

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

École de réadaptation

Logique d'action pour une intervention immédiate
suite à la découverte du suicide d'un proche

par

Jonathan Fournier

Essai synthèse présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé

En vue de l'obtention du grade de

Maître en pratique de la réadaptation (M. Réad.)

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Juin 2012

© Jonathan Fournier, 2012

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

École de réadaptation

Logique d'action pour une intervention immédiate
suite à la découverte du suicide d'un proche

Jonathan Fournier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

_____ Professeure responsable du cours RÉA 106
(Marie-José Durand)

_____ Mentor de l'étudiant pour ce projet
(Sylvie Corbeil)

Essai synthèse accepté le _____

RÉSUMÉ

PROBLÉMATIQUE

Les premiers mandats d'intervention confiés à l'équipe de l'Urgence Psychosociale-Justice (UPS-J) visaient la déjudiciarisation des gens ayant un problème de santé mentale et à estimer la dangerosité en lien avec l'état mental dans le cadre de la loi P.38.001. Au printemps 2007, une nouvelle offre de service s'ajoute, soit celle d'apporter du soutien immédiat aux personnes nouvellement endeuillés, notamment auprès de ceux qui viennent de découvrir le suicide d'un proche. Les professionnels de l'UPS-J ont alors bénéficié de quelques heures de formation à ce sujet, ainsi qu'une supervision clinique les années subséquentes. Toutefois, plusieurs d'entre eux manifestent vivre de l'anxiété et une insécurité professionnelle lorsque survient ce type d'intervention. Plusieurs ont le sentiment d'être peu outillés et plusieurs partagent une impression d'absence de cadre de référence sur les objectifs de cette intervention. Il n'y a pas de balises ni de paramètres officiels à cette intervention, ce qui fait en sorte qu'il peut y avoir peu d'uniformité dans l'application de ce mandat.

RECENSION DES ÉCRITS

Découvrir le suicide d'un proche constitue une expérience extraordinaire. Cette situation représente une crise pour l'individu que la littérature qualifie comme étant situationnelle, accidentelle par son aspect généralement non-prévu et psychotraumatisante. La personne, dite survivante au suicide, se retrouve dans un état de choc, soit dans une phase de surprise/stupeur ou dans une phase de déni de la situation. Ce survivant aura à vivre un processus de deuil par suicide. Ce type de deuil comporte certaines particularités : il peut être traumatique en raison de la violence de l'acte et de son aspect morbide, il peut débiter par la présence d'un état de stress aigu et il peut comporter un risque de contagion. Peu de services ont été développés ou sont offerts, au moment du choc, à cette clientèle fraîchement endeuillée. La littérature recommande une postvention active, soit de dispenser des services immédiats au survivant après qu'il ait fait la découverte. Un service se qualifie de la sorte à l'international, il s'agit de LOSS Team, en Louisiane. Ce service vise à supporter le survivant dans l'entrée de son deuil et à lui transmettre un message d'espoir pour le futur. Au Québec, un guide pratique a été conçu, en Chaudière-Appalaches, pour intervenir dès la phase choc à la suite d'un suicide. Ce document s'adresse aux intervenants en CLSC qui effectueront le suivi de l'endeuillé après la période de crise.

OBJECTIFS

Le développement d'un cadre explicite à cette postvention a été convenu pour apporter une réponse à la situation problématique à l'UPS-J. Cela dit, l'objectif général de cette démarche consiste à élaborer un modèle logique pour les interventions de crise de type deuil par suicide à l'UPS-J. Pour ce faire, cinq objectifs spécifiques viennent soutenir

l'innovation décrite à la phrase précédente. Il s'agit de conceptualiser les réactions traumatiques du choc chez la personne qui découvre le suicide, d'identifier les meilleures pratiques issues de la littérature pour la postvention active, de bonifier les propositions théoriques par l'expérience clinique, de donner une crédibilité scientifique au modèle en le validant auprès de deux experts dans le domaine du deuil et finalement d'évaluer la faisabilité d'implanter le modèle logique élaboré dans le fonctionnement de l'UPS-J.

DÉMARCHE UTILISÉE

Pour accorder une valeur scientifique au résultat, soit au modèle logique, une technique de triangulation a été retenue pour effectuer la collecte de données. Pour ce faire, trois sources d'information ont été considérées : la littérature, l'expérience clinique et l'expertise dans le domaine du deuil. D'une part, des articles et des livres ont permis de ressortir des dimensions nécessaires pour construire l'ébauche du modèle logique. Par la suite, deux focus-groupes ont eu lieu pour recueillir les idées et les suggestions des intervenants de l'UPS-J. Ensuite, pour compléter les données issues de l'expérience clinique, une entrevue a été réalisée à Suicide Action Montréal. Et finalement, pour compléter la collecte de données, une rencontre a eu lieu avec deux expertes dans le domaine du deuil, soit Sylvie Corbeil et Monique Séguin. Ces dernières personnes ont adressé leurs recommandations et ont validé le produit final. Tout au long de la démarche, une analyse qualitative et de contenu a permis de ressortir les dimensions à intégrer au modèle logique.

Un retour a été fait auprès de l'ensemble des intervenants de l'équipe UPS-J. Le modèle logique final leur a été présenté et ceux-ci devaient répondre par la suite à un questionnaire sur la faisabilité d'implanter cet outil dans leur pratique. Une analyse quantitative et qualitative de ses résultats a été faite pour y ressortir les résultats.

RÉSULTATS OBTENUS

Le modèle logique peut se résumer sur une seule page par la schématisation du but ultime, de ses objectifs spécifiques, des indicateurs associé à chacun des objectifs, de l'outil qui mesurera chacun des indicateurs ainsi que les activités proposées pour mettre en action l'intervention. Le but ultime consiste à mettre en place des conditions qui favoriseront que le survivant par suicide trouve un point d'équilibre suffisant pour lui permettre de débiter son processus de deuil. Les cinq objectifs spécifiques sont les suivants : assurer la sécurité du survivant au moment de l'intervention UPS-J, réduire son risque d'apparition de réactions post-traumatiques, favoriser l'intégration identitaire qu'il sera désormais un endeuillé par suicide, favoriser la mise en place d'une attitude reconfortante chez ses aidants naturels et finalement de favoriser un recours à un suivi court-moyen terme auprès d'un réseau supportant. Un guide explicatif est développé pour reprendre l'ensemble des idées et des éléments contenus dans le modèle logique.

Les résultats obtenus dans l'étude sur la faisabilité démontrent une plus grande présence de facilitateurs que de barrières à l'implantation du modèle. Cela dit, le modèle logique répond à un besoin professionnel, il se trouve à être compatible avec la réalité du terrain et il est considéré peu complexe à comprendre et à utiliser. Aussi, tous les intervenants y perçoivent des gains à son utilisation même si certains risques ont été relevés à son utilisation éventuelle (automatisme dans les actions, tendance à déplacer l'urgence vers un niveau thérapeutique et résistance chez certaines personnes). Malgré tout, il importe de mentionner que tous s'affichent prêts à collaborer dans l'intégration du modèle dans leur pratique professionnelle.

DISCUSSION

Il faut comprendre que le modèle logique élaboré constitue un modèle d'intervention « dans le meilleur des mondes ». Plusieurs situations, dans le moment de la crise, pourraient faire en sorte que certains objectifs ne puissent être traités ou que certaines activités ne soient pas suggérées selon le contexte. Cette logique d'action se veut malléable et maintient un message selon lequel les professionnels doivent recourir à leur jugement clinique pour apprécier la situation qu'ils rencontreront. La présence des intervenants demeure essentielle pour permettre un début du traitement traumatique de la situation, une expression des émotions et une prévention d'une contagion. Il s'agit essentiellement d'effectuer une intervention de crise en considérant l'interface particulière du deuil par suicide. Le modèle logique se veut un complément à la littérature, notamment au guide élaboré en Chaudière-Appalaches. Quant à l'UPS-J, les apports sont multiples : une meilleure structure à l'intervention, une uniformisation des pratiques, un guide pour les nouveaux employés et les stagiaires, un partage d'un vocabulaire désormais commun, etc. Les limites des résultats se situent au niveau des cliniciens. À cet effet, ceux-ci rencontrent un défi de taille, soit d'être en mesure de gérer un contre-transfert probable lors de leur entrevue (travail habituel se situant sur la prévention du suicide). À noter que ceux-ci nécessiteront du soutien post-intervention. D'éventuelles recherches seront intéressantes : une comparaison entre des endeuillés ayant bénéficié de la postvention active de l'UPS-J avec des endeuillés non rejoint par l'UPS-J pour évaluer les effets de l'intervention, ainsi qu'une étude qualitative du vécu des aidants naturels dans le processus de deuil du survivant (pour cerner leurs besoins spécifiques).

CONCLUSION

Il est nécessaire de développer une logique d'action pour tous services, cela procure une structure à l'intervention. Un souhait est formulé à l'effet que les professionnels de l'UPS-J puissent bénéficier de différentes formes de support institutionnel pour favoriser l'implantation du modèle logique dans leur pratique.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
LISTE DES TABLEAUX ET DE LA FIGURE.....	7
LISTE DES ANNEXES.....	8
INTRODUCTION.....	11
DESCRIPTION DU CONTEXTE OÙ SE SITUE L'INNOVATION	13
1. CONTEXTE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE	13
2. PROBLÉMATIQUE RENCONTRÉE	14
RECENSION DES ÉCRITS SUR LA PROBLÉMATIQUE	17
1. CONCEPTUALISATION DE LA CRISE INDUITE PAR LA DÉCOUVERTE D'UN SUICIDE .17	
2. SPÉCIFICITÉS ET PARTICULARITÉS DU DEUIL PAR SUICIDE.....	20
3. SERVICES DE CRISE EXISTANTS À LA SUITE D'UN SUICIDE COMPLÉTÉ	22
LES OBJECTIFS VISÉS PAR L'INNOVATION	25
DÉMARCHE UTILISÉE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'INNOVATION....	27
1. ÉLABORATION DU MODÈLE LOGIQUE INITIAL, ISSU DE LA LITTÉRATURE	28
1.1 Recension d'une lecture et choix des dimensions à traiter dans le modèle logique.....	28
2. BONIFICATION DU MODÈLE THÉORIQUE PAR L'EXPÉRIENCE CLINIQUE	28
2.1 Apport de l'Urgence Psychosociale-Justice.....	29
2.2 Apport de Suicide Action Montréal	30
3. VALIDATION DU MODÈLE LOGIQUE THÉORIQUE ET CLINIQUE AUPRÈS DE DEUX EXPERTES DANS LE DOMAINE DU DEUIL	30
3.1 Validation par Sylvie Corbeil	31
3.2 Validation par Monique Séguin	31
4. ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ D'IMPLANTER LE MODÈLE LOGIQUE DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE À L'UPS-J	31
LES RÉSULTATS OBTENUS	33
1. EXPLICITATION DU MODÈLE LOGIQUE (COMPLÉMENT À L'ANNEXE 7).....	33
1.1 Énonciation du but ultime du modèle	33

1.2 Cinq objectifs spécifiques au modèle logique.....	33
1.2.1 Assurer la sécurité globale de l'endeuillé au moment de l'intervention UPS-J	33
1.2.1.1 Trois indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure	34
1.2.1.2 Activités retenues pour l'objectif sur la sécurité globale.....	35
1.2.2 Réduire le risque éventuel d'apparition de réactions post-traumatiques	37
1.2.2.1 Trois indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure	38
1.2.2.2 Activités retenues pour l'objectif sur la prévention d'un stress post-traumatique.....	39
1.2.3 Favoriser l'idée d'intégrer le suicide dans l'identité de l'endeuillé	42
1.2.3.1 Deux indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure	42
1.2.3.2 Activités retenues pour l'objectif sur l'intégration identitaire du deuil par suicide.....	43
1.2.4 Favoriser la mise en place d'une attitude réconfortante chez les aidants naturels	44
1.2.4.1 Trois indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure	45
1.2.4.2 Activités retenues pour l'objectif sur le réseau social de l'endeuillé	46
1.2.5 Favoriser le recours à un suivi court-moyen terme auprès d'un réseau supportant.....	47
1.2.5.1 Deux indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure.....	48
1.2.5.2 Activités retenues pour l'objectif sur le réseau supportant post-crise	49
2. ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ D'IMPLANTER LE MODÈLE LOGIQUE DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DE L'UPS-J.....	50
2.1 Les barrières à la faisabilité d'implanter le modèle logique	50
2.2 Les facilitateurs à la faisabilité d'implanter le modèle logique	51
2.3 Les formes de support institutionnel demandées par les professionnels	53
DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS DE L'INNOVATION.....	55
1. RETOUR SUR LE MODÈLE LOGIQUE	55
2. RETOUR SUR LA LITTÉRATURE.....	56
3. LES APPORT DU MODÈLE LOGIQUE ÉLABORÉ	57
4. LES LIMITES DU MODÈLE LOGIQUE ÉLABORÉ.....	59
5. LES PROCHAINES ÉTAPES	60
5.1 Au niveau de l'implantation à l'UPS-J	60
5.2 Au niveau d'éventuelles recherches.....	61
CONCLUSION	63
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	65

LISTE DES TABLEAUX ET DE LA FIGURE

Tableaux

TABLEAU 1 : NOMBRE ET TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC ET À MONTRÉAL.....	16
TABLEAU 2 : RÉSUMÉ D'UNE TYPOLOGIE POUR DÉCRIRE LES DIFFÉRENTES CRISES.....	18
TABLEAU 3 : SITUATIONS INSATISFAISANTES CHEZ LES CLINIENS DE L'UPS-J DANS LE CADRE DE LEUR INTERVENTION AUPRÈS DES ENDEUILLÉS PAR SUICIDE.....	52
TABLEAU 4 : GAINS IDENTIFIÉS PAR LES CLINIENS DE L'UPS-J À L'IMPLANTATION DU MODÈLE LOGIQUE DANS LEUR PRATIQUE PROFESSIONNELLE	52
TABLEAU 5 : FORMES DE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DEMANDÉES PAR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE UPS-J POUR L'IMPLANTATION DU MODÈLE LOGIQUE DANS LEUR PRATIQUE.....	54
TABLEAU 6 : DÉFINITION DES 8 DIMENSIONS DE LA FAISABILITÉ	85
TABLEAU 7 : DÉFINITIONS DES RÉACTIONS TRAUMATIQUES IMMÉDIATES.....	90
TABLEAU 8 : DÉFINITIONS DES 10 PRINCIPAUX MÉCANISMES DE DÉFENSE.....	92

Figure

FIGURE 1 : VISUALISATION DES PROPORTIONS DES BARRIÈRES ET DES FACILITATEURS À LA FAISABILITÉ D'IMPLANTER LE MODÈLE LOGIQUE À L'UPS-J	53
--	----

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : VERBATIM DES RÉPONSES DONNÉES PAR SIX PROFESSIONNELS DE L'UPS-J (SONDAGE INITIAL SUR LEURS BESOINS)	69
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE POUR DÉCRIRE L'ÉCHANTILLON DES PARTICIPANTS AU FOCUS-GROUPE DE L'UPS-J (25 JANVIER 2012)	73
ANNEXE 3 : MODÈLE LOGIQUE INITIAL, ISSU DE LA LITTÉRATURE ET PRÉSENTÉ À L'UPS-J LE 25 JANVIER 2012	74
ANNEXE 4 : MODÈLE LOGIQUE BONIFIÉ PAR L'EXPÉRIENCE CLINIQUE DE L'UPS-J, PRÉSENTÉ À SAM LE 8 FÉVRIER 2012	76
ANNEXE 5 : MODÈLE LOGIQUE BONIFIÉ PAR L'EXPÉRIENCE CLINIQUE DE SAM, PRÉSENTÉ À SYLVIE CORBEIL LE 5 MARS 2012	78
ANNEXE 6 : MODÈLE LOGIQUE BONIFIÉ ET VALIDÉ PAR SYLVIE CORBEIL, PRÉSENTÉ À MONIQUE SÉGUIN LE 21 MARS 2012	80
ANNEXE 7 : MODÈLE LOGIQUE FINAL ISSU DE LA LITTÉRATURE, BONIFIÉ PAR L'EXPÉRIENCE CLINIQUE DE L'UPS-J ET SAM, VALIDÉ PAR SYLVIE CORBEIL ET MONIQUE SÉGUIN	82
ANNEXE 8 : 4 QUESTIONS INITIALES ADRESSÉES AUX PROFESSIONNELS DE SAM POUR DÉBUTER LA CUEILLETTE DE DONNÉES	84
ANNEXE 9 : HUIT DIMENSIONS À CONSIDÉRER POUR ÉTUDIER LA FAISABILITÉ.....	85
ANNEXE 10 : SONDAGE SUR LA FAISABILITÉ D'IMPLANTER LE MODÈLE LOGIQUE À L'UPS-J.....	87
ANNEXE 11 : CONCEPTUALISATION DES RÉACTIONS TRAUMATIQUES IMMÉDIATES	90
ANNEXE 12 : DÉFINITION DES PRINCIPAUX MÉCANISMES DE DÉFENSE	92

INTRODUCTION

Un intervenant à l'Urgence Psychosociale-Justice (UPS-J) reçoit un appel d'un policier et celui-ci lui demande une intervention immédiate pour une dame qui vient de découvrir le décès de son conjoint. Celui-ci s'est pendu au sous-sol de leur maison. Il est évident que la dame est en souffrance, l'intervenant l'entend sangloter derrière le policier. Elle pleure et hurle, elle est en crise. Le policier signale que les enfants du couple arriveront de l'école dans l'heure qui suit. Il signale clairement à l'intervenant que ce n'est pas son rôle de gérer l'ensemble de la famille. Après tout, le défunt était diagnostiqué dépressif et il était connu pour un trouble d'alcoolisme...

Tous peuvent concevoir que les personnes qui font la découverte du suicide d'un proche vivent une expérience hautement pénible et qu'elles peuvent nécessiter une aide professionnelle. Ces situations font l'objet d'un mandat d'intervention à l'UPS-J, au CLSC des Faubourgs. Face à cette offre de service, plusieurs intervenants de cette équipe reconnaissent se sentir anxieux et peu outillés lorsqu'ils effectuent une sortie-terrain dans ce contexte particulier. D'ailleurs, depuis l'avènement de ce mandat en 2007, aucun modèle d'intervention explicite n'a été élaboré. À cet effet, il semblerait possible de croire que l'élaboration d'un modèle permettrait à ces intervenants d'acquérir un sentiment de sécurité professionnelle. Le fait d'avoir une directivité ou un cadre clair dans l'intervention, par l'explicitation des objectifs à traiter, pourrait apporter une plus grande confiance chez les cliniciens. Il s'agit de l'hypothèse de travail qui a guidé la mise en action d'une innovation, dans le cadre de cet essai synthèse. Cela dit, la démarche a permis d'élaborer un modèle logique de l'intervention de crise de type deuil par suicide. Pour ce faire, il y a eu un croisement de données issues de la littérature scientifique, de la pratique clinique de l'UPS-J et de l'expérience de la réadaptation du deuil par suicide chez Suicide Action Montréal (SAM). De plus, le modèle logique développé a été validé par deux expertes dans le domaine du deuil et du suicide; Sylvie Corbeil et Monique Séguin. Et finalement, pour évaluer la faisabilité d'implanter ce modèle logique à l'UPS-J, un retour a été fait auprès des intervenants de cette équipe.

Ce document relate la démarche poursuivie dans la dernière année et explicite l'outil innovateur dans un guide descriptif et explicatif. Après tout, l'objet du travail se veut l'optimisation de la pratique clinique à l'UPS-J pour dispenser des services de qualité auprès de la dame présentée plus haut. Et, bien sûr, de faire en sorte que les professionnels se sentent plus confiants dans leurs tâches complexes et parfois fortement ébranlantes.

DESCRIPTION DU CONTEXTE OÙ SE SITUE L'INNOVATION

1. CONTEXTE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

C'est au sein du Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) Jeanne-Mance que l'innovation conduite dans cet essai prendra naissance. D'une part, pour bien connaître ce CSSS, il faut savoir qu'il y a différents points de service dans son organisation, à savoir trois centres locaux de services communautaires (CLSC), sept centres d'hébergement et un groupe de médecine familiale. Essentiellement, le territoire desservi couvre les quartiers montréalais suivants : Ville-Marie, Plateau Mont-Royal, Saint-Louis et Mile End. La mission institutionnelle porte essentiellement sur la prestation de services adaptés aux besoins de la clientèle en égard à leurs problèmes de santé et/ou à leurs problèmes sociaux, en lien avec l'application de la *loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS). Évidemment, le mandat se précise pour chacun des intervenants selon la fonction occupée et la clientèle rejointe par leur service. Plus précisément, la situation professionnelle visée, dans cette démarche, concerne les intervenants de l'Urgence Psychosociale-Justice (UPS-J), au CLSC des Faubourgs, dans la direction des services spécifiques du CSSS Jeanne-Mance. La pratique de l'intervention sociale à l'UPS-J diffère du cadre émis par la mission générale du CSSS Jeanne-Mance. Cela dit, bien que certains des actes professionnels des intervenants peuvent être régis en vertu de la LSSSS, il demeure que la majorité des services dispensés s'opèreront sous la loi, dite d'exception, P.38.001 (*loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*). L'UPS-J est un service d'aide en situation de crise désigné par l'Agence des services de la santé et des services sociaux de Montréal. Par conséquent, son territoire desservi est l'ensemble de l'île de Montréal.

L'UPS-J est un service qui a célébré son quinzième anniversaire à l'automne 2011. À ses débuts, son mandat initial visait la déjudiciarisation des gens ayant commis un acte criminel en présence d'un état mental perturbé. Puis, en 2001, s'est ajouté un autre mandat, soit celui d'estimer la dangerosité en lien avec l'état mental d'un individu en crise. En vertu de la loi P.38.001, les professionnels de l'équipe ont alors reçu un pouvoir légitime de restreindre les droits fondamentaux d'un individu présentant un état mental

perturbé et une dangerosité grave et immédiat pour sa sécurité et/ou la sécurité d'autrui en le contraignant à un transport hospitalier pour y recevoir une évaluation psychiatrique. Au printemps 2007, la direction de l'UPS-J a annoncé aux membres de l'équipe un nouveau mandat d'intervention s'ajoutant aux précédents, soit celui d'offrir un service de soutien aux personnes venant de faire la découverte d'un décès de nature non-criminelle d'un proche. Cette nouvelle clientèle desservie par cette offre de service se constitue majoritairement d'endeuillés par suicide.

Les demandes d'aide à l'UPS-J proviennent d'intervenants communautaires et institutionnels pouvant attester d'un état de crise et/ou d'une perturbation de l'état mental chez la clientèle; à savoir les policiers, les ambulanciers, les inspecteurs en prévention d'incendie de la Ville de Montréal, les intervenants à la protection de la jeunesse, les employés des centres d'hébergement, etc. La réponse offerte par l'UPS-J est quasi immédiate, un délai d'une vingtaine de minutes est généralement demandé afin que le binôme puisse se rendre sur les lieux de la crise. À noter que l'intervention s'effectue toujours par deux professionnels de l'équipe afin de répondre adéquatement aux besoins parfois complexes de la clientèle desservie. On retrouve un peu plus d'une vingtaine d'intervenants à l'UPS-J issus de disciplines universitaires différentes: travail social, soins infirmiers cliniciens, psychoéducation, sexologie, psychologie et criminologie. La moitié des membres de l'équipe y pratiquent à temps complet, les autres figurent sur la liste de rappel pour du temps partiel.

2. PROBLÉMATIQUE RENCONTRÉE

D'une part, il importe de revenir à la période où il fût annoncé, en 2007, le nouveau mandat d'intervention de soutien auprès des personnes nouvellement endeuillées par un décès de nature non-criminelle. La déclaration de cette nouvelle fonction d'UPS-J, par le chef de programme, avait fait réagir, avec émotivité, les intervenants de l'équipe. Suite à cet événement, une analyse de leurs besoins avait alors été réalisée. Ainsi, les professionnels en fonction à ce moment ont pu bénéficier d'une formation de quelques heures sur le suicide et sur les différents types de deuil traumatique. Peu après, une

liaison, par la coordination, s'est opérée pour permettre aux professionnels de l'équipe de référer les endeuillés vers l'organisme Suicide Action-Montréal (SAM). De plus, les intervenants de l'UPS-J ont profité de séances de groupe à titre de supervision clinique sur le deuil. Cette dernière démarche a pris fin, au printemps 2011, puisque les membres de l'équipe estimaient qu'elle ne répondait plus à leurs besoins. Toutefois, la superviseure demeure disponible pour l'intervenant nécessitant une discussion ponctuelle suite à une expérience difficile lors d'une intervention de type deuil.

Malgré tout, plusieurs professionnels de l'UPS-J révèlent vivre de l'anxiété et de l'insécurité professionnelle lorsque survient une demande de service pour une intervention immédiate de soutien pour un deuil par suicide. Suite à de courtes interviews réalisées auprès d'intervenants de l'équipe en octobre 2011 (voir le verbatim en annexe 1), il y ressort essentiellement un sentiment d'être peu ou moyennement outillé pour ce genre d'intervention, une difficulté à savoir quoi faire et une impression d'absence de cadre de référence ou de standardisation d'une manière de fonctionner. À l'unanimité, les professionnels questionnés ont affirmé qu'un modèle d'intervention serait aidant pour permettre aux intervenants de mieux s'enligner sur des objectifs clairs, d'être moins dans leur senti pour savoir quoi faire et de se sentir plus sécurisés dans leurs actes professionnels. En effet, aucun modèle ou protocole d'intervention formel et explicite n'a été développé depuis 2007. Seul un professionnel a rédigé un document de deux pages pour les nouveaux employés. Cet outil-maison, basé sur son expérience clinique, propose quelques pistes d'intervention. Or, il demeure que les intervenants de l'UPS-J manquent de repères dans ces situations de crise de type deuil. Les balises et les paramètres de l'intervention sont peu définis, à l'exception de la référence vers SAM. Ainsi, ces interventions s'opèrent sans uniformité des objectifs et sans cohérence ou constance dans le service rendu, tout dépend des cliniciens qui feront l'intervention. Par exemple : certains professionnels suggèrent un adieu au corps, d'autres ne le font pas. Il faut comprendre que cette situation est fortement différente de celles concernant les interventions réalisées en vertu de la loi P.38.001 puisqu'un cahier de formation a été réalisé, en 2005, par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé

et de services sociaux de Montréal pour outiller les intervenants à l'estimation de la dangerosité en lien avec l'état mental.

Par conséquent, il semble nécessaire qu'un modèle d'intervention soit développé pour les interventions à l'UPS-J de type deuil par suicide. Cela apporterait un cadre explicite pour guider les actions des professionnels de l'équipe. De plus, il serait intéressant d'assurer une cohérence entre l'intervention de crise de l'UPS-J et l'intervention de réadaptation psychosociale pour le deuil par suicide. Et finalement, les nouveaux professionnels embauchés pourraient également bénéficier d'une structure pour ces interventions hautement anxiogènes en début de parcours à l'UPS-J.

À titre indicatif, il semble pertinent de préciser le nombre de suicide qui surviennent annuellement à Montréal (voir tableau 1). Évidemment, une personne doit faire la découverte du suicide afin que celui-ci puisse être recensé. Toutefois, cela ne signifie pas que chacun des suicides complétés entraîne une intervention de l'UPS-J pour la personne qui en fera la découverte, cela va dépendre si les premiers répondants (policiers et ambulanciers) jugent nécessaire et pertinent de faire appel à ce service.

Tableau 1
Nombre et taux de mortalité par suicide dans la province de Québec et à Montréal

	Année				
	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de suicide au Québec	1268	1191	1111	1122	1068
Nombre de suicide à Montréal (Mtl)	230	228	188	207	210
Proportion du nombre de suicide à Mtl sur le nombre total au Québec	18,14%	19,14%	16,92%	18,45%	19,66%

Tiré de Gouvernement du Québec (2011, p. 5).

De 2005 à 2009, à l'exception de 2007, la région administrative de Montréal a connu le plus grand nombre de suicides complétés au Québec. Cela représente donc un grand bassin possible d'interventions pour ce mandat spécifique de l'UPS-J. Et ce, même s'il est possible d'affirmer que Montréal demeure avec un des plus faibles taux de mortalité par suicide, par population de 100 000 personnes, au Québec (Gouvernement du Québec, 2011).

RECENSION DES ÉCRITS SUR LA PROBLÉMATIQUE

1. CONCEPTUALISATION DE LA CRISE INDUITE PAR LA DÉCOUVERTE D'UN SUICIDE

Découvrir le suicide d'un proche constitue une expérience extraordinaire et surprenante par son contexte généralement non attendu. Cette situation conduira la personne qui en fera la découverte dans un état de crise, soit dans une période de déséquilibre soudaine. Cela dit, pour débiter, il est pertinent de bien définir ce qu'est une crise. En fait, il s'agit d'un « stress induit par [un] événement [...] perçu comme une menace et d'une difficulté insurmontable qui dépasse les ressources d'adaptation de l'individu » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2006, p. 4). Caplan (1961, dans Séguin et al., 2006, p.18), quant à lui, définit la crise comme suit :

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

Donc, la crise est une réaction de l'individu face à un événement qui menacera son équilibre personnel, dite son homéostasie. La personne vit alors un inconfort, une détresse psychologique, une souffrance. Deux fondements sont à la base de la souffrance que l'individu peut ressentir : soit au niveau corporel, comme la maladie ou une blessure suite à un accident, soit au niveau relationnel, dans les rapports familiaux, conjugaux ou interpersonnels (Larose et Fondaire, 2007). Ainsi, la perte d'un être cher représente une souffrance relationnelle puisqu'il y a rupture du lien social. On parlera alors de deuil, notamment du deuil par suicide sur lequel nous reviendrons, éventuellement, dans ce travail, pour le définir et en cerner ses spécificités.

Plusieurs situations peuvent conduire une personne vers cet état de vulnérabilité et de déséquilibre. À cet effet, plusieurs typologies de la crise ont été développées. D'une part, il y a celle de Séguin et al. (2006) qui se base sur trois principes de base : chaque événement est perçu de manière différente par les gens concernés, ses impacts différeront

chez chacun des individus en égard à leur degré de vulnérabilité respectif et, finalement, chaque événement exige des interventions spécifiques. Le tableau suivant explicite leur typologie.

Tableau 2
Résumé d'une typologie pour décrire les différentes crises

Crises psychosociales	Présence d'une détresse provoquée par une situation problématique, interne ou externe, prévisible ou imprévisible, mais dont la nature demeure dans les frontières de la normalité, [comme, par exemple] les déménagements, les changements d'école, d'emploi.
Crises psychopathologiques	La personne a une vulnérabilité personnelle en égard à sa pathologie psychiatrique. Ainsi, le moindre événement stressant peut provoquer un état de désorganisation et propulser la personne en état de crise, s'expliquant par ses réactions d'escalade et par la nature des réponses inefficaces auxquelles elle a recours.
Crises psychotraumatiques	Il s'agit d'un événement subit, catapulté, arbitraire et violent et d'une sévérité sans précédent qui propulse la personne très rapidement dans un état de déséquilibre. L'événement est traumatique.

Tiré de Séguin et al. (2006, p.8-11).

De plus, une autre typologie de la crise peut être ressortie et celle-ci se divise en deux groupes : les situations accidentelles et les situations liées au développement de l'individu (Hobbs, 1984, dans Larose et Fondaire, 2007). Les accidents sont les événements impossibles à prévoir, qui peuvent survenir à tout moment, et qui vont fragiliser la personne. Il s'agit de catastrophes naturelles, d'une perte d'emploi, d'un deuil, de l'annonce d'une maladie, etc. Quant aux crises liées au développement de l'individu, elles proviennent des défis relatifs à la transition entre les stades développementaux de l'individu, à savoir par exemple l'approche de la retraite, le premier achat immobilier, l'arrivée d'un premier enfant, etc.

Finalement, une dernière typologie de la crise, élaborée par Gilliland et James (1997, dans Larose et Fondaire, 2007), est relevée et celle-ci détaille trois dimensions. D'une part, il y a les crises transitionnelles liées aux cycles de vie. Cette catégorie est semblable aux situations liées au développement de l'individu défini par Hobbs (1984). L'individu

éprouve des difficultés d'adaptation aux événements prévisibles en égard à son cycle de vie et à ses stades de développement. Ensuite, il s'agit des crises situationnelles. Celles-ci résultent d'événements inattendus et extraordinaires auxquels la personne vit des difficultés d'adaptation ou de contrôle. Il s'agit, par exemple, d'un deuil, d'un accident de voiture, d'une agression, d'une perte d'emploi, etc. Et, en dernier lieu, il y a les crises existentielles. Celles-ci ont « trait aux conflits intérieurs et à l'anxiété qui résultent des prises de conscience liées à des problèmes affectifs, moraux, sociaux et qui remettent en question les choix fondamentaux d'une personne » (Gilliland et James, 1997, dans Larose et Fondaire, 2007, p. 42).

Par conséquent, la personne qui fera la découverte du suicide d'un proche se retrouvera dans une situation de crise qu'il est possible de qualifier comme situationnelle, accidentelle et psychotraumatisante. Il s'agit donc d'une phase de choc et cette expérience peut inculquer un niveau élevé de stress pour l'individu. Les auteurs reconnaissent que cet événement constitue une période traumatique pour la personne (Campbell, Cataldie, McIntosh et Millet, 2004; Clark, 2001; Fauré, 2007; Hanus, 2008; McMenemy, Jordan et Mitchell, 2008). Quant à l'American Psychiatric Association (2000), on définit un événement traumatique comme l'exposition à une situation ayant entraîné la mort, au fait d'être témoin de la scène ou d'avoir appris la mort violente ou inattendue d'un membre de la famille ou d'une personne proche. Évidemment, il est possible de diviser la période traumatique que traversera l'individu en différentes phases (Horowitz, 1996; dans Séguin et al., 2006).

1. Phase initiale : surprise et stupeur;
2. Phase de déni : difficulté à comprendre ou à accepter ce qui se déroule;
3. Phase de pensées envahissantes récurrentes : reviviscences de l'événement stressant (par exemple, les cauchemars et les images);
4. Phase de perlaboration (en concomitance avec les phases 2 ou 3) : travail de deuil et travail de restructuration de ses schèmes personnels et environnementaux;
5. Phase de résolution : fin du processus si l'événement traumatisant est assimilé avec succès, ou;

5. Phase de chronicisation : tentative échouée pour assimiler l'événement traumatisant et/ou prolongation dans le temps.

Inévitablement, l'intervention de crise dès la première ou la deuxième heure suite à la découverte du suicide devra tenir compte que l'individu se trouve dans une phase de choc et de stupeur essentiellement. Par contre, il est également possible de rencontrer un individu davantage en phase de déni qu'en phase de choc. Ce déni peut ainsi être considéré comme un mécanisme de défense face au choc, un retour sera fait sur cette notion plus loin dans le travail. Il importe de préciser que les phases suivantes de l'événement traumatique s'observeront dans les prochains jours, prochaines semaines et/ou prochains mois. La personne sera nouvellement une survivante au suicide, appellation utilisée dans la littérature (*suicide survivor*), et pourra débiter son processus de deuil par suicide dès qu'un travail d'intégration sera fait quant au choc initial et au déni de l'événement traumatique.

2. SPÉCIFICITÉS ET PARTICULARITÉS DU DEUIL PAR SUICIDE

Toutes les formes de deuil signifient qu'un travail de détachement à une relation affective est en train de s'opérer (Séguin et al., 2006). Évidemment, ce processus sera influencé par le type d'attachement que l'endeuillé éprouvait envers le défunt et par les circonstances du décès (Hanus, 2007). Ultimement, l'endeuillé doit s'adapter à la vie en acceptant la réalité de la perte de l'autre. La durée d'un deuil varie d'une personne à une autre, s'effectuant sur plusieurs mois ou plusieurs années. Cependant, le déroulement du travail de deuil est généralement assez déterminé. Il débute par « un choc de tout l'organisme dont l'importance est proportionnelle à la brutalité de la perte » (Hanus, 2007, p. 31). Puis, le travail de deuil se poursuivra dans un état dépressif au cours duquel l'endeuillé assimilera les transformations de sa vie sans la présence du défunt. D'ailleurs, à cette étape, l'endeuillé aura des comportements de recherche du défunt, des comportements de régression, de l'agressivité, de la colère et du chagrin (Bacqué et Hanus, 2009). Et finalement, le deuil se terminera par « une période de rétablissement où [la personne se sentira] libre de se tourner de nouveau à la vie » (Hanus, 2007, p. 31). Tous les deuils peuvent avoir un processus dit normal, compliqué, ou même pathologique (Bacqué, 2007;

Bacqué et Hanus, 2009; Bercovitz, 2003; Hanus, 2007; Séguin et al., 2006). Deux notions s'observent néanmoins dans tous les deuils; la douleur subjective induite par la perte de l'autre et les sentiments, conscients ou non, de la culpabilité (Hanus, 2007).

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question du processus de deuil par suicide, à savoir s'il diffère des autres types de deuil. Séguin, Kiely et Lesage (1994) estiment que des réactions émotives, telles que le choc, la culpabilité, la honte et l'embarras peuvent s'observer chez les endeuillés par suicide. Ils mentionnent toutefois que cette expérience peut ressembler à celle d'un décès accidentel (par exemple: accident de voiture). Toutefois, ils ressortent une différence nette au niveau de l'interaction entre les dimensions psychologiques et sociales chez l'endeuillé par suicide. Ils y font mention que « ces endeuillés ont le sentiment d'avoir été punis pour quelque chose, [...] croient qu'ils ont été rejetés par la personne décédée, tout comme ils perçoivent l'être par leur entourage » (Séguin et al. 1994, p.77).

Quant à Hanus, il lui semble évident que des éléments soient spécifiques au deuil par suicide. D'une part, il s'agit d'un deuil traumatique puisque le décès est survenu d'une manière violente et l'endeuillé risque fort de vivre un choc lors de l'annonce ou lors de la découverte du corps. Les sentiments les plus observés, au tout début du processus, sont le choc, la tristesse et le chagrin, le déni, la confusion, la culpabilité et la colère. Puis, les traits suivants s'observeront chez l'endeuillé par suicide : alanguissement, perte de confiance et sentiment de futilité en l'avenir (Hanus, 2004). Ce dernier pourrait craindre et avoir peur d'un autre malheur prochainement, par exemple un autre suicide ou une autre perte, laissant place à une anxiété plus grande que celle observée dans les autres formes de deuil (Farberow et al., 1987, dans Hanus, 2004). De plus, l'endeuillé par suicide tarde habituellement à entrer dans la douleur spécifique à tous les deuils en raison de l'état d'abattement, d'engourdissement et de paralysie affective plus grande lors du choc de la nouvelle du décès par suicide (Hanus, 2004). Le début du travail du deuil ne pourra s'opérer qu'au moment où la charge émotive liée aux images traumatiques sera évacuée (Hanus, 2008). Aussi, les réactions de rejet, de honte, de culpabilité, de recherche d'explications, de conduites autodestructives et de stigmatisation se

manifestent davantage dans le deuil par suicide, en comparaison avec la mort par accident et la mort de manière naturelle attendue ou non par l'entourage (Barrett et Scott, 1990, dans Hanus, 2004). Et finalement, le risque de contagiosité du suicide est plus grand auprès de cette population (Gould, Wallenstein et Kleinman, 1990; Hanus, 2008; Poijula, Wahlberg et Dyregrov, 2001; Shaffer, 1988, dans Séguin, Roy, Bouchard, Gallagher, Raymond, Gravel et Boyer, 2004).

Être témoin d'une tentative de suicide ou découvrir de manière fortuite le cadavre ou les morceaux d'un corps représentent des incidents traumatiques desquels l'individu pourrait développer un état de stress aigu ou un état de stress post-traumatique. « Dès sa découverte, le suicide crée [...] un état de stress aigu [dont] les conséquences [...] peuvent être préoccupantes sur le long terme » (Fauré, 2007, p. 21). L'état de stress aigu est le développement d'une anxiété et de symptômes dissociatifs dans le mois suivant un événement traumatisant (APA, 2000). Par réactions dissociatives, on entend généralement « un sentiment subjectif d'émoussement, de détachement ou d'absence de réponse émotionnelle; une réduction de la conscience de son environnement; une déréalisation; une dépersonnalisation; ou une amnésie dissociative » (APA, 2000, p. 541). L'état de stress aigu doit disparaître dans les quatre semaines suivant l'événement traumatisant, sinon il sera question d'état de stress post-traumatique. À ce moment, la découverte du suicide est constamment revécue par des souvenirs envahissants, des rêves répétitifs, des impressions que cela va se reproduire, des sentiments intenses de détresse ou des réactions physiologiques en présence d'indices évoquant la scène morbide. Il sera question d'état de stress post-traumatique aigu si la durée des symptômes est de moins de trois mois ou d'état de stress post-traumatique chronique si la durée des symptômes excède les trois mois suivant la découverte du suicide (APA, 2000).

3. SERVICES DE CRISE EXISTANTS À LA SUITE D'UN SUICIDE COMPLÉTÉ

En parcourant la littérature sur le suicide, un constat s'opère rapidement, soit celui qu'il existe principalement des programmes et des services sur la prévention du suicide. Évidemment, le but consiste d'éviter, en tant que société, que les gens envisagent cette

solution à leurs problèmes et ainsi de faire en sorte de dispenser des services pour les protéger de cette issue irréversible. Néanmoins, il est possible de dénicher quelques programmes pour les endeuillés, après la période de crise et du choc initial. Il est alors question de postvention. Shneidman (1972, dans Berowitz, Mc Cauley, Schuurman et Jordan, 2011) définit ce concept comme étant les interventions planifiées vers les gens affectés par une mort par suicide et qui vise à faciliter les processus de deuil. À cela, les buts ont été élargis afin d'inclure la stabilisation de l'environnement de l'endeuillé et la réduction des comportements et des conduites à risque, notamment le risque de contagion (Berowitz et al., 2011). Cerel et Campbell (2008) font une distinction entre deux types de postvention. D'une part, il y a le modèle passif de la postvention où l'endeuillé doit trouver lui-même les ressources disponibles dans sa communauté et, d'autre part, il y a le modèle actif de la postvention où des intervenants se rendent dispenser des services directement auprès de l'endeuillé dès le moment de la découverte de la mort. Dyregrow (2002, dans Jordan et McMenemy, 2004) estime que les endeuillés ont besoin d'assistance et de soins à long terme, dès le moment traumatique, même s'ils ont de la difficulté à rechercher l'aide par eux-mêmes. Un premier contact avec la personne ou la famille endeuillée, dans les vingt-quatre premières heures, aura un effet protecteur (Resnik, 1969, 1972, dans Hanus, 2004). Les services offerts actuellement à cette clientèle fraîchement endeuillée sont nettement insuffisants par rapport à l'ampleur de la perturbation associée au fait de découvrir le suicide (Murphy et al., 2003, dans Jordan et McMenemy, 2004).

Aux États-Unis, en Louisiane, un service implanté depuis 1999 se considère comme de la postvention active. Il s'agit de *Local Outreach to Suicide Survivors Program*, dit LOSS team, dispensé au Baton Rouge crisis intervention center. Or, les intervenants sont des premiers répondants et se rendent immédiatement auprès des endeuillés par suicide pour dispenser des services de soutien suite à l'événement traumatique survenu (Campbell, Cataldie, McIntosh et Millet, 2004). Leurs objectifs visent essentiellement à supporter le survivant dans l'entrée de son processus de deuil par suicide et à lui transmettre un message d'espoir (Campbell et al., 2004). Plusieurs intervenants de ce service sont des pairs-aidants, des gens ayant eux-mêmes vécu le suicide d'un proche qui ont bénéficié

d'une formation sur l'intervention sociale (Cerel et Campbell, 2008). L'évaluation des effets de leurs interventions relate que les problèmes aigus pris en charge rapidement, soit au moment de l'intervention de crise, risquent moins de devenir chroniques et le fait de normaliser les effets du trauma et du stigma associés au suicide leur permettra de mieux entrer dans le processus de deuil (Cerel et Campbell, 2008).

Au Québec, l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches a élaboré un guide de pratique pour intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide (2008). Ce document dirige les intervenants vers des tâches qu'ils ont à effectuer avant, pendant et après l'intervention terrain. Les directives sont claires, voire même parfois de base où, par exemple, un verbatim est proposé aux intervenants pour certaines actions à réaliser. Des facettes sont intéressantes au guide, notamment les considérations à propos du corps du défunt au moment de l'intervention et les considérations autour du bien-être des professionnels suite à leur intervention.

LES OBJECTIFS VISÉS PAR L'INNOVATION

À la lumière des informations recensées, il a été démontré que la personne qui fait la découverte du suicide d'un proche se retrouve spontanément dans un état de crise traumatique. Le choc est grand et l'état de stress que cette situation engendre retarde l'entrée de la personne dans son processus de deuil par suicide. Ce travail de détachement peut être compliqué en égard au contexte traumatique de la perte de l'autre. Il est démontré, dans la littérature, la nécessité de dispenser des services tôt, en postvention active, à cette clientèle dans le besoin. Évidemment, une logistique doit sous-tendre les services offerts, au même titre que LOSS team, en Louisiane, et le guide de pratique pour intervenir dès la phase choc à la suite d'un suicide, en Chaudières-Appalaches.

Cela dit, l'UPS-J propose des services de soutien à cette clientèle depuis 2007. Toutefois, il n'y a pas de cadre explicite à ce mandat en vue de guider les intervenants dans leurs actes professionnels. Une majorité des membres de cette équipe rapportent se sentir anxieux et incertains dans les soins à prodiguer, accusant donc être peu outillés. L'innovation proposée, dans cet essai, vise à répondre à cette situation problématique. L'objectif général de cette innovation consiste donc à développer un modèle logique sur l'intervention de type deuil par suicide réalisée par l'équipe de l'UPS-J. Le choix de recourir à ce type de modèle s'explique par trois arguments démontrant son utilité : l'explicitation des liens entre une intervention et ses effets, l'explicitation du cheminement logique des intervenants et de leurs objectifs, la communication facilitée au sujet de l'intervention (Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2009).

De plus, des objectifs spécifiques sous-tendent l'objectif général énoncé au paragraphe précédent. Ceux-ci permettent de ressortir les dimensions nécessaires à la réalisation de l'innovation. Ils se traduisent comme suit :

- Conceptualiser les réactions traumatiques du choc de la personne qui fait la découverte d'un suicide;
- Identifier les meilleures pratiques, issues de la littérature, pour la postvention active;

- Bonifier les propositions théoriques, issues de la littérature, par l'expérience clinique de l'UPS-J et de SAM;
- Donner une crédibilité scientifique au modèle logique en le validant auprès de deux experts dans le domaine du deuil;
- Évaluer la faisabilité clinique d'implanter le modèle logique validé par des experts auprès des membres de l'équipe de l'UPS-J.

DÉMARCHE UTILISÉE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'INNOVATION

La construction d'un modèle logique implique un exercice de recherche sur des bases théoriques de l'action ou de l'intervention. Pour ce faire, il est suggéré de ressortir de la littérature les facteurs modifiables, soit les facettes sur lesquelles le professionnel pourra avoir un impact vers un mieux-être chez sa clientèle. Une fois ces facteurs identifiés, il sera possible de les articuler sous forme d'objectifs d'intervention. Chacun des objectifs aura ses indicateurs de réussite. Et chacun de ces indicateurs aura son propre outil de mesure afin de déterminer son niveau d'atteinte. Et finalement, des activités guideront les tâches à effectuer par les intervenants à titre de moyens pour parvenir à l'atteinte d'un objectif précis. Une logique doit guider chacune des actions inscrites dans le modèle.

La recension des écrits initiale a démontré qu'il existe peu de ressource et de service spécifique pour les gens nouvellement endeuillés par suicide, soit à la phase choc suite à la découverte. L'état de crise et la spécificité du deuil par suicide permettent d'établir certaines balises et dimensions à considérer dans le modèle logique. Toutefois, pour le compléter, il est nécessaire de recourir à l'expérience clinique d'intervenants dans ce domaine. Et c'est la raison pour laquelle des focus-groupes à l'UPS-J et une rencontre avec SAM ont été effectués. Puis, une troisième méthode de collecte de données est utilisée, soit celle de recourir à des expertes dans le domaine du deuil. Cette manière de procéder consiste en une technique de triangulation et elle permettra de tirer des conclusions valables afin d'élaborer le modèle logique et ce, en recourant à plusieurs sources d'informations différentes (Fortin, 1996).

Après que le modèle logique ait été construit, un retour a été fait auprès de l'ensemble des intervenants de l'équipe de l'UPS-J pour évaluer la faisabilité d'implanter cet outil dans leur pratique professionnelle. Un questionnaire auto-administré est utilisé pour la cueillette d'information à cet effet.

1. ÉLABORATION DU MODÈLE LOGIQUE INITIAL, ISSU DE LA LITTÉRATURE

1.1 Recension d'une lecture et choix des dimensions à traiter dans le modèle logique

D'une part, la recherche d'articles scientifiques a débuté dans des banques de données exploitées par l'Université de Sherbrooke, sur Internet : Érudit, Medline (Ovid), Medline (ebSCO), PsycArticles, PsycInfo et Repère. De plus, une collecte d'article a été réalisée dans le moteur de recherche « Google », sur Internet également. Les mots-clés pour ces recherches étaient les suivants : *deuil par suicide, postvention, intervention choc après suicide, réactions post-traumatiques, soutien social, bereavement after suicide, suicide survivors, active postvention, trauma et traumatic experience*. D'autre part, une recherche au centre de documentation du CSSS Jeanne-Mance et à la bibliothèque et archives nationales du Québec a permis de compléter, par des livres et des articles de revues, la documentation nécessaire à la réalisation de cette première étape de collecte de données. Cette recension de lecture a mis en évidence des dimensions nécessaires à inclure dans le modèle logique. Tout d'abord, le but ultime devait tourner autour du concept d'allostasie, soit l'issue d'une crise psychotraumatique, développé par Séguin et al. (2006). Ensuite, les objectifs spécifiques du modèle nécessitaient de tourner autour de ces thèmes : la dangerosité à considérer en situation de crise, la prévention d'une réaction traumatique future, l'acceptation du statut d'endeuillé par suicide, le soutien social chez l'endeuillé et le recours à un réseau supportant dans le court-moyen terme. Déjà, la littérature a permis de cerner certains indicateurs de réussite et certaines activités à réaliser.

Un premier travail d'organisation des données s'est opéré afin de produire le schéma d'un premier modèle logique, dit théorique. Ce schéma demeure incomplet, reflétant ainsi l'absence de littérature sur ce type d'intervention de crise. Il est placé à l'annexe 3.

2. BONIFICATION DU MODÈLE THÉORIQUE PAR L'EXPÉRIENCE CLINIQUE

Pour bonifier le modèle théorique initial, deux sources d'information ont été retenues. D'une part, les cinq années d'expérience clinique de l'UPS-J ont été considérées par une participation de certains professionnels à des focus-groupes. Puis, une rencontre avec des intervenants de SAM a permis d'effectuer une nouvelle cueillette de données, cette fois-

ci provenant du domaine de la réadaptation psychosociale du deuil par suicide. La participation de SAM permet aussi d'assurer une cohérence entre l'intervention de crise proposée par le modèle logique et l'intervention ultérieure, soit celle de la réadaptation.

2.1 Apport de l'Urgence Psychosociale-Justice

À l'automne 2011, une entente a été conclue avec Francine Côté, cheffe de programme à l'UPS-J, à l'effet que deux focus-groupes puissent être tenus précédemment à une réunion d'équipe. Cela dit, deux réunions d'équipe figuraient à l'agenda de l'UPS-J le 25 janvier 2012, soit à 8h30 et à 14h30. Une période de 90 minutes à chacune de ces réunions était consacrée au focus-groupe. L'invitation au focus-groupe s'est faite par courriel le 16 janvier 2012. À ce moment, les intervenants ont reçu des explications sur la démarche générale de cet essai synthèse, le modèle logique initial et un document résumant les propositions de la littérature. La participation au projet était volontaire. Un questionnaire leur était administré pour être en mesure de décrire l'échantillonnage (voir annexe 2).

Il y a eu six participants au focus-groupe de l'avant-midi, dont cinq qui affirmaient avoir effectué plus de 10 interventions de type deuil par suicide. Toutefois, quatre d'entre eux ont dû se retirer, pendant les discussions, pour répondre à des appels d'interventions-terrain. Un rétroprojecteur a été utilisé afin que tous puissent visualiser le modèle logique initial. Toutes les dimensions de ce dernier ont été explorées et traitées et lorsqu'une idée rejoignait l'ensemble des gens présents, elle était directement inscrite dans le schéma. Quant au focus-groupe de l'après-midi, quatre professionnels se sont présentés pour y participer, dont trois qui affirmaient avoir effectué plus de 5 interventions de type deuil par suicide. Chacun est demeuré présent tout au long des discussions. Le même exercice qu'en avant-midi a été réalisé. Toutefois, à ce focus-groupe, un retour a été opéré sur les résultats des discussions de l'avant-midi, via leur modèle logique. Il s'agissait d'évaluer et de critiquer ces premières idées soulevées en vue de faire progresser leurs réflexions.

En annexe 4 se trouve le modèle logique résultant des échanges de l'UPS-J.

2.2 Apport de Suicide Action Montréal

Une rencontre a eu lieu le 8 février 2012, aux bureaux de SAM, en présence de la coordonatrice des services pour les endeuillés par suicide, Géraldine Lavis, et de l'intervenant responsable du module postvention, Philippe Angers. L'entrevue a été enregistrée de manière audio et a eu une durée d'environ deux heures. Elle était semi-dirigée : quatre questions initiales ont été posées pour débiter la cueillette de données (voir annexe 8) et, après la présentation du modèle logique issu l'UPS-J, un échange a eu lieu pour récupérer leurs commentaires et leurs recommandations. L'analyse qualitative des données a fait en sorte de ressortir les éléments importants à inclure ou à exclure du modèle logique.

La schématisation du modèle logique bonifié par SAM se retrouve à l'annexe 5.

3. VALIDATION DU MODÈLE LOGIQUE THÉORIQUE ET CLINIQUE AUPRÈS DE DEUX EXPERTES DANS LE DOMAINE DU DEUIL

Un choix s'est opéré afin de convenir des deux personnes qui devaient agir à titre d'expert et qui avait comme mandat de valider le modèle logique. D'une part, Mme Sylvie Corbeil a été retenue pour ses connaissances de la spécificité de l'intervention à l'UPS-J. En effet, Mme Corbeil a offert ses services comme formatrice en deuil et comme superviseure-clinique à l'UPS-J. Mme Corbeil est psychologue et a complété un doctorat sous le thème de la restructuration de l'identité au cours d'un deuil. Elle pratique la consultation clinique auprès d'étudiants à l'Université de Montréal ainsi qu'en cabinet privé. Et d'autre part, Mme Monique Séguin s'est montrée intéressée au projet en acceptant l'invitation pour valider le modèle logique. Mme Séguin est professeure au département de psychologie et de psychoéducation de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et est chercheuse pour le Groupe McGill d'études sur le suicide à l'Institut Douglas. Ses champs d'expertise comprennent notamment le suicide, le deuil après le suicide et les meilleures interventions et pratiques cliniques auprès de cette clientèle.

3.1 Validation par Sylvie Corbeil

Une rencontre s'est effectuée le 5 mars 2012 avec Mme Corbeil, à son cabinet privé, au cours de laquelle un retour a été réalisé sur le modèle logique résultant de la littérature, de l'UPS-J et de SAM. Cette entrevue semi-dirigée a permis de recueillir ses commentaires et ses critiques pour compléter le modèle. Mme Corbeil disposait de l'espace nécessaire pour émettre ses idées. Les données ont été recueillies par une prise de notes et validées immédiatement auprès de Mme Corbeil. Cela dit, ses idées étaient reformulées ou clarifiées directement auprès d'elle puis disposées dans le modèle logique.

Quelques jours plus tard, le modèle logique résultant de cette rencontre lui a été envoyé, par courriel, pour y recevoir sa rétroaction afin d'assurer une fidélité de ses idées proposées. Ce modèle logique se situe à l'annexe 6 du présent document.

3.2 Validation par Monique Séguin

Mme Séguin a été rencontrée, à son bureau de l'UQO, le 21 mars 2012. Cette entrevue était également semi-dirigée puisqu'il y avait un cadre à la discussion, soit le retour sur le modèle logique issu de la rencontre avec Mme Corbeil, tout en lui permettant d'apporter ses avis et commentaires autres. L'échange avec Mme Séguin a été enregistré de manière audio pour permettre une future analyse qualitative de ses propos.

Le modèle logique final, donc issu de la littérature, bonifié par l'expérience clinique et validé par deux expertes (Corbeil et Séguin), se retrouve à l'annexe 7 de l'essai.

4. ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ D'IMPLANTER LE MODÈLE LOGIQUE DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE À L'UPS-J

Maintenant que la logique de l'action est explicitée pour les interventions choc suite à la découverte d'un suicide, il est impératif de revenir auprès des professionnels de l'UPS-J pour avoir leur appréciation sur celle-ci. Par conséquent, l'intérêt de cette étape vise à évaluer si le modèle logique développé peut être réellement utilisé et appliqué dans la pratique professionnelle des intervenants de l'UPS-J. Il s'agit donc d'étudier les perceptions des intervenants sur la faisabilité d'implanter ce modèle dans leur

fonctionnement clinique (voir l'annexe 9 pour une définition des dimensions de la faisabilité). Pour avoir un point de vue général, tous les professionnels de l'UPS-J ont été rejoints, au nombre de vingt-quatre. Ceux-ci devaient prendre connaissance du modèle logique final et répondre à un questionnaire auto-administré. Celui-ci est placé à l'annexe 10 du document. Une analyse qualitative s'est effectuée pour le traitement des données des questions ouvertes; alors qu'une analyse quantitative s'est réalisée pour le traitement statistique des données aux questions avec échelle dichotomique ou sémantique.

LES RÉSULTATS OBTENUS

1. EXPLICITATION DU MODÈLE LOGIQUE (COMPLÉMENT À L'ANNEXE 7)

1.1 Énonciation du but ultime du modèle

La recension des écrits a démontré qu'une personne qui fait la découverte du suicide d'un proche vit, à ce moment, une crise de type psychotraumatisante. Il s'agit d'un trauma et cette personne risque fort d'espérer revenir en arrière dans le temps, soit au moment où le défunt était toujours en vie. Un travail de deuil attend cette personne survivante au suicide puisqu'elle devra adapter sa vie sans la présence du défunt et apprendre à s'en détacher affectivement. Or, en contexte de crise psychotraumatisante, Séguin et al. (2006) déterminent que l'issue de cette situation est désignée par le terme allostasie, soit « le fait pour un individu [...] de trouver un nouveau point d'équilibre (sain ou pathologique) à la suite d'un trauma » (p. 25) afin d'effectuer le travail de deuil requis par la perte de l'autre. Évidemment, le travail des intervenants de crise visera une optimisation des conditions pour faire en sorte que l'endeuillé trouve son point d'équilibre en étant le plus sain possible. Cela dit, le but ultime du modèle logique s'exprime comme suit : mettre en place des conditions qui favoriseront qu'une personne, qui vient de découvrir le suicide d'un proche, trouve un point d'équilibre suffisant pour lui permettre de débiter son processus de deuil.

1.2 Cinq objectifs spécifiques au modèle logique

La démarche a permis de ressortir cinq objectifs spécifiques que visera l'intervention de crise de l'UPS-J. Le premier objectif englobe essentiellement le travail usuel à l'UPS-J, alors que les quatre autres proviennent d'une synthèse des suggestions de la littérature et sont attestés par l'expérience clinique et l'expertise en deuil.

1.2.1 Assurer la sécurité globale de l'endeuillé au moment de l'intervention UPS-J

Les professionnels de l'UPS-J se déplacent sur les lieux où l'endeuillé a fait la découverte du suicide d'un proche. Ils savent que cette personne vit, à ce moment, un trauma. Toutefois, il demeure qu'ils doivent jongler et adapter leur approche thérapeutique selon le milieu et le contexte d'intervention qui s'offriront à eux. Il importe de préciser que

l'immédiateté se trouve à être une des spécificités de l'intervention en situation de crise (LeBlanc et Séguin, 2006). Par conséquent, pour bien effectuer leur travail, il importe que l'endeuillé soit et se sente en sécurité, qu'il ne se perçoive pas exposé à un autre danger ni à de nouvelles agressions. Il faut comprendre que l'expérience qu'il vient de vivre constitue déjà en soit une agression psychique, voire même physique. Donc, les professionnels de l'UPS-J doivent « mettre la table » et recourir à un espace ou un lieu sécurisant pour la personne en crise.

1.2.1.1 Trois indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure

Tout d'abord, pour déterminer l'atteinte de cet objectif, il faut vérifier le niveau d'engagement du client à l'intervention. Shea (2005; dans LeBlanc et Séguin, 2006, p. 38-39) définit l'engagement comme suit : « le développement progressif d'un sentiment de sécurité et de respect, grâce auquel les patients se sentent de plus en plus libre de confier leur problème au clinicien, en même temps qu'ils prennent confiance dans son aptitude à les comprendre ». L'entrevue psychosociale du professionnel lui permettra de mesurer cet indicateur, notamment par une observation de son empathie et de son alliance thérapeutique avec l'endeuillé.

Par la suite, les professionnels doivent procéder à l'estimation de la dangerosité en lien avec l'état mental pour mesurer l'indicateur du niveau de dangerosité en lien avec l'état mental. Cela dit, un jugement clinique doit s'opérer sur la symptomatologie que présente l'état mental de l'endeuillé en cette période de crise. Ils détermineront ainsi sous quelle loi ils interviennent : P.38.001 (si danger grave et immédiat, sans collaboration ou engagement de l'endeuillé) ou LSSSS (toutes autres situations, avec ou sans danger, avec ou sans la collaboration ou l'engagement de l'endeuillé).

Finalement, le niveau de bien-être physique du survivant peut être mesuré par une collecte de données nursing, pour assurer sa sécurité physique au moment de l'intervention. Schauer et Elbert (2010) décrivent et explicitent les effets des réactions traumatiques, notamment au niveau physique. Cela dit, les intervenants doivent considérer l'état et/ou les malaises physiques que peut présenter l'endeuillé; peau froide

suite à une vasoconstriction, des vertiges, une nausée, une tension physique, des palpitations cardiaques, une haute pression, un malaise vagal, etc.

1.2.1.2 Activités retenues pour l'objectif sur la sécurité globale

- Plusieurs professionnels ayant des rôles et des fonctions différentes se trouvent sur les lieux de l'intervention. Il est possible d'énumérer, entre autres, la présence des policiers, des ambulanciers, du médecin légiste, des membres de la famille élargie de l'endeuillé, parfois des enquêteurs, etc. Les intervenants de l'UPS-J jugent fondamental qu'ils prennent le temps d'établir leur cadre d'intervention et les balises de leur intervention auprès de tous ces acteurs en présence. De cette manière, tous pourront se concerter et définir explicitement leur responsabilité respective. L'aspect sécurisant pour l'endeuillé, ici, consiste à comprendre le rôle de chacune des personnes en interaction, directe ou indirecte, avec lui.
- Les intervenants UPS-J doivent créer un lien de confiance avec l'endeuillé puisque celui-ci n'existe pas au départ. Pour ce faire, le clinicien doit « accepter d'être spectateur avant d'être acteur » (Gouvernement du Québec, 2008, p. 7) dans son intervention. Il est essentiel qu'il observe et qu'il accueille la souffrance et la détresse de l'endeuillé. L'authenticité est une compétence relevée par UPS-J et SAM pour cet élément. Aussi, Rusk (1971; dans LeBlanc et Séguin, 2006) relève les compétences du clinicien qui facilitent le lien de confiance : son calme, son espoir, son assurance, son absence d'intrusion et son empathie face aux événements dont il est témoin.
- La réponse aux besoins exprimés constitue une manière de démontrer un soutien et un souci immédiat pour le bien-être de l'endeuillé. Les intervenants de l'UPS-J estiment que cela favorise grandement l'engagement du client dans leur intervention de crise.
- Pour estimer la dangerosité en lien avec l'état mental, il ressort une importance de considérer les antécédents de l'endeuillé et ses facteurs de vulnérabilité immédiats. Côté (1996) a élaboré une triade de vulnérabilité pour la personne expérimentant une expérience traumatique. D'une part, il relève la considération des facteurs pré-traumatiques, soit les antécédents ou les facteurs de vulnérabilité précédents le trauma, qui pourraient fragiliser davantage l'endeuillé. Ainsi, Côté (1996) fait référence aux facteurs psychiatriques personnels et familiaux, à la présence

d'événements stressants avant le traumatisme, aux histoires d'abus physique ou sexuel à l'enfance, à un traumatisme antérieur, à des troubles de comportements pendant l'enfance ou l'adolescence, à une séparation ou un divorce précoce des parents (avant dix ans) et au fait d'être de sexe féminin. D'autre part, Côté (1996) relève les facteurs trans-traumatiques, soit l'événement qui cause le trauma (la découverte du suicide qui constitue d'une certaine façon un crime soudain et inattendu contre une personne), et les facteurs post-traumatiques, soit les éléments qui aideront ou qui perturberont davantage l'endeuillé suite à l'événement traumatique. À cet effet, une cohésion dans le soutien qui lui est offert l'aidera, alors qu'une continuité de situations de vie stressantes nuira à son rétablissement.

- L'expertise en deuil a nommé qu'il est fondamental de vérifier si l'endeuillé portait un fardeau en lien avec les impacts probables du trouble de santé mentale du défunt. Cette activité fait référence à la considération du vécu de l'endeuillé en égard à son antécédent psychiatrique familial, tel que défini précédemment par Côté (1996). Renaud et Marquette (2002; dans Gouvernement du Québec, 2010) estiment que jusqu'à 90% des gens décédés par suicide avaient des problèmes de santé mentale, notamment une dépression, une schizophrénie, une personnalité limite ou bipolaire. Cela dit, il est fort probable que l'endeuillé ait eu à supporter le défunt dans ses difficultés en lien avec un problème de santé mentale.
- Il est fortement suggéré, par l'expertise en deuil, d'évaluer explicitement l'urgence suicidaire de l'endeuillé. Celui-ci vit, au moment de la crise, plusieurs facteurs qui peuvent influencer ou induire l'idée du suicide. Cela dit, dans le processus suicidaire, on retrouve les facteurs prédisposants qui fragilisent la personne, notamment un antécédent suicidaire dans la famille et un isolement social. De plus, on ajoute les facteurs contributifs qui accentuent la vulnérabilité de l'individu, par exemple une consommation d'alcool ou une instabilité familiale. Et puis, il y a les facteurs précipitants qui déclenchent le comportement ou l'idée suicidaire, notamment la mortalité d'un proche. Donc, la découverte du suicide d'un proche touche directement à ces trois facteurs élaborés par White et Jodoin (2004; dans Gouvernement du Québec, 2010) et peut déclencher une urgence suicidaire immédiate ou éventuelle.

- L'endeuillé peut vivre des malaises qui pourraient compromettre sa santé physique. Le rôle d'effectuer une collecte de données nursing revient aux ambulanciers d'Urgences-Santé ou à l'infirmière d'UPS-J, s'il y en a une sur l'équipe en intervention, par une prise des signes vitaux de l'endeuillé. Les autres intervenants de l'UPS-J peuvent effectuer une cueillette de données par les verbalisations de l'endeuillé sur ses malaises et demander le support d'Urgences-Santé, si nécessaire.
- Les cliniciens de l'UPS-J soulèvent la possibilité d'apporter une sécurité à l'endeuillé par un transport hospitalier, si celui-ci le requiert par sa condition physique et/ou mentale. Le transport peut s'effectuer par le désir et le volontariat de l'endeuillé ou encore par l'application de la loi P.38.001 si celui-ci représente un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour les autres, et qu'il refuserait de se rendre à l'hôpital.
- Parfois, les endeuillés refusent l'aide offerte par l'équipe de l'UPS-J. Il est ressorti des discussions l'importance de demeurer un certain moment, en retrait, afin de compléter une cueillette de données auprès des acteurs en présence pour tout de même s'assurer qu'il n'y a pas de dangerosité en égard à l'état mental, physique et social de l'endeuillé. Si tel est le cas, il est demandé de respecter le refus d'aide de l'endeuillé pour lui éviter une agression supplémentaire par l'intrusion non-désirée des intervenants UPS-J.

1.2.2 Réduire le risque éventuel d'apparition de réactions post-traumatiques

Trois caractéristiques déterminent si un événement est traumatique : sa brutalité, sa menace à l'intégrité physique d'un individu et le fait que cela n'entre pas dans la gamme des événements de vie habituels (Birmes, Klein et Schmitt, 2006). L'exposition traumatique entraînera un bouleversement du fonctionnement psychique chez l'individu et il risque d'avoir une perception de l'événement comme étant vide de sens et destructurant (Birmes et al., 2006). Côté (1996) considère que l'aspect imprévisible de l'événement traumatique met en danger la continuité psychique du sujet puisque ce dernier n'a pas pu se défendre ou se protéger par une anticipation de la chose. L'événement est alors vu comme une effraction du pare-excitations, soit un forçage de « l'ensemble des processus psychiques qui protègent l'appareil contre un degré de stimulation qui lui serait nocif » (Côté, 1996, p. 221). Il a été démontré dans la recension

des écrits qu'une des spécificités liées au deuil par suicide concerne justement l'aspect traumatique quant à la nature du décès et/ou à sa découverte et au risque d'apparition d'une réaction post-traumatique. Les réactions chez les endeuillés qui font la découverte d'un suicide peuvent différer grandement en égard à la « variation interindividuelle considérable dans la perception de ce qui est traumatisant ou non » (Birmes et al., p. 148). Cela dit, il y aura une réaction subjective à l'événement selon les réponses au sentiment de danger, de terreur ou d'effroi qu'il induira chez l'endeuillé. Évidemment, nul ne peut réagir de la même manière face à ce contexte traumatique. Néanmoins, il demeure nécessaire de prévenir ou de réduire le risque d'apparition de réactions post-traumatiques, notamment le trouble de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique. Pour voir à l'intensité des réponses immédiates au traumatisme, les intervenants de l'UPS-J devront observer les réactions péritraumatiques chez les endeuillés. Ces réactions péritraumatiques représentent des indicateurs à un développement éventuel de réactions post-traumatiques. Le tableau 7, placé en annexe 11, apporte une définition et une conceptualisation des différentes réactions traumatiques immédiates.

1.2.2.1 Trois indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure

Tout d'abord, par une entrevue psychosociale et par l'observation des critères diagnostiques, l'intervenant de l'UPS-J pourra mesurer le niveau de capacité de l'endeuillé à exprimer ses émotions. Sans être intrusif, l'exploration du domaine émotif chez l'endeuillé lui permettra de commencer à lier son vécu traumatique par le langage (Vaiva, Ducrocq, Jehel et Prieto, 2006). D'ailleurs, Bovin et Marx (2011) relèvent quatre émotions primaires que ressent l'individu suite à une exposition traumatique : la peur (l'événement est toujours considéré comme une menace), la colère (l'impression que l'autre cachait quelque chose), la tristesse (suite à la perte de l'autre) et le dégoût (en considérant l'événement comme non-désiré et repoussant).

Ensuite, encore par une entrevue psychosociale et par l'observation des critères diagnostiques, il y aura mesure de l'indicateur du niveau de contact à la réalité chez l'endeuillé. Hanus (2004) précise qu'une intervention précoce doit aider à réaliser la réalité de l'événement chez la personne qui apprend ou découvre un suicide.

Essentiellement, une dissociation péritraumatique fera en sorte que le niveau de contact à la réalité sera très mince chez l'endeuillé et cette situation représente un des deux plus grands facteurs de risque de développer un trouble de stress post-traumatique (Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003; dans Bousquet Des Groseilliers, Marchant et Brunet, 2006).

Et, par une entrevue psychosociale, une mesure devra être faite face au niveau de perception positive que l'endeuillé a de son soutien social. Ozer et al. (2003; dans Bousquet Des Groseilliers et al., 2006) soulignent que le deuxième plus grand facteur de risque de développer un trouble de stress post-traumatique est la perception négative que la personne se fait de son soutien social. Or, « la perception du soutien social aurait un impact positif sur la perception que la [personne] a de ses capacités d'adaptation et des ressources disponibles pour favoriser sa rémission » (Guay, Marchand et Billette, 2002; dans Bousquet Des Groseilliers et al., 2006, p. 278).

1.2.2.2 Activités retenues pour l'objectif sur la prévention d'un stress post-traumatique

- L'endeuillé, par la découverte du suicide, vient de vivre une agression psychique et affective devant laquelle, de manière générale, il n'a pas été en mesure, au sens figuré, de se protéger. Cette expérience constitue une menace, d'autant plus par l'ajout de tous les acteurs en présence qui peuvent être perçus comme des intrus dans son vécu émotionnel. Cela dit, les intervenants doivent veiller à rechercher et à trouver un endroit ou un environnement protecteur et sécuritaire pour l'endeuillé en égard à cette expérience émotionnelle. De plus, ils doivent le protéger contre de nouvelles agressions physiques ou psychiques. À titre d'exemple pour ces agressions, l'expérience clinique rapporte le nombre, parfois très élevé, d'individus présents lors d'une telle intervention et la littérature mentionne la stigmatisation par la famille ou les intervenants et parfois le sentiment induit d'être suspecté de meurtre par la manière que peuvent travailler certains policiers ou enquêteurs (Hanus, 2004).
- Pour s'assurer une protection psychique, l'endeuillé pourrait inconsciemment avoir recours à une bulle traumatique. Il s'agit en quelque sorte d'un espace nécessaire à la cicatrisation psychique, un type de distance à l'autre, lui permettant de réparer sa

blesse soudaine. Pour le bien-être psychique de l'endeuillé, il importe de respecter cette bulle traumatique et de calculer, par le monitorat, sa distance auprès de lui.

- L'expérience clinique et l'expertise en deuil soulignent que les intervenants doivent assurer une présence « contenant » auprès de l'endeuillé. Il s'agit de se montrer attentif et chaleureux et d'être capable de supporter sa souffrance sans être détruit par elle (Vaiva et al., 2006). Pour le survivant, « voir défaillir le système d'assistance ou de secours le renvoie à toute l'horreur de la catastrophe » (Vaiva et al., 2006, p. 158).
- On suggère, par l'expérience clinique et l'expertise en deuil, de laisser place au contact physique, dans ce type d'intervention spécifique, entre l'intervenant et l'endeuillé. Prendre une main ou tenir une épaule peut signifier que le vécu émotionnel est largement pris en considération.
- Découvrir le suicide d'un proche représente un événement extraordinaire dans le vécu d'une personne. Cette expérience, telle qu'explicitée plus haut, ne fait pas partie de la gamme des événements habituels de la vie. Donc, il est proposé de normaliser en mentionnant l'aspect extraordinaire de cette situation directement auprès de l'endeuillé.
- Vaiva et al. (2006) parlent de soins immédiats et post-immédiats pour l'intervention auprès des traumatisés psychiques. Cela dit, ils précisent que les intervenants doivent démontrer une attitude d'accompagnement : recevoir la souffrance ressentie, être authentique, rassurer l'endeuillé sur sa sécurité, le situer dans le ici et maintenant, lui donner des repères et de l'information sur le déroulement des événements. Il ne faut pas chercher à dédramatiser la situation, à rassurer en minimisant ou en évoquant d'autres personnes qui ont vécu le même événement; cela reviendrait à nier le ressenti de l'endeuillé ou à ne pas reconnaître sa souffrance. Pour ce faire, ils suggèrent le recours au désamorçage qui est une technique de verbalisation émotionnelle immédiate du vécu (faits, émotions, pensées). Le désamorçage n'est pas intrusif, il doit être fait par l'endeuillé de manière spontanée et volontaire. Cette technique est souple et « vise à favoriser la décharge, à lier le vécu traumatique par le langage et à permettre l'intégration de l'événements » (Vaiva et al., 2006, p. 159). Elle permettra l'expression du choc, comme le souligne l'expérience clinique.

- Tous les événements traumatiques éveillent et mobilisent des mécanismes de défense chez la personne (Côté, 1996). Cela dit, lorsque l'endeuillé ne peut accepter la réalité qui est devant lui, « des mécanismes de défense inconscients viennent lui permettre de s'y adapter tant bien que mal, afin de soustraire à l'anxiété ou l'insécurité que provoque chez lui cette réalité pénible » (Fanzolato, 2003, p. 201). L'expertise en deuil suggère que les cliniciens identifient et observent la persistance de ces défenses dans le temps, soit pendant la durée de leur intervention. Cela dit, s'il y avait persistance de ces défenses, un filet de sécurité plus important devra compenser à cette réalité versus une diminution des défenses qui démontrerait tout de même un début de travail psychique sur l'événement. Les définitions de ces mécanismes de défense se retrouvent au tableau 8, placé en annexe 12.
- L'endeuillé doit être informé des symptômes et des réactions qui peuvent survenir dans les prochains jours et dans les prochaines semaines. Le survivant doit être conseillé d'aller consulter un professionnel de la santé s'il y avait une persistance des symptômes au-delà de plusieurs semaines. Plusieurs réactions sont possibles, mais les principales demeurent la récurrence des images traumatiques, la perturbation du sommeil, les difficultés de concentration, l'anesthésie affective, l'isolement social, l'irritabilité et parfois l'agressivité (Hanus, 2004).
- Pour aider à la perception positive du soutien social (et à la mobilisation du réseau en objectif spécifique 4), l'expérience clinique propose d'amener l'endeuillé à identifier une ou deux personnes qui peuvent lui apporter un support positif.
- Développer le sentiment de prise en charge aide à la rémission des symptômes traumatiques (Bousquet Des Groseilliers et al., 2006). Cela dit, il est proposé d'aider l'endeuillé à prendre conscience des questions concrètes de sa vie par l'organisation de son prochain 24 heures. Cela exigera des intervenants de le guider avec directivité.
- Découvrir le suicide d'un proche est un facteur de risque aux réactions post-traumatique en égard aux images que gardera l'endeuillé de cette scène. La littérature suggère que l'adieu au défunt, lorsque le corps est bien installé et est présentable, serait un facteur favorisant le rétablissement (Fisher et al., 1976, dans Hanus, 2004). Il s'agit en quelque sorte d'un recadrage au choc traumatique initial.

- L'expertise en deuil soulève l'idée que les intervenants voient au nettoyage de l'endroit où le suicide a eu lieu, si nécessaire. Cela permet de réduire la charge traumatique de l'endeuillé ou de ses proches qui auraient à revisiter la scène morbide en vue d'y faire un nettoyage.

1.2.3 Favoriser l'idée d'intégrer le suicide dans l'identité de l'endeuillé

Le suicide demeure une mort inexplicable puisque le défunt a décidé de mettre fin à son existence en apportant avec lui une partie de son histoire, sur laquelle le survivant ne peut plus avoir accès. Cette réalité fait en sorte que le cheminement du deuil par suicide sera complexe en égard à une perception, par l'endeuillé, d'absence de réponse à ses questions. Toute la question du « pourquoi » occupera une place prépondérante dès la découverte ou l'annonce du suicide ainsi que dans le processus de deuil (Fauré, 2007; Jordan, 2011). Cela amènera l'endeuillé à reconsidérer et à réviser la perception qu'il se faisait de l'identité du défunt, de la nature de sa relation avec ce dernier et de sa propre identité personnelle (Jordan, 2011). Ultimement, pour arriver au rétablissement, l'endeuillé arrivera à trouver un sens dans cet acte suicidaire tout en acceptant son non-sens, malgré l'aspect paradoxal de cette affirmation (Cleiren, 1992, dans Hanus, 2004). Il devra se reconstruire en intégrant cette notion du suicide dans son identité personnelle. À noter qu'il existe des endeuillés résilients qui traverseront mieux ce parcours; ceux qui n'éprouveront pas de grande détresse, ceux qui auront un schème de compréhension stable et positif et ceux ayant des convictions laïques ou spirituelles leur permettant de donner un sens à la mort malgré la nature du suicide (Sands, Jordan et Neimeyer, 2011).

Dans le contexte d'une intervention de crise, il va de soi qu'un travail thérapeutique n'est pas adapté en raison du vécu choc et traumatique chez l'endeuillé. Toutefois, il est possible d'amorcer un travail d'intégration en discutant du suicide, à condition que l'endeuillé présente une réaction de stress tout de même adaptée à l'événement.

1.2.3.1 Deux indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure

Pour débiter, il est impératif de vérifier le niveau de capacité de l'endeuillé à reconnaître qu'il s'agit bel et bien d'un suicide. Il doit arriver à mettre des mots sur ce qui s'est passé,

sur la nature véritable du décès. L'entrevue psychosociale sera l'outil de mesure à la disposition des intervenants. L'atteinte de l'objectif spécifique sera nécessairement compromise en la présence d'un mécanisme de défense de négation chez l'endeuillé.

De plus, il y a le niveau de capacité à présenter le décès par suicide aux gens de l'entourage. L'assistance des intervenants, par leur entrevue psychosociale, permettra de réaliser une mesure à cet indicateur. Le fait d'observer l'endeuillé verbaliser et annoncer le décès par suicide à ses proches démontrera qu'il arrive à mettre des mots sur les événements et qu'il a amorcé une certaine intégration du concept.

1.2.3.2 Activités retenues pour l'objectif sur l'intégration identitaire du deuil par suicide

- Dans les paragraphes précédents, la question du « pourquoi » a été soulevée et elle constitue une réaction adéquate à la recherche d'un sens chez l'endeuillé (« pourquoi s'est-il suicidé? »). Évidemment, l'endeuillé va émettre des hypothèses et tenter de trouver une réponse à cette question. De leur côté, les intervenants doivent seulement accueillir le besoin de parler du « pourquoi », sans apporter de réponse ni d'élément pouvant résoudre l'énigme du suicide. Ils ne doivent pas induire des idées explicatives au suicide, par exemple « ah, il était alcoolique ». La question du « pourquoi » peut camoufler l'expérience de culpabilité que l'endeuillé vit. Il s'agit de la réaction émotive la plus souvent observée suite à un suicide (Fauré, 2007; Hanus, 2004). L'âge du suicidé et de l'endeuillé ainsi que leur lien de parenté auront une influence sur le sentiment de culpabilité. Encore une fois, les intervenants doivent seulement accueillir et prendre acte de cette culpabilité en écoutant et en posant des questions ouvertes à l'endeuillé, et non tenter de le déculpabiliser (Vaiva et al., 2006).
- L'expertise en deuil révèle qu'il faut aller dans le même sens et au même rythme que l'endeuillé, et de ne pas le confronter sur son statut d'endeuillé s'il n'est pas prêt ou en mesure de camper ce rôle immédiatement. Cela revient à respecter ses mécanismes de défense qui constituent une manière adaptée de réagir au choc. On recommande plutôt d'explorer sa compréhension de la situation, encore une fois, par des questions ouvertes et descriptives de l'événement. Parfois, il sera intéressant d'observer le type de déni que présente l'endeuillé; au niveau de la nature du décès, au niveau de ses

émotions ou au niveau des impacts dans sa vie. Une inquiétude plus grande doit être portée vers l'endeuillé en déni des impacts de la mort du suicidé dans sa vie.

- Assister l'endeuillé dans une première annonce du décès à ses proches ou à des membres de sa famille peut être aidant et sécurisant pour lui. Les intervenants le supportent dans sa préparation (trouver les mots et la manière d'amorcer le sujet) et dans l'anticipation des réactions possibles. L'expérience clinique souligne que cette activité est bénéfique pour voir à la présence d'aidants naturels et à leur mobilisation.
- Le début du processus de deuil sera ponctué de reviviscences des images traumatiques chez le survivant, sous forme de flashbacks. Une psychoéducation doit être faite à cet effet, elle normalisera son vécu et le rassurera au fait que cette réaction est signe d'un traitement et d'une organisation cognitive de l'événement traumatique.
- Un adieu au corps peut être suggéré, mais cette fois-ci à titre de nécessité pour le bon déroulement du deuil où on encourage tous les comportements qui vont dans le sens de la ritualisation (Hanus, 2004). L'expérience clinique propose également d'ouvrir les possibilités de voir le corps plus tard, par exemple à la morgue.
- Une psychoéducation est également encouragée afin de représenter la réalité de la responsabilité du suicide par le défunt : c'est une solution permanente à un problème temporaire qu'il a privilégié pour soulager une souffrance (Berkowitz et al., 2011).
- Les intervenants doivent effectuer de la psychoéducation sur le fait que le suicide demeurera toujours mystérieux (Clark et Goldney, 1995, dans Hanus, 2004), car le suicidé a apporté avec lui ses morceaux du casse-tête et nul n'en aura accès à présent. L'endeuillé comprendra qu'il est impossible pour lui de recoller tous les morceaux.
- L'expérience clinique conseille aux intervenants d'avoir une discussion avec l'endeuillé sur sa vision personnelle et culturelle du suicide afin de l'aider à identifier les implications que pourraient entraîner ses valeurs et ses croyances dans son deuil.

1.2.4 Favoriser la mise en place d'une attitude reconfortante chez les aidants naturels

Les écrits sont nombreux sur les accompagnants naturels qui se trouvent à être les personnes les plus susceptibles d'apporter de l'aide et du soutien à l'endeuillé (Bousquet Des Groseilliers et al., 2006; Hanus, 2004; LeBlanc et Séguin, 2006; McMenamy, Jordan et Mitchell, 2008). Le soutien social est le « processus par lequel les relations sociales

ont un effet bénéfique sur la santé et le bien-être » (Caron et Guay, 2005, p.16) et il s'agit de « dispensation ou [...] d'échanges de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte d'une réponse à la perception que les autres en ont besoin » (Cohen et al, 2000; dans Caron et Guay, 2005, p.16-17). Plus le soutien social sera stable et apportera une sécurité à l'endeuillé, meilleure sera sa protection contre les effets du stress et mieux débutera son processus de deuil. Par conséquent, les intervenants devront recourir à des stratégies pour améliorer la qualité du soutien des proches par le développement d'une attitude plus réconfortante.

1.2.4.1 Trois indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure

D'une part, le niveau de mobilisation du réseau naturel nécessite d'être exploré et pourra être mesuré par l'établissement d'un plan de match court terme dans leur prise en charge du survivant et de sa petite famille. Déjà, l'endeuillé aura peut-être identifié une ou deux personnes positives pour lui (activité dans l'objectif spécifique 2). Le plan de match renforcera ses liens avec les membres positifs de son réseau.

D'autre part, il faut concevoir que la qualité du soutien naturel peut être variable en égard au fait que les gens ne savent pas nécessairement quoi faire ni quoi dire devant le suicide survenu (Hanus, 2004). Cela dit, une préoccupation est portée au niveau de connaissance des aidants naturels lié aux besoins spécifiques de l'endeuillé et elle sera mesurée par une entrevue psychosociale, de groupe ou systémique (selon la nature du soutien social). Or, on recherchera à augmenter la compréhension des proches face au problème actuel.

Et finalement, il importe de vérifier le niveau d'aisance des aidants naturels dans leur communication avec l'endeuillé. Certains se sentiront maladroits, d'autres ne sauront pas quoi dire ou se seraient tenus à distance étant donné leur inconfort devant cette situation inhabituelle (Hanus, 2004). Le recours à l'entrevue psychosociale, de groupe ou systémique (selon la nature du soutien social) est suggéré pour en faire la mesure.

1.2.4.2 Activités retenues pour l'objectif sur le réseau social de l'endeuillé

- Pour faciliter l'intégration des proches dans la prise en charge de l'endeuillé et pour faciliter le développement d'un lien avec ceux-ci, il est recommandé de leur apporter du soutien (Cutrona et Cole, 2000, dans Caron et Guay, 2005). L'expérience clinique juge pertinent de leur permettre une ventilation et une décharge émotionnelle à eux aussi.
- Les proches des endeuillés ont fréquemment rapporté aux cliniciens vivre un malaise et un sentiment d'impuissance face au suicide et face à une prise en charge ultérieure de l'endeuillé. L'expérience clinique croit nécessaire de normaliser ce ressenti.
- Les aidants naturels peuvent, à leur tour, recourir inconsciemment à des mécanismes de défense devant cette réalité de voir un proche, en état de choc, endeuillé par suicide. Pour éviter toute attitude dysfonctionnelle, il importe de les sensibiliser sur la souffrance et les réactions traumatiques de celui-ci. Il s'agit d'un type de recadrage.
- « La [personne] victime d'événement traumatique désire parler des émotions provoquées par les images intrusives et de l'événement même, mais l'environnement social freine, souvent involontairement, la verbalisation des émotions » (Bousquet Des Groseilliers, 2006, p. 279). Il se peut que des proches aient tendance, dans le court et moyen terme, à critiquer l'état de l'endeuillé (« tu pleures encore »), à se montrer impatients devant lui, à banaliser son état (« tout le monde trouve ça dur »), à éviter de discuter du suicide ou à en minimiser les conséquences. Cela ne ferait qu'augmenter l'état de stress de l'endeuillé, nuire à son intégration psychique du traumatisme, freiner la spontanéité dans ses communications et pourrait l'amener à privilégier le retrait social pour se sauvegarder. Par conséquent, il est hautement demandé de dispenser une psychoéducation aux aidants naturels pour les aider à soutenir l'endeuillé (McMenamy et al., 2008). Celle-ci portera sur les réactions de choc et sur l'état actuel de l'endeuillé (suite à l'observation clinique), sur le cheminement du deuil et les spécificités du deuil par suicide ainsi que sur le risque de contagion, s'il est estimé et considéré probable par les cliniciens. Il ne faut pas négliger l'apprentissage social que l'endeuillé fait en découvrant le suicide d'un proche : il est possible de se suicider (Berkowitz et al., 2011). Les aidants naturels doivent ainsi veiller à ce que l'endeuillé ne se modèle pas au suicidé.

- Pour faciliter la mobilisation des proches aidants dans un plan de match, l'expérience clinique propose d'explorer le champ de compétence et les limites de chacun d'eux dans le support qu'ils peuvent apporter à l'endeuillé. De plus, cela pourrait leur permettre d'interagir entre eux, soit entre aidants, et d'augmenter leur communication mutuelle. Tous viseront le même but : soutenir l'endeuillé. De cette façon, les cliniciens pourront développer un sentiment de solidarité à l'égard de l'endeuillé et coordonner les responsabilités respectives de chacun dans leur prise en charge de celui-ci, en lien avec ses besoins préalablement identifiés (activité dans l'objectif 1).
- L'expérience clinique ajoute que les intervenants doivent inviter les aidants naturels à se montrer fiables à l'endeuillé, notamment dans l'actualisation des tâches qui leur sont confiées, dans l'assiduité de leurs contacts et dans l'écoute qu'ils leur apportent.
- Discuter avec les aidants naturels de leurs valeurs et de leurs visions du suicide peut être bénéfique, selon l'expérience clinique. Ainsi, les proches pourront parler du stigma qui entoure le suicide et reconnaître l'impact de leurs tabous dans leur accompagnement du survivant. La religion joue ici un rôle crucial. Plusieurs convictions religieuses condamnent le suicide, parfois l'acte et/ou parfois la personne suicidée (Kaslow, Samples, Rhodes et Gantt, 2011). Cela peut occasionner des obstacles ou des résistances chez les proches aidants qui se répercuteront dans le processus relationnel avec le survivant.
- L'expertise suggère d'informer les proches d'une possibilité qu'ils vivent des limites dans leur accompagnement auprès de l'endeuillé, à court ou moyen terme. Ils ont besoin de savoir que cette situation serait normale en raison de cet événement particulier. Donc, il serait judicieux de leur laisser la référence de Suicide Action Montréal s'ils ressentaient, eux aussi, un besoin d'aide ultérieur ou un besoin de recevoir de l'information supplémentaire. Il s'agit en quelque sorte de leur filet de sécurité.

1.2.5 Favoriser le recours à un suivi court-moyen terme auprès d'un réseau supportant

Vers la fin d'une entrevue en situation de crise, le clinicien doit être en mesure de formuler la crise, soit de traduire sa compréhension de la situation en émettant des hypothèses, et d'y proposer des issues possibles (Séguin et al., 2006). Le contexte de

l'UPS-J fait en sorte que les professionnels effectuent des interventions ponctuelles, au moment même de la découverte du suicide. Ils seront donc en mesure de proposer un plan d'action et devront faire en sorte de motiver le client à y recourir.

McMenamy et al. (2008) ont fait une étude qui décrit les besoins spécifiques des endeuillés par suicide pour parvenir à leur rétablissement. Ils ont défini deux types de ressources post-crisis qui sont en mesure de les aider dans leur processus de deuil : les ressources formelles et les ressources informelles. Les résultats de leur étude révèlent que les professionnels de la santé mentale et les directeurs funéraires sont les deux ressources formelles les plus aidantes, dans une proportion respective de 80% et de 70%. Quant aux ressources informelles, les taux de satisfaction sont généralement plus élevés : 87% pour un ami intime, 85% pour un enfant, 82% pour le conjoint, 74% pour un voisin ou un collègue de bureau, 70% pour un frère ou une sœur et 67% pour un parent. De plus, ils ajoutent que certains types de ressources pour le traitement les aident davantage : une discussion un-à-un avec un autre endeuillé par suicide (100%), un groupe de soutien pour endeuillés par suicide (94%), un livre sur le suicide et le deuil (85%) et une thérapie individuelle (80%). Par conséquent, il est nécessaire de voir à ce que ces ressources soient et se montrent disponibles pour l'endeuillé, l'incitant ainsi à les consulter au moment où il considèrera en avoir besoin.

1.2.5.1 Deux indicateurs de réussite à cet objectif et leur outil de mesure

Premièrement, les cliniciens doivent veiller à un niveau d'expression d'une disponibilité des ressources informelles (ami, conjoint, enfant, parent, etc.) auprès de l'endeuillé afin que celui-ci puisse les interpeler au besoin. Pour mesurer cet indicateur, on recourt au plan de match court terme qui a été établi auprès des aidants naturels. Cette fois-ci, il est suggéré que ce plan soit établi devant l'endeuillé pour lui démontrer explicitement la disponibilité de ses ressources informelles.

Deuxièmement, les intervenants doivent également voir au niveau d'expression de la disponibilité des ressources formelles (thérapeutes, médecin, etc.). Il faut que le survivant sache et connaisse les ressources de ce type qui sont à sa portée. Pour en mesurer la

disponibilité, il est suggéré d'effectuer des suivis à ces professionnels, avec le consentement de l'endeuillé si l'intervention se réalisait en vertu de la LSSSS (volontariat du client).

1.2.5.2 Activités retenues pour l'objectif sur le réseau supportant post-crise

- L'expérience clinique recommande d'identifier et de reconnaître le leadership d'un aidant naturel devant l'endeuillé, afin que celui-ci retienne que cette personne peut être un pivot pour l'aider et le supporter dans les prochains jours.
- L'expertise souligne qu'il est fréquent, dans ce contexte de crise, que l'endeuillé oublie certaines informations reçues par les intervenants de crise. L'état de choc et les mécanismes de défenses peuvent freiner la mémorisation de nouvelles informations. Cela dit, il serait pertinent d'écrire un aide-mémoire sur les tâches convenues avec les aidants naturels et l'endeuillé afin que ce dernier sache ce qu'il doit effectuer.
- L'activité précédente implique qu'un calendrier court terme a été établi portant autour des activités et des rôles de chacun dans les prochains jours. Par exemple; qui apportera des repas à la famille de l'endeuillé, qui téléphonera pour prendre des nouvelles à chaque jour, qui l'accompagnera dans ses téléphones vers les salons funéraires, etc.
- L'endeuillé, ou les membres de sa famille, doivent être informés de la logistique des démarches à effectuer concernant le corps du suicidé. Les policiers et les gens de la morgue qui viennent récupérer le corps disposent de ces informations. Il est suggéré aux cliniciens de les questionner à ce sujet et de transmettre les renseignements à l'endeuillé, oralement et par écrit, ainsi qu'à un proche aidant.
- Plusieurs endeuillés par suicide ont éprouvé de la difficulté à recourir à du support professionnel et une des barrières identifiées par McMenemy et al. (2008) concerne le manque d'information qu'ils disposent sur le « où » et le « comment » recourir aux différentes formes d'aide. Par conséquent, il est fortement suggéré de laisser des références à l'endeuillé et, idéalement, spécifiques à la problématique du suicide (Berkowitz et al., 2011; McMenemy et al., 2008). Par exemple, des organismes spécialisés en deuil par suicide, le titre d'un livre sur le deuil par suicide et un site internet sur le sujet.

- L'expérience clinique mentionne l'importance de l'actualisation du protocole d'entente UPS-J et SAM. Les professionnels de l'UPS-J demandent à SAM de relancer l'endeuillé dans les jours suivants leur intervention, avec l'accord de ce dernier. SAM, de leur côté, ont signalé que leur contact est généralement bon avec les endeuillés, au moment de leur relance, car ceux-ci attendaient déjà leur appel.
- Il est mentionné de faire appels à d'autres types de ressources selon la situation de l'endeuillé et le jugement des intervenants. Par exemple, on relève l'organisme « Parent Étoile » lorsque l'endeuillé est un enfant qui vient de perdre un parent.
- Advenant le cas où l'endeuillé dispose déjà d'une équipe traitante psychosociale ou psychiatrique, il est recommandé d'en informer ses intervenants réguliers. Ceux-ci adapteront leur intervention et pourront effectuer une relance au survivant. Pour l'UPS-J, il s'agit donc d'opérationnaliser les suivis téléphoniques à cette équipe.
- Et parfois, selon l'état et la situation de l'endeuillé, les intervenants doivent proposer un filet de sécurité plus grand, à savoir une présence et une surveillance professionnelle constante auprès de ce dernier, sans nécessairement recourir à un transport hospitalier. Donc, les services d'un centre de crise seraient justifiés afin qu'il y ait une prise en charge immédiate de l'endeuillé (hébergement supervisé).

2. ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ D'IMPLANTER LE MODÈLE LOGIQUE DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DE L'UPS-J

2.1 Les barrières à la faisabilité d'implanter le modèle logique

Après avoir pris connaissance du modèle logique schématisé, deux professionnels de l'équipe (8.33%) ont mentionné que cet outil ne répondait pas à un besoin professionnel. Toutefois, ces deux personnes ont écrit un commentaire à l'effet qu'il est intéressant et pertinent de mettre des mots sur ce qui doit être réalisé lors de ces interventions. Au niveau de la compatibilité, un clinicien (4.17%) estime que le modèle n'est nullement en lien avec les interventions que l'UPS-J effectue réellement dans ce contexte spécifique de la crise suite à un suicide. Aucune personne (0%) ne considère le modèle logique comme difficile à comprendre et à utiliser, aucune personne (0%) n'estime qu'il y a une absence de gain à l'utiliser dans la pratique professionnelle et aucune personne (0%) se dit non-prête à collaborer avec l'institution afin de l'intégrer dans le fonctionnement de l'UPS-J.

Quant aux risques reliés à l'implantation du modèle logique, dix professionnels (41.67%) affirment en percevoir quelques-uns. Ces risques s'articulent autour de trois idées : le risque que cela devienne une « recette » ou une « prescription » et que les intervenants ne recourent plus à leur jugement clinique par « automatisme » (6/10); le risque qu'une tendance se développe à déplacer l'intervention d'un niveau « d'urgence vers un niveau thérapeutique » (2/10) et le risque que certains intervenants adoptent une résistance à ce changement de pratique (2/10). Et, finalement, au niveau du leadership collectif, deux intervenants (8.33%) affirment que la direction, la coordination clinique et l'instigateur du projet ne possèdent pas le leadership suffisant pour permettre la diffusion et l'implantation du modèle logique dans la pratique de l'UPS-J. Une personne recommande plutôt un recours à un formateur ou un clinicien spécialiste dans le deuil, et l'autre estime que la direction et la coordination clinique ont une charge de travail très considérable et qu'elles ne seraient pas en mesure d'assumer cette nouvelle responsabilité. Une personne (4.17%) a refusé de répondre à cette question portant sur le leadership collectif.

2.2 Les facilitateurs à la faisabilité d'implanter le modèle logique

Pour débiter, 22 cliniciens (91.67%) mentionnent que le modèle logique répond à un besoin dans leur pratique professionnelle. Le tableau 3 fait état des situations insatisfaisantes relevées par ceux-ci et desquelles découle leur besoin professionnel. Au niveau de la compatibilité, six personnes (25%) considèrent que le modèle est en lien avec les interventions réellement effectuées par l'UPS-J, tandis que dix-sept autres personnes (70.83%) le voient comme étant grandement en lien avec la réalité des interventions effectuées. Donc, un total de 95.83% des membres de l'UPS-J mentionnent que le modèle est compatible avec la pratique professionnelle du service. Au niveau de la complexité, onze cliniciens (45.83%) reconnaissent que le modèle est facile à comprendre et à utiliser, alors que les treize autres cliniciens (54.17%) le considèrent comme étant grandement facile à comprendre et à utiliser. Donc, l'ensemble de l'équipe le considère peu complexe. Aussi, la totalité des intervenants de l'équipe (100%) voient des gains à leur pratique professionnelle d'implanter le modèle à l'UPS-J. Le tableau 4 ressort les gains identifiés par les cliniciens dans le questionnaire. Au niveau des risques d'implanter le modèle, quatorze personnes (58.33%) mentionnent ne pas en percevoir. Au

niveau du leadership collectif, vingt-et-un professionnels (87.5%) soulignent que la direction, la coordination clinique et l'instigateur du projet disposent d'un leadership suffisant pour implanter le modèle dans le fonctionnement de l'UPS-J. Et tous (100%) se disent prêts à coopérer à une démarche officielle d'intégration des soins à leur pratique.

Tableau 3
Situations insatisfaisantes chez les cliniciens de l'UPS-J dans le cadre de leur intervention auprès des endeuillés par suicide

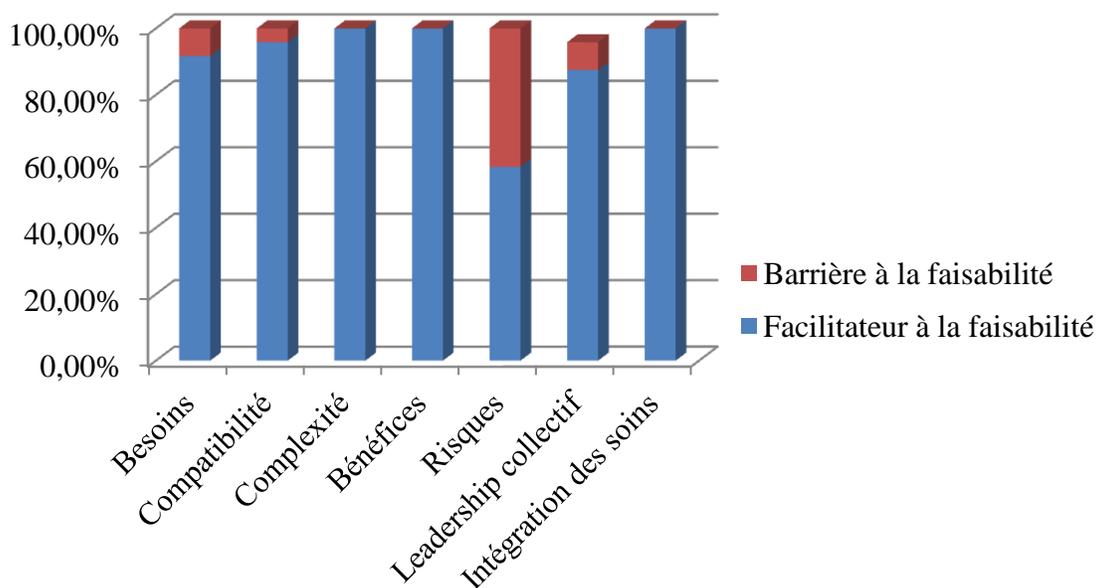
Fréquence (x/22)	Situations insatisfaisantes relevées par les intervenants de l'UPS-J
12/22	Manque de précision sur ce qui doit être réalisé (objectifs)
6/22	Manque de connaissances sur les tâches à effectuer
4/22	Absence de structure et/ou de cadre clinique
2/22	Le recours à une intervention « émotive », par instinct, improvisée
1/22	Manque de références pour les nouveaux employés
1/22	Manque d'uniformité, dans l'équipe, pour ce type d'intervention
1/22	Absence de mots pour échanger entre eux, après l'intervention
1/22	Ne pas savoir quoi faire avec le corps du défunt; anxiété liée à cela
1/22	Ne pas savoir quoi faire avec le réseau supportant et/ou systémique
1/22	Impression de plutôt répondre aux besoins du demandeur de l'intervention que ceux de l'endeuillé

Tableau 4
Gains identifiés par les cliniciens de l'UPS-J à l'implantation du modèle logique dans leur pratique professionnelle

Fréquence (x/24)	Gains relevées par les professionnels de l'UPS-J
7/24	Meilleure structure à l'intervention; schéma mental et visualisation des actions à réaliser
6/24	L'uniformisation dans cette intervention et dans la méthode de travail
5/24	Aider les nouveaux intervenants, les stagiaires et ceux moins à l'aise
5/24	Aider les intervenants à se sentir plus outillés
5/24	Permettre une vision globale de l'intervention où tout a un sens
3/24	Rendre les actes professionnels plus rationnels et moins subjectifs
3/24	Amener les membres de l'équipe à discuter du sujet, à acquérir un vocabulaire sur ce type d'intervention
3/24	Optimiser l'intervention et la rendre plus efficace
3/24	Valider la pertinence d'intervenir même si parfois certains intervenants se sentent impuissants
2/24	Permettre des références théoriques en matière de deuil
1/24	Savoir quoi faire avec l'entourage de l'endeuillé
1/24	Reconnaissance des rôles professionnels distincts selon la discipline

Le graphique suivant a été réalisé pour résumer les résultats obtenus au niveau des barrières et des facilitateurs à la faisabilité d'implanter le modèle logique dans la pratique professionnelle de l'UPS-J.

Figure 1
Visualisation des proportions des barrières et des facilitateurs à la faisabilité d'implanter le modèle logique à l'UPS-J



2.3 Les formes de support institutionnel demandées par les professionnels

Les résultats précédents démontrent, par une proportion plus importante des facilitateurs à la faisabilité, une réponse favorable à l'implantation du modèle logique, développé dans cet essai, dans la pratique professionnelle de l'UPS-J. Toutefois, les intervenants de cette équipe demandent du support institutionnel auprès de l'organisation du CSSS Jeanne-Mance. Le tableau 5 ressort les formes de support identifiées par les membres de l'équipe UPS-J.

Tableau 5
Formes de soutien institutionnel demandées par les membres de l'équipe UPS-J pour
l'implantation du modèle logique dans leur pratique

Fréquence (x/24)	Principales formes de soutien institutionnel demandées par l'UPS-J
11/24	Une formation complète sur le modèle logique
8/24	Une rencontre de discussion d'équipe sur le modèle pour veiller à une compréhension commune de l'outil
5/24	Supervision clinique post-intervention où le retour et l'analyse de la situation sont faits en utilisant la grille du modèle
3/24	Effectuer une discussion d'équipe pour assurer une même vision commune du mandat des interventions de crise suite à un suicide
3/24	Assurer un accès facile et rapide au guide explicatif du modèle
3/24	Fournir du support et du soutien aux professionnels suite à une intervention de crise suite à un suicide
2/24	Officialiser l'implantation du modèle dans le fonctionnement de l'UPS-J afin qu'il s'applique à tous les intervenants de l'équipe
2/24	Effectuer une évaluation de l'implantation (voir à des ajustements à faire ou voir à des retours s'il y avait des incompréhensions)
2/24	Avoir la possibilité d'obtenir du feed-back sur les interventions réalisées
1/24	Former un comité pour réviser la forme que pourrait prendre la fiche d'intervention dans ce contexte
1/24	Nommer un référent pour répondre aux éventuelles questions
1/24	L'élaboration d'une grille de collecte nursing spécifique à ce contexte
1/24	Une libération de temps pour intégrer le modèle
1/24	Mettre un résumé du modèle dans chaque kit d'intervention
1/24	Une considération, par la direction, des impacts de ces interventions sur les intervenants
1/24	Ne veut pas de support; considère que tout est appliqué dans l'équipe

DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS DE L'INNOVATION

1. RETOUR SUR LE MODÈLE LOGIQUE

Le modèle logique élaboré au cours de cette démarche constitue une structure pour l'intervention de crise auprès des personnes nouvellement endeuillées suite à la découverte du suicide d'un proche. Évidemment, il s'agit d'un modèle « dans le meilleur des mondes » puisque l'intervention s'effectue en contexte de crise où il peut y avoir des émotions très intenses et très diverses ainsi qu'une perte de contrôle, autant par l'endeuillé, par ses proches que par les acteurs déjà en place, soit les policiers ou les ambulanciers. Il est ainsi difficile de prévoir avec justesse l'état de la situation, qui peut se modifier rapidement entre la demande et l'arrivée des intervenants sur les lieux. De plus, il devient flagrant que leurs principaux défis consisteront à gérer la désorganisation sur les lieux du drame et à permettre nécessairement un certain soulagement chez les acteurs présents, autant chez l'endeuillé, chez ses proches que, parfois même, chez un policier (LeBlanc et Séguin, 2006). Par conséquent, cette structure ou ce modèle d'intervention est malléable selon la situation qu'observeront les professionnels de l'UPS-J. Idéalement, ils devraient couvrir l'ensemble des cinq objectifs spécifiques afin de maximiser la présence de conditions qui favoriseront à l'endeuillé à trouver un terrain d'équilibre nécessaire pour lui permettre de débiter son deuil. Toutefois, il est possible de rencontrer des situations où il n'y aura pas de réseau naturel supportant ou encore que l'endeuillé présentera un état mental suffisamment perturbé pour qu'un transport hospitalier soit envisagé immédiatement. Dans le premier cas, à défaut de travailler l'objectif spécifique portant sur les aidants naturels, il sera toujours possible de davantage favoriser le recours à un suivi court-moyen terme auprès de professionnels. Et dans le deuxième cas, il va de soi qu'advenant un transport hospitalier, il deviendra impossible de travailler l'intégration du suicide dans l'identité de l'endeuillé vue la perturbation de son état mental. Cela dit, les intervenants pourront tout de même solliciter l'entourage ou une aide professionnelle éventuelle d'un organisme ou des services sociaux du centre hospitalier où serait conduit l'endeuillé. En résumé, cette logique d'action est flexible dans l'utilisation qu'en feront les professionnels de l'UPS-J. Elle fixe un rationnel ou une charpente qui peut les guider dans leur intervention de crise. Il demeure que ceux-ci

resteront imputables des actes professionnels qu'ils effectueront. Donc, il est fortement suggéré de recourir à son analyse clinique pour bien comprendre la situation de crise rencontrée ainsi que pour appliquer judicieusement les activités proposées. À cet effet, dans l'étude de la faisabilité d'implanter le modèle logique à l'UPS-J, parmi les risques qu'avaient identifiés les professionnels, il y avait « l'automatisme » et le « non recours à l'analyse clinique ». Or, la critique, faite ici, recommande fortement de maintenir le recours au jugement clinique chez les intervenants.

2. RETOUR SUR LA LITTÉRATURE

Faire la découverte d'un suicide d'un proche constitue une situation de crise de type psychotraumatisante. Séguin et al. (2006) en font la conceptualisation : tout débute avec un événement traumatique où s'observeront des symptômes anxieux, et où les issues à cette crise seront le sens qui est donné au trauma (issue positive) ou le trouble de stress post-traumatique (issue négative). Cela dit, un des éléments sur lequel porte le modèle logique est justement la réaction de choc et/ou de stupeur suite à la découverte d'un suicide. Il s'agit d'un trauma et l'un des objectifs de l'intervention vise à réduire une issue négative; soit l'apparition de réactions post-traumatiques. Pour ce faire, un sens doit être donné au trauma pour arriver au rétablissement. Il s'agit bien sûr de trouver un sens au suicide tout en acceptant ultimement son non-sens (Cleiren, 1992, dans Hanus, 2004). Dans le cadre de l'intervention de crise, il est impossible d'entamer ce travail psychothérapeutique. Toutefois, il faut comprendre que les intervenants ont du pouvoir pour donner un sens et une directivité dans la situation immédiate. Notamment par le désamorçage auprès de l'endeuillé, ils sont en mesure de lier le vécu traumatique par le langage et de permettre le début d'une intégration cognitive de l'événement traumatique, ce qui donne un sens au trauma (Vaiva et al., 2006). Évidemment, une interface avec le deuil doit s'opérer puisque l'événement qui provoque la crise se trouve à être le décès d'un proche selon une circonstance traumatisante (Hanus, 2004; Séguin et al., 2006). Le travail de détachement débute à ce moment et l'issue du travail de deuil peut être positive ou non, selon qu'il soit compliqué, voire pathologique, ou « normal » (Séguin et al., 2006). La logique d'action vise une issue positive au deuil en permettant l'évacuation des

images traumatiques, première étape importante pour débiter ce processus, dans ce contexte, selon Hanus (2008). Aussi, la ventilation des premières émotions, soit la culpabilité, la colère, le dégoût ou la tristesse, est reçue par des professionnels sans que ceux-ci n'y apportent d'explications qui pourraient fausser ou altérer le début du deuil. De plus, une préoccupation peut être directement adressée à l'endeuillé ainsi qu'à ses proches quant au risque de contagion dans les prochains temps. Les références laissées à ce moment leur permettront de consulter advenant de futures idéations suicidaires chez l'endeuillé. Finalement, la logique d'action élaborée répond aux trois critères sur lesquels doit porter l'intervention : la crise, le stress et le deuil (Gouvernement du Québec, 2008; Séguin et al., 2004).

De plus, LeBlanc et Séguin (2006) proposent sept étapes dans les activités ou les stratégies d'intervention qui sont adaptées au contexte de crise : créer un lien de confiance et susciter l'engagement; évaluer la sévérité des symptômes et la dangerosité; comprendre la situation de crise; favoriser l'expression des émotions; briser l'isolement; formuler la crise et le plan d'action; effectuer le suivi après la crise. Ces activités ne s'opéreront pas nécessairement de manière linéaire, à l'exception de la septième – qui se trouvera à être la dernière, mais devront s'observer dans l'entretien clinique. Ces sept éléments sont clairement intégrés au modèle logique, soit dans l'articulation des objectifs spécifiques ou encore dans les activités ou indicateurs proposés.

3. LES APPORT DU MODÈLE LOGIQUE ÉLABORÉ

Tout d'abord, il faut retenir que le mandat d'intervention de l'UPS-J à titre de postvention active auprès de survivants par suicide représente un certain atout pour la population de Montréal. À cet effet, McMenamy et al. (2008) indiquent qu'il y a une insuffisance de service auprès de cette clientèle grandement en besoin et que davantage de programmes/services devraient s'inspirer du modèle de la postvention active pour les rejoindre dans leur état de crise. Ils ajoutent qu'une intervention de ce type aide à réduire le sentiment d'isolement, le stigma associé au suicide et le trauma. À cet effet, the LOSS Team se dit précurseur dans la mise en place de services pour cette clientèle (Campbell,

2011; Campbell et al., 2004). Les intervenants se déplacent sur 52 à 79% des suicides survenus sur leur territoire pour supporter, donner des références et démontrer de l'espoir aux gens nouvellement endeuillés (Campbell, 2011). Toutefois, il est impossible de trouver une logique explicite de l'intervention offerte par leurs intervenants pairs-aidants. Aussi, il faut ajouter qu'un guide pratique pour intervenir dès la phase choc à la suite d'un suicide a été élaboré par la Direction de la santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches, pour les intervenants aux accueils psychosociaux en CLSC. L'intervention qui y est proposée constitue une bonne base pour savoir comment agir et quoi aller chercher comme information (dans un contexte d'évaluation et d'un suivi ultérieur par le CLSC). Des astuces de type pratico-pratique s'y trouvent. Le modèle logique développé dans le cadre de la présente démarche innove en apportant une structure solide à cette intervention spécifique. Le schéma du modèle demeure très intéressant pour les professionnels. Il leur donne la possibilité de visualiser l'ensemble de la situation à traiter, d'identifier les dimensions importantes à considérer dans leur lecture et leur analyse clinique des besoins de l'endeuillé tout en leur indiquant des activités à réaliser. En ce sens, cette logique d'action vient compléter, par une structure logique et rationnelle, le guide pratique élaboré en Chaudière-Appalaches.

Au niveau de l'UPS-J, le modèle logique démontre aux intervenants la pertinence et la nécessité à effectuer et à fournir une offre de service pour ces survivants. Évidemment, de par leur présence, les professionnels auront un effet protecteur et ils enverront un message à l'endeuillé à l'effet qu'il n'est pas seul dans cette situation et qu'il y a des gens qui peuvent prendre soin de lui. Sur ce point, il faut reconnaître la compétence et l'habileté relationnelle que disposent les intervenants pour soutenir et accueillir une personne en détresse. Cela dit, les policiers, les enquêteurs et les ambulanciers ne sont pas nécessairement formés pour acquérir ce savoir-être réconfortant ni pour connaître les meilleures pratiques auprès des endeuillés. Il importe de mentionner que parfois, au contraire, leurs agissements et leurs attitudes peuvent plutôt augmenter l'état de stress chez des endeuillés.

De plus, le modèle logique répond à un besoin chez plus de 90% des professionnels de l'UPS-J. À cet effet, il est ressorti essentiellement un besoin de précision sur les objectifs qui doivent être visés, un besoin de connaissances sur les tâches à effectuer et un besoin de cadre ou de structure clinique. Aussi, l'ensemble de l'équipe estime qu'il y a des gains ou des apports à l'utilisation de ce modèle. Ils relèvent notamment une meilleure structure à l'intervention, une uniformisation des pratiques, un guide pour les recrues ou les stagiaires, un sentiment d'être plus outillé, une vision globale de la situation à traiter, une intervention désormais plus rationnelle qu'émotive, un partage d'un vocabulaire commun pour les discussions cliniques, etc. Bref, les résultats obtenus au cours de cette démarche viennent clairement combler un manque dans la pratique à l'UPS-J.

4. LES LIMITES DU MODÈLE LOGIQUE ÉLABORÉ

Effectuer ce genre d'intervention en contexte traumatique et hautement émotif exige des compétences solides chez les intervenants. Le modèle n'émet pas de recommandation quant aux capacités relationnelles et aux habiletés reliées au savoir-être nécessaires pour supporter les endeuillées en état de choc. De plus, les professionnels ont un défi supplémentaire pour cette intervention spécifique : porter une attention particulière aux enjeux possibles liés au contre-transfert. À cet effet, il faut préciser que les professionnels œuvrent habituellement en prévention du suicide, alors que la situation actuelle demande leur implication suite à un suicide complété. Par conséquent, les intervenants doivent bien comprendre la spécificité de ce mandat et il importe qu'ils prennent position sur le suicide (compréhension des interférences qu'ils peuvent induire selon leurs considérations face au suicide). Et finalement, une préoccupation doit être portée vers le soutien des cliniciens suite à une intervention de ce type. Ceux-ci ont également des besoins spécifiques après s'être impliqués dans une démarche de soutien traumatique : besoin de ventilation, besoin d'exprimer ses émotions, besoin de supervision ou encore un besoin de prendre un temps d'arrêt avant une prochaine intervention. Ces considérations liées à l'intervenant ne font pas partie du modèle logique élaboré même si elles revêtent un aspect essentiel et primordial au bien-être de la dispensation de ce service.

5. LES PROCHAINES ÉTAPES

5.1 Au niveau de l'implantation à l'UPS-J

La logique d'action est considérée par plus de 95% de l'équipe de l'UPS-J comme étant compatible à la réalité du terrain et tous les cliniciens se disent prêt à coopérer à son intégration dans la pratique professionnelle. Un atout est également noté au fait que tous considèrent le modèle comme étant facile à comprendre et à utiliser. Cela dit, il reste à développer une entente entre la direction, la coordination clinique et l'instigateur du projet afin de conduire un changement dans la pratique à l'UPS-J (87,5% des membres de l'équipe disaient reconnaître un leadership collectif suffisant avec ces trois acteurs). Évidemment, un travail doit être effectué pour créer et élaborer des formes de soutien institutionnel pour favoriser l'implantation de la logique d'action au sein de l'UPS-J. À cet effet, une formation complète sur le modèle logique est proposée afin que tous aient une vision et une compréhension commune de l'outil. Donc, une présentation magistrale de l'objet d'étude ainsi qu'une discussion d'équipe portant sur des études de cas rencontrés favoriseront une intégration du modèle par le médium des connaissances. Ensuite, pour bien en saisir l'applicabilité, il est suggéré que des supervisions cliniques post-intervention soient à la portée des intervenants pour leur permettre d'approfondir l'analyse des situations rencontrées en égard à la vision proposée par le modèle logique. Aussi, il importe pour les cliniciens que l'offre de ce service (le mandat) soit précise et explicitée afin que tous en aient la même vision. En ce sens, le but ultime du modèle conceptualise assez bien le rôle que doivent jouer les intervenants dans cette situation. Finalement, tous devraient posséder une copie du modèle logique dans leur kit d'intervention, à titre de rappel au moment où survient une situation de ce type, et tous auront à leur portée une personne ressource pour les soutenir émotionnellement après une intervention.

Un calendrier devrait être élaboré pour fixer les échéanciers pour chacune des étapes du processus d'implantation. De plus, un moment sera planifié afin d'évaluer la démarche d'implantation et le niveau de satisfaction des intervenants à l'utilisation de ce modèle logique. Cela deviendra alors le moment où des changements pourront être apportés.

5.2 Au niveau d'éventuelles recherches

Il serait intéressant de comparer deux groupes d'endeuillés par suicide, un premier ayant bénéficié des services de l'UPS-J et un deuxième n'ayant pas reçu de service immédiat suite à la découverte du défunt. Ainsi, une évaluation des effets de l'intervention et une évaluation de la satisfaction des endeuillés à l'égard de cette intervention pourraient être effectuées. Cela permettrait d'ajuster directement l'offre de service de l'UPS-J et d'apporter une appréciation de la logique d'action du point de vue de la clientèle. De plus, il est également proposé d'envisager une étude prospective quant aux différents risques qu'encourt la personne qui fait la découverte du suicide d'un proche. La littérature abonde au niveau des risques de développer des réactions post-traumatiques. Toutefois, l'expertise dans le domaine du deuil a signalé l'apparition probable de plusieurs autres problèmes de santé : problème de l'humeur et/ou problème de consommation à titre d'exemple. Et finalement, une étude qualitative sur le vécu des aidants naturels fournirait des indications quant à leurs besoins psychosociaux spécifiques dans l'accompagnement du survivant dans son processus de deuil. Évidemment, toutes ces propositions d'étude impliquent des enjeux éthiques dans le recrutement des participants... Puisque le but n'est pas d'encourager un accroissement de la population d'endeuillés par suicide. Le but demeurera toujours de prévenir le suicide, il s'agit bien d'un choix sociétal.

CONCLUSION

On se souvient de la dame mentionnée dans l'introduction de cet essai synthèse : son mari vient de se suicider par pendaison, ce dernier était connu pour dépression et alcoolisme. La dame est en crise, elle pleure et appréhende le retour de ses enfants de l'école. La présente démarche a élaboré une logique d'action pour cette intervention de crise auprès de cette dame tout en répondant à un besoin d'efficacité et de structure clinique chez les professionnels de l'UPS-J. En guise de conclusion, une métaphore est proposée afin de résumer les dimensions du modèle logique.

La personne qui découvre le suicide d'un proche se retrouve soudainement prise avec un immense bloc de glace entre les mains. Elle est catapultée dans un processus de deuil dit traumatique. Il y a le deuil au centre du bloc de glace et toute la structure glacée représente le contexte traumatique. Cela dit, pour accéder au centre, le survivant doit parvenir à traiter la partie traumatique de cette expérience. Il s'agit ici du but ultime du modèle logique, soit de mettre en place des conditions suffisantes pour permettre au survivant de mieux porter son bloc de glace afin d'arriver à intégrer un processus de deuil le moins problématique possible. Toutefois, avant d'y arriver, il faut s'assurer que le survivant porte bien son bloc de glace entre les mains. À cet effet, la réalité est froide, glaciale. Certaines personnes peuvent ne pas se sentir en sécurité dans ce contexte ou encore vivre une réaction traumatique dissociative pour éviter de porter cette charge frisquette. Évidemment, ce contexte fera émerger différents mécanismes de défense chez l'endeuillé en raison de la souffrance face à cet événement. Par contre, il demeure que ce bloc de glace appartient et doit revenir au survivant; il s'agit de son processus de deuil à lui. Le travail des cliniciens consistera à lui démontrer qu'il n'est pas seul dans ce processus et qu'ils croient qu'il possède les capacités nécessaires pour passer au travers de cette vive souffrance. Pour aider dans ce cheminement, il importe aux cliniciens et aux aidants naturels de démontrer du réconfort et de la chaleur. Une attitude de collaboration illustrera que plusieurs mains peuvent porter le bloc de glace avec l'endeuillé, ce qui le fera fondre plus rapidement, permettant mieux ainsi d'accéder au deuil par suicide. Il s'agit donc d'une implication active des différents acteurs en présence au moment de

l'intervention et des suites que donneront les aidants naturels (plan d'action). En montrant au survivant que le bloc va finir par fondre, un message lui est envoyé, soit celui qu'il y a de l'espoir et qu'il y aura une suite, une continuité dans son expérience de vie. À cet effet, des gens peuvent se montrer disponibles pour l'encadrer vers cette voie, soit au niveau de l'entourage ou des ressources spécifiques aux endeuillés par suicide.

L'expérience de la vie va se poursuivre pour cet endeuillé, même si la période actuelle est souffrante. La glace va fondre et le deuil au centre ouvrira, éventuellement, de nouvelles opportunités à sa vie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

American Psychiatric Association (4^e éd.) (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.

Bacqué, M.-F. (2007). *L'un sans l'autre; psychologie du deuil et des séparations*. Paris : Éditions Larousse.

Bacqué, M.-F. et Hanus, M. (2009). *Le deuil*. Paris : Éditions des Presses Universitaires de France.

Bercovitz, A. (2003). *Accompagner des personnes en deuil, l'expérience du centre François-Xavier Bagnoud*. Ramonville Saint-Agne : Éditions Érès.

Berkowitz, L., McCauley, J., Schuurman, D. L. et Jordan, J. R. (2011). Organizational postvention after suicide death. In J. R. Jordan et J. L. McIntosh (dir.), *Grief after suicide, understanding the consequences and caring for the survivors* (p. 157-178). New York: Taylor and Francis.

Birmes, P., Klein, R. et Schmitt, L. (2006). L'évaluation et le pouvoir prédictif des réactions péritraumatiques et post-traumatiques. In M. Séguin, A. Brunet et L. Leblanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (p. 147-156). Montréal : Éditions de la Chenelière inc.

Bousquet Des Groseilliers, I., Marchand, A. et Brunet, A. (2006). La prévention du trouble de stress post-traumatique : tout n'a pas encore été tenté. *Canadian Psychology* 47(4), 273-283.

Bovin, M. J. et Marx, B. P. (2011). The importance of the peritraumatic experience in defining traumatic stress. *Psychological Bulletin* 137(1), 47-67.

Campbell, F. R. (2011). Baton Rouge Crisis Intervention Center's LOSS Team Active Postvention Model Approach. In J. R. Jordan et J. L. McIntosh (dir.), *Grief after suicide, understanding the consequences and caring for the survivors* (p. 327-332). New York: Taylor and Francis.

Campbell, F. R., Cataldie, L., McIntosh, J. et Millet, K. (2004). An active postvention program. *Crisis* 25(1), 30-32.

Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec* 30(2), 15-41.

Cerel, J. et Campbell, F. R. (2008). Suicide survivors seeking mental health services : a preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide and life-threatening behavior* 38(1), 30-34.

Champagne, F., Brousselle, A., Harts, Z. et Contandriopoulos, A-P. (2009). *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal : Éditions les Presses de l'Université de Montréal.

Clark, S. (2001). Bereavement after suicide – how far have we come and where do we go from here? *Crisis* 22(3), 102-108.

Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec* 21(1), 209-227.

Fanzolato, S. (2003). *Les faces cachées de l'intervention en situation de crise*. Mont-Royal : Éditions Modulo Griffon.

Fauré, C. (2007). *Après le suicide d'un proche, vivre le deuil et se reconstruire*. Paris : Éditions Albin Michel.

Fassier, J.B. (2009). *Étude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français*. Thèse de doctorat en sciences cliniques (mention santé communautaire), Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Montréal : Décarie éditeur.

Gouvernement du Québec (2005). *Cahier de formation; estimation de la dangerosité dans le cadre de la loi P-38.001*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

Gouvernement du Québec (2008). *Intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de la santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches.

Gouvernement du Québec (2010). *Prévention du suicide, guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications.

Gouvernement du Québec (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*. Québec : Institut National de Santé Publique du Québec, Bureau du coroner.

Hanus, M. (2004). *Le deuil après suicide*. Paris : Éditions Maloine.

Hanus, M. (2007). *Les deuils dans la vie; deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris : Éditions Maloine.

Hanus, M. (2008). Complexités et défis des deuils après suicide. *Frontières* 21(1), 10-14.

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S. et Guelfi, J.D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *Canadian Journal of Psychiatry* 50(1), 67-71.

Jordan, J. R. (2011). The principles of grief counselling with adult survivors. In J. R. Jordan et J. L. McIntosh (dir.), *Grief after suicide, understanding the consequences and caring for the survivors* (p. 179-223). New York: Taylor and Francis.

Jordan, J. R. et McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors : a review of the literature. *Suicide and life-threatening behavior* 34(4), 337-349.

Kaslow, N. J., Samples, T. C., Rhodes, M. et Gantt, S. (2011). A family-oriented and culturally sensitive postvention approach with suicide survivors. In J. R. Jordan et J. L. McIntosh (dir.), *Grief after suicide, understanding the consequences and caring for the survivors* (p. 301-323). New York: Taylor and Francis.

Larose, S. et Fondaire, M. (2007). *Détresse psychologique en situation de crise*. Montréal : Éditions Québecor.

LeBlanc, L. et Séguin, M. (2006). L'intervention en situation de crise : la conduite de l'entretien clinique. In M. Séguin, A. Brunet et L. Leblanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (p. 31-54). Montréal : Éditions de la Chenelière inc.

McMenemy, J., Jordan, J. R. et Mitchell A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and life – threatening behavior* 38(4), 375-389.

Sands, D. C., Jordan, J. R. et Neimeyer, R. A. (2011). The meanings of suicide, a narrative approach to healing. In J. R. Jordan et J. L. McIntosh (dir.), *Grief after suicide, understanding the consequences and caring for the survivors* (p. 249-282). New York: Taylor and Francis.

Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2006). La typologie de la crise : éclaircissements sur l'étiologie, la symptomatologie et les interventions. In M. Séguin, A. Brunet et L. Leblanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (p. 3-29). Montréal : Éditions de la Chenelière inc.

Séguin, M., Kiely, M. C. et Lesage, A. (1994). L'après-suicide, une expérience unique de deuil? *Santé mentale au Québec* 19(2), 63-82.

Séguin, M., 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 : Éditions de l'Association québécoise de prévention du suicide.

Shauer, M. et Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress, etiology and treatment. *Journal of Psychology* 218(2), 109-127.

Vaiva, G., Ducrocq, F., Jehel, L. et Prieto, N. (2006). Les interventions auprès des traumatisés psychiques. In M. Séguin, A. Brunet et L. Leblanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (p. 157-170). Montréal : Éditions de la Chenelière inc.

ANNEXE 1**VERBATIM DES RÉPONSES DONNÉES PAR SIX PROFESSIONNELS DE L'UPS-J
(SONDAGE INITIAL SUR LEURS BESOINS)**

- 1- Comment vous sentez-vous outillés par rapport aux interventions de type deuil par suicide à l'UPS-J?
- a. *Je me sens relativement bien outillée et je sais ben que je manque de confiance sur ces interventions. J'ai peut-être pas le type de personnalité pour ça... Ou c'est un manque d'intérêt.*
 - b. *Très bien! J'ai de l'expérience acquise dans la mort... J'ai déjà eu un travail en soins palliatifs, j'ai déjà accompagné des gens dans ça... la mort. J'suis confortable avec le concept de la mort et du choix de la mort*
 - c. *Ben moi, j'suis peu outillée encore. Mais si c'est des situations déjà vues... C'est okay... Sinon, si c'est nouveau, ben c'est déstabilisant et j'ai d'la difficulté à savoir quoi faire. Le cadre de référence est incomplet par rapport à ces expériences... J'sais que je suis outillée pour écouter la peine et la tristesse, mais moins pour la désorganisation des gens.*
 - d. *Ben on a eu une seule formation... Pis y'a eu Mario, c'était bref! Ouin, j'suis plus ou moins outillée... Je sais les approches et ce qu'il faut faire... Mais ça demeure plus ou moins outillé.*
 - e. *J'suis outillée moyennement, mais ce n'est pas quelque chose qui me rend mal-à-l'aise. La mini-formation a aidé, mais là la supervision est retirée... On y a juste accès au téléphone. On sait qu'il y a une mini-sructure, faut être là, écouter, référer à SAM... Parfois on est bloqué par les policiers... Mais il faut quand même laisser des ressources. J'pense que le fait qu'il n'y a pas de manière de fonctionner standard... Ça peut rendre des intervenants anxieux.*
 - f. *Plus ou moins outillé Je sais ben quoi faire là-dedans... On réussit quand même à se débrouiller... Ouin moyennement outillé!*

2- Comment vous sentez-vous lorsque vient le moment d'un déplacement-terrain vers ce type d'intervention?

- a. *Anxieuse! Peur... Crainte d'être non-désirée par les clients et une crainte de ne pas répondre adéquatement à leurs attentes. Intellectuellement, je sais que j'suis capable d'intervenir mais émotionnellement, je demeure anxieuse.*
- b. *Je me dit au faite de la souffrance vive de la clientèle et je suis très centrée sur la douleur du survivant, de l'endeuillé. Je suis axée là-dessus.*
- c. *Anxieuse, essentiellement! Pis craintive lié à des réactions que j'ai pas pu prévoir ou au fait qu'il y a trop de gens... Ça c'est intimidant! C'est terrible de gérer un grand nombre de personnes.*
- d. *Ben nerveuse... C'est difficile de savoir quel sera notre accueil. Y'a une crainte d'être de trop...Crainte d'un risque d'être touchée par la situation... Quant au corps, je suis plus à l'aise, j'suis prête à faire faire des adieux.*
- e. *Y'a un sentiment d'inconnu parce qu'on ne sait pas le vécu et l'état de la personne ainsi que le nombre de personnes là-bas. C'est bien quand le collègue est sécure et qu'il sait ce qu'il a à faire.*
- f. *Mal-à-l'aise et je n'aime pas ça! Mais j'aurai pas tendance à les fuir ces interventions.*

3- Que pensez-vous avoir besoin, en tant que professionnels, pour ces interventions?

Ajout parfois : Pensez-vous qu'un modèle d'intervention pourrait vous aider?

- a. *C'est évident que d'en faire plus souvent, ça ça aiderait! La supervision ne m'aide pas et j'étais tannée d'en avoir. Il y a aussi la possibilité d'intervenir avec un intervenant ayant plus d'expérience. Oui, j'ai besoin de voir leur confiance parce que je crois que cela d'éteint sur les autres.*
- b. *Le service a besoin de l'espace aux gens pour en parler... La supervision est bonne, mais sté après coup... Une intervention laisse une empreinte... Une empreinte de culpabilité parce que notre job est de sauver les gens... Et qu'ici on a pas pu le faire... Aussi, ce n'est pas tout le monde qui a les aptitudes pour faire ça et je ne crois pas que cela se développe. Il faut un confort, des affinités dans ça. Parce que l'inconfort se fait sentir en intervention.*

Ouin, un guideline est utile pour le savoir, mais le savoir-être ne se développe pas... Un genre de protocole guide peut aider à sécuriser la personne et... ouin... peut-être permettre l'éclosion d'un savoir-être. C'est sûr qu'un guide est super au niveau de l'institution. Faut pas oublier le besoin de ventiler pour les intervenants... Y'é faux que juste 2-3 phrases sont suffisantes pour ventiler en après passer à autre chose.

- c. *Un besoin d'exemples par rapport à des situations d'intervenants, des experts... Je prends les exemples... des mises en situation.*

Un protocole serait aidant pour savoir mieux s'enligner là-dedans.

- d. *Avoir le support après l'intervention... même si on l'a déjà... pour ventiler auprès des collègues.*

Ouais, une grille malléable pour donner une sorte de guide. Pour savoir quoi faire, être moins dans notre senti pour déterminer ce qu'il faut faire.

- e. *J'ai besoin d'une structure... même si c'est des interventions atypiques... Pis que ça demeure flou. Avoir quelque chose de plus spécifique, plus dirigé. Quand c'est seulement l'état mental et la dangerosité, on a une ligne définie... Chose que non avec le deuil.*

Ça pourrait sécuriser les intervenants.

- f. *Besoin d'une autre formation... Plus que juste de la supervision... Sté avoir quelque chose de plus officiel.*

Je pense que le modèle pourrait être aidant.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE POUR DÉCRIRE L'ÉCHANTILLON DES PARTICIPANTS AU FOCUS-GROUPE DE L'UPS-J (25 JANVIER 2012)

Veillez prendre quelques minutes pour répondre aux questions suivantes.
L'objectif, de ce questionnaire, consiste à être en mesure de décrire le groupe qui prend part volontairement aux discussions du focus-groupe.
Les données demeureront confidentielles.

1. Quel est votre sexe?

	Masculin
--	----------

	Féminin
--	---------

2. Quel âge avez-vous?

	21-25 ans
	31-35 ans
	41-45 ans
	51-55 ans

	26-30 ans
	36-40 ans
	46-50 ans
	56-60 ans

3. Quelle est votre discipline professionnelle?

	Travail social
	Sexologie
	Criminologie

	Soins infirmiers
	Psychoéducation
	Psychologie

4. Quelle est votre ancienneté accumulée dans l'équipe de l'UPS-J?

	0-1 an
	4-5 ans
	8-9 ans
	12-13 ans

	2-3 ans
	6-7 ans
	10-11 ans
	14-15 ans

5. Combien, approximativement, d'intervention de type deuil par suicide avez-vous réalisée à l'UPS-J?

	0-4 interventions
	10-14 interventions
	20-24 interventions

	5-9 interventions
	15-19 interventions
	25 interventions et +

6. Sur quel quart de travail êtes-vous essentiellement attirés?

	Nuit
	Soir

	Jour
	Liste de rappel

Merci grandement de votre implication au focus-groupe!

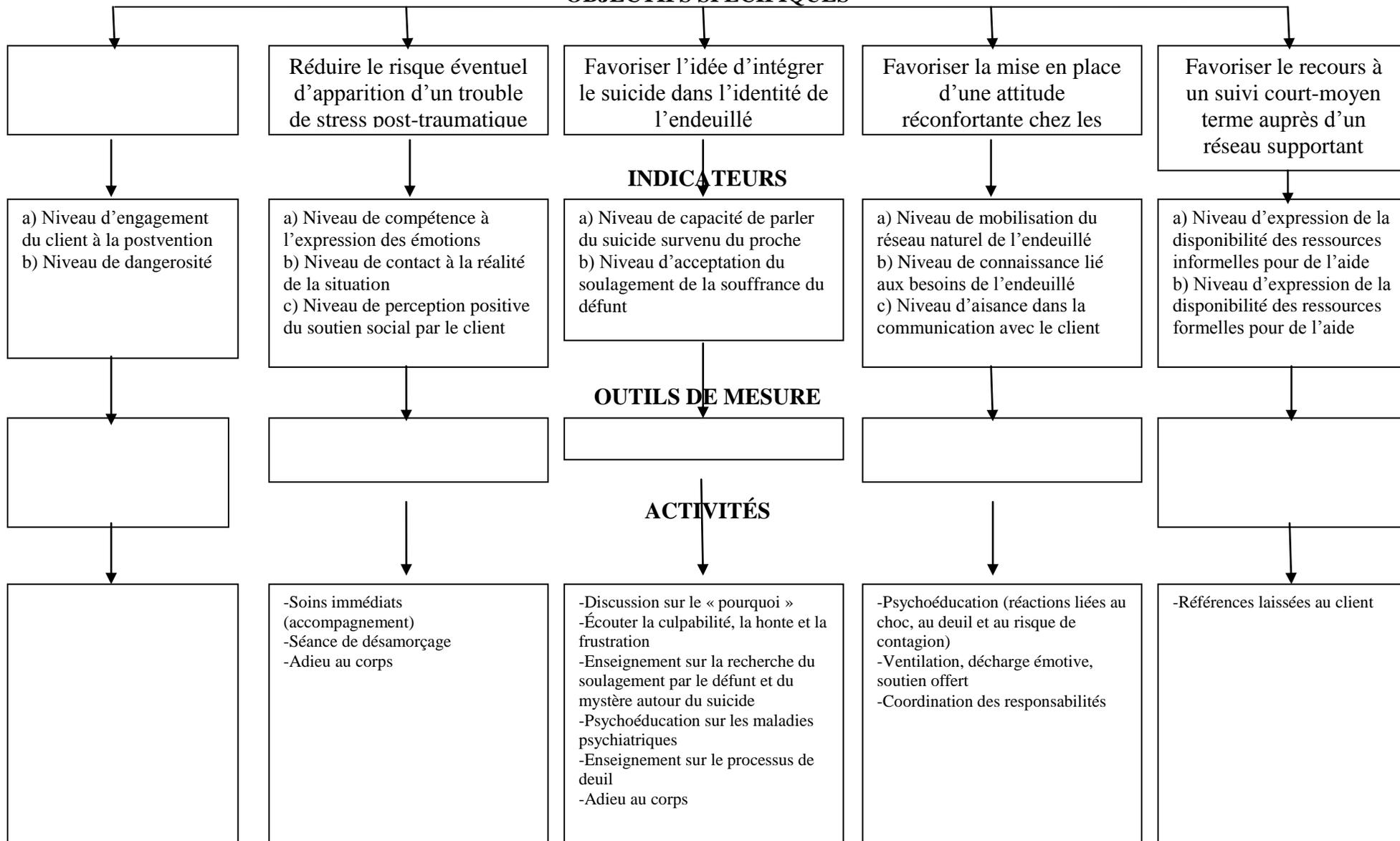
ANNEXE 3

MODÈLE LOGIQUE INITIAL,
ISSU DE LA LITTÉRATURE ET PRÉSENTÉ À L'UPS-J LE 25 JANVIER 2012

BUT ULTIME

Mettre en place des conditions qui favoriseront un équilibre psychosocial sain pour une personne qui vient de découvrir le suicide d'un proche (allostase)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES



ANNEXE 4

MODÈLE LOGIQUE BONIFIÉ PAR L'EXPÉRIENCE CLINIQUE DE L'UPS-J,
PRÉSENTÉ À SAM LE 8 FÉVRIER 2012

BUT ULTIME

Mettre en place des conditions qui favoriseront un retour à un équilibre psychosocial sain pour une personne qui vient de faire la découverte du suicide d'un proche (allostasie)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Assurer la sécurité globale de l'endeuillé au moment de l'intervention UPS-J

Réduire le risque éventuel d'apparition d'un trouble de stress post-traumatique

Favoriser l'idée d'intégrer le suicide dans l'identité de l'endeuillé

Favoriser la mise en place d'une attitude réconfortante chez les aidants naturels

Favoriser le recours à un suivi court-moyen terme auprès d'un réseau supportant

a) Niveau d'engagement du client à l'intervention
b) Niveau de dangerosité en lien avec l'état mental
c) Niveau du bien-être physique

a) Niveau de capacité à l'expression des émotions
b) Niveau de contact à la réalité de la situation
c) Niveau de perception positive du soutien social

a) Niveau de capacité de parler du suicide du proche
b) Niveau de capacité à envisager le suicide comme la solution du défunt pour soulager sa souffrance

a) Niveau de mobilisation du réseau naturel de l'endeuillé
b) Niveau de connaissance lié aux besoins de l'endeuillé
c) Niveau d'aisance dans la communication avec le client

a) Niveau d'expression de la disponibilité des ressources informelles pour de l'aide
b) Niveau d'expression de la disponibilité des ressources formelles pour de l'aide

INDICATEURS

OUTILS DE MESURE

a) Entrevue psychosociale
b) Estimation de la dangerosité en lien avec l'état mental
c) Collecte de données nursing

a), b) et c) Entrevue psychosociale

a) et b) Entrevue psychosociale

a) Plan de match court terme établi
b) et c) Entrevue systémique, de groupe ou psychosociale

a) Plan de match établi devant le client
b) Suivis aux professionnels (avec le consentement du client)

ACTIVITÉS

- Coordination des responsabilités chez les acteurs (policiers, ambulanciers, etc.)
- Établissement d'un cadre d'intervention (balises) UPS-J auprès des acteurs en présence
- Création d'un lien de confiance
- Analyse des besoins nommés
- Expression du choc
- Vérification des antécédents et des facteurs de vulnérabilité du client
- Prise des signes vitaux par Urgence-Santé ou infirmière
- Application de la loi P.38.001 et transport hospitalier, si nécessaire
- Respecter le refus d'aide du client, s'il n'y a pas de dangerosité

- Soins immédiats (accompagnement)
- Séance de désamorçage
- Écoute et respect des choix du client
- Validation des émotions
- Ventilation, tolérer l'émotivité
- Réponse aux questions concrètes de la vie (organisation du prochain 24h)
- Guider le client vers des tâches avec des directives claires
- Donner des astuces concrètes pour prendre soin de soi
- Assurer un contenant pour l'endeuillé
- Laisser place au contact physique
- Adieu au corps (à titre de recadrage)
- Amener le client à identifier un ou deux individus supportant pour lui

- Accueillir le besoin de parler du « Pourquoi? »
- Psychoéducation sur la recherche d'une solution par le défunt pour soulager sa souffrance et sur le mystère qui persistera autour de ce suicide (morceau manquant du casse-tête)
- Psychoéducation sur les symptômes possibles que le client puisse vivre prochainement
- Enseignement sur le processus de deuil
- Adieu au corps
- Préparation de l'annonce aux autres membres de la famille (anticiper leurs réactions)
- Normaliser le fait qu'il s'agit d'une situation extraordinaire
- Discussion sur la vision personnelle du suicide

- Psychoéducation (choc, deuil et contagion)
- Sensibilisation sur la souffrance et les réactions vécues par l'endeuillé
- Ventilation, décharge émotionnelle, soutien au réseau
- Coordination des responsabilités (qui fait quoi pour répondre aux besoins de base)
- Explorer les compétences et les limites de chacun
- Normaliser le malaise et l'impuissance
- Aborder le stigma (reconnaître l'impact de leur tabou sur l'aide à l'endeuillé)
- Recentrer sur l'endeuillé et non le défunt
- Création d'un sentiment de solidarité
- Invitation à se montrer fiable à l'endeuillé
- Laisser SAM pour référence s'ils ont besoin d'informations supplémentaires

- Identifier et reconnaître le leadership d'un aidant naturel devant le client
- Établir un calendrier court terme
- Références laissées au client
- Protocole de référence SAM
- Prise en charge immédiate par un centre de crise (si nécessaire)
- Opérationnalisation des suivis téléphoniques (équipe traitante)
- Appels aux ressources appropriées
- Informations sur la logistique des démarches à effectuer (coroner, morgue, etc.)

ANNEXE 5

MODÈLE LOGIQUE BONIFIÉ PAR L'EXPÉRIENCE CLINIQUE DE SAM,
PRÉSENTÉ À SYLVIE CORBEIL LE 5 MARS 2012

BUT ULTIME

Mettre en place des conditions qui permettront de favoriser un retour à un équilibre psychosocial sain pour une personne qui vient de faire la découverte du suicide d'un proche (allostasie)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Assurer la sécurité globale de l'endeuillé au moment de l'intervention UPS-J

Réduire le risque éventuel d'apparition d'un trouble de stress post-traumatique

Favoriser l'idée d'intégrer le suicide dans l'identité de l'endeuillé

Favoriser la mise en place d'une attitude réconfortante chez les aidants naturels

Favoriser le recours à un suivi court-moyen terme auprès d'un réseau supportant

a) Niveau d'engagement du client à l'intervention
b) Niveau de dangerosité en lien avec l'état mental
c) Niveau du bien-être physique

a) Niveau de capacité à l'expression des émotions
b) Niveau de contact à la réalité de la situation
c) Niveau de perception positive du soutien social

a) Niveau de capacité de parler du suicide du proche
b) Niveau de capacité à envisager le suicide comme moyen utilisé par le défunt pour soulager sa souffrance

a) Niveau de mobilisation du réseau naturel de l'endeuillé
b) Niveau de connaissance lié aux besoins de l'endeuillé
c) Niveau d'aisance dans la communication avec le client

a) Niveau d'expression de la disponibilité des ressources informelles pour de l'aide
b) Niveau d'expression de la disponibilité des ressources formelles pour de l'aide

a) Entrevue psychosociale
b) Estimation de la dangerosité en lien avec l'état mental
c) Collecte de données nursing

a), b) et c) Entrevue psychosociale

a) et b) Entrevue psychosociale

a) Plan de match court terme établi
b) et c) Entrevue systémique, de groupe ou psychosociale

a) Plan de match établi devant le client
b) Suivis aux professionnels (avec le consentement du client)

-Coordination et/ou clarification des responsabilités chez les acteurs (policiers, ambulanciers, etc.)
-Établissement d'un cadre d'intervention (balises) UPS-J auprès des acteurs en présence
-Création d'un lien de confiance
-Analyse des besoins nommés
-Voir au nettoyage de l'endroit où le suicide a eu lieu, si nécessaire
-Expression du choc
-Vérification des antécédents et des facteurs de vulnérabilité du client
-Prise des signes vitaux par Urgences-Santé ou infirmière UPS-J
-Application de la loi P.38.001 et transport hospitalier, si nécessaire
-Respecter le refus d'aide du client, s'il n'y a pas de dangerosité

-Soins immédiats (accompagnement) et monitorat de la distance (selon besoin du client)
-Séance de désamorçage
-Écoute et respect des choix du client
-Validation des émotions
-Ventilation, laisser libre-cours à l'émotivité
-Réponse aux questions concrètes de la vie (organisation des prochaines 24 heures)
-Guider le client vers des tâches avec des directives claires
-Donner des astuces concrètes pour prendre soin de soi
-Assurer un contenant pour l'endeuillé (symbolique)
-Laisser place au contact physique
-Adieu au corps (à titre de recadrage)
-Amener le client à identifier un ou deux individus supportant pour lui

-Accueillir le besoin de parler du « Pourquoi? » sans y apporter nécessairement une réponse
-Psychoéducation sur la recherche d'un moyen par le défunt de soulager sa souffrance et sur le mystère qui persistera autour de ce suicide (morceaux manquants du casse-tête)
-Adieu au corps (ouvrir les possibilités de voir le corps, ex. coroner)
-Préparation de l'annonce aux autres membres de la famille (anticiper leurs réactions) et leur faire vivre l'expérience
-Normaliser le fait qu'il s'agit d'une situation extraordinaire
-Discussion sur la vision personnelle et/ou culturelle du suicide
-Informé sur les actions possibles chez l'endeuillé dans les prochains jours
-Freiner le processus de deuil dans ce contexte : entendre et accueillir l'état de choc

-Psychoéducation (choc, deuil et contagion)
-Sensibilisation sur la souffrance et les réactions vécues par l'endeuillé
-Ventilation, décharge émotionnelle, soutien au réseau
-Coordination des responsabilités (qui fait quoi pour répondre aux besoins de base)
-Explorer les compétences et les limites de chacun (en égard aux responsabilités)
-Normaliser le malaise et l'impuissance
-Aborder le stigma (reconnaître l'impact de leur tabou sur l'aide à l'endeuillé)
-Recentrer sur l'endeuillé et non le défunt
-Création d'un sentiment de solidarité
-Invitation à se montrer fiable à l'endeuillé
-Laisser SAM pour référence s'ils ont besoin d'informations supplémentaires

-Identifier et reconnaître le leadership d'un aidant naturel devant le client
-Établir un calendrier court terme et le laisser en aide-mémoire
-Références laissées au client
-Protocole de référence SAM
-Prise en charge immédiate par un centre de crise (si nécessaire)
-Opérationnalisation des suivis téléphoniques (équipe traitante)
-Appels aux ressources appropriées
-Informations sur la logistique des démarches à effectuer (coroner, morgue, etc.)

INDICATEURS

OUTILS DE MESURE

ACTIVITÉS

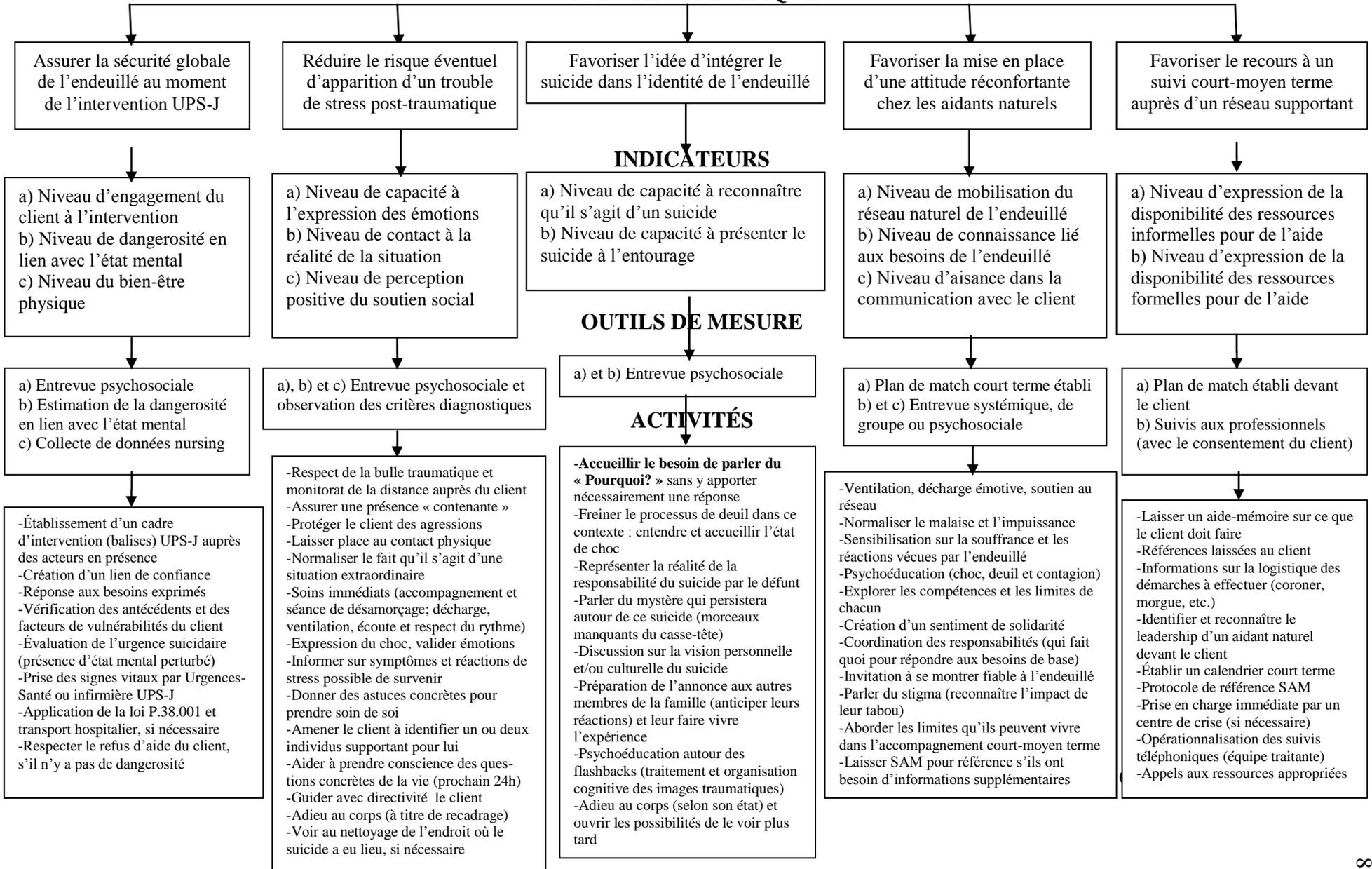
ANNEXE 6

MODÈLE LOGIQUE BONIFIÉ ET VALIDÉ PAR SYLVIE CORBEIL,
PRÉSENTÉ À MONIQUE SÉGUIN LE 21 MARS 2012

BUT ULTIME

Mettre en place des conditions qui favoriseront qu'une personne, qui vient de découvrir le suicide d'un proche, trouve un point d'équilibre suffisant pour lui permettre de débiter son processus de deuil.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES



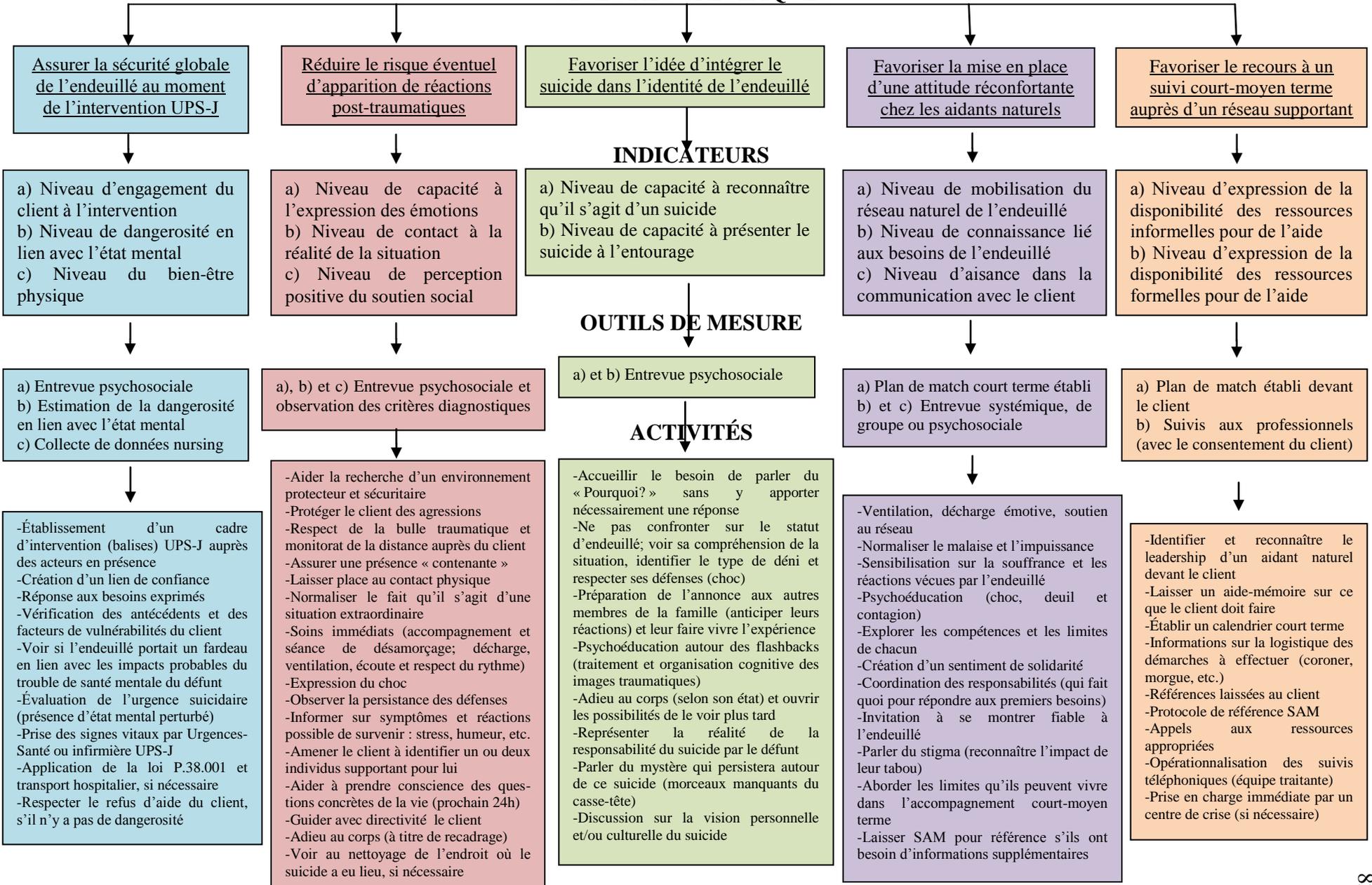
ANNEXE 7

MODÈLE LOGIQUE FINAL ISSU DE LA LITTÉRATURE, BONIFIÉ PAR
L'EXPÉRIENCE CLINIQUE DE L'UPS-J ET SAM, VALIDÉ PAR SYLVIE CORBEIL
ET MONIQUE SÉGUIN

BUT ULTIME

Mettre en place des conditions qui favoriseront qu'une personne, qui vient de découvrir le suicide d'un proche, trouve un point d'équilibre suffisant pour lui permettre de débiter son processus de deuil.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES



ANNEXE 8**4 QUESTIONS INITIALES ADRESSÉES AUX PROFESSIONNELS DE SAM
POUR DÉBUTER LA CUEILLETTE DE DONNÉES**

1. Quel est votre point de vue sur le fait qu'une équipe telle que l'Urgence Psychosociale-Justice se déplace à l'endroit où une personne a découvert le suicide d'un proche afin de le supporter?
2. Quelles différences avez-vous observées entre les endeuillés par suicide référés par l'UPS-J et ceux qui n'ont pas bénéficié de leurs services.
3. Quels sont les commentaires que vous avez recueillis des endeuillés par suicide rencontrés et référés par l'UPS-J (exemple : qu'est-ce qui était bon et ce qui a manqué dans l'intervention de l'UPS-J)?
4. Quels sont, selon vous, les besoins spécifiques de l'endeuillé par suicide au moment de l'intervention de l'UPS-J (ou qu'est-ce que l'UPS-J doit travailler avec cette clientèle)?

ANNEXE 9

HUIT DIMENSIONS À CONSIDÉRER POUR ÉTUDIER LA FAISABILITÉ

Tableau 6
Définition des 8 dimensions de la faisabilité

<u>Dimension</u>	<u>Définition</u>
Les besoins	<ul style="list-style-type: none"> • « Un besoin est l'écart entre une réalité et la situation désirée » (p. 41). • La prise de conscience d'une situation insatisfaisante est généralement le premier facteur déclenchant la recherche d'une innovation susceptible de combler ce décalage (Rogers, 1995; dans Fassier, 2009). • L'absence de besoins perçus représente une barrière à la faisabilité; alors qu'une perception de besoins représente un facilitateur à la faisabilité (p. 43).
La compatibilité	<ul style="list-style-type: none"> • « Degré selon lequel l'innovation est compatible avec son nouveau contexte » (p. 41). • L'incompatibilité du modèle est une barrière à la faisabilité tandis que la compatibilité en est un facilitateur (p.43).
La complexité	<ul style="list-style-type: none"> • « Degré selon lequel l'innovation est perçue par les adopteurs comme difficile à comprendre et à utiliser » (p. 41). • Un niveau élevé de complexité constitue une barrière à la faisabilité, alors qu'une absence de complexité (simplicité de compréhension et d'utilisation) en représente un facilitateur (p.43).
Les bénéfices	<ul style="list-style-type: none"> • « Perception par les adopteurs des gains que l'innovation peut apporter » (p.41). • Les bénéfices se rapportent généralement à une résolution de problèmes rencontrés, à la correspondance avec les valeurs personnelles des adopteurs ou avec les priorités d'une institution. • Une perception d'absence de bénéfices est une barrière à la faisabilité; tandis qu'une perception de bénéfices en est un facilitateur (p.43).
Les risques	<ul style="list-style-type: none"> • « La perception par les adopteurs des incertitudes que l'innovation peut apporter » (p. 41). • Par exemple : surcharge de travail, perte d'autorité, risque financier, risque pour les patients, etc. • Une perception de risques représente un obstacle à la faisabilité, alors que l'absence de perception de risque représente un facilitateur à la faisabilité (p.43).
Le leadership collectif	<ul style="list-style-type: none"> • « Regroupement de personnes aux compétences et légitimités différentes capables de conduire un changement dans le sens désiré au sein d'un environnement pluraliste » (p. 42). • L'absence de leadership collectif est une barrière à la faisabilité; la présence d'un leadership collectif en est un facilitateur (p.43).

L'intégration des soins	<ul style="list-style-type: none"> • « Coopération des acteurs et des organisations à la réalisation d'un but commun » (p. 42). • Elle concerne la diffusion des innovations, le changement organisationnel et l'adoption des données probantes. • Un faible niveau d'intégration des soins représente une barrière à la faisabilité, alors qu'un niveau élevé d'intégration des soins constitue un facilitateur à la faisabilité (p. 43).
Le support institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> • « Soutien apporté par une ou plusieurs institutions en faveur de l'adoption de l'innovation » (p.42). • Il existe différentes formes de support : financements, mise à disposition de ressources humaines et/ou de ressources technologiques, formation des personnels, décentralisation du pouvoir décisionnels, etc. • Une absence de support institutionnel constitue une barrière à la faisabilité, alors qu'une présence de support institutionnel en constitue un facilitateur (p.43).

Tiré de la recension des écrits de Fassier (2009, p. 40-43).

ANNEXE 10

SONDAGE SUR LA FAISABILITÉ D'IMPLANTER LE MODÈLE LOGIQUE À L'UPS-J

Lors des focus-groupes, tenus le 26 janvier 2012, vous aviez été conviés à participer à l'élaboration d'un modèle logique. Évidemment, la démarche s'est poursuivie et le produit a été bonifié par les interventions de différents acteurs : Géraldine Lavis et Philippe Angers de Suicide Action Montréal ainsi que Sylvie Corbeil et Monique Séguin en tant qu'expertes dans le domaine du deuil. Aujourd'hui, je vous convie à me transmettre vos commentaires face à ce modèle logique, plus précisément sur la faisabilité d'implanter cette innovation dans la pratique professionnelle à l'UPS-J. Veuillez, d'une part, faire la lecture du modèle. Et puis, répondez aux quelques questions suivantes. Prenez note que les réponses seront utilisées à des fins statistiques et qu'il y aura respect de la confidentialité des répondants.

Huit dimensions de la faisabilité recensées par Fassier (2009)	
Les besoins	Les risques
La compatibilité	Le leadership collectif
La complexité	L'intégration des soins
Les bénéfices	Le support institutionnel

1- Au tout début de ma démarche, j'avais interviewé quelques intervenants de l'UPS-J sur leur niveau de confort et sur ce qu'ils avaient besoin pour s'outiller davantage dans la prestation des services de crise aux gens nouvellement endeuillés par suicide. Après avoir fait la lecture du modèle logique, avez-vous l'impression que cet outil comble un de vos besoins professionnels?

() OUI () NON

Si vous avez répondu « oui », énoncez la situation insatisfaisante sur laquelle vous croyez que le modèle logique pourrait apporter une réponse.

2- Dans quelle mesure estimez-vous que ce modèle logique s'accorde et est en lien avec la réalité des interventions de crise de type deuil par suicide opérée à l'UPS-J? Sur l'échelle suivante, 1 signifie que le modèle logique n'est nullement compatible avec la réalité et 4 signifie que le modèle est grandement compatible avec la réalité.

() 1 () 2 () 3 () 4

3- Vous voyez actuellement le modèle logique sous forme schématique. Sachez qu'un guide sera développé pour expliquer chacun de ses éléments. Suite à cette information, dans quelle mesure percevez-vous cette innovation comme étant facile à comprendre et à utiliser? Sur l'échelle suivante, 1 signifie que le modèle est très difficile à comprendre et à utiliser et 4 qu'il est plutôt grandement facile à comprendre et à utiliser.

() 1 () 2 () 3 () 4

4- Croyez-vous que ce modèle logique peut vous apporter des gains dans votre pratique professionnelle ou dans le contexte organisationnel de l'UPS-J?

() OUI () NON

Si vous avez répondu « oui », énoncez au moins deux bénéfices que vous pensez retirer quant à l'utilisation du modèle logique.

5- Croyez-vous qu'il peut y avoir des risques à l'utilisation et/ou à l'implantation du modèle logique dans la logistique des interventions de l'UPS-J?

() OUI () NON

Si vous avez répondu « oui », nommez une ou deux incertitudes que vous percevez à l'utilisation et/ou l'implantation du modèle logique à l'UPS-J.

6- Estimez-vous que direction, la coordination clinique et l'instigateur du projet soient en mesure d'exercer un leadership suffisant pour permettre la diffusion et l'implantation du modèle logique dans l'équipe de l'UPS-J?

() OUI () NON

Si vous avez répondu « non », dites le nom de la personne qui faciliterait davantage la diffusion et l'implantation du modèle logique dans l'équipe UPS-J.

7- Pensez-vous être en mesure de coopérer avec l'organisation du CSSS ainsi que vos collègues afin de diffuser et d'implanter, dans la pratique professionnelle de l'UPS-J, le modèle logique proposé?

() OUI () NON

Si vous avez répondu « non », nommez un élément (ou deux) sur ce qui faciliterait votre coopération dans la diffusion et l'implantation du modèle logique dans la pratique professionnelle de l'UPS-J.

8- Nous allons partir de la situation où on vous demanderait d'apporter un changement à votre pratique professionnelle en recourant au modèle logique lors des interventions de type deuil par suicide. Nous souhaitons savoir comment l'organisation du CSSS pourrait vous apporter du soutien dans cette démarche. Par conséquent, comment pourrait vous supporter l'organisation dans l'adoption de ce changement de pratique (quelle forme de support demandez-vous)?

Je vous remercie d'avoir pris quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.
Jonathan Fournier, TS

ANNEXE 11

CONCEPTUALISATION DES RÉACTIONS TRAUMATIQUES IMMÉDIATES

Tableau 7
Définitions des réactions traumatiques immédiates

NOSOGRAPHIE PSYCHOTRAUMATIQUE SPÉCIFIQUES	
Dissociation péritraumatique	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture immédiate de l'unité psychique avec altérations de la perception du temps, du lieu et de soi entraînant un profond sentiment d'irréalité (Birmes et al., 2006; Schauer et Elbert, 2010). • Réduction de la capacité d'entamer des actions de son propre gré, réduction de l'habileté à retenir les informations en état d'éveil, apparition de déficit au niveau de la mémoire, détachement de soi et état de dépersonnalisation/déréalisation et présence d'un état d'aliénation au monde extérieur avec aplatissement des réponses émotionnelles (Holmes et al., 2005, dans Schauer et Elbert, 2010). • Perte du fil de ce qui se passe, comportements moteurs automatiques, sentiment d'écoulement du temps perturbé, déréalisation et dépersonnalisation avec vécu d'inquiétante étrangeté, impression de distorsion de son image corporelle ou de déconnection de son corps, amnésie psychogène et confusion. (Birmes et al., 2006).
Détresse péritraumatique	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur face à l'événement traumatique. • Deux éléments en présence : émotions dysphoriques et perception d'une menace vitale (Jehel, Brunet, Paterniti et Guelfi, 2005). • Dans cette détresse, on retrouve particulièrement les sentiments de perte de contrôle, d'impuissance, de colère, de honte et de culpabilité (Birmes et al., 2006).
NOSOGRAPHIE COMMUNE	
Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de malaises physiques : palpitations, transpiration, impression d'étouffement, nausée, sentiment de vide, de frissons, etc. Attaque de panique. • Comportement d'évitement et/ou phobie sociale. • Trait obsessionnel-compulsif : préoccupations excessives, comportements répétitifs. • Stress. Soucis, agitation psychomotrice, irritabilité.
Réactions dépressives	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité, tristesse, réduction de l'énergie, difficulté à penser et à prendre des décisions, culpabilité.
États psychotiques	<ul style="list-style-type: none"> • De véritables accès maniaques sont possibles, le clinicien doit alors vérifier la présence d'antécédent de troubles de l'humeur (Birmes et al., 2006).

ANNEXE 12

DÉFINITION DES PRINCIPAUX MÉCANISMES DE DÉFENSE

Tableau 8
Définitions des 10 principaux mécanismes de défense

Mécanisme de défense	Définition
1- Introjection ou identification	Mécanisme par lequel l'individu adopte le comportement et la manière d'être d'un autre individu.
2- Projection	Mécanisme par lequel l'individu attribue aux autres ses propres émotions, sentiments, motivations, idées, tendances, pensées et comportements.
3- Formation réactionnelle ou retournement en son contraire	Mécanisme par lequel l'individu affiche des sentiments, des attitudes, des comportements tout à fait à l'inverse de ce qu'il ressent.
4- Rationalisation	Mécanisme par lequel l'individu cherche à justifier de façon apparemment raisonnable (fréquent chez les adultes).
5- Évasion, retrait, isolement, fantasme, régression	Mécanisme par lequel l'individu s'évade de la réalité pénible en se réfugiant dans un monde de compensations satisfaisantes et non menaçantes pour lui.
6- Négation, annulation	Mécanisme par lequel l'individu se défend contre la réalité pénible en la niant tout simplement ou en l'annulant.
7- Refoulement	Mécanisme par lequel l'individu garde en lui, accumule ou refoule dans l'oubli la tension ou le déplaisir provoqués par les différentes réalités pénibles.
8- a) Transfert d'affect	Mécanisme par lequel l'individu déplace un sentiment éprouvé à l'égard d'une personne, un animal ou un objet, sur un substitut, de cette personne, animal ou objet (refouler puis défouler).
8- b) Affect différé	Mécanisme par lequel l'individu, devant une réalité pénible, retarde ou bloque momentanément sa réaction pour l'avoir plus tard à retardement.
9- Retournement contre soi	Mécanisme par lequel l'individu est porté à s'accuser de tous les maux de la Terre et, à la suite d'un sentiment de culpabilité, est porté à l'autopunition ou à la dépréciation de soi, ou les deux à la fois.
10- Sublimation	Mécanisme par lequel l'individu exprime ses pulsions et ses réactions en les déviant de façon acceptable socialement.

Tiré de Fanzolato (2003, p. 201).

