer les réactions de stress aigu.

Cette intervention s'est ensuite étendue à toutes les personnes ayant été victimes ou témoins de catastrophes ou d'événements traumatiques.

Les données actuelles semblent indiquer que le débriefing ne favorise pas la réduction ou la prévention des réactions de stress post-traumatique. Il existerait même des risques associés à son utilisation. Plusieurs recherches ont remis en question l'efficacité du débriefing en démontrant qu'il peut, chez certaines personnes, augmenter la détresse au lieu de la diminuer.

Les études concluent que le débriefing psychologique est inefficace dans la prévention des symptômes du trouble de stress aigu ou du trouble du stress post-traumatique et dans l'amélioration du fonctionnement social et occupationnel à la suite d'un événement traumatique (American Psychiatric Association, 2004; International Society for Traumatic Stress Studies, 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2005). Certaines études révèlent même une augmentation des symptômes post-traumatiques à la suite de cette intervention (American Psychiatric Association, 2004; International Society for Traumatic Stress Studies, 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2005), notamment lorsqu'elle est administrée avec des groupes d'inconnus qui ont vécu des traumatismes très différents ou lorsqu'elle est administrée de manière précoce à la suite de l'exposition au trauma (American Psychiatric Association, 2004).

Des études démontrent que les personnes qui ont participé à un groupe de débriefing présentent, à moyen terme, plus de manifestations importantes de stress et de dépression que celles qui n'y ont pas pris part. Les recherches font le constat que la majorité des personnes traumatisées vont récupérer d'elles-mêmes, avec le soutien de leurs proches, en fonction de leur capacité d'adaptation et en l'absence de facteurs de risque reliés au développement d'un trouble post-traumatique.

#### Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'impact potentiellement négatif du débriefing. Parmi ces facteurs :

- le caractère unique de l'intervention (une seule intervention), sans rencontre de suivi;
- un rappel in vivo de l'événement traumatisant trop rapide, qui brise les mécanismes de protection mis en place (refoulement, déni, etc.), alors que ces mécanismes de protection sont, dans le contexte, des stratégies d'adaptation adéquates;
- le délai trop court entre l'événement et le débriefing. En effet, il semble que plus le débriefing est éloigné du traumatisme dans le temps, moins il risque de provoquer un impact négatif;
- l'écoute des témoignages des autres membres du groupe alors que la personne est absorbée par ses propres réactions émotives.

Il semble essentiel de promouvoir des interventions préventives plus complètes et, surtout, conçues en fonction des différentes caractéristiques des traumatismes et des besoins spécifiques des victimes.



Voir l'outil 7.A pour en savoir plus sur les interventions recommandées pour les témoins.

## Références

- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Gérin-Lajoie, S. (2010). *Les orientations régionales de postvention : Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*. Gaspé, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2009). *Effective treatments for PTSD* (2<sup>e</sup> éd.). Deerfield, IL : Guilford Press.
- Intervention de crise et débriefing : controverses et défis. Repéré à : [https://www.researchgate.net/publication/278244542\\_Intervention\\_de\\_crise\\_et\\_debriefing\\_Controverses\\_et\\_defis](https://www.researchgate.net/publication/278244542_Intervention_de_crise_et_debriefing_Controverses_et_defis)
- Marchand, A., Iucci, S., Brillon, P., Martin, M. et Martin, A. (2003). Intervention de crise et débriefing : controverses et défis. *Revue francophone du stress et du trauma*, 3(3), 141-153.
- McNally, Richard J. (2004). Psychological debriefing does not prevent posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Times*, 21(4).
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36-39.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2005). Post traumatic stress disorder: *The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Londres, Royaume-Uni : Gaskell et The British Psychological Society.

## 7.C

# FICHE DE SUIVI POUR LES INTERVENTIONS CIBLÉES

Intervenant devant faire le suivi : \_\_\_\_\_

Nom de la personne ciblée : \_\_\_\_\_

Âge et niveau scolaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse ou adresse courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone / portable : \_\_\_\_\_

Nom de la personne ayant fait la référence et motifs de la référence : \_\_\_\_\_

Contact réalisé avec la personne ciblée :  OUI      Date : \_\_\_\_\_

NON

Besoins exprimés : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Références et recommandations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant ayant fait le contact / les recommandations / le suivi : \_\_\_\_\_

Suivi à faire, à quelle date et par qui : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant ayant fait le contact / les recommandations / le suivi : \_\_\_\_\_

Vérification du suivi et autres suites : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant ayant fait le contact / les recommandations / le suivi : \_\_\_\_\_

## MESURE 8

# REPÉRAGE ET INTERVENTIONS SÉLECTIVES

- **8.A**  
Repérage et interventions sélectives :  
clientèle et interventions suggérées
- **8.B**  
Fiche de suivi pour les interventions sélectives

## 8.A

# REPÉRAGE ET INTERVENTIONS SÉLECTIVES : CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS SUGGÉRÉES

Cette mesure vise à identifier des personnes vulnérables qui peuvent subir l'impact de l'événement ou celles qui pourront développer des difficultés au cours des semaines ou des mois suivant le suicide (à distance de l'événement). Les études démontrent que les personnes vulnérables sont celles qui risquent le plus de développer des conduites suicidaires. La mise en place efficace de ces activités de repérage permettra de diminuer les souffrances individuelles et de réduire le risque d'effet d'entraînement.

**Ces interventions de repérage se réalisent généralement dans les heures, jours, semaines et mois suivant l'événement. Ainsi, le repérage des personnes vulnérables doit être mis en place rapidement. Il vise à :**

- faire des actions d'*outreach* (joindre les personnes dans leur milieu de façon proactive);
- orienter ces personnes vers des ressources appropriées.
- réaliser un entretien afin d'évaluer l'impact de l'événement et les besoins des personnes;

Bien que le concept de personnes vulnérables soit large et qu'il soit difficile d'identifier à l'avance quels sont les individus ou les sous-groupes d'individus vulnérabilisés par l'événement, il demeure néanmoins que les personnes vulnérables ou celles qui cumulent plusieurs facteurs de risque méritent une attention plus particulière.

**Ainsi, les personnes vulnérables peuvent être celles qui :**

- ont été exposées à l'événement de manière indirecte (par exemple en étant exposées aux récits répétitifs des individus ayant vécu l'événement traumatique, les premiers répondants);
- souffrent d'un trouble de santé mentale connu;
- ont été exposées à un ou des événements traumatiques dans le passé;
- sont aux prises avec une consommation excessive d'une substance psychoactive;
- ont vécu des événements de vie difficiles pour lesquels leurs capacités de gestion sont limitées ou épuisées;
- vivent des difficultés associées à l'impulsivité ou ont des conduites oppositionnelles;
- ont déjà fait une tentative de suicide ou pensent au suicide de manière sérieuse;
- ont été victimes de violence ou d'intimidation ou sont elles-mêmes des intimidateurs.

Il est important de souligner que dans un premier temps, les personnes responsables de la postvention peuvent repérer les personnes ayant des vulnérabilités connues. Cependant, il faut garder en tête que d'autres personnes peuvent développer des difficultés psychosociales ou de santé mentale dans les semaines ou les mois suivant un suicide. **Ainsi, le repérage est une intervention active et continue qui permet d'agir sur l'effet d'entraînement, lequel peut se produire également à distance de l'événement.**

- **Après l'événement (à court terme)**, une recherche des personnes vulnérables est recommandée. Ici, il faut agir avec jugement et conserver la confidentialité. Les membres du comité de postvention doivent demander aux intervenants, professeurs, chefs d'équipe ou employés du milieu s'ils sont préoccupés ou inquiets pour une personne ayant potentiellement des vulnérabilités individuelles.
- Il est alors possible de prendre en note les noms des personnes qui manifestent des signes et symptômes et de faire des activités d'*outreach* – c'est-à-dire de prendre contact avec elles de manière empathique et confidentielle – en vue de vérifier l'impact que pourrait avoir l'événement sur la vulnérabilité déjà présente et la présence d'idées suicidaires, ainsi que de s'assurer de leur bien-être. Si jamais des difficultés de santé mentale surgissent, une offre de suivi devrait être proposée et les personnes devraient être orientées vers les services appropriés.

**Il faut répéter régulièrement, au cours des mois suivant le suicide, le processus qui consiste à vérifier auprès des acteurs du milieu leur niveau d'inquiétude pour une personne.**

- **Pour ce qui est des suites à moyen et à long terme**, les responsables des activités de postvention devraient régulièrement faire des relances auprès de ces personnes et proposer une offre de services appropriée si jamais des difficultés apparaissent ou augmentent.
- Il faudra réaliser rapidement l'identification des personnes ayant développé des difficultés depuis le suicide afin d'évaluer l'intensité de ces difficultés et d'orienter les personnes en fonction des besoins exprimés.
- Pour favoriser le repérage, il sera nécessaire de revenir régulièrement vers les acteurs (enseignants, intervenants, chefs d'équipe, etc.) susceptibles d'être en contact avec les personnes à risque de développer des difficultés afin de les informer sur les signes et symptômes qui pourraient être observés chez ces personnes (voir la liste aux pages suivantes). Ces moments de rappel doivent avoir lieu régulièrement dans l'année suivant l'événement critique.
- Il arrive que la première offre de soutien ne soit pas acceptée. Il est alors important de maintenir le contact avec la personne qui pourrait manifester des signes et symptômes et de la relancer régulièrement. Le maintien de ce contact par les personnes responsables des activités de postvention pourrait générer une motivation à consulter ou une acceptabilité de la consultation et permettre d'offrir un accès à des services au moment opportun.

Ces activités de repérage auront donc pour effet de reconnaître des personnes « en amont », avant que les difficultés ne deviennent trop souffrantes. Le fait d'offrir des services et du soutien réduit les risques d'imitation d'un geste suicidaire. Également, les moments de rappel avec les membres du milieu permettent d'augmenter le niveau de connaissances sur la santé mentale, ce qui rend le repérage plus facile à réaliser.

## REPÉRAGE ET INTERVENTIONS SÉLECTIVES

Sous-groupes cibles	Indices de repérage Signes et difficultés	Confirmation d'un trouble possible par une personne ayant les compétences nécessaires (Actes réservés)	Choix de traitement
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes exposées à l'événement de manière indirecte (par exemple les personnes qui sont exposées aux récits répétitifs des individus ayant vécu le trauma, les premiers répondants, les sauveteurs, les urgentistes)</li> <li>Personnes ayant été exposées à un ou des événements traumatiques antérieurs</li> </ul>	<p>Si le trouble de stress post-traumatique se confirme, les signes suivants peuvent être observés :</p> <p><b>Des reviviscences</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement</li> <li>Cauchemars</li> <li>Flash-backs</li> <li>Détresse ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli associés à l'événement traumatique</li> </ul> <p><b>De l'évitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évitement des souvenirs, pensées et sentiments liés au trauma</li> <li>Évitement des éléments rappelant le trauma (personnes, lieux, activités, objets, situations)</li> </ul> <p><b>Des altérations cognitives et émotionnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatique</li> <li>Croyances négatives persistantes et exagérées au sujet de soi, des autres ou du monde</li> <li>Tendance à se blâmer</li> <li>Émotions négatives persistantes (peur, horreur, colère, culpabilité, honte)</li> <li>Diminution de l'intérêt pour les activités</li> <li>Sentiment de détachement d'autrui</li> <li>Restrictions des émotions positives</li> </ul> <p><b>L'hyperactivation du système nerveux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Irritabilité ou excès de colère</li> <li>Comportement imprudent ou autodestructeur</li> <li>Hypervigilance</li> <li>Sursauts</li> <li>Difficultés de concentration</li> <li>Difficultés de sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stress aigu (réactions d'une durée d'un mois)</li> <li>Trouble de stress post-traumatique (TSPT) avec survenue différée (au moins six mois se sont écoulés entre l'événement traumatique et le début des symptômes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychothérapie de type cognitivo-comportementale (TCC)</li> <li>Psychoéducation</li> <li>Entraînement à la gestion de l'anxiété</li> <li>Correction cognitive</li> </ul>

Sous-groupes cibles	Indices de repérage Signes et difficultés	Confirmation d'un trouble possible par une personne ayant les compétences nécessaires (Actes réservés)	Choix de traitement
<p><b>Réactions de crise ou de crise suicidaire</b></p> <p>Personnes vulnérables parce qu'ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vécu des événements de vie difficiles;</li> <li>• fait antérieurement des tentatives de suicide;</li> <li>• pensé au suicide de manière sérieuse;</li> <li>• souffert d'un trouble de santé mentale connu;</li> <li>• une consommation excessive de substances psychoactives;</li> <li>• des difficultés associées à l'impulsivité ou des conduites oppositionnelles;</li> <li>• été victimes de violence ou d'intimidation, ou été l'intimidateur, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de tristesse persistante et profonde (peut survenir sans raison apparente)</li> <li>• Irritabilité</li> <li>• Sentiment de découragement</li> <li>• Perte d'intérêt et de plaisir dans plusieurs activités ou domaines de vie</li> <li>• Sentiment de culpabilité excessive</li> <li>• Sentiment de dévalorisation – mauvaise perception de soi</li> <li>• Idéation suicidaire</li> <li>• Diminution, perte ou gain d'appétit ou de poids</li> <li>• Insomnie ou hypersomnie</li> <li>• Ralentissement psychomoteur (lourdeur dans les jambes, démarche plus lente)</li> <li>• Fatigue ou perte d'énergie, même après une période de repos (sentiment que tout est un effort)</li> <li>• Douleurs physiques (maux de tête, douleur dorsale ou maux d'estomac)</li> <li>• Difficulté de mémoire ou de concentration</li> <li>• Difficulté à prendre des décisions</li> <li>• Isolement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles de l'adaptation</li> <li>• Troubles de l'humeur</li> </ul>	<p><b>Trouble de l'adaptation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosoins et suivi psychosocial</li> <li>• Intervention psychosociale : séances de résolution de problèmes, de gestion du stress, de développement personnel; groupe de soutien</li> </ul> <p><b>Dépression légère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation</li> <li>• Thérapie de soutien</li> <li>• Intervention psychosociale : séances de résolution de problèmes, de gestion du stress, de développement personnel; groupe de soutien</li> <li>• Psychothérapie de type cognitivo-comportemental (TCC) ou interpersonnel (PTI)</li> </ul> <p><b>Dépression modérée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapie de type TCC ou PTI</li> <li>• Si la réponse à la psychothérapie n'est pas adéquate, possibilité de faire l'ajout d'un traitement pharmacologique (antidépresseur)</li> <li>• Suivi pharmacologique par le médecin de famille</li> </ul> <p><b>Dépression sévère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement pharmacologique combiné avec une psychothérapie de type TCC ou PTI</li> <li>• Suivi par un psychiatre</li> <li>• Hospitalisation</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de détresse important</li> <li>• Préoccupation constante qui empêche la personne de fonctionner et d'agir normalement au travail, en société ou dans d'autres domaines de la vie quotidienne</li> <li>• La personne peut avoir plusieurs des réactions suivantes : maux de tête; nausées; diarrhée; transpiration excessive; tremblements; fièvre (forte agitation); palpitations cardiaques (cœur qui bat anormalement vite); douleurs musculaires; difficulté à se concentrer; difficulté à respirer; engourdissements ou picotements.</li> </ul>	<p>Troubles anxieux</p>	<p>Les experts en troubles anxieux recommandent généralement l'une des deux thérapies suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cognitivo-comportementale (TCC), qui vise à modifier les pensées et les comportements problématiques de la personne et à les remplacer par des pensées et des réactions appropriées à la réalité;</li> <li>• d'orientation humaniste ou analytique, qui vise à découvrir les causes profondes des souffrances psychologiques.</li> </ul> <p>Des médicaments peuvent être utilisés pour traiter le trouble d'anxiété généralisée, notamment les antidépresseurs et les anxiolytiques.</p>

Sous-groupes cibles	Indices de repérage Signes et difficultés	Confirmation d'un trouble possible par une personne ayant les compétences nécessaires (Actes réservés)	Choix de traitement
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacité de remplir des obligations importantes</li> <li>• Consommation même lorsque c'est physiquement dangereux</li> <li>• Problèmes interpersonnels ou sociaux</li> <li>• Tolérance</li> <li>• Sevrage</li> <li>• Perte de contrôle sur la quantité consommée et le temps consacré à la consommation</li> <li>• Désir de réduire la consommation ou efforts persistants pour la diminuer</li> <li>• Beaucoup de temps consacré à la consommation</li> <li>• Activités réduites au profit de la consommation, qui continue malgré un diagnostic physique ou psychologique</li> <li>• État de manque (<i>craving</i>)</li> </ul>	<p>Troubles associés à la consommation excessive de substances psychoactives</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• Psychothérapie et prévention de la rechute (TCC)</li> <li>• Groupe de soutien (AA, NA)</li> <li>• Psychothérapie psychodynamique et familiale</li> </ul>



## 8.B

# FICHE DE SUIVI POUR LES INTERVENTIONS SÉLECTIVES

Intervenant devant faire le suivi : \_\_\_\_\_

Nom de la personne ciblée : \_\_\_\_\_

Âge et niveau scolaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse ou adresse courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone / portable : \_\_\_\_\_

Nom de la personne ayant fait la référence et motifs de la référence : \_\_\_\_\_

Contact réalisé avec la personne ciblée :  OUI      Date : \_\_\_\_\_

NON

Besoins exprimés : \_\_\_\_\_

Références et recommandations : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant ayant fait le contact / les recommandations / le suivi : \_\_\_\_\_

Suivi à faire, à quelle date et par qui : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant ayant fait le contact / les recommandations / le suivi : \_\_\_\_\_

Vérification du suivi et autres suites : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant ayant fait le contact / les recommandations / le suivi : \_\_\_\_\_



MESURE 9

# REPÉRAGE ET INTERVENTIONS UNIVERSELLES

➤ **9.A**

Repérage et interventions universelles :  
clientèle et activités suggérées



## 9.A

# REPÉRAGE ET INTERVENTIONS UNIVERSELLES : CLIENTÈLE ET ACTIVITÉS SUGGÉRÉES

Ces activités se réalisent généralement dans les semaines suivant l'événement et se poursuivent pendant l'année suivant le suicide, à des rythmes variables. Ces activités permettront d'augmenter, chez la population :

- la littératie (les connaissances) sur les thèmes de la santé et des maladies mentales;
- la capacité de reconnaître les signes de détresse chez soi et chez l'autre;
- la capacité de reconnaître sa détresse et l'acceptabilité du fait de consulter pour ses difficultés;
- l'acceptabilité sociale du fait de recevoir l'aide d'un proche ou d'un intervenant psychosocial lorsque les difficultés de santé mentale existent.

Plus les milieux auront la capacité de repérer les personnes souffrantes, d'aider et d'offrir des options permettant de diminuer la souffrance adéquatement, plus les milieux seront résilients et en bonne santé mentale.

### Activités de littératie (augmenter les connaissances)

- Mettre en œuvre des actions (formations **pas spécifiquement sur le suicide mais sur des thématiques associées**, kiosques, activités sociales, etc.) pour augmenter les connaissances au sujet des signes précurseurs de la dépression, de la consommation abusive, de la détresse et de l'isolement social.
- Promouvoir des activités en vue d'augmenter l'acceptabilité de la consultation en santé mentale.
- Favoriser un regard positif sur la consultation par des activités de sensibilisation ou de formation.

### Repérage et accès à des services de santé mentale

- Repérer et identifier des personnes qui pourraient être en train de développer des difficultés personnelles, sociales, scolaires ou de santé mentale. Joindre ces personnes et faire un premier contact de soutien. Si ces personnes ont des besoins psychologiques qui vont au-delà du soutien, il serait important de favoriser l'engagement vers la recherche de services auprès de professionnels (aider dans la démarche de recherche d'aide).
- Transmettre l'information oralement, lors de réunions spéciales, séminaires ou groupes de travail, ou par écrit (documentation, lettres, dépliants, cartes, affiches ou brochures). L'information permettra aux personnes qui développent des symptômes de troubles mentaux de s'auto-identifier ou permettra à des proches de reconnaître des amis ou collègues qui vivent des difficultés et d'encourager l'accès aux services de santé.
- Favoriser l'accès à la consultation de professionnels de la santé (sur place, consultation en ligne, etc.).

### Programme de santé globale permettant de renforcer le milieu

Ces activités existent déjà sous plusieurs formes. Il n'est pas nécessaire de créer de nouvelles activités, mais de prendre des projets ou programmes existants, de les faire connaître, de les rendre publics et disponibles. Il sera nécessaire cependant de maintenir un intérêt pour ces programmes à long terme, en vue d'avoir un impact sur toute la population.

## Exemples :

### Agir en sentinelles pour la prévention du suicide

Des personnes outillées pour reconnaître les signes précurseurs de comportements suicidaires et diriger les personnes en détresse vers une ressource d'aide adéquate.

### L'enseignement de la littératie en santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la littératie en santé correspond aux connaissances cognitives et sociales qui influent sur la motivation et l'aptitude à trouver, à comprendre et à utiliser l'information et concourt à promouvoir et à maintenir la santé (OMS, 1998). Autrement dit, la littératie en santé détermine notre capacité à comprendre et à utiliser l'information afin de prendre des décisions propices à notre santé (Repéré à : [www.chiropractic.ca/fr/blogue/litteratie-en-sante-prendre-en-main-sa-sante/](http://www.chiropractic.ca/fr/blogue/litteratie-en-sante-prendre-en-main-sa-sante/))

### École en santé

Ce programme porte sur la promotion de la santé et du bien-être et sur la prévention. Il mise sur le développement et le déploiement d'une intervention globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école.

L'objectif du guide *École en santé* est de fournir un cadre de travail permettant de :

- cibler les facteurs déterminants de la réussite éducative, de la santé et du bien-être;
- faire des liens entre la santé, le bien-être et le développement des compétences;
- créer et renforcer les liens entre les membres de l'équipe-école, entre l'école et les familles, et entre l'école et la communauté.

### Programme Solidaires pour la santé mentale de la Fondation Jeunes en tête

Ce programme vise à prévenir la détresse psychologique chez les adolescents. Il comprend deux animations : *La dépression est réversible*, qui sensibilise les plus de 14 ans à la dépression, et un projet qui favorise la santé mentale saine des 11-13 ans.

### Zenétudes : vivre sainement la transition au collège

Ce programme de prévention universelle vise à offrir un outil pédagogique aux enseignants qui souhaitent faciliter la transition secondaire-collégial des étudiants et, ainsi, diminuer le risque de décrochage.

### Le site de la Commission de la santé mentale du Canada

Ce site comporte différents outils pour favoriser la santé mentale en milieu de travail, comme une formation sur les premiers soins en santé mentale et un résumé de conditions de gestion reconnues comme des bonnes pratiques, etc.).

Ces activités de repérage auront donc pour effet de reconnaître des personnes « en amont », avant que les difficultés ne deviennent trop souffrantes. Le fait d'offrir des services et du soutien réduit les risques d'imitation d'un geste suicidaire. Également, les moments de rappel avec les membres du milieu permettent d'augmenter le niveau de connaissance sur la santé mentale, ce qui rend le repérage plus facile à réaliser.



## MESURE 10

# BILAN DE LA POSTVENTION

- **10.A**  
Bilan de la postvention à la suite  
d'un suicide
- **10.B**  
Bilan des activités de postvention  
réalisées dans l'année



## 10.A

# BILAN DE LA POSTVENTION À LA SUITE D'UN SUICIDE

Les objectifs du bilan à la suite d'un suicide sont les suivants :

- Faire un état de la situation et s'assurer que le repérage des personnes qui ont été directement touchées par le suicide ou qui sont vulnérables se poursuit et qu'elles ont accès aux interventions appropriées.
- Garder des traces écrites des mesures appliquées lors de la postvention.
- Soutenir le regard global sur les améliorations possibles lors du bilan annuel.

	Ce qui a été fait	Ce qui a bien fonctionné	Ce qui a été utile	Ce que l'on devrait faire différemment à l'avenir	Principaux constats
<b>Mesure 2</b> Urgence et protection					
<b>Mesure 3</b> Analyse, gestion clinique et coordination de la postvention					
<b>Mesure 4</b> Communication et information					
<b>Mesure 5</b> Commémorations					
<b>Mesure 6</b> Soutien aux intervenants					



	Ce qui a été fait	Ce qui a bien fonctionné	Ce qui a été utile	Ce que l'on devrait faire différemment à l'avenir	Principaux constats
<b>Mesure 7</b> Repérage et interventions ciblées					
	Nombre de rencontres individuelles : _____ Nombre de rencontres de groupe : _____ rencontres auprès de _____ personnes Type de service offert à l'interne : _____ Nombre de personnes référées à l'externe, et vers quelles organisations : _____ personnes Organisations : _____				
<b>Mesure 8</b> Repérage et interventions sélectives					
	Nombre de rencontres individuelles : _____ Nombre de rencontres de groupe : _____ rencontres auprès de _____ personnes Type de service offert à l'interne : _____ Nombre de personnes référées à l'externe, et vers quelles organisations : _____ personnes Organisations : _____				
<b>Mesure 9</b> Repérage et interventions universelles					

---

## Mesure 10

### Bilan de la postvention

---

Qu'est-ce qui a aidé le milieu à retrouver un fonctionnement habituel?

---

Qu'est-ce qui a été particulièrement utile?

---

Qu'est-ce qui a été plus difficile?

---

Que devrait-on faire différemment à l'avenir?

---

Quels sont les principaux constats à faire par rapport au déroulement de la postvention et des interventions faites?

---

Est-ce que le milieu a bien adhéré à la postvention?

---

Qu'est-ce qui est prévu pour le reste de l'année?

---

## 10.B

# BILAN DES ACTIVITÉS DE POSTVENTION RÉALISÉES DANS L'ANNÉE

### Objectifs :

- porter un regard critique sur le déroulement de la postvention;
- souligner les mesures du programme qui ont aidé le milieu à retrouver un état de fonctionnement habituel et les mesures qui ont permis d'agir sur la détresse individuelle;
- identifier les zones d'amélioration quant au fonctionnement du comité de postvention et du partenariat avec les ressources internes et externes;
- planifier le maintien et la pérennité du protocole et du comité de postvention.

### Outils utiles pour faire le bilan des activités de postvention réalisées dans l'année :

- le bilan de chacune des activités de postvention à la suite d'un suicide (outil 10.A rempli pour chaque activité de postvention);
- la *Liste des tâches pour les responsables de chaque mesure* (outil 1.B);
- l'outil *Qui fait quoi? – Le comité de postvention* (outil 1.C);
- l'outil 10.B, soit le présent document. **Ceci n'est pas un questionnaire auquel il faut répondre. Les éléments proposés peuvent servir à une réflexion qui permettra, à la fin, d'identifier les zones de forces et d'améliorations possibles.**

<p><b>Mesure 1</b></p> <p><b>Organisation du milieu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Il existe un protocole interne de postvention arrimé au programme de 2020 dans le milieu.</li><li><input type="checkbox"/> Il a été facile de se référer au protocole interne au besoin (outils clairs, documents facilement accessibles, etc.).</li><li><input type="checkbox"/> Les outils avaient été préalablement adaptés à la réalité du milieu et il a été facile de les utiliser.</li><li><input type="checkbox"/> Les rôles et responsabilités des acteurs internes étaient clairs.</li><li><input type="checkbox"/> Il a été facile d'avoir accès aux ressources externes du milieu.</li><li><input type="checkbox"/> Le fonctionnement et les ententes de service avec les partenaires externes ont été efficaces.</li><li><input type="checkbox"/> Le personnel qui pouvait jouer un rôle dans la postvention a été mis à contribution, savait quoi faire, etc.</li></ul>
<p><b>Mesure 2</b></p> <p><b>Urgence et protection</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> L'intervention des services d'urgence (police, ambulance, coroner, etc.) a-t-elle eu la priorité dans l'intervention?</li><li><input type="checkbox"/> Les membres présents se sont-ils sentis outillés pour porter secours aux personnes directement touchées (endeuillées ou témoins)?</li><li><input type="checkbox"/> Des actions ont-elles permis de soustraire la scène au regard?</li><li><input type="checkbox"/> Les personnes endeuillées ou témoins ont-elles été rapidement identifiées et soutenues?</li><li><input type="checkbox"/> Les activités ont-elles repris leur cours aussi rapidement que possible?</li></ul>

<p><b>Mesure 3</b></p> <p><b>Analyse, gestion clinique et coordination de la postvention</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Les activités de postvention se sont mises en place rapidement.</li> <li><input type="checkbox"/> Le comité de postvention s'est mobilisée rapidement et les responsables de chaque mesure étaient prêts.</li> <li><input type="checkbox"/> En l'absence d'un comité de postvention, comment le milieu a-t-il réussi à se mobiliser?</li> <li><input type="checkbox"/> L'analyse de chaque événement a été réalisée afin d'identifier les mesures prioritaires et les actions à privilégier.</li> <li><input type="checkbox"/> Il a été possible d'identifier les sous-groupes prioritaires auprès desquels offrir des interventions.</li> <li><input type="checkbox"/> Un retour régulier a été fait lors de l'événement : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> avec le comité de postvention;</li> <li><input type="checkbox"/> avec les professeurs, chefs de service;</li> <li><input type="checkbox"/> avec les ressources externes.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Les retours réguliers ont-ils permis de faire une analyse continue des impacts, de repérer les personnes directement touchées ou vulnérables et d'ajuster les actions prioritaires de chaque mesure?</li> </ul>
<p><b>Mesure 4</b></p> <p><b>Communication et information</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Avant que l'événement soit annoncé et qu'il fasse l'objet de discussions dans le milieu : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> le décès avait été confirmé;</li> <li><input type="checkbox"/> la famille de la personne décédée était au courant des activités de postvention.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Annonce de l'événement dans le milieu : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> il a été facile d'identifier à quels groupes faire l'annonce du suicide;</li> <li><input type="checkbox"/> les personnes qui ont fait l'annonce se sont senties outillées et à l'aise de le faire.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Il a été facile de collaborer avec les médias afin de favoriser des messages sécuritaires et préventifs.</li> <li><input type="checkbox"/> L'annonce de l'événement ou les réactions sur les médias sociaux ont été bien gérées.</li> </ul>
<p><b>Mesure 5</b></p> <p><b>Commémorations</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La participation aux funérailles ou l'information transmise aux membres du milieu à cet effet a été faite en cohérence avec les souhaits des membres de la famille.</li> <li><input type="checkbox"/> Il a été possible, dans l'établissement, de mettre en place des rituels qui n'ont pas donné une attention particulière à l'événement.</li> <li><input type="checkbox"/> La mise en place de rituels ou de commémorations dans le milieu a été circonscrite dans le temps.</li> <li><input type="checkbox"/> Le milieu a commencé à réfléchir à la gestion des demandes ou des actions de commémorations aux dates anniversaires.</li> </ul>
<p><b>Mesure 6</b></p> <p><b>Soutien aux intervenants</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Des moments de rencontre ont été prévus afin de soutenir les personnes impliquées dans la postvention (professeurs, chefs de service, délégués sociaux, membre du personnel administratif, intervenants, etc.) ou la gestion du corps ou de la scène (premiers répondants, concierge, etc.).</li> <li><input type="checkbox"/> Du soutien individuel a été mis à leur disposition (programme d'aide aux employés [PAE], organisme externe, etc.).</li> <li><input type="checkbox"/> Un soutien spécifique a été offert aux intervenants qui avaient la personne en suivi.</li> </ul>

<p><b>Mesure 7</b></p> <p><b>Repérage et interventions ciblées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Les témoins et les personnes endeuillées ont été joints facilement.</li> <li><input type="checkbox"/> Le repérage s'est fait de façon continue tout au long de l'année.</li> <li><input type="checkbox"/> Il a été facile de référer les personnes vers les ressources adéquates.</li> <li><input type="checkbox"/> Les arrimages avec les services ou ressources externes étaient clairs.</li> </ul>
<p><b>Mesure 8</b></p> <p><b>Repérage et interventions sélectives</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Les personnes vulnérables ont été facilement repérées.</li> <li><input type="checkbox"/> Le repérage s'est fait de façon continue tout au long de l'année.</li> <li><input type="checkbox"/> Il a été facile de référer les personnes vers les ressources adéquates.</li> <li><input type="checkbox"/> Les arrimages avec les services ou ressources externes étaient clairs.</li> </ul>
<p><b>Mesure 9</b></p> <p><b>Repérage et intervention universelles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le milieu a pu mettre en œuvre des actions pour augmenter les connaissances afin de favoriser le repérage des personnes vulnérables qui auraient pu développer des complications à distance de l'événement.</li> <li><input type="checkbox"/> Le milieu a fait la promotion des services d'aide, de la diminution de la stigmatisation concernant les problèmes de santé mentale ou de la demande d'aide.</li> <li><input type="checkbox"/> Le milieu a favorisé l'accès à la consultation de professionnels de la santé (accès à des professionnels sur place, consultation en ligne, etc.).</li> <li><input type="checkbox"/> Le milieu a mis en place des stratégies qui visent à augmenter la résilience et le bien-être des individus.</li> </ul>

**De façon générale, qu'est-ce qui a bien fonctionné, quelles sont les forces et les ressources du milieu qui ont permis de faire face à l'événement?**

---



---



---



---

**Quels éléments seraient à consolider, à améliorer, à développer, etc.?**

---



---



---



---

# RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2011). *Aide-mémoire pour la couverture médiatique du suicide*. Longueuil, Québec : Direction de santé publique de la Montérégie.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Andriessen, K. (2014). Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals: Lessons learned for the future of postvention. *Crisis*, 35(5), 338-348.
- Andriessen, K., Castelli Dransart, D. A., Cerel, J. et Maple, M. (2017). Current postvention research and priorities for the future: Results of a survey. *Crisis*, 38(3), 202-206. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000459>
- Andriessen, K. et Kryszynska, K. (2011). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Anglemeyer, A., Horvath, T. et Rutherford, G. (2014). The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: A systematic review and metaanalysis. *Annals of Internal Medicine*, 160(2), 101-110. doi:10.7326/M13-1301
- Association québécoise de prévention du suicide. (2012). *Prévention du suicide et traitement médiatique*. Association québécoise de prévention du suicide.
- Bailey, L. et Bell, J. (2017). The use of social media in the aftermath of a suicide: Findings from a qualitative study in England. Dans T. Niederkrotenthaler et S. Stack (dir.), *Media and Suicide* (85-96). [s. l.] : Routledge.
- Bell, J., Bailey, L. et Kennedy, D. (2015). "We do it to keep him alive": Bereaved individuals' experiences of online suicide memorials and continuing bonds. *Mortality*, 20(4), 375-389.
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 110-116.
- Bouchard, M., Séguin M., Bégin, S. et Roy, F. (2004). Activités de postvention en milieu scolaire : pratiques actuelles et réflexions pour l'avenir. *Revue de psychoéducation*, 33(2), 413-432.
- Caine, E. (2013). Forging an agenda for suicide prevention in the United States. *American Journal of Public Health*, 103(5), e1-e8.
- Carlyle, K. E., Guidry, J. P., Williams, K., Tabaac, A. et Perrin, P. B. (2018). Suicide conversations on Instagram™: Contagion or caring?. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(1), 12-18.
- Center for Disease Control. (1988). *CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters* (Publication n° 37[S-6]). Atlanta, GA : Center for Disease Control.
- Comans, T., Visser, V. et Scuffham, P. (2013). Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis*, 34(6), 390-397. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000210>
- Combalbert, N. et Feltrin, M. (2008). Le suicide en milieu professionnel : réflexions sur l'intervention du psychologue. *Pratiques psychologiques*, 14(3), 443-455.
- Commission de la santé mentale du Canada et CBC News. (2014). En-tête : reportage et santé mentale. Repéré à : <http://www.journalismforum.ca/mindset-reporting-on-mental-health>
- Courtet, P. (2010). Une prévention est-elle possible? Dans P. Courtet (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (234-240), Paris, France : Éditions Lavoisier.
- Cox, G. R., Bailey, E., Jorm, A. F., Reavley, N. J., Templer, K., Parker, A., ... Robinson, J. (2016). Development of suicide postvention guidelines for secondary schools: A Delphi study. *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2822-6>
- Cox, G. R., Robinson, J., Williamson, M., Lockley, A., Cheung, Y. T. D. et Pirkis, J. (2012). Suicide clusters in young people: Evidence for the effectiveness of postvention strategies. *Crisis*, 33(4), 208-214. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000144>
- Dalkey, N. C. et Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science*, 9(3), 458-468.
- Dunne-Maxim, K., Godin, S., Lamb, F., Sutton, C. et Underwood, M. (1992). The aftermath of youth suicide: Providing postvention services for the school and community. *Crisis*, 13(1), 16-22.
- Farberow, N. L. (2001). Helping suicide survivors. Dans P. Lester (dir.), *Suicide prevention: Resources for the millennium* (189-212). Philadelphie, PA : Brunner-Routledge.
- Gérin-Lajoie, S. (2010). *Les orientations régionales de postvention : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*. Gaspé, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- Gould, M. S. et Lake, A. M. (2013). The contagion of suicidal behavior. Dans Institute of Medicine et National Research Council, *Contagion of violence: Workshop summary* (68-73). Washington, DC : The National Academies Press.
- Gould, M. S., Kleinman, M. H., Lake, A. M., Forman, J. et Midle, J. B. (2014). Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: A retrospective, population-based, case-control study. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 34-43.

- Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M. H., O'Carroll, P. et Mercy, J. (1990). Suicide clusters: An examination of age-specific effects. *American Journal Public Health, 80*(2), 211-212.
- Gouvernement du Canada (2016a). Suicide au Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide/suicide-canada.html>
- Gouvernement du Canada (2016b). *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : cadre fédéral de prévention du suicide*. Ottawa, Ontario : Gouvernement du Canada, 1-58.
- Groot, M. H. D., Keijsers, J. D. et Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(4), 418-431.
- Gulliver, S. B., Pennington, M. L., Leto, F., Cammarata, C., Ostiguy, W., Zavodny, C., ... Kimbrel, N. A. (2016). In the wake of suicide: Developing guidelines for suicide postvention in fire service. *Death Studies, 40*(2), 121-128. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1077357>
- Gunn, J. F. et Lester, D. (2014a). Stress-diathesis theories of suicidal behavior. Dans J. F. Gunn et D. Lester (dir.), *Theories of suicide: Past, present and future* (72-86). Springfield, IL : Charles C Thomas.
- Gunn, J. F. et Lester, D. (2014b). *Theories of suicide: Past, present and future*. Springfield, IL : Charles C Thomas.
- Hawton, K., Casanas i Comabella, C., Haw, C. et Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 147*, 17-28.
- Hazell, P. (1991). Postvention after teenage suicide: An Australian experience. *Journal of Adolescence, 14*(4), 335-342.
- Hazell, P. et Lewin, T. (1993). An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*(2), 101-109.
- Hedstrom, P., Liu, K.-Y. et Nordvik, M. K. (2008). Interaction domains and suicide: A population-based panel study of suicides in Stockholm, 1991-1999. *Social Forces, 87*(2), 713-740. doi:10.1353/sof.0.0130
- Heffel, C. J., Riggs, S. A., Ruiz, J. M. et Ruggles, M. (2015). The aftermath of a suicide cluster in the age of online social networking: A qualitative analysis of adolescent grief reactions. *Contemporary School Psychology, 19*(4), 286-299.
- Henry, M., Drouin, M.-S. et Séguin, M. (2003). L'impact du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie, 24*(1), 227-242.
- Hoffman, M. et Bearman, P. (2015). Bringing anomie back in: Exceptional events and excess Suicide. *Sociological Science, 2*(10), 186-210.
- Insel, B. J. et Gould, M. S. (2008). Impact of modeling on adolescent suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America, 2*(3), 293-316.
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2009). *Effective treatments for PTSD* (2<sup>e</sup> éd.). Deerfield, IL : Guilford Press.
- Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention: The case for suicide postvention. *Death Studies, 41*(10), 614-621. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>
- Juhnke, G. A., Granello, D. H., Granello, P. F., Hollenbaugh, K. M. H. et Rae, A. M. (2011). Suicide in children and adolescents. Dans G. A. Juhnke, D. H. Granello et P. F. Granello (dir.), *Suicide, selfinjury, and violence in the schools* (3-20). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Kersting, A., Braehler, E., Glaesmer, H. et Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders, 131*(1-3), 339-343.
- Kessler, R. C., Borges, G. et Walters, E. W. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 617-626.
- Krysinska, K. et Andriessen, K. (2013). Suicide bereavement online: Sharing memories, seeking support, and exchanging hope. Dans B. L. Mishara et A. J. M. F. Kerkhof (dir.), *Suicide prevention and new technologies* (150-165). Londres, Royaume-Uni: Palgrave Macmillan.
- Laroche, R.-C., Potvin, S., Arsenault, É., Coulombe, M.-P., Verreault, A., Lessard, C. et Deschênes, I. (2018). *Portrait de l'offre de services en matière de postvention offerts par les centres de prévention du suicide du Québec*. Sherbrooke, Québec : Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec.
- Leenars, A. A. et Wenckstern, S. (1998). Principles of postvention: Applications to suicide and trauma in schools. *Death Studies, 22*(4), 357-391.
- Lochet, S., Inostroza, I., Michaud, L., Dorogi, Y. et Étienne, M. (2017). Prévenir le suicide. Dans L. Michaud et C. Bonsack (dir.), *Prévention du suicide : rencontrer, évaluer, intervenir* (27-37). Chêne-Bourg, Suisse : Médecine et Hygiène.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Hass, G. L. et Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry, 156*(2), 181-189.
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R., Cerel, J., Castelli Dransart, D. A. et Andriessen, K. (2018). A systematic mapping of suicide bereavement and postvention research and a proposed strategic research agenda. *Crisis, 39*(4), 275-282. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000498>
- Marchand, A., Lucci, S., Brillon, P., Martin, M. et Martin, A. (2003). Intervention de crise et débriefing : controverses et défis. *Revue francophone du stress et du trauma, 3*(3), 141-153.
- McNally, Richard J. (2004). Psychological debriefing does not prevent posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Times, 21*(4).
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services, 8*(1), 36-39.

- Mrazek, P. J. et Haggerty, R. J. (dir.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC : National Academies Press.
- Mueller, A. et Abrutyn, S. (2015). Suicidal disclosures among friends: Using social network data to understand suicide contagion. *Journal Health Social Behaviour*, 56(1), 131-148. doi: 10.1177/0022146514568793. PMID: 25722129
- National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Post traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Londres, Royaume-Uni : Gaskell et The British Psychological Society.
- National Suicide Prevention Lifeline. (2010). Lifeline online postvention manual. Repéré à <http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/LifelineOnlinePostventionManual.pdf>
- Navaneelan, T. (2012). *Suicide rates: An overview* (Publication n° 82-624-X). [s. l.] : Statistique Canada.
- Nicolas, C., Notredame, C.-E. et Séguin, M. (2017). *Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature*. Rapport de recherche inédit soumis à l'Association québécoise de prévention du suicide.
- O'Neill, J. C. (2017). *Are schools prepared for suicide contagion effects? An analysis of school psychologists' perceived competency in suicide postvention response* (Thèse de doctorat inédite). Université de Caroline du Nord.
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *La prévention du suicide : indications pour les professionnels des médias*. Genève, Suisse : Département de santé mentale et toxicomanies.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). Mental Health. Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicide\\_prevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_prevent/en/)
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). Global Health Observatory data repository: Suicide rate estimates. Repéré à <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEREV?lang=en#>
- Pak, K., Ferreira, K. E. et Ghahramanlou-Holloway, M. (2018). Suicide postvention for the United States Military: Literature review, conceptual model, and recommendations. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 179-202. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1428704>
- Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340-354.
- Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P et Skehans, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*, 27(2), 82-87.
- Poijula, S., Dyregrov, A. et Wahlberg, K-E. (2001a). Reactions to adolescent suicide and crisis intervention in three secondary schools. *International Journal Emergency Mental Health*, 3(2), 97-106.
- Poijula, S., Wahlberg, K-E. et Dyregrov, A. (2001b). Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *International Journal Emergency Mental Health*, 3(3), 163-170.
- Poland, S. (1989). *Suicide intervention in the school*. New York, NY : The Guilford Press.
- Ramchand, R. (2015). Suicide postvention in the Department of Defense: *Evidence, policies and procedures, and perspectives of loss survivors*. Santa Monica, CA : RAND.
- Rickwood, D., Telford, N., Kennedy, V., Balley, E. et Robinson, J. (2017). The need for and acceptance of a suicide postvention support service for Australian secondary schools. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 28(1), 55-65.
- Robertson, L., Skegg, K., Poore, M., Williams, S. et Taylor, B. (2012). An adolescent suicide cluster and the possible role of electronic communication technology. *Crisis*, 33(4), 239-245.
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K. et O'Brien, M. (2013). A systematic review of schoolbased interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*, 34(3), 164-182.
- Robinson, J., Hill, N., Thorn, P., Teh, Z., Battersby, R. et Reavley, N. (2018). #chatsafe: A young person's guide for communicating safely online about suicide. Melbourne, Australie : Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Robinson, J., Pirkis, J. et O'Connor, R. C. (2016). Suicide clusters. Dans R. C. O'Connor et J. Pirkis (dir.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (758-774). Chichester, Royaume-Uni : John Wiley & Sons.
- Robinson, J., San Too, L., Pirkis, J. et Spittal, M. J. (2016). Spatial suicide clusters in Australia between 2010 and 2012: A comparison of cluster and non-cluster among young people and adults. *BMC Psychiatry*, 16, 417. doi: 10.1186/s12888-016-1127-8
- Roy, F., Parrot, R., Proulx, N., Chagnon, J., et Tremblay, É. (1999). *Un sentier d'espoir : guide d'accompagnement en prévention du suicide*. Montréal, Québec : Assemblée des évêques du Québec.
- Séguin M., Roy F. et Bouchard M. (2005). Programme de postvention en milieu scolaire : réactions possibles et choix d'intervention. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 9(89), 21-26.
- Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Gravel, C. et Boyer, R. (2005). *Intervenir à la suite d'un suicide : programme de postvention en milieu scolaire*. Outremont, Québec : Les Éditions Logiques.
- Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C. et Boyer, R. (2004). *Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*. Montréal, Québec : Association québécoise de prévention du suicide.



- Serafini, G., Solano, P. et Amore, M. (2016). Suicidal ideation: A comprehensive overview. Dans O. Torres (dir.), *Encyclopedia of Suicide* (35-65), New York, NY : Nova Science.
- Shneidman, E. (1969). Prologue: Fifty-eight years. Dans E. Shneidman (dir.), *On the nature of suicide* (1-30), San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ : Jason Aronson.
- Skulmoski, G. J., Hartman, F. T. et Krahn, J. (2007). The Delphi method for graduate research. *Journal of Information Technology Education: Research*, 6, 1-21.
- Szumilas, M. et Kutcher, S. (2010). *Systematic review of suicide postvention programs*. [s. l.] : Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection.
- Szumilas, M. et Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: A systematic review. *Canadian Public Health Association*, 102(1), 18-29.
- Tondo, L., Albert, M. J. et Baldessarini, R. J. (2006). Suicide rates in relation to health care access in the United States: An ecological study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 517-523.
- Ueda, M., Mori, K., Matsubayashi, T. et Sawada, Y. (2017). Tweeting celebrity suicides: Users' reaction to prominent suicide deaths on Twitter and subsequent increases in actual suicides. *Social Science & Medicine*, 189, 158-166.
- Visser, V. S., Comans, T. A. Scuffham, P. A. (2014). Evaluation of the effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Journal of Community Psychology*, 42(1), 19-28. <https://doi.org/10.1002/jcop.21586>
- Wasserman, D. et Sokolowski, M. (2016). Stress-vulnerability model of suicidal behaviours. Dans D. Wasserman (dir.), *Suicide: An unnecessary death* (21-26), Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Westerlund, M. U. (2018). The usage of digital resources by Swedish suicide bereaved in their grief work: A survey study. *OMEGA Journal of Death and Dying*. doi: 0030222818765807

