



UN APPEL *à la vie*

Guide à l'usage des intervenants du Bas-Saint-Laurent

Outil de dépistage, d'intervention et
de postvention auprès des personnes
touchées par la problématique du suicide

MRC Rimouski-Neigette

Un appel à la vie

Guide à l'usage des intervenants du Bas-Saint-Laurent

Outil de dépistage, d'intervention et
de postvention auprès des personnes
touchées par la problématique du suicide

MRC Rimouski-Neigette

Dépôt légal : 2e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-921799-65-0

Note au lecteur

Ce guide est une adaptation d'un document rédigé dans la région de l'Outaouais sous le titre original :

Piché, Tanya (1997). «Réaction Réseau d'entraide et d'action : Guide à l'usage des intervenants de l'Outaouais : Stratégies de dépistage, d'intervention et de postvention auprès d'une clientèle ayant des comportements suicidaires», Centre 24/7 de Hull, Réseau d'Action Face au Suicide, Hull, 27 p.

La version originale de ce guide a été préparée par Tanya Piché sous la direction de Monique Séguin, Ph. D. avec la collaboration de Diane Vaillancourt et de Michel Diotte du Centre d'aide 24/7 de Hull.

L'adaptation bas-laurentienne du document a été réalisée par :

Alma Leblanc

Centre de prévention du suicide et de crise du Bas-Saint-Laurent

Marie-Josée D'Amours

Centre Ressources Intervention Suicide du KRTB

Gilles Légaré

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Avril 2001

L'adaptation du document pour la MRC Rimouski-Neigette a été préparée par :

- ⦿ Gérald Babin, CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette
- ⦿ Mélanie Canuel, Maison des jeunes de Rimouski
- ⦿ Claudette Caron, CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette
- ⦿ Jean-Guy D'Astous, CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette
- ⦿ Chantal Joubert, Sûreté municipale de Rimouski
- ⦿ Josée Lemieux, Centre de crise et de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent
- ⦿ Christiane R. Tourville, La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent

Nous remercions également les personnes et organismes suivants pour la révision de ce guide :

- ⦿ Docteur Hélène Poirier, Département de psychiatrie, Centre hospitalier régional de Rimouski
- ⦿ L'équipe de direction du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent
- ⦿ Monique Séguin, UQAH, pour la révision portant sur la section auprès des endeuillés
- ⦿ Guylaine Coté et Denis Roy, Service de psychiatrie infantile et juvénile du CHRR

Mise en pages et révision :

- ⦿ Doris Charron, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation

Graphisme de la page couverture :

- ⦿ Fernande Forest, GRAFF-X Communication Inc.

* Pour toute autre information concernant ce guide, contactez Gilles Légaré, DSPPE (418) 724-8349

Table des matières

CHAPITRE I- DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE	1
1.1 Quelques données épidémiologiques	1
1.1.1 Définitions.....	2
1.2 Les signes précurseurs.....	2
1.3 Le processus suicidaire	4
1.3.1 Le concept de crise.....	4
1.3.2 La crise suicidaire	4
1.4 Les facteurs de risque.....	5
1.5 Le facteur précipitant	6
1.6 Les facteurs de risque pour les différents groupes d'âge	6
1.6.1. Les enfants	6
1.6.2 Les jeunes.....	7
1.6.3 Les adultes.....	8
1.6.4. Les personnes âgées	8
1.7 Les groupes à haut risque de suicide.....	9
1.8 Les impacts.....	9
1.8.1 L'impact d'une tentative de suicide chez l'individu	9
1.8.2 L'impact d'une tentative de suicide chez la famille et l'entourage immédiat.....	9
1.8.3 L'impact d'un décès par suicide chez la famille et l'entourage immédiat	9
CHAPITRE II – ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE	10
2.1 Que faire lorsque vous avez des doutes sur les intentions suicidaires d'une personne?	10
2.2 Que faire lorsque vous avez dépisté une personne ayant des conduites suicidaires?.....	11
2.3 Comment évaluer l'urgence suicidaire?.....	12
2.4 Que faire lorsque l'urgence suicidaire est faible ou moyenne?.....	13
2.5 Que faire lorsque l'urgence suicidaire est élevée?	15
CHAPITRE III – L'APRÈS-CRISE	18
3.1 Que faire lorsque la crise suicidaire de la personne est désamorcée?	18
3.2 Le travail avec la famille.....	20
CHAPITRE IV – INTERVENTION AUPRÈS DE PERSONNES ENDEUILLÉES PAR LE SUICIDE.....	21
4.1 L'enfant endeuillé par le suicide	22
4.2 L'adolescent endeuillé par le suicide	24
4.3 Les adultes endeuillés par le suicide	24
4.4 Pistes d'intervention sur les actions à entreprendre dans l'immédiat auprès d'endeuillés..	25
4.5 Coordination de l'intervention psychosociale en situation post-suicide	25
CHAPITRE V – INFORMATIONS ADDITIONNELLES.....	26
5.1 Informations sur les ateliers disponibles dans la région du Bas-Saint-Laurent.....	26
5.2 Liste de numéros de téléphone utiles	26
5.3 Liste de livres et de textes de références pratiques	27
5.4 Liste des organismes et de personnes références	27
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
ANNEXE <i>Modèle de coordination de l'intervention psychosociale en situation post-suicide (postvention) MRC Rimouski-Neigette</i>	

Chapitre 1 Description de la problématique

1.1 Quelques données épidémiologiques

La situation dans le Bas-Saint-Laurent

Au Québec tout comme dans la région du Bas-Saint-Laurent, le nombre de suicides dépasse dorénavant le nombre de décès par accidents de la route.

Pour la période 1996 à 1998, le taux de décès par suicide de la région du Bas-Saint-Laurent s'élevait à 24,3 pour 100 000 habitants. Le taux de suicide de la région du Bas-Saint-Laurent est supérieur à celui du Québec qui se chiffrait à 18,8 par 100 000 personnes-années pour la même période.

Le suicide est plus fréquent chez les hommes et les adultes

En 1998, 75 % des suicides ont été commis par des hommes, soit un taux de 38,3 pour 100 000 personnes-années, tandis que ce taux était de 12,6 pour 100 000 chez les femmes. Des 55 suicides recensés en 1998, 42 étaient commis par des hommes.

Les taux de suicide de la région et du Québec augmentent depuis le début des années 1990 et cette augmentation est attribuable à une surmortalité chez les hommes. En fait, le taux de suicide des femmes de la région est identique à celui des Québécoises, alors que les hommes du Bas-Saint-Laurent affichent un taux supérieur à celui du Québec.

Chez les hommes, les taux de suicide les plus élevés se retrouvent chez les 25-44 ans alors que chez les femmes, le groupe où l'on constate le plus de décès est celui des 54-64 ans. Bien que plus d'hommes décèdent à la suite d'un suicide (trois à quatre fois plus), plus de femmes font des tentatives de suicide. Ces tentatives de suicide sont commises davantage par des jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans.

Le suicide est la première cause de mortalité chez les adolescents. Bien que les taux de suicide des adolescents augmentent depuis le début des années 70, les taux de suicide les plus élevés s'observent chez les adultes.

Le Bas-Saint-Laurent comparé

Parmi les 15 régions du Québec, pour la période de 1996 à 1998, le Bas-Saint-Laurent occupait le troisième rang au niveau du taux de suicide après l'Abitibi-Témiscamingue et la région de Chaudière-Appalaches.

Les idéations et les tentatives de suicide

Selon les enquêtes de Santé Québec, on estime que 850 Bas-Laurentiens et Bas-Laurentiennes auraient fait une tentative de suicide dans la dernière année. Au Bas-Saint-Laurent, on observe un ratio de 16 tentatives pour chaque décès par suicide. À chaque année, près de 5600 personnes de la région penseraient sérieusement à s'enlever la vie et l'on remarque que plus de jeunes rapportent des idéations suicidaires sérieuses.

1.1.1 Définitions

Trois notions théoriques sont importantes à définir afin de mieux cerner l'ensemble des comportements suicidaires.

♦ *L'idée suicidaire*

L'idée suicidaire englobe tous les comportements qui peuvent être directement observés ou entendus et dont on est justifié de conclure à une intention possible de suicide, ou qui tendent vers cette intention mais où l'acte léthal n'a pas été accompli.

♦ *La tentative de suicide*

La tentative de suicide est la situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger, avec l'intention réelle de causer sa mort ou de faire croire que telle est son intention mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort.

♦ *Le suicide*

Le suicide comprend les décès dans lesquels un acte délibéré menaçant la vie est accompli par une personne envers elle-même et cause sa mort.

Source : (AQS, 1996b)

1.2 Les signes précurseurs

Les signes précurseurs sont souvent des indices, des messages par lesquels un individu manifeste sa détresse. Ces signes précurseurs peuvent se retrouver sous la forme de signes comportementaux, affectifs et verbaux. Il est également important de reconnaître les symptômes de la dépression puisque, selon des études, entre 30 % et 76 % (Lesage, 1994) des personnes décédées par suicide souffraient d'un état dépressif avant leur suicide.

Signes comportementaux	Signes verbaux
‣ Le retrait, l'isolement, l'abandon des proches et la solitude exagérée ‣ Un changement extrême ou anormal de l'humeur, des attitudes ou des comportements ‣ Une émergence de préoccupations morbides comme un intérêt soudain pour la mort, pour les armes à feu ou pour les médicaments ‣ Donner ses objets chers (ex. : faire des cadeaux) ‣ Organisation des affaires personnelles, rédiger un testament ‣ Une consommation abusive et inhabituelle d'alcool, de drogues ou de médicaments	‣ Les signes verbaux sont des messages directs ou indirects et ils impliquent une intention claire sur les projets futurs du suicide. Accorder une attention toute spéciale aux émotions qui accompagnent ces messages verbaux et le contexte dans lequel ils sont envoyés. ‣ Exemples de messages verbaux directs : «J'ai trop mal, je veux mourir.» «Je n'ai plus de raison de vivre.» «Ça m'arrive de penser à me tuer.» «Si jamais il m'arrive quelque chose, j'ai fait mon testament et il est à cet endroit. » «Si ça continue, je vais aller sauter en bas du pont.» «Les messages indirects sont, quant à eux, dictés de façon à voiler l'intention suicidaire.» ‣ Exemples de messages verbaux indirects : «Je pars au loin.» «J'ai enfin trouvé une solution à mes problèmes.» «Dans quelque temps, je vais enfin être bien.» «Ce serait moins de trouble pour tout le monde si j'étais mort.» «Mourir tout de suite ou dans dix ans...»

Signes affectifs et symptômes d'un état dépressif	Signes spécifiques chez les jeunes
‣ Des habitudes alimentaires inhabituelles (perte d'appétit ou suralimentation, perte ou gain de poids) ‣ Des habitudes de sommeil déréglées (insomnie ou hypersomnie) ‣ Une hygiène de soi négligée ‣ Lassitude ‣ Des humeurs dépressives persistantes ‣ Diminution de la libido ‣ Fatigue chronique ‣ Sentiment de culpabilité, d'être bon à rien ‣ Difficulté de concentration ‣ Idées de mort et de suicide ‣ Une émergence d'émotions contradictoires : accès de colère, de tristesse ‣ Ennui, tristesse, apathie, découragement, indécision, indifférence, insensibilité, dégoût ‣ Une rémission spontanée, soit une remise sur pied radicale sans aucune raison apparente après une période de dépression	‣ Absentéisme, retards ‣ Manque de persévérance, de ténacité ‣ Ne retient du passé que les événements pénibles ‣ Absence de but ou d'orientation future ‣ Se plaint de fatigue ‣ Conflits avec les amis ‣ Conduites asociales, délinquance ‣ Irritabilité, colère, agressivité ou affect détaché ‣ Culpabilité, se dit incompris, rejeté ‣ Pessimisme ‣ Baisse du rendement scolaire et faibles résultats scolaires ‣ Des changements fréquents d'écoles ‣ Menace de laisser l'école ‣ Anxiété face à la tâche ou à la performance

1.3 Le processus suicidaire

1.3.1 Le concept de crise

La crise est une période de désorganisation, de trouble qui survient à la suite de la rencontre d'un obstacle ou d'une série d'obstacles à la réalisation des objectifs importants de la vie d'une personne. Pour un certain temps, cet obstacle est insurmontable par le biais des mécanismes ordinaires de solution à des problèmes. À maintes reprises pendant cette période de désorganisation, la personne tente, mais sans succès, d'en arriver à une solution.

Selon le principe d'homéostasie, toute personne essaie de maintenir un état d'équilibre dans sa vie. Lorsqu'un événement vient briser ce système d'équilibre, elle veut retrouver son état antérieur et utilisera plusieurs stratégies d'adaptation pour y arriver. Avec le temps, chaque personne a appris à traverser des situations difficiles et à mettre au point une gamme personnelle de stratégies. En situation de crise, ces stratégies s'avèrent déficientes et échouent à ramener l'équilibre, ce qui provoque un état de tension, une désorganisation et un stress important. La personne en crise tentera alors de trouver de nouvelles solutions et stratégies d'adaptation. Ces solutions peuvent s'avérer bénéfiques et permettre à la personne d'acquérir de nouveaux mécanismes. On parlera alors de résolution de crise et même, en certains cas, d'une résolution positive et d'une occasion d'apprentissage et de croissance personnelle.

Par contre, il arrive que des essais répétés de solutions se soldent par des échecs. Déjà en situation de souffrance, la personne se sent de plus en plus en perte de contrôle, passant alors à une phase aiguë de tension. Cette phase aiguë ne pouvant être tolérée longtemps, la personne cherchera par tous les moyens à diminuer sa souffrance, sa tension et son anxiété. Pour résoudre sa crise, elle pourra prendre la voie de la psychosomatisation, de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de tout autre moyen susceptible d'engourdir la souffrance à court terme.

Cette résolution de crise est précaire et on peut s'attendre à ce que la personne retombe en crise à la prochaine situation un tant soit peu difficile. Finalement, si rien ne lui apporte un soulagement, la personne envisagera le suicide comme la solution unique pour mettre fin à sa souffrance. C'est alors qu'on parlera d'une crise suicidaire.

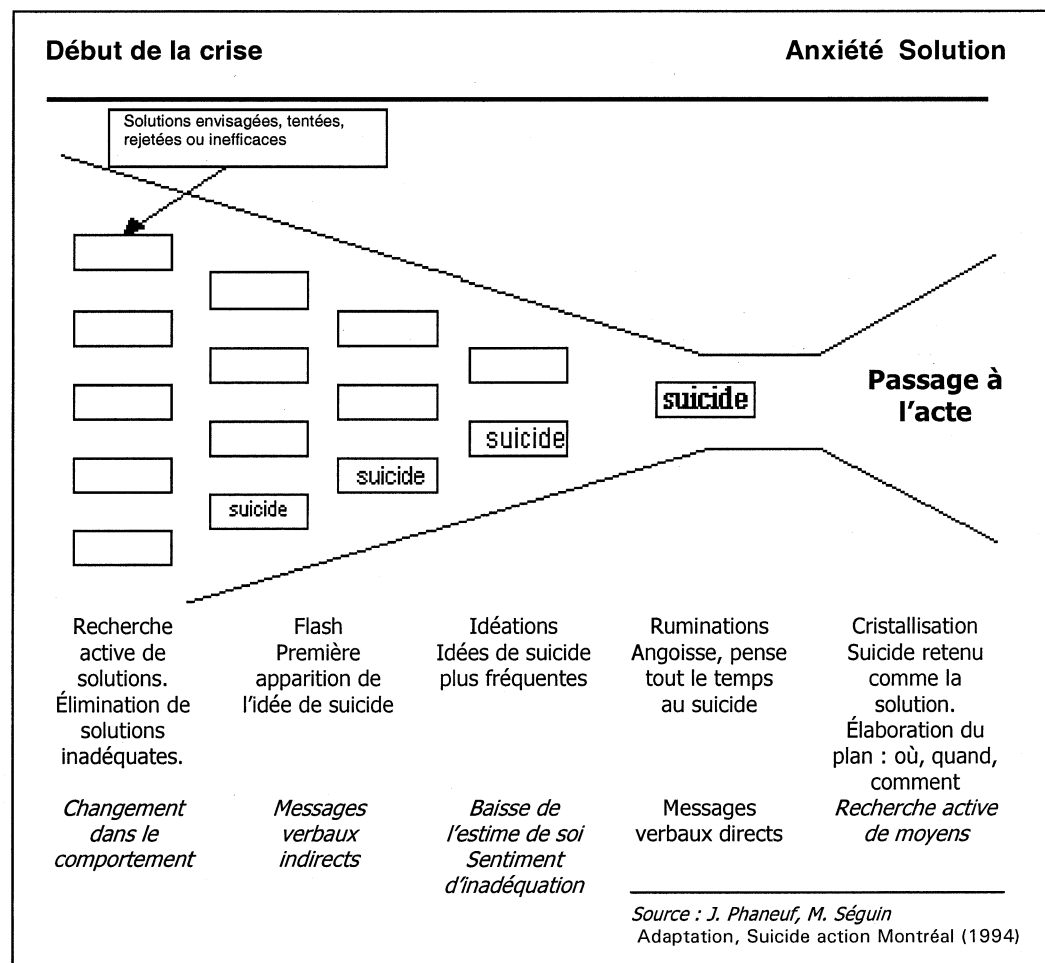
1.3.2 La crise suicidaire

La crise suicidaire est généralement le fruit d'un processus suicidaire. Au cours de ce processus, l'idée du suicide prend de plus en plus de place pour devenir l'ultime solution. Le point important à retenir, c'est que ce n'est pas la mort qui est recherchée, mais la fin de la souffrance. L'ambivalence est présente tout au long de ce processus. C'est pourquoi la présence d'une personne, l'écoute et la possibilité d'une solution de rechange et d'espoir peuvent freiner le processus suicidaire.

La figure 1 illustre les grandes étapes du processus suicidaire. Rappelons que la personne en crise cherche des solutions à une situation difficile et souffrante. Parmi ces solutions, on retrouve en toile de fond un péremptoire besoin de fuir la douleur. Il faut toutefois

insister sur l'ambivalence, sur toutes les possibilités de freiner ce processus et sur la potentialité d'ouvrir la porte à l'espoir et à une vie moins souffrante. C'est à partir de cette ambivalence et de cet espoir que nous pouvons aider, soutenir la personne en crise et prévenir éventuellement son suicide.

Figure 1 Schématisation du processus suicidaire



Source : (AQS, 1996a)

1.4 Les facteurs de risque

Lorsqu'il est question de facteurs de risque, on parle de certains éléments de la vie d'un individu qui le prédisposent, en quelque sorte, à une plus grande vulnérabilité. Face aux difficultés de la vie, ces individus, plus vulnérables que d'autres, risquent plus facilement de devenir suicidaires. Il existe trois catégories de facteurs de risque : les facteurs individuels, les facteurs familiaux et les facteurs psychosociaux.

FACTEURS DE RISQUE

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs psychosociaux
Antécédents suicidaires	Violence, abus physiques et psychologiques	Difficultés économiques persistantes
Troubles de santé mentale comme la dépression, la psychose	Relations conflictuelles entre parents et enfants	Isolement social et affectif
Faible estime de soi	Parents aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie	Pertes de liens affectifs importants
Problèmes d'alcool ou de toxicomanie	Négligence parentale	Placement en foyer d'accueil, en institution ou en milieu de détention
Troubles de santé physique comme le cancer, le diabète, le SIDA	Conflits conjugaux majeurs	Effet d'entraînement suite à un suicide (effet de contagion)
	Comportements suicidaires d'un parent	Accessibilité aux moyens létaux
		Difficultés d'intégration sociale

Source : (Gallagher, 1993)

1.5 Le facteur précipitant

Le facteur précipitant est l'événement qui hâtera un geste suicidaire. Cet événement peut survenir à tout moment et de diverses façons, pouvant ainsi déclencher un passage à l'acte. Il peut s'agir, par exemple, d'une perte affective telle qu'une séparation, un divorce, le décès d'une personne proche, etc. En somme, il faut comprendre que cet événement est la goutte qui fait déborder le vase. Il peut aussi s'agir d'une perte reliée à la condition économique comme la perte d'un emploi. Donc, toute situation stressante qui s'ajoute aux difficultés antérieures et qui contribue à augmenter la douleur et la détresse peut être un facteur précipitant.

1.6 Les facteurs de risque pour les différents groupes d'âge

Il est possible, pour chacun des groupes d'âge, d'identifier des facteurs de risque susceptibles d'engendrer des comportements suicidaires. Les prédispositions individuelles, le milieu social et les facteurs environnementaux immédiats peuvent engendrer l'émergence des facteurs associés aux comportements suicidaires et au suicide. En ce qui a trait aux groupes d'âge, il sera ici question des enfants (12 ans et moins), des jeunes (13 à 24 ans), des adultes (25 à 64 ans) et des personnes âgées (65 ans et plus).

1.6.1 Les enfants

Bien que les suicides soient rares pour cette catégorie d'âge, il est important de s'attarder aux facteurs de risque qui sont identifiés dans la littérature scientifique. Notons tout de même qu'au Québec, en 1995, il y a eu 11 décès par suicide chez les enfants de moins de 12 ans et, en 1996, 22.

FACTEURS DE RISQUE POUR LES ENFANTS

Prédispositions individuelles	Milieu social	Événements circonstanciels
Conception plus ou moins mature de la mort	Banalisation du suicide par les médias	Séparation, divorce ou décès d'un parent
Lacunes dans la capacité de résolution de problèmes	Histoire familiale d'abus ou de dépendance à l'alcool et de drogues	
Présence de problèmes de santé mentale	Psychopathologie chez les parents	
	Suicide ou tentative de suicide chez les parents	
	Violence verbale ou abus sexuel	

Source : (MSSS, 1998)

1.6.2 Les jeunes

FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES JEUNES

Prédispositions individuelles	Milieu social	Événements circonstanciels
Peu d'habiletés à développer des mécanismes d'adaptation	Isolement social et perte d'intégration sociale	Décès ou divorce des parents
Tentative antérieure de suicide	Manque d'aptitudes familiales à aider les jeunes suicidaires	Accès facile aux moyens
Problèmes d'apprentissage et d'impulsivité	Psychopathologie chez un parent	Consommation d'alcool ou de drogues
Désordres psychiatriques associés à une dépression, une conduite anti-sociale ou à l'abus de certaines substances	Antécédents suicidaires dans la famille	Conflit sérieux avec un membre de la famille
Problèmes chroniques dans les relations avec les pairs	Taux de chômage élevé et pauvreté des enfants et des jeunes	Imitation ou contagion des comportements suicidaires
Attachement pathologique aux parents	Sensationnalisme dans la présentation du suicide par les médias	Perception de rejet par la famille
Perte d'un parent tôt dans la vie	Suicide considéré comme un comportement jugé acceptable, courageux ou « privé »	Rejet par les pairs ou perte d'une relation significative
Difficulté de reconnaissance ou de l'acceptation de l'orientation sexuelle	Abus et négligence	Échec scolaire, expulsion de l'école et pressions pour réussir

Source : (MSSS, 1998)

1.6.3 Les adultes

LES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES ADULTES

Prédispositions individuelles	Milieu social	Événements circonstanciels
Manque d'aptitudes à résoudre certains problèmes	Absence de réseau social et isolement associé au divorce, au veuvage ou à une séparation	Accessibilité à des armes à feu
Tentative antérieure de suicide	Taux de chômage élevé	Consommation d'alcool et de drogues
Être détenu ou prévenu	Suicide considéré comme un comportement acceptable	Présence d'une maladie grave (SIDA, personnes séropositives, cancer)
Désordres psychiatriques tels que la dépression (particulièrement unipolaire), la schizophrénie, les désordres d'anxiété et troubles de la personnalité		
Facteurs génétiques et biologiques	Abus sexuel et physique chez la femme	Événements de vie humiliants, fin d'une relation significative ou problèmes interpersonnels importants
Traits de personnalité (anxiété, besoin de contrôle, faible estime de soi, traits névrotiques)		
Abus de substances (alcool et drogues)		
Difficulté de reconnaissance ou d'acceptation de l'orientation sexuelle		

Source : (MSSS, 1998)

1.6.4 Les personnes âgées

LES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Prédispositions individuelles	Milieu social	Événements circonstanciels
Désordres psychiatriques associés à une comorbidité physique	Isolement social des personnes âgées	Abus ou mauvais usage de médicaments
Maladies chroniques (dépendance, douleur)	Pauvreté	Veuvage chez les hommes
Problèmes d'abus d'alcool	Télédiffusion des comportements suicidaires des personnes âgées	Placement dans un centre d'accueil
Accumulation de pertes et de deuils		Disponibilité d'un moyen
Comportements autodestructeurs (mauvaise utilisation des médicaments, non-observance des conseils d'un médecin)		La retraite

Source : (Leblanc, 1997; MSSS, 1998)

1.7 Les groupes à haut risque de suicide

Il existe, au sein de la population québécoise, des groupes d'individus à haut risque de comportements suicidaires qui ont été identifiés par les membres du groupe de travail ayant rédigé la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998). Ces groupes sont :

Pour le suicide

- Hommes ou jeunes ayant des troubles mentaux
- Hommes avec problème d'alcool ou de drogue
- Hommes en détention
- Hommes présentant plusieurs facteurs de risque

Pour les tentatives de suicide

- Jeunes filles de 14-19 ans avec plusieurs facteurs de risque
- Personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide

1.8 Les impacts

1.8.1 L'impact d'une tentative de suicide chez l'individu

Pour un individu qui rumine des idées suicidaires ou qui a déjà tenté de mettre fin à ses jours, la souffrance ressentie est souvent intolérable. Cette situation en soi peut entraîner des dysfonctions au niveau psychosocial comme la perte d'un emploi, l'isolement social, des échecs scolaires, etc. Le suicide pourra alors être perçu comme une façon d'arrêter la souffrance. Dans cette perspective, le suicide n'est pas un choix mais un manque de choix. Il faut aider la personne suicidaire à retrouver des stratégies de résolution de problèmes qui seront acceptables et efficaces pour elle.

1.8.2 L'impact d'une tentative de suicide chez la famille et l'entourage immédiat

Pour la famille et l'entourage immédiat, les conduites suicidaires d'un parent ou d'un ami peuvent s'avérer être une situation très difficile à vivre. Une telle situation génère beaucoup de stress. La famille peut ressentir ce stress, vivre de l'inquiétude et s'essouffler dans ses efforts à soutenir l'individu suicidaire. La famille doit recevoir du soutien afin qu'elle puisse soit continuer à soutenir la personne suicidaire, soit créer un pont entre les intervenants professionnels et la personne suicidaire.

1.8.3 L'impact d'un décès par suicide chez la famille et l'entourage immédiat

Le décès par suicide peut avoir des répercussions familiales profondes comme la honte, la culpabilisation et la détresse. Les personnes endeuillées par le suicide d'un proche peuvent se sentir rejetées et abandonnées, soit par la personne qui s'est suicidée, soit par les proches qui n'osent pas aborder la question du deuil par suicide. Ces sentiments de rejet et d'abandon peuvent s'avérer très difficiles à gérer. De plus, il est important de souligner que le décès d'un proche par suicide peut avoir un effet d'entraînement auprès des personnes déjà vulnérables.

Chapitre 2 Évaluation de l'urgence suicidaire

2.1 Que faire lorsque vous avez des doutes sur les intentions suicidaires d'une personne?

D'abord, il faut garder en tête que le premier contact peut être difficile à effectuer. Effectivement, la personne est souvent en pleurs ou découragée et peut éprouver des réticences ou de la difficulté à parler de ses intentions suicidaires. Il est donc primordial d'initier un échange ouvert. Pour ce faire, voici quelques suggestions :

INITIEZ UN ÉCHANGE OUVERT

- Prenez le temps d'établir un climat de confiance avec la personne
- Soyez attentif et évitez de transmettre vos jugements de valeur
- Exprimez-vous avec calme
- Essayez de comprendre ce que vit la personne
- Encouragez-la à exprimer ses émotions
- Acceptez les silences
- Évitez l'impatience
- Choisissez un lieu propice à l'échange

Source : (Gallagher, 1996a)

En plus d'un échange ouvert, il est important d'aborder ouvertement et non à mi-mots la question du suicide. On croit souvent à tort, que l'on ne peut pas aborder directement la question du suicide de crainte de faire germer l'idée du suicide chez une personne. En fait, aborder la question du suicide avec une personne qui rumine des idées suicidaires ne peut qu'entraîner des bienfaits. Effectivement, en discutant de ce sujet, l'intervenant transmet le message qu'il est prêt à écouter la souffrance de la personne suicidaire. Cela peut raviver l'espoir de la personne suicidaire puisqu'on lui dit qu'elle n'est plus seule et qu'elle peut obtenir de l'aide. Il ne faut pas avoir peur de discuter des intentions suicidaires avec une personne; au mieux, elle vous dira qu'elle n'en a pas.

ABORDEZ OUVERTEMENT LA QUESTION DU SUICIDE

- Il ne faut pas hésiter à demander si la personne a déjà pensé au suicide ou si elle a déjà élaboré un scénario suicidaire.
- Si une personne vous dit qu'elle pense au suicide, il est important de réagir immédiatement en évaluant l'urgence suicidaire de la personne (voir grille 2.3 d'évaluation de l'urgence suicidaire).

Source : (Gallagher, 1996a)

2.2 Que faire lorsque vous avez dépisté une personne ayant des conduites suicidaires?

ÉVALUEZ L'URGENCE SUICIDAIRE DE LA PERSONNE

L'urgence suicidaire d'une personne peut être faible, moyenne ou élevée.

Afin de mieux cerner l'urgence suicidaire d'une personne, il est nécessaire de parler ouvertement avec celle-ci de ses intentions de mourir. Il suffit de questionner la personne et de lui demander si elle sait :

- Où, quand et comment elle veut se suicider?
- Voici des exemples de questions à poser :
 - «Marie, je vois bien que ça ne va pas As-tu déjà pensé à te faire du mal? Si oui, as-tu des idées suicidaires?»
 - «Est-ce que tes difficultés te font souffrir au point que tu penses au suicide?»
 - «Penses-tu souvent au suicide?»
 - «As-tu envisagé la manière dont tu te suiciderais?»
 - «Est-ce que ces moyens sont disponibles?»

Par conséquent, il sera possible d'effectuer une intervention en fonction de l'urgence suicidaire. Par exemple, une intervention sera différente pour un individu qui rumine des idées suicidaires sans toutefois avoir pensé à élaborer son scénario suicidaire.

Si, par contre, un individu vous dit qu'il pense à se suicider dans les prochaines 24 heures, qu'il a en sa possession un moyen pour le faire et qu'il a choisi l'endroit où il désire mettre un terme à ses jours, l'intervention devra être pro-active et affirmative. Il devient alors urgent d'intervenir dans les plus brefs délais afin d'empêcher le passage à l'acte.

RENDEZ L'ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE SUICIDAIRE SÉCURITAIRE

Limitez l'accès de moyens létaux identifiés par la personne suicidaire. Il peut s'agir d'armes à feu que l'on soustraira momentanément du foyer ou que l'on rendra inopérantes en les verrouillant (la sûreté municipale ou la Sûreté du Québec pourra vous assister pour ce faire).

L'accessibilité à certains médicaments pourra également être diminuée en accord avec la personne ou son entourage.

La collaboration de l'entourage de la personne pourra être précieuse afin de limiter l'accès aux moyens.

Il ne faut pas négliger cet aspect lors de l'intervention car, en période de crise aiguë, la présence ou non d'un moyen pourra être déterminante.

2.3 Comment évaluer l'urgence suicidaire?

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
1. Les premières idées suicidaires sont envisagées avec angoisse.	1. La personne rumine l'idée du suicide depuis un certain temps. Tous les éléments de la planification ne sont pas déterminés.	1. La personne est décidée, la planification du suicide est claire, la méthode est choisie, des préparatifs ont été réalisés. Le moyen est disponible.
2. La personne ne semble pas en crise ou très peu.	2. La personne est encore troublée émotionnellement.	2. La crise est très prononcée; beaucoup d'émotions ou au contraire, des émotions coupées complètement...
3. Elle ne fait pas de menaces suicidaires.	3. La personne peut maintenir son intention de se suicider.	3. La personne peut expliquer rationnellement son intention de suicide.
4. La personne est relativement calme.	4. La personne est encore vulnérable et fragile.	4. La personne a fait la tentative (ex. : les médicaments sont pris ou en train d'être absorbés).
5. La personne semble vouloir attendre avant de passer à l'acte.	5. Elle peut passer du calme à la crise très rapidement.	5. La personne est très agitée ou elle est complètement immobilisée par sa dépression (difficulté à parler).
6. La personne accepte notre aide (qu'on la rencontre ou qu'on la rappelle).	6. Elle peut nier avoir besoin d'aide.	6. La personne a peur de passer à l'acte; elle a peur de ce qu'elle pourrait faire.
7. Elle peut être émotionnellement troublée, mais elle vous dira que ça va, qu'elle a le contrôle et qu'elle appellera si ça ne va pas.	7. Les émotions sont à fleur de peau et la personne demeure vulnérable.	7. La personne peut ne pas vouloir d'aide.
8. La personne parle de projets (vérifiez si les projets de voyage ou de départ sont réels).	8. La personne n'est pas confuse mais elle persiste une rigidité cognitive à l'égard de l'intention suicidaire.	8. La personne dit qu'elle n'en peut plus; qu'elle n'est plus capable de supporter ça.
9. La personne n'est pas anormalement euphorique (attention aux rémissions spontanées).	9. On sent que la personne se calme mais qu'elle peut quand même passer à l'acte.	9. La personne semble complètement dépassée par ce qui lui arrive ou au contraire explique beaucoup sa décision.
10. En général, la personne, sans être euphorique, ne sera pas anormalement ou dramatiquement troublée émotionnellement.	10. Elle peut accepter l'idée d'attendre, mais à la condition d'être vue rapidement.	10. En général, une urgence est élevée quand il y a proximité du passage à l'acte (dans les 48 prochaines heures).
	11. En général, la tentative de suicide n'est que reportée.	11. La personne a consommé de la drogue, de l'alcool ou des médicaments.

Source : (Gallagher, 1996a)

2.4 Que faire lorsque l'urgence suicidaire est faible ou moyenne?

L'intervention première auprès d'une personne suicidaire consiste à écouter sa souffrance, son désespoir, tout en lui démontrant notre intérêt et notre soutien. Cette intervention peut aussi bien être menée par un professionnel que par des sentinelles, des aidants naturels ou des membres de l'entourage de la personne suicidaire.

Dans le but d'être soutenus dans leurs démarches, les membres de l'entourage et les aidants naturels peuvent aller chercher de l'aide spécialisée. En fait, cette recherche d'aide professionnelle repose sur l'intensité et la gravité de la situation.

Face à une personne suicidaire, l'intervenant peut choisir d'intervenir directement et d'entreprendre un processus d'aide. Toutefois, si un intervenant ne se sent pas à l'aise devant une telle problématique, sa tâche peut se limiter à écouter la personne suicidaire, à lui signifier ses limites et son désir de l'accompagner vers une autre ressource qui saura l'aider davantage. Il faut cependant s'assurer que la personne soit entourée.

Donc, pour un intervenant, deux avenues sont possibles :

- Poursuivre soi-même l'intervention (vous trouverez quelques pistes d'intervention à suivre au point 2.4.1).
- Ne pas poursuivre l'intervention et suggérer à la personne de consulter une ressource spécialisée. Il est important, à ce moment, d'accompagner la personne vers cette ressource ou de s'assurer qu'elle reçoive des services (vous trouverez une liste de ces ressources à la page 15).

2.4.1 Quelques pistes d'intervention

1) *Désamorcer la situation de crise*

Avant toute chose, le but d'une intervention doit viser à désamorcer la crise en laissant la personne verbaliser sa souffrance. Il faut comprendre qu'une personne en crise est aux prises avec de nombreux problèmes et des émotions confuses. Il faut réussir à démêler ce qui se passe et cerner ce qui ne va pas au moment actuel, quitte à s'attarder aux autres difficultés une fois la crise diminuée. Pour cerner plus facilement la source actuelle de la souffrance, vous pouvez poser une question du genre : « Qu'est-ce qui te fait si mal? Qu'est-ce qui te blesse au point de vouloir mourir? ».

2) *Identifier le ou les événements déclencheurs*

Il est important de se centrer sur les difficultés actuelles de la personne (ex. : rejet, divorce, peine d'amour, échec, perte d'emploi, etc.) plutôt que de chercher à reconstruire le passé. Expliquer à la personne ce que vous percevez comme étant le problème le plus pressant et sur lequel il est possible de se concentrer.

3) *Faire verbaliser les inquiétudes, les émotions*

La personne a besoin d'être rassurée et encadrée face à la gamme d'émotions variées qu'elle éprouve. Il importe qu'elle se sente à l'aise d'en parler, quelle que soit la nature de ses émotions (colère, culpabilité, tristesse, etc.).

4) *Briser l'isolement social*

En partageant sa souffrance, la personne en besoin brise l'isolement dans lequel elle se retrouvait. Dans le but de poursuivre cette démarche, l'intervenant peut l'aider à identifier les membres de son entourage susceptibles de l'aider et de l'accompagner. Si les membres du réseau social de la personne ne sont pas en mesure d'apporter leur aide, il est d'autant plus important de référer la personne suicidaire aux ressources professionnelles.

Parallèlement, si les membres du réseau sont en mesure d'offrir leur appui, il faut les informer des services qui peuvent leur être offerts par divers organismes afin de les soutenir dans leur démarche d'aide. Ceci afin d'éviter que le réseau s'essouffle dans son action d'aide. Ainsi, la personne suicidaire se sentira davantage entourée et aidée.

5) *Évaluer et dresser un éventail de solutions possibles*

Avec l'aide de la personne, trouver ses stratégies habituelles de résolution de problèmes. Sinon, faire l'inventaire des solutions possibles adaptées au contexte.

6) *Trouver des solutions ou des moyens acceptables pour amorcer une résolution positive de la crise.*

Effectivement, il va de soi que les solutions ou les moyens qui seront envisagés doivent être acceptables et réalistes pour la personne en difficulté pour que la résolution de la crise se fasse de façon positive. Si la personne voit ces solutions comme inacceptables, elle ne les mettra pas en application et une résolution positive de la crise sera compromise.

7) *Établir une entente claire*

« Il faut établir une entente claire avec la personne quant aux démarches qu'elle entreprendra. Cette entente peut consister en une entente de non-suicide en précisant l'échéance. Il faut insister sur la disponibilité d'autres ressources et de leur utilisation. » (Gallagher, 1996b). Il faut également prévoir des numéros de téléphone d'urgence, les démarches à entreprendre et le prochain rendez-vous. (Attention aux ententes ou contrats de non-suicide qui peuvent donner un faux sentiment de sécurité).

L'entretien devrait être terminé lorsque vous croyez avoir fait le tour de la question, entrepris ce qu'il y avait à faire et lorsque la crise est désamorcée. Comme cette intervention a pour but de désamorcer la crise immédiate, il est important de ne pas s'éloigner de cette règle même si la personne insiste pour discuter de ses autres difficultés. Gardez en tête que vous avez établi une entente avec la personne et que cette entente doit être respectée. De plus, il faut s'assurer que les solutions trouvées se concrétisent afin de commencer à apaiser la souffrance de la personne.

8) Assurer un suivi à la crise

Un suivi à la crise est un élément essentiel puisqu'il consiste à s'assurer que les solutions qui ont été envisagées ont porté fruit et que la situation s'améliore. Si les solutions s'avèrent être inefficaces, il est encore possible d'en trouver d'autres. Il est important que la personne suicidaire continue de se sentir soutenue.

Liste des ressources à suggérer

Organismes	Nature de l'intervention	Téléphone et heure
CLSC de l'Estuaire	Accueil, évaluation, orientation, suivi et référence	724-7204, 8 h 30 à 19 h 30, lundi au vendredi
Centre de crise et de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent	Intervention téléphonique, accueil, évaluation, orientation, suivi et référence	724-2463, 24 heures/7 jours

2.5 Que faire lorsque l'urgence suicidaire est élevée?

TENTEZ DE CONVAINCRE LA PERSONNE QU'ELLE A BESOIN D'ÊTRE AIDÉE DANS L'IMMÉDIAT

- Incitez-la à utiliser les ressources.
- Expliquez-lui et démystifiez avec elle les services qui y sont décrits.
- Si vous sentez une résistance chez la personne à utiliser les services offerts, n'hésitez pas à vérifier avec elle ses craintes et ses souffrances.
- Insistez sur la confidentialité entourant tous les services offerts.
- Offrez-lui de faire les premiers contacts avec elle auprès de la ressource afin de mieux vérifier les disponibilités dans l'immédiat et prendre rendez-vous « Si tu veux, j'appelle X de l'organisme Y) ».
- Insistez pour que la personne se rende à l'urgence d'un centre hospitalier afin de consulter un médecin. Faites-en sorte qu'elle soit prise en charge par quelqu'un pour s'y rendre avant de la laisser.

Source : (Gallagher, 1996b)

SI LA PERSONNE ACCEPTE L'AIDE D'UNE RESSOURCE PROFESSIONNELLE

COMMUNIQUEZ AVEC UNE DES RESSOURCES SUIVANTES :

Organismes	Nature de l'intervention	Téléphone et heure
Centre de crise et de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent	Intervention téléphonique, accueil, évaluation, orientation, suivi et référence	724-2463, 24 heures/7 jours
CLSC de l'Estuaire	Accueil, évaluation, orientation, suivi et référence	724-7204, 8 h 30 à 19 h 30, lundi au vendredi
Urgence du CHRR	Intervention médicale urgente	724-8574, 24 heures/7 jours
911	Transport ambulancier	911, 24 heures/7 jours

* Accompagnez la personne vers la ressource contactée, et ceci, jusqu'à ce qu'elle ait été prise en charge par cette ressource.

SI LA PERSONNE REFUSE L'AIDE D'UNE RESSOURCE PROFESSIONNELLE

Dans le cas d'un adulte :

Communiquez immédiatement avec l'une ou l'autre des ressources suivantes (afin de déterminer avec un intervenant de crise les mesures à prendre dans l'immédiat) :

Organismes	Nature de l'intervention	Téléphone et heure
Centre de crise et de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent	Intervention téléphonique, accueil, évaluation, orientation, suivi et référence	724-2463, 24 heures/7 jours
Services policiers	Accompagnement et transport ambulancier	726-3311 (S.M. Rimouski), (S.Q) 310-4141 24 heures/7 jours
CLSC de l'Estuaire	Accueil, évaluation, orientation, suivi et référence	724-7204, 8 h 30 à 19 h 30, lundi au vendredi

Dans le cas des moins de 18 ans :

➤ Impliquer d'abord les parents.

- Si l'intervenant n'arrive pas à désamorcer la crise suicidaire et que tout indique que l'intention demeure élevée, l'intervenant doit tout mettre en œuvre afin d'empêcher le jeune de passer à l'acte. Les stratégies individuelles d'un intervenant compétent peuvent être nombreuses et efficaces. Cependant, si l'intention suicidaire persiste ou demeure inquiétante, il faudra aviser les parents, leur indiquer que la situation de leur enfant est préoccupante et que leur présence est déterminante.
- Si les parents ne veulent pas ou ne semblent pas pouvoir apporter le soutien nécessaire à l'enfant et que la crise suicidaire risque de compromettre le développement ou la sécurité du jeune, vous devez :
 - Faire appel à un autre intervenant et, ou
 - Signalez la situation à la Direction des centres jeunesse (DPJ)

Téléphone : 1-800-463-9009 ou (418) 723-1255 — 24 heures, 7 jours

Source : (Gallagher, 1996b)

QUE FAIRE SELON LE NIVEAU D'URGENCE IDENTIFIÉ

URGENCE FAIBLE	URGENCE MOYENNE	URGENCE ÉLEVÉE
Identifier le ou les événements qui ont déclenché l'apparition des idées suicidaires (rejet, divorce, peine d'amour, échec, perte d'emploi, etc.).	Désamorcer la situation de crise, en permettant à la personne de partager son désespoir.	Essayer de désamorcer la situation de crise, en permettant à la personne de partager son désespoir.
Faire verbaliser les inquiétudes, les émotions et les sentiments, à la suite de l'événement déclencheur.	Identifier le ou les événements qui ont déclenché l'apparition des idées suicidaires (rejet, divorce, peine d'amour, échec, perte d'emploi, etc.).	Convaincre la personne qu'elle a besoin d'aide dans l'immédiat.
Évaluer et dresser un éventail de solutions possibles.	Faire verbaliser les inquiétudes, les émotions et les sentiments, à la suite de l'événement déclencheur.	Expliquer à la personne les services qui sont disponibles, rappeler la confidentialité de ces services.
Raccrocher la personne aux activités qu'elle aimait avant que ça aille mal.	Briser l'isolement.	Offrir à la personne de faire les premiers contacts auprès de la ressource choisie.
Poursuivre soi-même l'intervention ou ne pas le faire et suggérer à la personne de consulter une ressource spécialisée.	Évaluer et dresser un éventail de solutions possibles.	S'assurer de la prise en charge avant de quitter.
Accompagner au besoin la personne vers cette ressource et s'assurer qu'elle reçoive des services.	Établir une entente claire qui stipule que la personne s'engage à entrer en contact avec vous ou avec la ressource professionnelle ciblée, si les idées suicidaires deviennent plus intenses.	Si la personne refuse, contacter un intervenant de crise pour convenir des mesures à prendre dans l'immédiat.
	À la toute fin de la rencontre, révéifier l'urgence suicidaire.	
	Prévoir une autre rencontre avec la personne dans les cinq prochains jours.	
	Explorer la pertinence de communiquer avec les parents, s'il s'agit d'un jeune.	
	S'assurer que l'environnement de la personne est sécuritaire.	

Chapitre 3 L'après-crise

3.1 Que faire lorsque la crise suicidaire de la personne est désamorcée?

Lorsqu'une crise suicidaire est désamorcée, il est important d'assurer un suivi à la crise. La personne ne doit pas être laissée à elle-même puisque celle-ci est encore vulnérable. Il est possible d'identifier certains indices qui peuvent nous laisser croire que la crise suicidaire est désamorcée. Entre autres, les idées suicidaires sont moins omniprésentes à la suite de l'entretien. De plus, la personne accepte de recevoir de l'aide et elle est prête à entreprendre des démarches dans l'immédiat.

Notons que ce suivi s'effectue généralement auprès d'une personne suicidaire en urgence faible ou moyenne.

Par conséquent, l'intervenant et le client rechercheront conjointement les services les plus appropriés pour les besoins de celle-ci. Ces services peuvent prendre la forme de :

- Thérapie individuelle, de groupe ou familiale
- Groupe de soutien ou d'entraide
- Visites régulières (hebdomadaires par exemple) avec un thérapeute.

Il appartient à l'intervenant de bien expliquer en quoi consistent ces services.

De plus, il est important que l'intervenant procure, dans la mesure où ce service est disponible, un numéro de téléphone d'urgence où le client pourra téléphoner en cas de besoin, et ce, en tout temps.

En résumé, à la suite d'une crise suicidaire, il est important de prendre en considération trois éléments afin d'assurer une continuité à l'intervention :

- 1- S'assurer qu'un organisme ait pris en charge, et non mis sur une liste d'attente, la personne suicidaire avant de fermer le dossier.
- 2- Faire un suivi, quelques semaines après, pour s'assurer que la personne suicidaire continue d'utiliser les services.

Services après crise

Organismes	Nature de l'intervention	Téléphone et heure
CLSC de l'Estuaire	Accueil, évaluation, orientation et suivi	724-7204, 8 h 30 à 19 h 30, lundi au vendredi
Centre de crise et de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent	Intervention téléphonique, accueil, évaluation, orientation et suivi	724-2463, 24 heures/7 jours

De plus, si l'intervenant est à même de constater que la personne éprouve des difficultés à d'autres niveaux de sa vie (souvent en lien avec la crise suicidaire), il est important de lui suggérer l'utilisation de ressources habilitées à l'aider. Par exemple, ces difficultés peuvent être de la violence conjugale, des problèmes d'alcool et ou de toxicomanie, de l'abus sexuel, la maladie mentale, etc.

Ressources pour les problématiques particulières

Organismes	Problématique	Téléphone et heure
La Débrouille	Violence conjugale	724-5067, 24 heures/7 jours
CTA-C	Violence conjugale	725-2822, 9 h à 17 h, lundi au vendredi
CALACS	Abus sexuels	725-4220, 9 h à 16 h 30, lundi au vendredi
SAT	Alcool-toxicomanies	722-7400, 8 h 30 à 16 h 30, lundi au vendredi
Arrimage Hommes	Alcool-toxicomanies (réhabilitation)	723-0441, 8 h à 16 h, lundi au vendredi
Arrimage Femmes	Alcool-toxicomanies (réhabilitation)	723-0443, 8 h 30 à 16 h 30, lundi au vendredi
Aux Trois Mâts	Alcool-toxicomanies (réinsertion)	725-2541, 13 h à 17 h, lundi au vendredi
Alcoolique Anonymes	Alcool (entraide)	723-6224, individuel
Drogue – Aide et référence	Toxicomanies	1-800-265-2626, 24 heures/7 jours
Jeu Aide et référence	Jeu compulsif	1-800-461-0140, 24 heures/7 jours
Maison des femmes	Problématique féminine	723-0333, 9 h à 17 h, lundi au vendredi
Association canadienne pour la santé mentale	Santé mentale	723-6416, 9 h à 17 h, lundi au vendredi
PLAIDD-BF	Santé mentale (défense des droits)	722-8758, 9 h à 17 h, lundi au vendredi
Regroupement des lesbiennes et gais	Orientation sexuelle	722-4012 (message)
Ligne Gai-Écoute	Orientation sexuelle	1-888-505-1010, 24 heures/7 jours
Tel-Jeunes	Détresse jeunes	1-800-263-2266, 24 heures/7 jours

3.2 Le travail avec la famille

Le travail avec la famille à la suite d'une crise suicidaire est en soi un aspect qu'il ne faut pas négliger, spécialement si la personne suicidaire entretient des liens étroits avec les membres de sa famille. Il faut être particulièrement attentif au contexte familial puisqu'il pourra y avoir plus d'une personne vulnérable au sein de la famille. En somme, il est possible que la personne suicidaire soit issue d'une famille vulnérable. Dans ce cas, plus d'un membre de la famille pourra bénéficier du soutien d'un intervenant.

L'intervenant doit prendre contact avec la famille en l'encourageant à participer activement à une recherche d'aide. Il doit expliquer en quoi consistera l'aide offerte et quels seront les objectifs de ces rencontres.

Ressources d'aide pour la famille

Organismes	Nature de l'intervention	Téléphone et heure
CLSC de l'Estuaire	Support	724-7204, 8 h 30 à 19 h 30, lundi au vendredi
La lueur de l'espoir	Écoute intervention, entraide	725-2544, 8 h 30 à 17 h, lundi au vendredi
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	Suivi, application de mesures	723-1255, 24 heures/7 jours

Chapitre 4

Intervention auprès de personnes endeuillées par le suicide

Le deuil est en soi un événement de vie perturbateur pour un individu, peu importe la nature du décès. Toutefois, on remarque des différences quant aux réactions qu'auront les personnes face à un deuil par suicide (Santé Canada, 1994). Il est possible d'observer des réactions telles que la culpabilisation (envers soi ou les autres), la recherche d'une explication, la honte, la colère (contre le suicidé, la vie, Dieu, etc.), et la présence d'idées suicidaires. Il est donc important pour un intervenant de bien comprendre quelles sont les réactions susceptibles d'émerger chez les endeuillés par suicide. La capacité qu'ont les personnes à réagir face à un deuil dépend de leur situation psychologique avant l'événement. Les personnes qui auront le plus de difficulté à assumer un deuil par suicide sont celles qui étaient les plus vulnérables avant le suicide. Séguin et al. (1999) ont identifié certains traits communs aux personnes les plus vulnérables : présence de pertes précoces, difficultés d'attachement, histoire de psychopathologie familiale ou personnelle, histoire d'abus ou de violence et accumulation d'adversités personnelles.

La réaction spécifique de la personne est déterminée par ses expériences antérieures, son tempérament et sa personnalité. Les étapes suivantes peuvent se retrouver chez les personnes endeuillées par suicide mais avec une acuité qui pourra varier selon les individus :

1) Choc, déni et recherche de sens

À la suite du choc de l'annonce du décès, plusieurs personnes refuseront d'accepter la perte ou plus particulièrement cette forme de décès. La recherche d'un coupable ou d'une cause s'inscrit également dans la recherche d'un sens au suicide.

2) Sentiment de culpabilité et d'auto-accusation

Un sentiment de culpabilité peut hanter les proches pour des mois, voire des années. Cette culpabilité peut amener la personne à se questionner sur sa relation avec le suicidé. Pour certaines personnes, le fait de revivre à nouveau des joies et à moins penser à la personne suicidée pourra générer une autre forme de culpabilité.

3) Honte et colère

Par crainte d'un jugement social, plusieurs personnes choisissent de ne pas parler du suicide d'un membre de leur famille. Ces personnes croient à tort qu'elles ont à assumer ce geste répréhensible socialement. Par ailleurs, plusieurs vivent une colère intense envers

la personne suicidée. Cette colère est camouflée et génère souvent une culpabilité supplémentaire pour la personne qui en est affectée.

4) Bris et distorsions dans la famille

L'arrivée d'un suicide dans une famille rompt l'équilibre entre ses membres au plan des liens, de la communication et des rôles. Un effort doit être consenti afin de restructurer l'unité familiale.

5) Rejet et stigmatisation

La communauté a souvent une perception négative des familles de personnes suicidées leur attribuant un fonctionnement anormal. Cette impression d'accusation génère une méfiance envers autrui et occasionne un stress psychologique supplémentaire aux proches du suicidé. Certains endeuillés croient que les personnes qui n'ont pas vécu ce drame ne peuvent les comprendre et provoquent ainsi eux-mêmes un rejet de l'aide d'autrui.

6) Reproduction du geste suicidaire

Plusieurs études ont démontré que les proches des personnes suicidées sont plus à risque de commettre un geste suicidaire. Certaines personnes sont cependant plus vulnérables que d'autres, tel qu'il est indiqué au début de ce chapitre.

7) Autres réactions chez les personnes endeuillées

Les forces et les faiblesses de chaque individu peuvent contribuer à déterminer les réactions à la suite du suicide d'un proche. Ces réactions sont variables et d'autres réactions peuvent surgir car bien que plusieurs réactions soient communes à tous, le deuil se vit de façon personnelle.

4.1 L'enfant endeuillé par le suicide

Même si la compréhension de la mort est encore limitée chez le jeune enfant, lorsqu'elle touche une personne de son milieu, il est très sensible aux réactions qui se manifestent autour de lui et ressent de l'insécurité. Ainsi, il faut aider les jeunes à vivre le processus de deuil le plus sainement possible et les sécuriser en réduisant les zones grises (réponse aux questions information).

Il faut savoir que pour la plupart des enfants de :

- moins de 5 ans, la mort est temporaire;
- 5 à 8 ans, la mort n'est pas universelle;
- 9 ans et plus, la mort est permanente et universelle.

La conception de la mort

L'irréversibilité (quelques fois dénommée : irrévocabilité ou finalité) est la compréhension qu'une fois mort, le corps physique ne peut revenir à la vie. Cette composante est séparée de la croyance en une vie spirituelle après la vie. Exemple : Peut-on revenir à la vie sur la terre après qu'on est mort ?

La finalité (ou cessation de fonction) est la compréhension que toute la vie qui définit les fonctions corporelles incluant les fonctions de métabolisme, les sentiments, les mouvements et la pensée cessent à la mort. Elle est divisée en trois notions :

- a) L'immobilité réfère au niveau d'activité. Exemple : Est-ce qu'on peut jouer après qu'on est mort?
- b) La non-fonctionnalité réfère à l'absence de fonctions corporelles autres que les sens. Exemple : Quand on est mort, est-ce qu'on peut grandir ou devenir plus vieux?
- c) Et l'insensibilité réfère à l'absence de fonctions mentales et sensorielles telles que la pensée, le rêve et les sentiments.
- d) Exemple : Est-ce qu'on peut voir, entendre après qu'on est mort? Quand on est mort, est-ce qu'on se sent : bien, triste, seul?

L'universalité (ou inévitabilité) est la compréhension que toute chose vivante incluant soi-même éventuellement mourra. Cette composante implique la perception que la mort est universelle. Elle peut être divisée en deux aspects :

- a) Universalité de la mortalité. Exemple : Est-ce que tout l'univers meurt un jour?
- b) Mortalité personnelle. Exemple : Toi, est-ce que tu vas mourir un jour?

L'imprévisibilité est la compréhension que le moment de la mort n'est pas prévisible, qu'il est en quelque sorte fonction du hasard.

Exemple : Comment est-ce qu'on peut savoir quand on va mourir?

Réactions au deuil

L'enfant vit aussi le deuil.

Toutefois, il y a une différence au niveau de l'expression de la peine : manifestation indirecte à travers le jeu, le comportement, etc.

Que faire?

- 1) Si l'enfant pose des questions sur la nature du décès, s'il est en âge de comprendre, ou s'il doute, il ne faut pas lui cacher la vérité sur les circonstances entourant le décès afin qu'il évite de concevoir des idées fausses entourant le décès, ce qui pourrait le perturber davantage.
- 2) Expliquer la mort et le suicide avec des mots simples pour favoriser la compréhension.
- 3) Permettre à l'enfant de discuter du décès s'il en ressent le besoin. Cela afin qu'il puisse ventiler ses sentiments tels que la honte, la colère, le sentiment de responsabilité, l'abandon, l'inquiétude, etc. Le rassurer sur la normalité et la légitimité de tels sentiments.
- 4) Expliquer que la personne a choisi un mauvais moyen pour résoudre ses problèmes ou mettre fin à ses souffrances.
- 5) Mentionner que tous souffrent beaucoup de la perte de la personne mais qu'aucun n'est responsable de sa mort.

4.2 L'adolescent endeuillé par le suicide

Des similitudes existent entre la réaction des jeunes et celle des adultes lorsqu'ils sont confrontés au suicide d'un proche.

Réactions au deuil

L'adolescent réagit plus fortement que l'adulte à l'annonce du décès par suicide. Toutefois, l'adolescence étant une période critique où se forment l'estime de soi et l'identité, un décès par suicide peut grandement affecter le développement de l'adolescent et compromettre le processus de deuil.

L'adolescent peut vivre des sentiments de honte, d'extrême culpabilité et il peut remettre en question qui il est et ce en quoi il croit.

Que faire?

- Renforcer l'estime de soi des adolescents puisque la culpabilisation peut entraîner l'émergence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide.
- Demeurer à l'affût de signes physiques inhabituels, signes qu'il y a des difficultés à gérer le deuil : insomnie, perte d'appétit, fatigue, douleurs physiques généralisées. De plus, faire attention aux habitudes de consommation de drogues et ou d'alcool qui servent à «engourdir» la douleur.
- Souligner l'importance de favoriser l'expression des sentiments.

4.3 Les adultes endeuillés par le suicide

Il est possible qu'une personne vivant un deuil par suicide puisse réussir à vivre son deuil sans avoir recours à une aide professionnelle. Ceci dépendra de ses capacités d'adaptation, de sa personnalité, du soutien disponible dans son entourage, etc. Toutefois, pour un individu plus vulnérable, la recherche d'une aide professionnelle peut se présenter comme une des meilleures solutions mises à sa disposition.

Notons cependant que, selon les étapes du deuil déjà mentionnées, des réactions sont susceptibles d'émerger.

Ces réactions au deuil sont normales et il est important de rassurer l'endeuillé en ce sens. Toutefois, la douleur entraînée par le deuil par suicide étant difficile à assumer, un endeuillé peut désirer obtenir une aide extérieure pour mieux gérer son deuil.

4.4 Pistes d'intervention sur les actions à entreprendre dans l'immédiat auprès d'endeuillés

Lorsqu'un individu endeuillé par suicide se présente à nous, il est possible de suivre quelques pistes d'intervention dans l'immédiat afin de commencer à soulager la douleur. Entre autres, nous devons faciliter l'ouverture et l'échange avec la personne en faisant preuve de sympathie.

Il faut également renseigner la personne sur les ressources habilitées à intervenir dans de telles situations afin que celle-ci soit adéquatement soutenue durant son épreuve.

Ressources habilitées à intervenir auprès d'endeuillés par suicide

Organismes	Nature de l'intervention	Personnes-ressources	Téléphone et heure
Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent	• Interventions de groupe et individuelles (débriefing et intervention de crise) • Groupes d'endeuillés	• Couvre les MRC de : Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et Matane	724-2463, 24 heures/7 jours

4.5 Coordination de l'intervention psychosociale en situation post-suicide

Le suicide n'est pas un geste isolé et il provoque un effet important sur l'entourage de la personne décédée. Lorsque survient un suicide, celui-ci affecte directement ou indirectement plusieurs proches dispersés dans divers milieu de vie (ex. école, équipe sportive, milieu de travail). Cet événement devient rapidement connu et parfois médiatisé ce qui peut se traduire par un effet de crise collective. Face à ces situations potentielles, un comité de prévention dans la MRC Rimouski-Neigette a proposé et mis sur pied un modèle de coordination de l'intervention psychosociale afin de mieux planifier et coordonner les actions à être mises en place. Ce modèle de coordination touche les organismes suivants : CLSC, CHRR, Centre jeunesse, écoles et établissements scolaires, organisation de jeunes et organismes communautaires. Ce dispositif est activé, au besoin, par le Centre de crise lors d'événements particuliers nécessitant une intervention psychosociale concertée et coordonnée. Ce modèle de coordination de l'intervention psychosociale en situation post-suicide (postvention) dans la MRC Rimouski-Neigette se retrouve en annexe de ce guide.

Chapitre 5 Informations additionnelles

5.1 Informations sur les ateliers disponibles dans la région du Bas-Saint-Laurent

Organismes	Sujet de l'atelier	Personnes-ressources	Date et endroit
Centre de crise et de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent	Formation en intervention de crise suicidaire	Josée Lemieux	724-4337

5.2 Liste des numéros de téléphone utiles

Organismes	Nature de l'intervention	Personnes-ressources	Téléphone et heure

5.3 Liste de livres et de textes de références pratiques

[illegible]

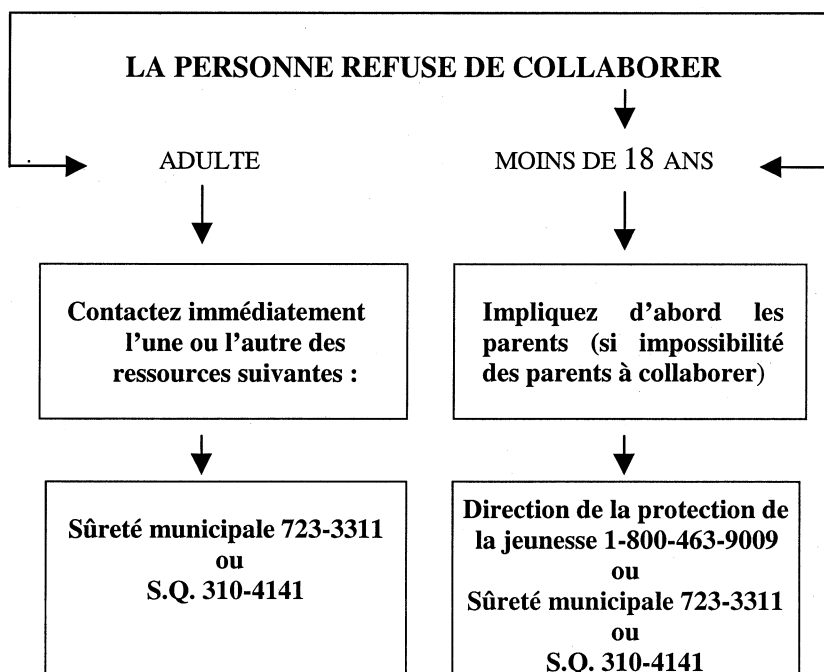
5.4 Liste des organismes et de personnes références (de façon spécifique)

[illegible]

PERSONNE EN CRISE SUICIDAIRE

↓
ÉVALUER LE DEGRÉ D'URGENCE

URGENCE FAIBLE OU MOYENNE	URGENCE ÉLEVÉE	TENTATIVE DE SUICIDE
Flash suicidaire Rumination sans menace de passage à l'acte dans les prochains jours	La planification du suicide est claire Proximité du passage à l'acte dans les prochaines 48 heures	La tentative est en cours Ou Menace de passage à l'acte sur le champ
Continuez votre intervention Ou Référez à l'une des ressources suivantes	Offrez une aide immédiate à la personne Accompagnez-la vers une ressource appropriée	Contactez dans les plus brefs délais l'un ou l'autre des services suivants
CLSC de l'Estuaire 724-7204 Centre de crise 724-2463	Centre de crise du BSL 724-2463	Sûreté municipale ou S.Q. (ambulanciers) 723-3311 ou 310-4141



Références bibliographiques

- AQS. (1996a). Le suicide : comprendre et intervenir [Document internet], Montréal, Association québécoise de suicidologie.
- AQS. (1996b). «Une stratégie provinciale en prévention du suicide», Association québécoise de suicidologie, 47 p.
- Bongar, B. (1992), Suicide : Guideliness for assesment, management and treatment, New York : Oxford University Press.
- Caglar, H. & al. (1991). Adolescence et suicide, Paris, ESF Éditeur.
- Gallagher, R. (1993). «Prévenir le suicide en Gaspésie et aux Iles-de-la-Madeleine Programme-cadre de prévention du suicide», DSC, Centre hospitalier Hôtel-Dieu-de-Gaspé, 68 p.
- Gallagher, R. (1996a). «Crise suicidaire, tentative de suicide et suicide... Quoi faire à l'école? Guide destiné aux membres de l'équipe d'intervention-suicide», Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine, Direction de la santé publique, 142 p.
- Gallagher, R. (1996b). «Le suicide ... Quoi faire? », Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine, Direction de la santé publique et Comité de travail en prévention du suicide de la MRC Pabok, 23 p.
- Leblanc, A. (1997). «Les décrocheurs du 3^e âge», Conférence prononcée lors de : Le suicide chez les aîné(e)s, Rimouski.
- Lesage, A. (1994).«Troubles mentaux et suicide», Santé mentale au Québec, 19 (2), p. 7-14.
- MSSS. (1998). «Stratégie québécoise d'action face au suicide S'entraider pour la vie», Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction de la santé publique, 94 p.
- Pronovost J. (1990). «Observation en milieu scolaire d'indices comportementaux avant-coureurs du suicide chez les adolescents», Psychologie médicale, 22, 385-388.
- Santé Canada (1994). «Le suicide au Canada : Mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada», Ottawa : Santé Canada.
- Séguin, M. (1991). Le suicide : comment prévenir, comment intervenir, Montréal : Éditions logiques.
- Séguin, M. (1997). «Les activités de counseling auprès des personnes endeuillées par suicide», Vis-À-Vie, 7(2), p. 6-8.

MODÈLE DE COORDINATION
DE L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE
EN SITUATION POST-SUICIDE
(POSTVENTION)
MRC RIMOUSKI-NEIGETTE

SOUS-COMITÉ STRATÉGIE D'ACTION
FACE AU SUICIDE, MRC RIMOUSKI-NEIGETTE
(Version adaptée pour toute clientèle)
JANVIER 2001

1. NÉCESSITÉ DE COORDINATION

- ⇒ Un suicide comporte toujours une dimension dramatique qui amène nécessairement un besoin d'aide dont on ne connaît pas toujours l'intensité au départ et la diversité des services à fournir.
- ⇒ Lorsque survient un suicide qui affecte directement ou indirectement plusieurs individus en provenance de plusieurs milieux de vie (ex. : école, club sportif, milieu de travail, il y a de fortes probabilités que l'événement tragique devienne rapidement connu, médiatisé et par conséquent, que soit accentué le caractère de crise « collective », commandant d'autant plus la nécessité d'une coordination immédiate des ressources requises et d'un plan de communication adapté en vue d'une intervention rapide, efficace et appropriée.
- ⇒ Jusqu'à maintenant, on a connu de ces situations de suicide qui nous ont confrontés au manque de coordination entre les ressources d'interventions psychosociales. Cette absence de coordination entraîne nécessairement chez les intervenants de ces ressources des malaises importants (sentiment de ne pas avoir intervenu à temps ou de la bonne façon, pas savoir qui fait quoi auprès de qui, d'être intervenu en duplication...) et fait en sorte que les services ne sont peut-être pas rendus aussi bien qu'on l'aurait souhaité.
- ⇒ Une intervention rapide, efficace et appropriée en postvention est capitale pour :
 - Réduire les conséquences négatives
 - Prévenir les effets d'entraînement
 - Favoriser le retour à l'équilibre
 - Renforcer les facteurs de protection

2. MODÈLE DE COORDINATION

Le Centre de Crise (C.P.S. et intervention de crise) assume la coordination des interventions requises en postvention selon les besoins et le partage possible de responsabilités avec d'autres établissements (ex. : CLSC) et les milieux touchés par l'événement.

La postvention désigne ici l'ensemble des activités de soutien et des interventions thérapeutiques devant être mises en marche dès que l'événement est communiqué au Centre de Crise, soit par les policiers, l'Urgence ou le coroner.

Le Centre de Crise, qui devient le Centre de Coordination, a la responsabilité et l'autorité de déclencher le plan de coordination de la postvention en établissant et en maintenant, avec les organismes concernés et avec les milieux impliqués, un lien formel de collaboration et de communication afin d'être en mesure d'offrir le support nécessaire à l'ensemble des personnes touchées, de réajuster, au besoin, les mesures d'aide et d'évaluer adéquatement à la fin du processus ce qui a été fait.

Le Centre de Crise pourra procéder à partir d'un « comité de coordination » (une sorte de modèle de cellule de crise) composé d'une répondante ou d'un répondant du C.P.S., du C.L.S.C., du milieu directement touché et, au besoin, d'un autre répondant d'une ressource appropriée.

Cette cellule voit à interpellier les établissements devant immédiatement intervenir et à offrir les services aux milieux directement touchés par l'événement ou à soutenir les ressources en place dans ces milieux (via leur propre plan d'urgence). Les établissements ou organisation interviennent à partir des mandats qui leur sont reconnus et selon leurs services en place.

Il y aurait ici pertinence de rappeler succinctement ces mandats et services des principaux établissements en cause afin que soient assurées tant la coordination que l'efficacité, la rapidité et « l'adéquacité » souhaitées.

RAPPEL DES MANDATS RESPECTIFS DANS UN CONTEXTE DE SUICIDE
--

Policier :	- Aviser le coroner. - Informer les personnes sur place des services de soutien immédiat.
Coroner :	- Aviser le Centre de Crise du suicide survenu. - Informer les proches des services de postvention (soutien et interventions thérapeutiques)
C.H.R.R. :	- Services d'urgence : Aviser les proches des services offerts par le Centre de Crise. - Services spécialisés : Évaluation et traitements (Ex. : S.P.I.J.)
Centre de Crise : (CPS et int. Crise)	- Porte d'entrée des services de postvention. - Centre de coordination et de supervision. - Services directs aux personnes ou aux milieux. - Soutien aux ressources.
C.L.S.C. :	- Avoir préalablement identifié les personnes de référence - Faire partie de la cellule de crise. - Accueillir les demandes et évaluer les besoins. - Mettre en place le Service d'aide psychosociale. - Assurer l'intervention de crise en face en face.
ÉCOLE :	- Établir la communication avec les partenaires, dont le Centre de Crise. - Faire partie de la cellule de crise. - Concerner ses activités (son plan d'urgence) au modèle de coordination auprès des jeunes.
CENTRE JEUNESSE :	- Jeunes déjà sous sa responsabilité : faire partie de la cellule de crise. - Jeunes à risque (sécurité) : être disponible au besoin.
ORGANISATIONS DE JEUNES :	- Évaluer et faire connaître les besoins de leurs jeunes et de leur personnel. (Ex. : Centre de loisirs, club sportif ...) - Maintenir la communication avec la ressource utilisée.
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES :	- Répondre aux demandes d'aide et collaborer avec les partenaires.

À partir de ces précisions, le modèle de coordination souhaité s'illustre comme suit :

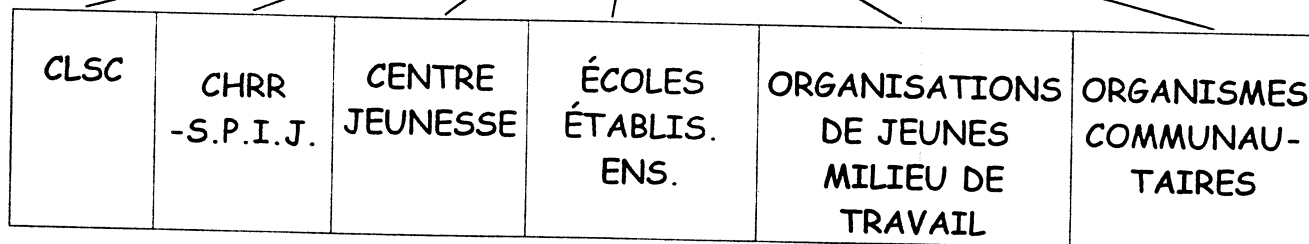
MODÈLE DE CELLULE DE CRISE

**POLICIERS
URGENCE (Centre hospitalier)
CORONER**

CENTRE DE CRISE : (CPS et Int. de Crise)

DÉMARCHE :

- Reçoit et évalue la situation.
- Décide de convoquer la cellule de crise (3-4 répondants).
- Enclenche le plan de postvention.
- Achemine les demandes aux ressources devant intervenir immédiatement et transmet les informations essentielles.
- Sur retour d'information ⇒ Réévalue la situation, réajustements au besoin, ou ajout de mesures.
- Le cas échéant, achemine les demandes supplémentaires et transmet les informations nécessaires.
- Coordonne l'ensemble des activités, y compris les activités médiatiques et au besoin, supervise des interventions.
- Assure le support aux milieux impliqués ou touchés.



3. CONDITIONS DE RÉALISATION

- 1) Que le modèle de coordination soit connu et respecté par tous les partenaires.
- 2) Que ce modèle soit présenté aux différents milieux concernés.
- 3) Qu'il faut éviter de dédoubler les interventions et surtout éviter d'échapper des besoins d'aide. Même si une situation de suicide n'est pas largement médiatisée, la nécessité d'interventions bien coordonnées peut s'avérer tout aussi essentielle.
- 4) Se rappeler que plus une situation de suicide prend de l'ampleur, plus la rigueur s'impose.
- 5) S'assurer que la ou les personnes touchées se sentent respectées dans leurs démarches et demandes, et orientées vers le service approprié et souhaité.
- 6) Que chaque établissement possède un plan de communication et désigne un répondant qui agit en concertation avec le comité de coordination (Ex. : les intervenants psycho-sociaux à l'accueil au CHSC).