

**Université du Québec en Outaouais**

**Examen des meilleures pratiques de postvention : méthode Delphi**

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,  
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par  
© Maxime VACHON

Décembre, 2020

## **Composition du jury**

### **Examen des meilleures pratiques de postvention : méthode Delphi**

Par  
Maxime Vachon

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monique Séguin, Ph.D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Carl Bouchard, Ph.D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Marie-Claude Salvas, Ph.D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D., examinateur externe, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

*je ne suis plus revenu pour revenir*

*je suis arrivé à ce qui commence*

- Gaston Miron

## REMERCIEMENTS

Merci à ma directrice de recherche, Dre Monique Séguin, pour sa confiance soutenue, sa rigueur, sa patience et son soutien tout au long du projet. Vous m'avez aidé à me dépasser professionnellement, tant en recherche qu'en clinique, et je vous en suis très reconnaissant. Je tiens également à remercier Dr Carl Bouchard, Dre Marie-Claude Salvas et Dre Colette Jourdan-Ionescu qui ont généreusement accepté de faire partie du jury de mon essai doctoral, ainsi qu'au Dre Isabelle Green-Demers pour ses conseils.

À ma cohorte et amies, même dans les moments difficiles du doctorat vous m'avez rendu l'expérience tellement plaisante. Un remerciement spécial à Dr Normand Gingras, Camille, Mélodie et Vann, avec qui j'ai eu la chance de vivre mes premiers moments dans cette merveilleuse profession.

À ma famille, Micheline, Daniel, Andréanne, Alex, Adèle, Jade, Camille, Cynthia, Benjamin, Laurent, Émile, Arnaud, Léa, Guillaume et Gabrielle, je vous dois en grande partie mes réussites professionnelles. Cet essai doctoral n'aurait pas été possible sans votre précieux soutien, merci beaucoup.

Finalement, je ne saurais comment te remercier Marie-Pier, pour ta présence, ton appui, ta confiance, ton écoute, tes encouragements et ton amour qui m'ont permis d'atteindre ce rêve. Je t'aime de tout mon cœur.

## RÉSUMÉ

**Contexte théorique.** Le suicide est un problème de santé publique mondial. Pour chaque suicide, les chercheurs estiment qu'il y a entre 7 à 10 personnes directement affectées par le décès soit par une exposition à l'événement ou soit par la perte et le deuil, et environ 80 personnes bouleversées parce qu'elles auraient eu des liens avec la personne décédée (Berman, 2011). Ces personnes peuvent développer des complications et augmenter la vulnérabilité suicidaire (Séguin et al., 2005). Il est donc fondamental d'offrir des services adaptés aux besoins de cette population. Ces services sont ceux de la postvention : des activités d'accompagnement, de soutien et d'intervention offertes aux personnes ayant été exposées au suicide. Malgré l'abondance de programmes de postvention, ceux-ci sont généralement élaborés sur la base du jugement professionnel des intervenants plutôt que sur des données probantes. Pour cette raison, il apparaît important de dresser un inventaire des pratiques de postvention les plus communes et d'en ressortir celles faisant consensus parmi les experts de la prévention du suicide. **Objectif.** Cette étude vise, premièrement, à réaliser un inventaire des actions proposées dans différents programmes de postvention qui sont diffusées dans la littérature scientifique et publiquement par des institutions. Deuxièmement, elle a pour objectif de demander l'avis des experts en prévention du suicide sur le bien-fondé des actions de postvention répertoriées dans la littérature, afin d'obtenir un consensus quant aux actions de postvention reconnues comme étant pertinentes ou non à mettre en œuvre. **Méthodologie.** Dans un premier temps, un inventaire des actions diffusées publiquement dans les programmes de postvention a été réalisé et ajouté à une revue systématique des actions de postvention diffusées dans la littérature scientifique. Dans un deuxième temps, l'avis d'experts sur le bien-fondé des actions de postvention a été obtenu à l'aide de la méthode Delphi, un processus itératif utilisé pour recueillir et comparer les jugements d'experts sur un sujet en particulier dans le but d'obtenir un consensus. Les 18 experts ayant participé à la présente étude étaient des chercheurs sur le suicide ou des professionnels actifs en gestion de crise à la suite d'un suicide. **Résultats.** Nous avons constitué un inventaire de 190 actions de postvention. Parmi celles-ci, le consensus d'experts a permis d'identifier 128 actions comme étant pertinentes ou essentielles à inclure dans un programme de postvention. **Discussion.** Une convergence a été observée entre les avis des intervenants et ceux des chercheurs quant aux pratiques à favoriser à la suite d'un suicide. En comparant les meilleures pratiques issues de l'expertise des francophones à celles des experts anglophones telles que décrites dans les travaux de Cox et ses collègues (2016), il est possible d'observer, d'une part, des similarités pour ce qui a trait aux thématiques des actions de postvention et, d'autre part, une différence quant à l'utilisation d'une stratégie permettant l'analyse du contexte dans lequel apparaît le suicide avant de planifier les actions ultérieures. Aussi, il a été observé que les actions analysées visent principalement des adolescents et jeunes adultes en institution scolaire. Davantage de recherches seront nécessaires, afin d'adapter adéquatement ces actions à la population adulte et à la postvention en milieu de travail. Cette étude contribue à la consolidation des connaissances sur la postvention à la suite d'un suicide, tout en offrant aux comités de crise une mise à jour des meilleures pratiques à inclure dans un programme de postvention.

**Mots clés.** Suicide, Deuil, Traumatisme, Postvention, Santé publique, Méthode Delphi, Consensus d'experts

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
AVANT-PROPOS.....	ix
CHAPITRE 1	
INTRODUCTION.....	1
Épidémiologie du suicide.....	1
Le retentissement à la suite d'un suicide.....	2
Le suicide.....	6
Définition.....	6
Cadres conceptuels expliquant la vulnérabilité au suicide.....	7
Modèle étiologique vulnérabilité-stress.....	8
Facteurs de risque distaux.....	10
Facteurs de risque proximaux.....	11
Types d'actions inclus dans les plans nationaux de prévention du suicide.....	13
Postvention à la suite d'un suicide.....	14
Cadres conceptuels sur lesquels se basent les actions de postvention.....	14
Prévenir l'effet d'entraînement du suicide.....	15
L'effet Werther.....	16
L'effet Papageno.....	18
Soutenir les individus souffrants et vulnérables.....	19
État des programmes de postvention.....	22
Examen de l'efficacité des programmes de postvention.....	24
Consensus des actions de postvention.....	26
Question de recherche et objectifs.....	28
CHAPITRE 2	
MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS.....	29
Article 1.....	29
SUMMARY.....	30
RÉSUMÉ.....	31

INTRODUCTION .....	32
Postvention à la suite d'un suicide .....	32
Consensus des actions de postvention.....	36
Objectifs de l'étude .....	36
MÉTHODE .....	37
Inventaire des actions .....	37
Recrutement des experts et méthode Delphi .....	45
Méthode Delphi.....	45
Procédure.....	46
RÉSULTATS .....	47
DISCUSSION .....	55
Consensus des experts .....	55
Inventaire de postvention .....	56
Retombées de l'étude .....	58
Forces et limites de l'étude.....	59
Conclusion.....	60
CHAPITRE 3	
DISCUSSION GÉNÉRALE .....	61
Inventaire de postvention.....	61
Médias sociaux et postvention.....	622
Durée des programmes de postvention .....	666
Consensus des experts .....	688
Postvention en milieu de travail.....	70
Retombées de l'étude.....	75
Forces et limites de l'étude .....	766
Études futures .....	798
CHAPITRE 4	
CONCLUSION .....	80
RÉFÉRENCES.....	82

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Résumé du contenu des programmes et recommandations relatifs à la postvention en milieu institutionnel ou communautaire – tiré de Nicolas et al., (2017)</i> .....	38
Tableau 2. <i>Revue des programmes de postvention dans la littérature grise</i> .....	43
Tableau 3. <i>Liste des actions de postvention conservées ou rejetées selon les grandes sphères d'intervention</i> .....	50
Tableau 4. <i>Regroupement des actions de postvention</i> .....	69

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Modèle du risque suicidaire – tiré de Turecki &amp; Brent (2016)</i> .....	9
Figure 2. <i>Diagramme de suivi des actions de postvention lors de la méthode Delphi</i> .....	48

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AQPS	Association Québécoise de la Prévention du Suicide
CDC	Center for Disease Control
GEPS	Groupe d'Étude et de Prévention du Suicide
IMÉU	Institut de médecine des États-Unis
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

## AVANT-PROPOS

Cet essai doctoral s'inscrit dans un plus grand projet de recherche mené par Monique Séguin, subventionné par le Secrétariat à la Jeunesse du Québec, visant à développer un programme de postvention à la suite d'un suicide.

Cet essai doctoral permet de contribuer à ce projet plus large en réalisant un inventaire des actions implantées dans les programmes de postvention à la suite d'un suicide. Plusieurs programmes existent et ont été diffusés en ciblant les actions à mettre en place. Cependant, ces actions sont variées et diversifiées, sans que l'on puisse avoir une indication quant au bien-fondé de ces actions dans une logique de postvention. Ainsi le but visé de ce projet était de faire un inventaire des actions publiées soit dans la littérature scientifique ou soit dans la littérature grise (programme de postvention diffusée par des Commissions scolaires, des Centres de prévention du suicide, etc.). Dans un deuxième temps, l'inventaire de toutes ces actions regroupées a été soumis à une évaluation d'experts en vue de dégager un consensus quant aux actions de postvention les plus pertinentes à mettre en œuvre. Ce travail permet de documenter les pratiques actuelles et ainsi d'offrir aux chercheurs des indications qui pourront contribuer à leurs travaux plus larges, soit celui de développer et déployer au Québec un programme cadre de postvention à la suite d'un suicide.

L'article scientifique, présenté dans le chapitre 2, a été écrit par Maxime Vachon dans le cadre de cet essai doctoral. Il en est l'auteur principal et s'est aussi chargé tout ce qui a trait à l'analyse des résultats. Les co-auteurs ont participé tout au long du projet, fait une relecture de l'article et proposé des changements à celui-ci. Tous les co-auteurs ont autorisé l'ajout de cet article à cet essai doctoral.

## 1. INTRODUCTION

### **Épidémiologie du suicide**

Bien qu'il soit évitable, le suicide demeure un problème de santé publique majeur (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). En effet, l'OMS estime qu'il y a eu à l'échelle mondiale plus de 804 000 décès par suicide en 2012, ce qui correspond à un décès par suicide toutes les 40 secondes. L'OMS estime également que, pour chaque suicide achevé, il y aurait une vingtaine de tentatives de suicide. Si les décès par suicide dans le monde ont connu une baisse d'environ 9 % entre 2000 et 2012, le suicide demeure préoccupant, représentant encore 1,4 % de la mortalité, toutes causes confondues (Organisation mondiale de la santé, 2014).

Le Canada dépasse la moyenne mondiale de 10,6 suicides par 100 000 habitants (OMS, 2018) en affichant un taux de suicide de 11,5 suicides par 100 000 habitants (Navaneelan, 2012). Si le taux de suicide est le plus élevé au Canada chez les personnes âgées de 40 à 59 ans (Navaneelan, 2012), il est la deuxième cause de décès chez les 10 à 29 ans, tant au Canada que dans le monde (Navaneelan, 2012; OMS, 2017). Selon les données plus récentes de l'Agence de la santé publique du Canada (2016), 10 personnes se suicident par jour au Canada<sup>1</sup> en moyenne, ce qui en fait la neuvième cause de décès.

Au Québec, huit individus sont hospitalisés chaque jour suite à une tentative de suicide et trois personnes décèdent à la suite d'un suicide (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012). Toujours au Québec, selon les données provisoires publiées par l'Institut national de santé

---

<sup>1</sup> Ce chiffre représente environ 4000 décès par suicide annuellement au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2016).

publique du Québec (INSPQ) pour l'année 2017, le taux ajusté de suicide était de 12,4 par 100 000 personnes, pour un total de 1 045 suicides (Lévesque et al., 2020). De 2014 à 2017, le taux de suicide des hommes et des femmes a augmenté avec l'âge pour atteindre un sommet chez les personnes âgées de 50 à 64 ans. Chez les hommes, depuis le sommet atteint en 1999 (35,8 suicides par 100 000), le taux de suicide a constamment diminué jusqu'à atteindre 17,9 par 100 000 en 2017 (781 suicides) (Lévesque et al., 2020).

Notons qu'au cours des vingt dernières années, le taux de suicide au Québec a décru chaque année de 4,1 % pour les hommes et de 2,6 % chez les femmes. Cela équivaut à une réduction de moitié du taux de décès par suicide des Québécois en 2009 comparé au taux relevé en 1999 (Lévesque et al., 2020). Une chute considérable des taux de suicide a été observée chez les adolescents qui, en excluant les enfants de 10 à 14 ans, constituent le groupe d'âge qui présente le taux de suicide le plus bas au début du millénaire, étant passé de 35,1 en 1995 à 9 par 100 000 en 2016, selon un rapport produit par l'Institut national de la santé publique du Québec (Lévesque et al., 2020).

Les conséquences du suicide demeurent nombreuses pour la société. On estime que chaque suicide entraîne à lui seul un coût moyen de près de 850 000 \$ (Clayton & Barcelo, 1999). Toutefois, c'est sur les plans individuel et collectif que les conséquences du suicide prennent le plus d'ampleur.

### **Le retentissement à la suite d'un suicide**

On rapporte qu'en moyenne 7 à 10 personnes sont directement affectées par le suicide d'un proche (Gouvernement du Canada, 2016), mais qu'entre 80 et 135 personnes pourraient en être

bouleversées en raison des liens qu'elles entretenaient avec la personne décédée (Berman, 2011; Cerel et al., 2019). Les études mettent en évidence une panoplie de réactions susceptibles d'être vécues par les proches de la personne décédée.

Le deuil à l'adolescence peut être particulièrement difficile, vu les nombreux changements individuels et environnementaux associés à ce stade de développement (Requarth, 2006; Montgomery & Coale, 2015). L'adolescence est une période d'exploration et d'introspection. Les jeunes y expérimentent différents rôles, dont ils se servent pour bâtir leur propre identité. Dans ce contexte, les pairs deviennent des personnes privilégiées pour explorer différentes identités. L'amitié entre pairs devient ainsi très importante puisque les jeunes en viennent à représenter des sources d'information précieuse sur soi et ses agissements. Ce faisant, les pairs exercent une influence capitale sur la formation du moi et de l'identité (Jacobs, 2003; Keating, 1996). Pour la première fois de leur vie, les relations extrafamiliales en viennent à revêtir une signification plus grande que les relations intrafamiliales (Crone, 2008; Zimmermann, 2001). De plus, les groupes de pairs permettent aux adolescents d'échanger, de se donner et de recevoir du soutien face aux conflits vécus au sein de leur milieu familial. En somme, les groupes de pairs permettent de répondre aux besoins d'appartenance, de reconnaissance et d'approbation des jeunes (DeHart, 2004).

Dans ce contexte, le décès d'un ami revêt une signification particulière pour les adolescents. En effet, les pairs sont une source de soutien et de gratification au moment où l'adolescent fait face aux conflits de séparation, d'indépendance et d'intimité. La mort d'un ami peut engendrer un bouleversement dans la vie du jeune, dans sa quête d'identité, d'autonomie et de maîtrise de soi (Mitchell, 2006). Par ailleurs, comme les groupes de pairs s'établissent en fonction d'affinités mutuelles, le décès par suicide d'un ami peut entraîner des effets importants

qui diffèrent selon les stades de maturité et d'évolution de l'amitié entre les pairs (Hanus, 2004; 2008). Ainsi, au début de l'adolescence, le jeune s'éloigne de ses parents; le conflit psychique en cours est celui de la séparation et de la fusion avec les figures parentales. L'amitié se traduit surtout par le partage d'activités conjointes. Les sentiments associés à la relation d'amitié comme l'engagement, la réciprocité et la loyauté sont encore mal compris. Au milieu de l'adolescence, l'adolescent est en quête d'autonomie; il cherche à développer ses compétences et à faire sa vie en dehors du milieu familial. Le conflit psychique tourne alors autour de l'indépendance et de la dépendance. L'amitié se fonde sur la solidarité et le désir d'une sécurité émotionnelle. À ces fins, l'ami est perçu comme un être loyal capable d'offrir un soutien moral. À la fin de l'adolescence, le jeune cherche à développer des liens d'intimité avec les autres; le conflit psychique en cours devient alors celui de la proximité et de la mise à distance affective. L'intimité entre amis ne repose plus sur la satisfaction de besoins personnels, mais sur la compréhension mutuelle et le partage d'expériences. Le deuil d'un pair peut perturber les différents stades du développement, dont la résolution des conflits psychiques, et rendre le jeune endeuillé plus vulnérable (Fauré, 2013; Montgomery & Coale, 2015). La perte d'un être cher pour un adolescent est d'autant plus problématique que ce dernier ne possède pas toujours les habiletés d'adaptation (*coping*) nécessaires pour surmonter cette épreuve.

Le deuil engendré par un suicide peut causer des réactions diverses de choc et de confusion, en plus de faire émerger des formes variées de déni comme l'incrédulité, la culpabilité, la colère, l'anxiété, la peur et la tristesse (Arnold & Gemma, 2008; Feigelman et al., 2009; Gall et al., 2014; Jordan, 2001; Jordan & McIntosh, 2011; Mauk & Weber, 1991; Mauk & Sharpnack, 1998; Sveen & Walby, 2008; Valente & Saunders, 1993; Young et al., 2012). Ce bouleversement peut aussi produire différentes réactions cognitives (se faire des reproches, chercher un sens au drame) et comportementales (l'agitation), ainsi que des symptômes psychosomatiques (insomnie, perte

d'appétit) (Arnold & Gemma; 2008; de Groot et al., 2006; Feigelman et al., 2009; Gall et al., 2014; Mauk & Rodgers, 1994; Mauk & Sharpnack, 1998; Valente & Saunders, 1993).

Parmi les complications les plus communes, on notera aussi le développement de dépressions majeures, l'allongement excessif du travail de deuil, l'incapacité à s'investir dans d'autres relations et un fonctionnement discontinu dans la vie courante (Brent et al., 1992, 1995; de Groot et al., 2006; Gall et al., 2014; Hibberd et al., 2010; Séguin & Brunet, 1999; Skehan et al., 2013; Sveen & Walby, 2008; Valente & Saunders, 1993; Visser et al., 2014; Young et al., 2012). Les difficultés d'adaptation sociale liées à l'isolement et à la stigmatisation peuvent aussi perturber la résolution du deuil (Jobes et al., 2000; Leenaars & Wenckstern, 1998). Dans une étude faite auprès des pairs et des amis d'un adolescent décédé à la suite d'un suicide, Brent et ses collègues (1992, 1995) ont démontré les risques de développer différents problèmes de santé mentale, tels que des troubles dépressifs, des troubles anxieux, dont le trouble de stress post-traumatique (TSPT), et des troubles d'abus de substances. Des recherches montrent également que l'émergence d'un TSPT est plus fréquente chez les jeunes ayant été témoins du suicide que chez ceux qui n'ont pas été exposés à la scène du suicide (Kirk, 1993; Mauk & Rodgers, 1994, Grossman et al., 1995; Brent et al., 1994, 1995).

À la suite d'un suicide, les phénomènes d'imitation et de suridentification à la personne décédée peuvent entraîner chez des jeunes ayant une vulnérabilité de santé mentale à souhaiter imiter le proche (Chagnon & Gravel, 1996; Notredame et al., 2015; Sacks & Eth, 1981). Ces réactions peuvent générer un effet d'entraînement en augmentant la probabilité d'occurrences d'autres suicides (Bearman & Moody, 2004 ; Gall et al., 2014; de Groot et al., 2006; Gouvernement du Canada, 2016; Maple et al., 2017; Nanayakkara et a., 2013 ; Visser et al., 2014). Ces impacts du suicide obligent les divers administrateurs de la santé à lutter contre le suicide en optimisant les mesures à déployer, afin d'en amoindrir le fardeau.

## **Le suicide**

### *Définition*

Le suicide peut se résumer au fait de s'enlever la vie intentionnellement (OMS, 2014). Il survient généralement au terme d'un processus, s'étirant parfois tout au long de la vie. Ce processus peut aller jusqu'à l'atteinte d'un seuil où la personne visée choisit de mettre fin à la détresse psychologique qu'elle n'arrive plus à supporter (Shneidman, 1973). Ce processus inclut habituellement l'idéation suicidaire, c'est-à-dire des pensées de désespoir et d'un sentiment d'inutilité de la vie, entraînant un désir de mourir ou de s'enlever la vie (Serafini et al., 2016). L'OMS définit le terme de suicide comme l'acte délibéré de s'enlever la vie et les tentatives de suicide comme tout comportement suicidaire non mortel, y compris les actes d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec ou sans intentionnalité (Organisation mondiale de la santé, 2014).

Selon L'Institut national de la santé publique (Lévesque et al., 2020), les idées suicidaires sont des pensées (cognitions) qui consistent à imaginer des façons de se donner la mort. Celles-ci peuvent se présenter sous la forme d'idéations passagères ou passives, construites ou non sur le modèle d'un scénario suicidaire, d'un moment et du moyen utilisé pour mettre fin à ses jours. Selon l'OMS (2014), la formation d'idées suicidaires est une expérience passagère et fluctuante, ce qui rend leur mesure moins fiable que dans les cas de tentatives de suicide. À cet égard, l'OMS préconise la prise en compte de plusieurs facteurs, tels que la présence de scénarios, de projets ou de planification d'actes autoagressifs ou suicidaires.

Sur le plan théorique, les comportements suicidaires se situent sur un spectre incluant l'idée suicidaire, la tentative de suicide et le suicide achevé. La nomenclature proposée par Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll et Joiner (2007), et reprise plus tard par Van Orden, Witte,

Cukrowicz, Braithwaite, Selby et Joiner (2010), pose l'idée selon laquelle tous les comportements suicidaires ou reliés au suicide sont définis respectivement selon les trois caractéristiques suivantes : l'absence ou la présence d'un comportement préjudiciable auto-initié, l'absence ou la présence d'une intention de mourir, ainsi qu'une issue létale ou non létale. Bien que tous les comportements suicidaires partagent comme point commun le fait d'être auto-initié par un acte volontaire, ceux-ci peuvent varier sur les plans de l'absence ou de la présence d'une intention de mourir, ainsi que d'une issue létale ou non létale. Le suicide achevé inclut la présence d'un comportement préjudiciable auto-initié, avec intention et conséquence létale, tandis que la tentative de suicide n'a pas d'issue létale, mais comporte le caractère auto-initié et l'intention de mourir.

L'idéation suicidaire peut mener à la planification concrète du suicide (Serafini et al., 2016). La planification du suicide augmente la possibilité d'un passage à l'acte (Serafini et al., 2016). Toutefois, ce processus peut évoluer différemment d'une personne à l'autre et les raisons qui entraînent des conduites suicidaires diffèrent selon les individus (Mann et al., 1999).

### *Cadres conceptuels expliquant la vulnérabilité au suicide*

Bien que la littérature scientifique portant sur les facteurs de risque du suicide soit abondante (Aleman et Denys, 2014; Guzmán et al., 2019; Hawton et al., 2013; Huang et al., 2017; Huang et al., 2018; Ide et al., 2010; Li et al., 2011; Liu & Miller, 2014; McClatchey et al., 2017; McLean et al., 2008), l'ensemble des causes du suicide n'a pas encore été réalisé en raison de son aspect multifactoriel qui rend difficile l'établissement d'un cadre étiologique qui fasse consensus (Turecki et al., 2012; Turecki et Brent, 2016; Wasserman & Sokolowski, 2016). L'ensemble des recherches permet néanmoins d'identifier les facteurs de risque en cause dans

l'étiologie suicidaire. Ces recherches nous permettent d'arriver à une meilleure compréhension de la complexité et de l'influence des facteurs distaux qui augmentent la vulnérabilité suicidaire au fil du temps.

L'objectif de cet essai doctoral n'étant pas de faire une recension exhaustive de tous les facteurs de risque associés au suicide, voici une brève présentation des principaux facteurs de risque du suicide, selon les sphères socioculturelle, environnementale et individuelle (Turecki et al., 2012).

*Modèle étiologique vulnérabilité-stress.* Turecki & Brent (2016) ont proposé un modèle étiologique à partir des divers facteurs de risque susceptibles d'influencer le développement des comportements suicidaires, notamment les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et le décès par suicide, tel qu'illustré par la figure 1. Les auteurs expliquent que les comportements suicidaires résultent d'une interaction de multiples facteurs appartenant à trois catégories principales : les facteurs de risque de niveau populationnel, les facteurs de risque de niveau environnemental et les facteurs de risque de niveau individuel. Les facteurs de risque de niveau populationnel comprennent les contextes sociaux comme la cohésion sociale et la situation économique; pensons à l'insécurité économique engendrée par une récession, par exemple (Anglemyer et al., 2014; Dunne-Maxim et al., 1992; Gould et al., 2014; Pirkis et al., 2006; Tondo et al., 2006; Turecki et al., 2016).

Les facteurs de risque de niveau environnemental incluent l'accessibilité aux moyens pour se suicider, la couverture médiatique des comportements suicidaires et les difficultés d'accès à des soins en santé mentale (Crump et al., 2014; Hawton et al., 2013; Liu & Miller, 2014; McClatchey et al., 2017; McLean et al., 2008; Overholser et al., 2012; Phillips et al., 2002).

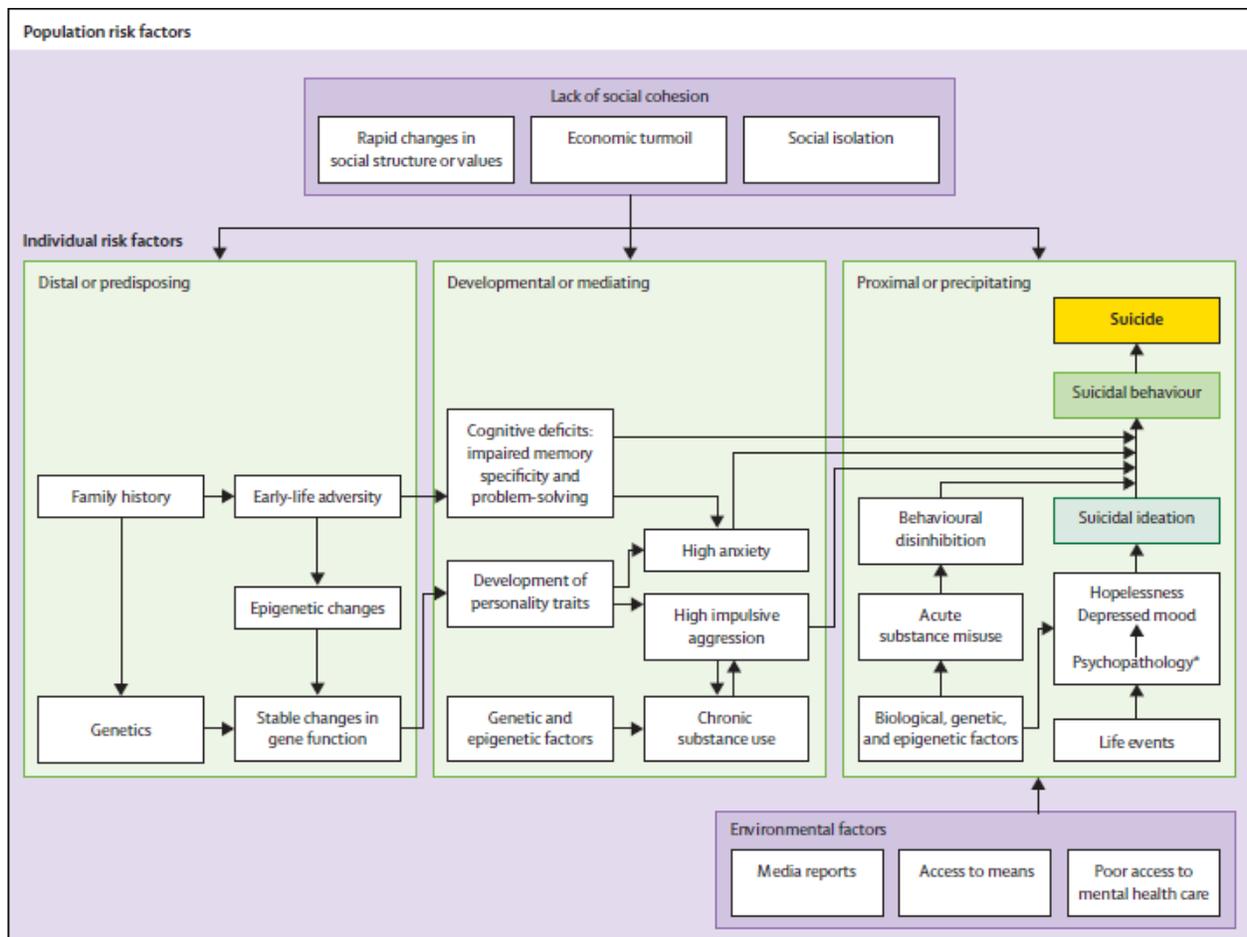


Figure 1. Modèle du risque suicidaire – tiré de Turecki & Brent (2016)

Ces facteurs interagissent avec les facteurs de risque de niveau individuel, qui regroupent trois catégories évoluant selon une séquence développementale : les facteurs distaux (ou prédisposants), les facteurs développementaux (ou médiateurs) et les facteurs proximaux (ou précipitants) (Turecki & Brent, 2016). Les facteurs distaux comprennent notamment la transmission familiale des comportements suicidaires (antécédents familiaux) et l’aspect génétique (interaction gènes et environnement) associé au risque suicidaire. Ce groupe de facteurs inclut aussi le niveau d’adversité rencontré pendant l’enfance comme, par exemple, les abus et la négligence. Cette adversité est associée à l’épigénétique, c’est-à-dire aux changements apportés à l’expression génétique sur le long terme. Les facteurs développementaux incluent les

traits de personnalité, tels que l'impulsivité, l'agressivité, l'anxiété et les difficultés relationnelles, ainsi que les styles cognitifs, comme les déficits associés à la mémoire ou les difficultés de résolution de problèmes. Ces facteurs sont considérés comme médiateurs dans la survenue des comportements suicidaires. Leur développement est influencé par les facteurs de risque distaux et s'échelonne dans le temps. Les facteurs proximaux incluent notamment la psychopathologie et les événements de la vie. Ces facteurs s'inscrivent dans un plus court laps de temps précédant les agissements suicidaires, qu'ils contribuent à précipiter.

*Facteurs de risque distaux.* Ces facteurs de risque apparaissent tôt dans la trajectoire de vie d'une personne et augmentent la prédisposition au suicide (Turecki et al., 2012). Parmi ceux-ci, on compte nombre de facteurs génétiques et biologiques comme le genre, l'orientation sexuelle, les antécédents familiaux de psychopathologies et les antécédents de négligence ou de violence émotionnelle, physique ou sexuelle durant l'enfance (Crump et al., 2014; Hawton et al., 2013; Kessler et al., 1999; Li et al., 2011; McClatchey et al., 2017; McLean et al., 2008; Turecki & Brent, 2016).

À ces facteurs s'ajoutent les facteurs de risque développementaux (Turecki & Brent, 2016). En plus d'être caractérisée par des changements et des transitions majeurs sur les plans physique, identitaire et relationnel, l'adolescence est une période de vie dont l'intensité émotionnelle entraîne des stratégies d'adaptation (Bilsen, 2018; Lynch & Séguin, 1999). Les facteurs de risque développementaux nuisent au développement de saines capacités d'adaptation, notamment en contribuant au développement de déficits cognitifs ou d'une faible capacité de résolution de problèmes (Grover et al., 2009). Parmi ceux-ci, le facteur le plus important semble être la présence d'adversités vécues durant l'enfance et l'adolescence, mais le manque de soutien social,

l'adoption de comportements antisociaux, agressifs ou impulsifs, l'abus d'alcool ou de drogues et le développement de psychopathologies participent aussi aux risques environnementaux (Consoli et al., 2013; Grover et al., 2009; Hawton et al., 2013; Huang et al., 2018; Ide et al., 2010; McClatchey et al., 2017; McLean et al., 2008; Séguin et al., 2011; Turecki & Brent, 2016).

*Facteurs de risque proximaux.* Ces facteurs de risque sont ceux qui déclenchent le processus suicidaire (Turecki et al., 2012). Parmi ceux-ci, la présence d'une psychopathologie semble être la plus importante, notamment les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité (Crump et al., 2014; Guzmán et al., 2019; Hawton et al., 2013; Huang et al., 2017; Huang et al., 2018; Kessler et al., 1999; Li et al., 2011; McClatchey et al., 2017; McLean et al., 2008; Overholser et al., 2012; Phillips et al., 2002; Turecki et al., 2016). Parmi les autres facteurs de risque proximaux importants, il y a les tentatives de suicide antérieures, la toxicomanie, le sentiment de désespoir et l'impulsivité (Crump et al., 2014; Hawton et al., 2013; Li et al., 2011; McClatchey et al., 2017; McLean et al., 2008; Overholser et al., 2012; Phillips et al., 2002; Turecki & Brent, 2016).

Si ces facteurs de risque peuvent bel et bien informer les stratégies de prévention à mettre en place, d'autres chercheurs tentent néanmoins de développer des modèles théoriques capables de mieux expliquer et conceptualiser les comportements suicidaires (Gunn & Lester, 2014). Parmi ces théories, deux d'entre elles sont particulièrement répandues et acceptées, soit le modèle de vulnérabilité-stress (Mann et al., 1999) et la théorie interpersonnelle du suicide (Van Orden et al., 2010).

Remarquant que la sévérité de la psychopathologie ne prédisait pas le risque de passage à l'acte et que le risque de passage à l'acte était plus grand chez ceux qui avaient déjà fait une tentative de suicide, ces chercheurs ont postulé l'existence d'un profil type de personnes plus à

risque de passer à l'acte. Le modèle de stress-diathèse nous permet de mieux les comprendre (Mann et al., 1999). En effet, selon ce modèle, la vulnérabilité au suicide serait plus grande chez les personnes ayant développé des prédispositions à être impulsif et à adopter des comportements d'autoagression (diathèse). Une exposition intense ou répétée à des événements de vie négatifs pourrait provoquer chez ces gens un sentiment de désespoir qui dépasse leurs capacités d'adaptation (stress). La diathèse pourrait être, par exemple, liée au fait d'avoir une vulnérabilité biologique ou d'avoir été victime de violence ou d'abus durant l'enfance et l'adolescence, tandis que le stress pourrait être lié à divers événements de vie négatifs comme une rupture, une perte d'emploi ou la perte d'un proche.

Si le modèle stress-diathèse se focalise sur les facteurs individuels menant au suicide, Van Orden et ses collègues (2010) proposent une théorie qui cible principalement l'interaction de l'individu dans son milieu. Selon la théorie interpersonnelle du suicide, la vulnérabilité au suicide serait plus grande chez les personnes ayant les sentiments de ne pas appartenir à leur groupe social et d'être un fardeau pour les autres. Ce sont ces sentiments qui contribueraient le plus à l'idéation suicidaire (Van Orden et al., 2010). Ici aussi, conformément au modèle stress-diathèse, le risque de passage à l'acte serait plus grand chez les personnes ayant été exposées de façon répétée à des événements de vie négatifs.

Au fil des années, ces modèles ont été adaptés à la perspective biopsychosociale, ce qui a permis de modéliser la vulnérabilité au suicide selon la présence de certains facteurs de risque, non plus comme une période de crise, mais comme une trajectoire de vie (Wasserman & Sokolowski, 2016).

Le suicide est un phénomène multidimensionnel (Hawton et al., 2013; Overholser et al., 2012; Turecki & Brent, 2016). Pour le prévenir et atténuer l'effet des facteurs de risque, il est

possible d'avoir recours à différents types d'actions (Aleman et Denys, 2014; Hawton et al., 2013).

### *Types d'actions inclus dans les plans nationaux de prévention du suicide*

Face à l'augmentation des taux de suicide au cours des années 1970 à 1990, plusieurs pays ont mis en œuvre des stratégies nationales de lutte contre le suicide (Farberow, 2001). Dans le but d'identifier les actions qui peuvent être intégrées dans un plan national, l'Institut de médecine des États-Unis (IMÉU, 1994) et l'OMS (2002) a présenté un cadre de classification pour la prévention à trois niveaux : les stratégies universelles, les stratégies sélectives et les stratégies ciblées.

Selon ce cadre de classification, chaque stratégie vise un groupe cible d'individus (OMS, 2002). Par définition, les actions universelles visent la population générale. Les actions universelles peuvent inclure, entre autres, l'organisation d'une campagne de sensibilisation au bien-être et au maintien de la santé mentale. Quant aux actions sélectives, elles visent les individus présentant un ou des facteurs de risque individuels. Parmi les actions sélectives, mentionnons le développement de stratégies de repérage des individus à risque à la suite d'un suicide. Les actions ciblées visent les individus présentant des manifestations de la problématique. Dans le cas de la prévention du suicide, il s'agit des stratégies visant à soutenir des proches endeuillés à la suite d'un suicide, des personnes ayant déjà fait une tentative de suicide ou ayant des idées suicidaires sévères. Les actions ciblées permettraient de planifier l'intervention directe auprès des individus souffrant des répercussions d'un suicide (OMS, 2002).

Le retentissement d'un suicide, les préoccupations pour les individus qui vivent le décès d'un proche après un suicide et les conséquences sur la collectivité sont pris en compte à travers la postvention (Dransart & Séguin, 2008). Dans les dernières décennies, ce domaine de la suicidologie a pris de l'ampleur, de sorte que la postvention joue maintenant un rôle clé dans la diminution des taux de suicide (Andriessen & Krysinska, 2011; Jordan, 2017). Nous aborderons maintenant les cadres conceptuels sur lesquels s'appuient les actions de postvention.

## **Postvention à la suite d'un suicide**

### *Cadres conceptuels sur lesquels se basent les actions de postvention*

La postvention renvoie au « domaine de la suicidologie qui s'intéresse aux mesures d'accompagnement, de soutien et d'intervention à la suite d'un suicide » (Dransart & Séguin, 2008). Les nombreux programmes publiés de postvention sont divisés en deux approches distinctes.

a) L'approche visant à prévenir l'effet d'entraînement du suicide renvoie explicitement aux modèles épidémiologiques des suicides en grappes de masse et en grappes localisées. Elle vise principalement à minimiser les facteurs collectifs liés à la propagation des idées et des conduites suicidaires en intervenant sur les plans de la communication, de l'organisation ou de la logistique institutionnelle. Parmi les programmes de prévention de l'effet d'entraînement du suicide, le programme du *Center for Disease Control* (CDC), publié en 1988, demeure une référence incontournable (CDC, 1988). Sur le plan collectif (lorsqu'il est question du groupe, de l'école, de l'institution ou du corps de métier dans lequel se produit le suicide), le suicide d'un collègue peut engendrer une désorganisation structurelle ou organisationnelle et provoquer un relâchement des

mailles du tissu social, un affaiblissement de la cohésion de groupe et une réduction du sentiment d'appartenance, pouvant réactiver ou favoriser l'émergence de conflits susceptibles de fragiliser le milieu et de contribuer à la réémergence d'un geste suicidaire (Hoffman & Bearman, 2015).

b) L'approche de postvention à proprement parler a été développée par Shneidman en 1973. Cette approche désigne l'ensemble des interventions à entreprendre à la suite d'un traumatisme, en vue d'en diminuer les impacts néfastes et de réduire la souffrance des individus (Dransart & Séguin, 2008). Il s'agit principalement de limiter la désorganisation psychique précoce, de circonscrire l'impact de la crise et de prévenir des complications psychopathologiques en facilitant le retour au fonctionnement antérieur. Schématiquement, les actions menées dans le cadre de la postvention s'organisent selon le triptyque du repérage, de l'accompagnement psychologique et du suivi des individus à risque (Dransart & Séguin, 2008).

### *Prévenir l'effet d'entraînement du suicide*

Le premier courant vise à prévenir l'effet d'entraînement du suicide. Il est à noter que ce phénomène peut être nommé de différentes façons, par exemple un phénomène de contagion, d'imitation (*modeling effect, copycat*) ou d'incitation (Cox et al., 2012; Cutler et al., 2001; Fink et al., 2018; Gould et Lake, 2013; Hittner, 2005; Insel & Gould, 2008; Joiner; 1999; Niederkrotenthaler et al., 2010; Notredame et al., 2015; Poijula et al., 2001b). Ces types de phénomènes renvoient à des nuances théoriques, mais se recoupent en ce qui concerne leur point commun central. En effet, ces phénomènes ont tous à voir avec l'effet d'entraînement des comportements suicidaires à la survenue d'un suicide dans une population (Fink et al., 2018; Notredame et al., 2015).

La crainte la plus aiguë soulevée par la survenue d'un suicide en milieu communautaire est l'effet d'entraînement du suicide. En effet, les personnes les plus vulnérables – et notamment les adolescents – sont plus susceptibles de s'identifier à la personne décédée, ce qui peut parfois mener à l'imitation du comportement suicidaire (Bridge et al., 2020; Fink et al., 2018; Gould et al., 2003; Notredame et al., 2015). Certains travaux démontrent que 50 % des jeunes exposés à un suicide présentent un risque de 2 à 4 fois plus élevé de se donner la mort (Gould & Lake, 2013; McKenzie & Keane, 2007). Autrement dit, l'effet d'entraînement du suicide rend compte de la concentration possible de suicides dans un espace-temps limité. Des « suicides en grappes localisées » ont été décrits en milieu carcéral (McKenzie & Keane, 2007), dans des institutions psychiatriques et dans des établissements scolaires (Gould et al., 1990). Quant à lui, les suicides en grappes de masse renvoient à l'augmentation non circonscrite des taux de suicide dans l'espace en lien avec la diffusion d'un fait suicidaire sur les médias sociaux ou par les médias traditionnels. Ce phénomène est communément appelé l'effet Werther (Fink et al., 2018; Hittner, 2005; Leroux, 2013; Millet, 2005; Notredame et al., 2015; Phillips, 1974; Till et al., 2017).

*L'effet Werther.* Suite à la publication du roman « Les souffrances du jeune Werther » de Goethe en 1774, dans lequel le protagoniste se suicide avec une arme à feu, l'Allemagne a connu une augmentation de suicides par arme à feu chez les jeunes hommes (Phillips, 1974). En 1974, le sociologue David Phillips a constaté cette tendance à l'augmentation du taux de suicide lorsqu'un suicide faisait les manchettes d'un journal. S'inspirant du roman de Goethe, Phillips a théorisé l'effet Werther (Phillips, 1974). Selon lui, le traitement médiatique d'un suicide sans précaution, en raison de son influence potentielle importante sur les comportements et les croyances d'une communauté, est parfois perçu chez les personnes vulnérables comme une suggestion de passage à l'acte (Fink et al., 2018; Notredame et al., 2015; Phillips, 1974).

L'effet Werther pourrait s'expliquer par deux théories de psychologie sociale : la théorie de l'apprentissage social et la théorie de l'identification différentielle (Blood & Pirkis, 2001; Fink et al., 2018; Niederkrotenthaler et al., 2009; Notredame et al., 2015; Stack, 1987, 2003). D'une part, selon la théorie de l'apprentissage social (Bandura et al., 1977), les individus ont tendance à adopter des comportements en observant ceux d'autrui. D'autre part, selon la théorie de l'identification différentielle (Glaser, 1956), les individus ont tendance à imiter les comportements de personnes auxquelles elles s'identifient, par exemple des célébrités. Selon ces théories, une personne vulnérable voulant mettre fin à sa souffrance est plus à risque de reproduire les comportements suicidaires d'un autre à la suite d'un suicide d'une personne réelle ou imaginée à laquelle elle s'identifie (Blood & Pirkis, 2001; Fink et al., 2018; Niederkrotenthaler et al., 2009; Notredame et al., 2015; Stack, 1987, 2003). Des cas célèbres ont démontré cet effet. En effet, à la suite du suicide de Marylin Monroe, une hausse de 12,5 % du taux de suicide a été remarquée à travers les États-Unis (Phillips, 1974), atteignant les 40 % dans la ville de Los Angeles (Motto, 1967). Plus récemment, on a observé une hausse de 10 % du taux de suicide à travers les États-Unis suite au suicide de Robin Williams, ainsi qu'une hausse de 32,3 % des suicides par asphyxie, le moyen qu'a employé l'acteur pour s'enlever la vie (Fink et al., 2018). Dernièrement, une hausse du taux de suicide chez les adolescents âgés de 10 et 17 ans a été associée à la diffusion de la première saison de *13 Reasons Why*, une série télévisée populaire où la protagoniste de 17 ans se suicide (Bridge et al., 2020).

Lorsque le traitement médiatique est réalisé avec précautions, il semble possible de, non seulement diminuer l'effet Werther, mais aussi de contribuer à un effet protecteur, mieux connu sous le nom de l'effet Papageno (Niederkrotenthaler et al., 2010).

*L'effet Papageno.* L'effet Papageno a été théorisé par Niederkrotenthaler et ses collègues (2010), en s'inspirant de la *Flûte enchantée* de Mozart, un opéra dans lequel trois garçons dissuadent Papageno, le protagoniste aux idées suicidaires, de passer à l'acte. L'étude de Niederkrotenthaler et ses collègues a contribué, d'une part, à la consolidation des connaissances sur l'effet Werther en détectant une association positive entre un effet d'entraînement du suicide et un traitement médiatique peu précautionneux, par exemple par une circulation de messages glorificateurs, normalisateurs ou banalisant le suicide. D'autre part, elle a contribué à l'avancement des connaissances en détectant une association négative entre un effet d'entraînement du suicide et un traitement médiatique précautionneux.

Ainsi, selon leur étude, il apparaît qu'un traitement médiatique précis pourrait contribuer à prévenir le risque de passage à l'acte chez les personnes vulnérables. Parmi leurs recommandations, les chercheurs recommandent de parler de l'idéation suicidaire plutôt que de décrire le ou les scénarios de passage à l'acte, de mettre l'accent sur ce qui peut aider à continuer à vivre et d'encourager l'adoption de stratégies d'adaptation alternatives pour faire face à la souffrance (Niederkrotenthaler et al., 2010).

Toutefois, le processus expliquant l'effet Papageno demeure à explorer. La théorie actuelle est la même que pour l'effet Werther, c'est-à-dire que les processus d'apprentissage social et d'identification favorisent chez les personnes vulnérables une diminution du risque de passage à l'acte, tout en leur offrant des pistes de stratégies d'adaptation alternatives pour faire face à leur souffrance (Notredame et al., 2015). Bien que l'effet Papageno soit encore mal connu, il est recommandé de favoriser un traitement médiatique précautionneux, en mettant de l'avant une communication factuelle, sensible, non sensationnaliste, en mettant l'accent sur la prévention du suicide et les ressources d'aide disponibles pour les personnes vulnérables, que ce soit pour

favoriser l'effet Papageno ou pour diminuer l'effet Werther (Notredame et al., 2015; Notredame et al., 2016).

En résumé, la prévention de l'effet d'entraînement du suicide s'appuie sur des modèles épidémiologiques des suicides en grappes de masse et en grappes localisées. Le premier courant de la postvention vise à prévenir l'effet d'entraînement du suicide dans la communauté, en intervenant notamment sur le plan de la communication, de l'organisation ou de la logistique institutionnelle, afin de limiter l'effet Werther, de favoriser l'effet Papageno et de minimiser les facteurs collectifs liés à la propagation des idées et des conduites suicidaires (Bridge et al., 2020; Fink et al., 2018; Gould et al., 2003; Niederkrotenthaler et al., 2009, 2010; Notredame et al., 2015; Stack, 1987, 2003).

#### *Soutenir les individus souffrants et vulnérables*

Proposé à l'origine par Shneidman (1973), le second courant vise spécifiquement à offrir et à mettre en œuvre des activités, à l'échelle individuelle, d'accompagnement, de soutien et d'intervention aux personnes ayant été exposées au suicide. Il s'agit principalement de limiter la désorganisation psychologique précoce, de circonscrire l'impact de la crise et de prévenir les complications psychopathologiques en favorisant le retour au fonctionnement antérieur. Schématiquement, les actions menées dans le cadre de la postvention s'organisent selon des activités de repérage, d'accompagnement psychologique et de suivi des individus à risque.

Historiquement, ces actions ciblaient les endeuillés proches du défunt ou ayant été exposées au suicide (Erlich et al., 2017; Maple et al., 2017; Shneidman, 1973). Toutefois, on a remarqué au fil du temps que l'ensemble des membres de la collectivité pouvaient aussi être affectés, mais à

des degrés d'exposition variables, allant des personnes directement exposées au suicide, à la famille proche, à la famille élargie, aux collègues ou camarades de classe, jusqu'aux personnes n'ayant pas connu le défunt, mais présentant une vulnérabilité suicidaire (Bearman, 2011; Maple et al., 2017; Stack, 1987). Pensons au suicide rapporté dans les médias d'une célébrité, par exemple. Leenaars et Wenckstern (1998) ont proposé l'idée selon laquelle les stratégies de postvention s'appliquaient à toutes les personnes à risque d'éprouver des difficultés à la suite d'un suicide. Face à ce constat, il devient primordial de mettre en place des actions de repérage des personnes à risque de complications (CDC, 1988; Cox et al., 2012; Leenars & Wenckstern, 1998; Maple et al., 2017; OMS, 2002; Séguin et al., 2004, 2005). Le modèle théorico-clinique de Séguin et ses collègues propose de distinguer trois groupes de risque, selon le niveau de vulnérabilité des individus et leur proximité à l'événement (Séguin et al., 2005).

a) Le groupe des personnes directement exposées au geste ou au corps du défunt, ou qui entretenaient avec lui ou elle une relation de proximité affective. Il s'agit des individus pour lesquels la probabilité de développer des manifestations psychopathologiques aiguës en lien avec le deuil ou le psychotraumatisme est la plus élevée. Les risques à plus long terme comprennent les troubles dépressifs, anxieux ou liés à l'usage de substances.

b) Le groupe des personnes non directement exposées, mais chez qui préexiste une vulnérabilité psychique. On y compte les individus présentant une pathologie psychiatrique, une dépendance à une substance psychoactive, des antécédents traumatiques, ou plus généralement une susceptibilité au suicide. Le risque découle ici de l'amplification psychopathologique.

c) Le groupe constitué par les autres membres de l'institution. Pour ces individus non directement exposés et non préalablement vulnérables, le risque de décompensation critique ou

psychopathologique est plus faible, mais non nul.

Selon cette typologie, les interventions appropriées dépendent du groupe dans lequel se trouve l'individu. Certaines actions ciblées, comme les interventions précoces et à court terme (accompagnement psychologique sur l'évolution du deuil, suivi en rencontre individuel avec une personne ayant été témoin, transmettre de l'information quant aux réactions à venir, etc.) sont adéquates pour le groupe des personnes directement touchées par l'acte suicidaire. Quant à elles, les actions sélectives sont adéquates pour le groupe d'individus identifiés comme vulnérables. Pensons au repérage et aux interventions auprès des personnes présentant des facteurs de risque ou pouvant en développer (joindre les personnes dans leur milieu, réaliser un entretien afin d'évaluer leurs besoins, orienter les personnes vers les ressources appropriées). Enfin, les actions universelles, comme les interventions visant à rassurer et à augmenter la résilience des personnes (favoriser l'accès à la consultation de professionnels de la santé, offrir des formations pour augmenter les connaissances au sujet des signes précurseurs de la détresse psychologique, promouvoir l'acceptabilité de la consultation en santé mentale, etc.) s'adressent à l'ensemble de la population affectée par le suicide et ne présentant pas de vulnérabilité (Séguin et al., 2004, 2005).

Le deuxième courant de la postvention vise à repérer les individus vulnérables et à leur offrir des soins adaptés à leurs besoins, de façon à contenir les effets négatifs du suicide et à prévenir les risques de problèmes de santé mentale (Leenars & Wenckstern, 1998; Maple et al., 2017; Séguin et al., 2005; Shneidman, 1973).

En résumé, en intégrant ces deux courants, les objectifs actuels de la postvention sont d'offrir des interventions adaptées aux personnes exposées au suicide, en plus de diminuer le risque d'un effet d'entraînement du suicide et de repérer les individus vulnérables ou à risque de

développer des complications à la suite d'un suicide (Dransart et Séguin, 2008, Nicolas et al., 2017; Séguin et al., 2004). Afin de faciliter l'implantation de ces mesures lors d'une période de crise à la suite d'un suicide, différents milieux adhèrent à différents programmes de postvention (Cox et al., 2012; Séguin et al., 1999, 2004; Szumilas & Kutcher, 2011; Visser et al., 2014).

### **État des programmes de postvention**

Au cours des 40 dernières années, nous avons observé une augmentation du nombre de publications sur les programmes de postvention, provenant majoritairement des pays occidentaux anglo-saxons (Andriessen, 2014). Actuellement, la plupart des publications sur la postvention à la suite d'un suicide sont spécifiques au milieu scolaire (Ramchand, 2015; Robinson et al., 2013; Szumilas & Kutcher, 2011). Leur objectif principal est d'atténuer le risque d'effet d'entraînement du suicide, plus accru chez les adolescents que chez les autres groupes d'âge (Gould & Lake, 2013; Poland, 1989; Robinson et al., 2016b, 2016c).

Si les adolescents sont la cible prioritaire des programmes de postvention en milieu scolaire, les parents, les intervenants, les enseignants et les autres membres du personnel de l'école peuvent aussi être affectés par le suicide (Andriessen, 2014). Quand on tient compte du fait que le milieu scolaire est habituellement le milieu extérieur à la maison où les adolescents passent le plus de temps, les écoles apparaissent en effet comme des lieux à privilégier pour prévenir l'effet d'entraînement du suicide chez les adolescents (Robinson et al., 2013; Séguin et al., 2005). Un autre avantage du milieu scolaire dans la prévention du suicide est l'accessibilité à des ressources déjà disponibles dans le milieu, dont des psychologues, pour venir en aide aux élèves qui présentent des complications à la suite d'un suicide (Rickwood et al., 2017; Séguin et al., 2005). Grâce à l'aide des enseignants, il est aussi possible d'avoir un contact quotidien avec

les élèves, ce qui permet d'observer des signes précurseurs de complications comme les changements de comportements et la diminution des performances académiques (Juhnke et al., 2011).

Compte tenu de la nature singulière de chaque suicide (Andriessen, 2014), les programmes de postvention diffèrent souvent quant à leurs objectifs et leur contenu (Ramchand, 2015). Par exemple, certains programmes de postvention sont conçus spécifiquement pour l'intervention à la suite d'un suicide (Comans et al., 2013; Séguin et al., 2005; Visser et al., 2014;), tandis que d'autres sont conçus et employés pour intervenir à la suite de divers traumatismes, comme un suicide, un homicide ou un désastre naturel (Gulliver et al., 2016; Leenaars & Wenckstern, 1998). D'autres différences existent en ce qui a trait à la durée des programmes de postvention. Alors que le déploiement des programmes de postvention a habituellement lieu dès que le suicide survient (Dunne-Maxim et al., 1992; Hazell, 1991; Leenaars & Wenckstern, 1998; Séguin et al., 2005), la durée des interventions diffère souvent d'un programme à l'autre, pouvant aller de quelques jours à quelques mois (Ramchand, 2015; Robinson et al., 2013).

Au Québec, plusieurs programmes de postvention ont vu le jour au cours des dernières décennies. Ceux-ci ont été conçus en premier par des centres de prévention du suicide et des commissions scolaires (Séguin et al., 1999). Après avoir recensé et analysé 42 différents programmes de postvention (Séguin et al., 1999), Séguin et ses collègues (2004) ont proposé un programme-cadre de postvention, qui a fait consensus au Québec. Il s'agit d'un programme spécifique au milieu scolaire, dont le but est de mettre en place des mesures d'intervention aptes à diminuer les réactions de stress, à diminuer l'impact de la crise suicidaire et à favoriser le processus de deuil. Ce programme de postvention se démarquait des autres programmes de cette époque. Au lieu d'offrir un programme de postvention séquentiel et uniforme, soit un processus d'étapes par étapes, ce programme de postvention a adopté une approche centrée sur l'analyse de

la situation et l'évaluation des besoins. Grâce à la mise en place d'activités d'intervention multiples, variées et adaptées au contexte singulier de la situation, cette approche permettait une plus grande flexibilité du programme de postvention.

Depuis sa création il y a plus de 15 ans, plusieurs programmes de postvention ont été mis en place au Québec et ailleurs (Aucoin & Doyon, 2016; Cox et al., 2015; Guérin-Lajoie, 2010; Malkassoff & Payette, 2018; Potvin et al., 2007; Roussety et al., 2016; Szumilas & Kutcher, 2011). Voilà pourquoi il apparaît nécessaire d'examiner les dernières pratiques provenant des nouveaux programmes ou de la littérature scientifique, afin d'en ressortir les meilleures pratiques de postvention (Nicolas et al., 2017).

#### *Examen de l'efficacité des programmes de postvention*

Deux projets de recherche seulement ont tenté d'évaluer l'efficacité d'un programme ou d'une action de postvention, soit l'étude de Hazell (1991) et les études de Poijula et ses collègues (2001a; 2001b). À notre connaissance, il ne semble pas y avoir eu de nouvelles évaluations rigoureuses de programmes de postvention depuis les années 2000. Après le suicide de deux élèves dans deux écoles distinctes, Hazell (1991) a comparé un groupe ayant reçu une intervention de *counseling* à un groupe n'ayant reçu aucune intervention. L'intervention s'est déroulée dans la semaine suivant le suicide. Elle était offerte à des groupes de 20 à 30 élèves. Les élèves ayant reçu l'intervention étaient sélectionnés s'ils étaient un ami proche du défunt. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre le groupe contrôle et le groupe ayant reçu des séances de *counseling* à la suite d'un décès par suicide. Cependant, les auteurs ont remis en question leur procédure, puisque seuls les amis proches du défunt recevaient l'intervention, et cela, même si les autres élèves présentaient des scores de détresse similaires

(Hazell & Lewin, 1993). Dans le deuxième projet de recherche, des chercheurs se sont intéressés à la survenue de six suicides consécutifs dans trois écoles secondaires et des impacts psychologiques qu'ont eu le suicide sur 89 camarades de classe de l'adolescent s'étant suicidé (Poijula et al., 2001a; 2001b). Ils ont comparé l'incidence de nouveaux suicides dans les trois écoles secondaires, dans une période de quatre ans suivant le suicide d'un de leurs élèves (Poijula et al., 2001b). Les chercheurs ont observé qu'il n'y avait pas eu de cas répertorié d'imitation du suicide lorsque l'école a déployé une action de postvention, précisément un *debriefing* d'une heure réalisée par un professionnel de la santé mentale, tandis que des cas d'imitation du suicide étaient survenus dans les écoles n'ayant pas déployé d'actions de postvention (2001b). Néanmoins, la méthodologie de ces études de cas ne permet pas de statuer sur un lien de causalité entre la postvention et la réduction de l'effet d'entraînement du suicide (Andriessen et al., 2019b; Cox et al., 2012; Robinson et al., 2013).

Ainsi, il ne semble y avoir aucune étude offrant des données probantes pouvant soutenir le déploiement d'un programme de postvention pour diminuer l'incidence du suicide ou de tentatives de suicide à la suite d'un suicide (Andriessen et al., 2019a; Szumilas & Kutcher, 2011). Ce manque de données probantes semble en partie expliqué par les limites de la recherche sur la postvention à la suite d'un suicide (Cox et al., 2016). En effet, la crise suicidaire demeure un événement imprévisible nécessitant un déploiement immédiat du programme de postvention afin de réduire le risque d'imitation du suicide et de réactions traumatiques. Il est difficile de déployer une méthodologie rigoureuse dans ce contexte imprévisible et urgent, sans compter les importants enjeux éthiques que soulève le fait de ne pas offrir d'intervention immédiate au groupe contrôle (Cox et al., 2016; Robinson et al., 2016b, 2016c).

Bref, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité des stratégies de postvention à la suite d'un suicide en se basant sur les connaissances actuelles (Andriessen et al., 2019b; Szumilas &

Kutcher, 2011). La pratique clinique a tout de même tendance à encourager les intervenants à déployer des activités de postvention à la suite d'une crise suicidaire (Andriessen et al., 2019a; Szumilas & Kutcher, 2010, 2011). Les programmes de postvention permettent malgré tout d'offrir des soins à une population pouvant être vulnérable (Leenars & Wenckstern, 1998; Maple et al., 2017; Pak et al., 2019; Séguin et al., 2004, 2005; Shneidman, 1973), ce qui peut, en théorie, contribuer à prévenir l'effet Werther ou tout autre processus d'entraînement du suicide (Bridge et al., 2020; Cox et al., 2012; Fink et al., 2018; Gould et al., 2003; Niederkrotenthaler et al., 2009, 2010; Notredame et al., 2015; Stack, 1987, 2003). Au final, ces raisons pèsent en faveur du développement des programmes de postvention à la suite d'un suicide.

### *Consensus des actions de postvention*

En l'absence de données probantes sur l'efficacité des stratégies de postvention à la suite d'un suicide, les actions de postvention actuelles reposent principalement sur le jugement professionnel des intervenants du milieu (Cox et al., 2016). Les intervenants peuvent s'inspirer des lignes directrices, des trousseaux d'outils ou des adaptations de méthodes d'interventions que proposent certaines institutions, généralement regroupées dans un programme de postvention structuré et ancré dans un cadre théorique (O'Neill, 2017). Cependant, plusieurs établissements ont tendance à emprunter des programmes de postvention implantés ailleurs et à les adapter à leur contexte (Bouchard et al., 2004). C'est pourquoi on trouve une multitude de suggestions quant aux actions à mettre en place dans l'élaboration d'un programme de postvention (Maple et al., 2017). On observe donc une multiplication des programmes de postvention, sans avoir de consensus quant aux actions les plus pertinentes à implanter dans un programme de postvention à la suite d'un suicide (Andriessen et al., 2019a; Szumilas & Kutcher, 2011).

Récemment, Cox et ses collègues (2016) ont tenté de parvenir à un consensus parmi les experts, afin de développer des lignes directrices en postvention à la suite d'un suicide en milieu scolaire australien. Employant la méthode Delphi, ils ont demandé à 40 experts en postvention de se prononcer sur la pertinence de 965 actions recensées à travers la littérature scientifique anglophone et les propositions d'actions de postvention au sein de programmes diffusés publiquement. Au total, 548 actions de postvention ont fait consensus parmi les experts (Cox et al., 2016). Bien que ces résultats soient novateurs et pertinents, déployer l'ensemble de ces 548 actions de postvention est un défi dans la pratique, surtout lorsqu'on pense aux difficultés qu'il y a à coordonner efficacement les instances locales, régionales et provinciales qui prennent part à la postvention (Caine, 2013). Aussi, l'étude de Cox et ses collègues (2016) comporte d'autres limites. D'une part, seules les actions de postvention spécifiques au milieu scolaire ont été évaluées. Cela limite la généralisation des résultats aux autres milieux, par exemple dans le cas d'un suicide en milieu de travail. D'autre part, il est difficile de savoir si les actions préconisées dans les milieux anglophones sont compatibles avec celles que l'on préconise dans la culture francophone. Considérant que les nombreuses propositions d'actions de postvention ne sont pas publiées dans des revues scientifiques, il est particulièrement pertinent d'effectuer une recherche des actions de postvention diffusées publiquement dans des programmes de postvention proposés par des organismes francophones. À cette fin, il serait important d'élaborer un inventaire d'actions utilisées dans les milieux francophones et d'interroger les experts en suicidologie quant au bien-fondé de ces actions de postvention, en vue d'obtenir un consensus circonscrit des actions de postvention les plus pertinentes à la suite d'un suicide.

## **Question de recherche et objectifs**

Vu l'état actuel des connaissances, il est pertinent de se poser cette question : quelles sont les actions de postvention à la suite d'un suicide qui font consensus parmi les experts? Les objectifs de cet essai doctoral sont, d'une part de réaliser un inventaire des actions de postvention à la suite d'un suicide diffusées dans la littérature scientifique et diffusées publiquement dans des programmes de postvention proposés par des organismes francophones, et d'autre part de demander l'avis des experts en postvention sur le bien-fondé des actions de postvention répertoriées, afin d'obtenir un consensus quant aux actions de postvention reconnues comme étant pertinentes ou non à mettre en œuvre.

## 2. MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

### Article 1

Examen des meilleures pratiques de postvention : méthode Delphi.

**Auteurs de l'article:** Maxime Vachon, M.Sc., D.Ps.(c); Caroline Nicolas, Ph.D; Charles-Edouard Notredame, Ph.D.; Monique Séguin, Ph.D.

**Statut de l'article:** Soumis pour publication par la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique

Vachon, M., Nicolas, C., Notredame, C.-E., et Séguin, M. (13 mai 2020). *Examen des meilleures pratiques de postvention: méthode Delphi* [manuscrit soumis pour publication]. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.

## SUMMARY

**Background.** Postvention aims to implement services adapted to the needs of a population that may be vulnerable after suicide. Despite the abundance of postvention programs, these are generally based on the professional judgment of practitioners rather than on evidence. Using the Delphi method, an Australian study obtained a consensus among experts as to which postvention actions are to be included in a postvention program (Cox et al., 2016). Since no study has been carried out for French-speaking programs, it seems important to reproduce the same type of study and compare the results. This study aims to carry out a French inventory of postvention actions and to obtain a consensus among experts as to the actions to be included in a postvention program.

**Methods.** A French inventory of postvention actions has been created, listing the actions published publicly and in scientific journals. Using the Delphi method, 18 experts evaluated the relevance of these postvention actions.

**Results.** An inventory of 190 postvention actions has been compiled. The experts identified 128 of these actions as relevant and to be included in a postvention program.

**Conclusion.** Convergence has been observed between the experts, identifying practices to be encouraged following a suicide. By comparing these results to the 548 actions selected in the Australian study, we observe similarities between the two studies as regards the types of postvention actions. This study provides an update on best practices to include in a postvention program.

**Keywords.** Suicide. Postvention. Public health. Delphi method. Expert consensus.

## RÉSUMÉ

**Position du problème.** La postvention vise à mettre en œuvre des services adaptés aux besoins d'une population possiblement vulnérable après un suicide. Malgré l'abondance de programmes de postvention, ceux-ci sont généralement basés sur le jugement professionnel d'intervenants plutôt que sur des données probantes. En utilisant la méthode Delphi, une étude anglophone a permis d'obtenir un consensus quant aux actions de postvention à orchestrer dans divers contextes (Cox et al., 2016). Puisqu'aucune étude n'a été réalisée pour les programmes francophones, il apparaît important de reproduire le même type d'étude et de comparer les résultats. Cette étude vise donc à réaliser un inventaire francophone des actions de postvention et à obtenir un consensus parmi des experts quant aux actions à inclure dans un programme de postvention destiné aux francophones.

**Méthodes.** Un inventaire francophone des actions de postvention a été créé, recensant les actions publiées publiquement et dans des revues scientifiques. À l'aide de la méthode Delphi, 18 experts ont évalué la pertinence de ces actions de postvention.

**Résultats.** Un inventaire de 190 actions de postvention a été constitué. Les experts ont identifié 128 de ces actions comme étant à inclure dans un programme de postvention.

**Conclusion.** Une convergence a été observée entre les avis des experts quant aux pratiques à favoriser à la suite d'un suicide. En comparant les résultats francophones aux 548 actions retenues dans l'étude anglophone, nous avons observé des similarités entre les deux études quant aux types d'actions de postvention favorisés par les experts. La présente étude offre aux intervenants une mise à jour des meilleures pratiques à inclure dans un programme de postvention.

**Mots clés.** Suicide. Postvention. Santé publique. Méthode Delphi. Consensus d'experts.

## INTRODUCTION

Bien qu'il soit évitable, le suicide demeure un problème majeur de santé publique (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). Malgré la sensibilisation accrue à la prévention du suicide dans les dernières décennies, le suicide provoque environ 800 000 décès annuellement à travers le monde (OMS, 2017). Il a été estimé que chaque suicide représenterait à lui seul un coût moyen de près de 850 000 \$ (Clayton & Barcelo, 1999). Toutefois, c'est au niveau individuel que les conséquences du suicide prennent le plus d'ampleur. Il est rapporté qu'en moyenne 7 à 10 personnes sont profondément touchées par un suicide (Gouvernement du Canada, 2016) et qu'entre 80 et 135 personnes se disent affectées par un suicide (Berman, 2011; Cerel et al., 2019). Une proportion significative des personnes exposées au suicide pourraient être à risque de développer des problèmes de santé mentale, dont la dépression, et pourraient à leur tour tenter de se suicider (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Gouvernement du Canada, 2016; de Groot et al, 2006; Maple et al, 2017; Pak et al., 2019). Pour endiguer le fardeau du suicide, les décideurs en santé doivent non seulement réduire les passages à l'acte, mais aussi en limiter les conséquences. Le retentissement d'un suicide, les préoccupations pour les individus qui vivent le décès d'un proche après un suicide et les conséquences sur la collectivité sont pris en compte par la postvention (Dransart & Séguin, 2008), qui est une stratégie reconnue de diminution des taux de suicide (Andriessen & Krysinska, 2012; Jordan, 2017).

**Postvention à la suite d'un suicide**

Au cours des 40 dernières années, les programmes de postvention ont fait l'objet d'une quantité croissante de publications, provenant majoritairement des pays occidentaux anglo-

saxons (Andriessen, 2014). Les objectifs des programmes de postvention visent généralement à offrir du soutien adapté aux personnes exposées au suicide, à repérer les individus vulnérables ou à risque de développer des complications à la suite d'un suicide et à diminuer le risque de contagion du suicide à la suite d'un premier suicide (Andriessen et al., 2017).

Les programmes de postvention (Aucoin & Doyon, 2016; Cox et al., 2015; Guérin-Lajoie, 2010; Malkassoff & Payette, 2018; Potvin et al., 2007; Roussety et al., 2016; Séguin et al., 2004; Szumilas & Kutcher, 2011) se divisent en deux approches distinctes.

L'approche visant à prévenir la contagion suicidaire renvoie explicitement aux modèles épidémiologiques des suicides en grappes de masse et en grappes localisées; phénomènes qui peuvent expliquer une hausse de suicides ou de tentatives de suicide à la suite d'un suicide, selon un degré de proximité de temps et d'espace (Center for Disease Control [CDC], 1988). Cette approche vise à minimiser les facteurs collectifs liés à la propagation des idées et des conduites suicidaires en intervenant sur les plans de la communication, de l'organisation ou de la logistique institutionnelle. Parmi les programmes de prévention de la contagion suicidaire, le programme du CDC (1988) est la référence par excellence. Certains facteurs collectifs peuvent aussi contribuer à cet effet de contagion du suicide. À cet égard, l'effet Werther (Phillips, 1974) désigne une hausse du taux de suicide liée à une couverture médiatique peu précautionneuse. Pensons par exemple à une circulation de messages glorificateurs, normalisateurs ou banalisant le suicide (Gould et al., 2014).

L'approche de postvention qui vise l'atténuation de la souffrance des individus a été développée par Shneidman en 1973. Elle désigne l'ensemble des interventions à entreprendre à la suite d'un traumatisme pouvant mener au suicide, en vue d'en diminuer les impacts néfastes

(Dransart & Séguin, 2008). Il s'agit principalement de limiter la désorganisation psychique précoce, de circonscrire l'impact de la crise et de prévenir des complications psychopathologiques en facilitant le retour au fonctionnement antérieur. Schématiquement, les actions menées dans le cadre de la postvention s'organisent selon le triptyque du repérage, de l'accompagnement psychologique et du suivi des individus à risque (Nicolas et al., 2017).

Actuellement, la plupart des publications sur la postvention à la suite d'un suicide sont spécifiques au milieu scolaire (Ramchand et al., 2015; Robinson et al., 2013; Szumilas & Kutcher, 2011), en raison du risque accru de contagion chez les adolescents (Gould & Lake, 2013; Poland, 1999; Robinson et al., 2016). Certains programmes de postvention sont conçus spécifiquement pour l'intervention à la suite d'un suicide (Comans et al., 2013; Séguin et al., 2005; Visser et al., 2014), tandis que d'autres sont conçus pour être mis en place à la suite de divers traumatismes, comme un suicide, un homicide ou un désastre naturel (Gulliver et al., 2016; Leenars & Wenckstern, 1998). D'autres différences ont trait à la durée des programmes de postvention. Si les programmes de postvention sont déployés habituellement tout de suite après le suicide (Dunn-Maxim et al., 1992; Hazell, 1991; Leenars & Wenckstern, 1998; Séguin et al., 2005), la durée des interventions diffère souvent d'un programme à l'autre, pouvant se prolonger de quelques jours à quelques mois (Ramchand et al., 2015; Robinson et al., 2013).

À notre connaissance, il existe toutefois peu d'évaluations rigoureuses des programmes de postvention. Le même constat d'un manque d'évaluations rigoureuses a été fait dans d'autres revues de la littérature sur la postvention à la suite d'un suicide (Cox et al., 2012; Robinson et al., 2013). Deux projets de recherche seulement ont tenté d'évaluer l'efficacité d'un programme ou d'une action de postvention.

Le premier a comparé un groupe ayant reçu une intervention de *counseling* à un groupe n'ayant reçu aucune intervention, suite au suicide de deux élèves dans deux écoles distinctes (Hazell, 1991). Les résultats ont indiqué qu'il n'y avait pas de différences significatives entre le groupe contrôle et le groupe ayant reçu des séances de *counseling* à la suite d'un décès par suicide. Dans le deuxième projet de recherche, des chercheurs se sont intéressés à la survenue de six suicides consécutifs dans trois écoles secondaires (Poijula et al., 2001a; 2001b). Dans ce cas, on a observé qu'il n'y avait pas eu de cas répertorié d'imitation du suicide chez les étudiants de l'école ayant organisé une action de postvention, soit un *debriefing* d'une heure réalisé par un professionnel de la santé mentale, tandis que des cas d'imitation du suicide étaient survenus dans les écoles n'ayant pas fait d'actions de postvention (Poijula et al., 2001b). Cependant, la méthodologie de ces études de cas ne permet pas de statuer sur un lien de causalité entre la postvention et la réduction de la contagion suicidaire.

Compte tenu de la rareté des études sur l'efficacité des stratégies de postvention à la suite d'un suicide, les actions de postvention actuelles reposent principalement sur le jugement professionnel des intervenants du milieu (Cox et al., 2016). Les intervenants peuvent tout de même se référer à certaines institutions qui proposent des lignes directrices ou des trousseaux d'outils, dont certaines sont émises par les gouvernements (O'Neill, 2017). De plus, plusieurs établissements ont tendance à emprunter des programmes de postvention implantés dans d'autres milieux et à les adapter à leur contexte (Bouchard et al., 2004). On peut dire qu'il existe donc une multitude de suggestions possibles quant aux actions, dont certaines se recoupent, à mettre en place dans un programme de postvention (Maple et al., 2017).

### **Consensus des actions de postvention**

Dans une étude menée en Australie, Cox et ses collègues (2016) ont tenté de parvenir à un consensus parmi des experts en suicidologie, afin de développer des lignes directrices en postvention à la suite d'un suicide en milieu scolaire. Employant la méthode Delphi, une méthodologie itérative visant à obtenir un consensus parmi les participants (Dalkey & Helmer, 1963), ils ont demandé à 40 experts en postvention de se prononcer sur la pertinence de 965 actions recensées à travers la littérature scientifique anglophone et les propositions d'actions de postvention non publiées. Au total, 548 actions de postvention ont fait consensus parmi les experts. Bien que ces résultats soient novateurs et pertinents, déployer l'ensemble de ces 548 actions de postvention est un défi dans la pratique, compte tenu des difficultés à coordonner efficacement les instances locales, régionales et provinciales qui prennent part à la postvention (Caine, 2013). Par ailleurs, l'étude de Cox et ses collègues comporte d'autres limites. D'une part, seules les actions de postvention spécifiques au milieu scolaire ont été évaluées, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres milieux, par exemple dans le cas d'un suicide en milieu de travail. D'autre part, il est difficile de savoir si ces actions préconisées dans les milieux anglophones sont les mêmes que celles que l'on préconise dans les milieux francophones.

### **Objectifs de l'étude**

Les objectifs de l'étude étaient de :

a) Dresser un inventaire des actions de postvention déployées à la suite d'un suicide publicisé dans la littérature scientifique et dans des programmes de postvention proposés par des organismes francophones.

b) Demander l'avis d'experts en postvention sur le bien-fondé des actions de postvention répertoriées, afin d'obtenir un consensus quant aux actions reconnues comme étant pertinentes ou non à mettre en œuvre.

## MÉTHODE

### **Inventaire des actions**

Deux stratégies ont permis de dresser un inventaire des actions : une revue de la littérature scientifique et une recherche de la littérature grise. Premièrement, un inventaire des actions de postvention à la suite d'un suicide a été réalisé par le biais d'une revue systématique de la littérature scientifique selon la méthode PRISMA. Cela a mené à la rédaction d'un premier rapport de recherche (Nicolas et al., 2017) qui a permis d'identifier 652 articles, dont 35 portaient spécifiquement sur des actions de postvention à la suite d'un suicide ou sur des actions à mener pour prévenir la contagion suicidaire (voir tableau 1). Nombre de stratégies adoptées par les professionnels sont issues de programmes de postvention développés par des professionnels de la santé et ne sont donc pas nécessairement publiées dans les revues scientifiques. Malgré cela, ces stratégies sont largement utilisées dans les milieux de pratique, comme les établissements scolaires (Aucoin & Doyon, 2016; Cox et al., 2015; Guérin-Lajoie, 2010; Malkassoff & Payette, 2018; Potvin et al., 2007; Roussety et al., 2016; Szumilas & Kutcher, 2011). Malgré la méthodologie rigoureuse de la revue systématique de Nicolas et ses collègues (2017), on doit noter que certaines actions hors champ de la littérature scientifique n'ont peut-être pas été recensées.

Tableau 1

Résumé du contenu des programmes et recommandations relatifs à la postvention en milieu institutionnel ou communautaire – tiré de *Nicolas et al., (2017)*

		<b>Mesures d'urgence</b>				<b>Communi- cation</b>		<b>Information et sensibilisation universelle</b>	<b>Repérage des personnes à risque</b>	<b>Soins psychologiques</b>			<b>Commémoration et funérailles</b>	<b>Aide aux intervenants</b>	<b>Retour au fonctionnement normal</b>	<b>Bilan</b>	
		Premiers soins et appel des secours	Liens avec les forces de l'ordre	Gestion des flux	<b>Anticipation et coordination</b>	Dans l'institution	Après des médias			Soins individuels	Soins de groupe	Soutien à la famille				Autopsie psychologique	Évaluation de la postvention
<b>RECOMMANDATIONS</b>																	
UNPS, 2017 France	En milieu professionnel																
Cox, 2016 Australie	En milieu scolaire																
Seeman, 2015 Canada	En établissement de santé mentale																
<i>Carson J Spencer Foundation</i> , 2013 États-Unis	En milieu de travail																
Jellinek, 2012 Etats-Unis	En milieu scolaire																
ARS Poitou- Charentes, 2011 France	En milieu professionnel																
Berkowitz, 2011 États-Unis	Général																
Combalbert, 2008 France	En milieu professionnel																
Debski, 2007 Etats-Unis	En milieu scolaire																





La deuxième stratégie a consisté à dresser un inventaire des actions diffusées publiquement dans les programmes de postvention francophones, en procédant à une revue de la littérature grise. Cette revue consistait à consulter les informations diffusées dans le domaine public à l'aide du moteur de recherche Google. Les mots-clés utilisés étaient : Suicid\* AND (Postvention OR Programme). Seuls les 50 premiers résultats ont été examinés puisqu'il est considéré que la pertinence des résultats décline après ce seuil (Kelly et al., 2008). Cette revue de la littérature grise a permis de répertorier des actions de postvention proposées par des organismes francophones, entre autres les Centres de prévention du suicide et des Commissions scolaires. Au total, 11 programmes de postvention à la suite d'un suicide ont été examinés, afin de cibler les recommandations, les mesures ou les actions spécifiques indiquées dans les différents programmes (voir tableau 2). Parmi ceux-ci, il est à noter que 63,6 % des programmes étaient adaptés au milieu scolaire, soit principalement au milieu scolaire postsecondaire.

En compilant ces actions avec celles issues de la revue de la littérature scientifique, les doublons ont été retirés. À la suite de l'examen de ces programmes de postvention, une action a été ajoutée à l'inventaire issu de la revue de la littérature scientifique, concernant le repérage des personnes à risque sur les médias sociaux. Avec l'ajout de cette action, l'inventaire de postvention a atteint les 190 actions de postvention à la suite d'un suicide.

Toutes les actions identifiées dans le rapport de Nicolas et ses collègues (2017) et celles identifiées dans la littérature grise ont été regroupées dans un inventaire complet. Sans en modifier le sens des actions de postvention, nous avons dressé l'inventaire pour que les actions de postvention puissent être déployées, lorsque c'était approprié, autant en milieu scolaire qu'en milieu de travail. Ces 190 actions de postvention ont été différenciées et classées par thématiques temporelles (mesures de préparation, mesures immédiates, mesures post-immédiates et bilan des interventions). Cette classification arbitraire visait à faciliter l'achèvement du questionnaire par

les experts, puisque la structure des programmes de postvention francophones recensés dans la littérature grise tendent vers ces quatre grandes phases séquentielles (Aucoin & Doyon, 2016; Guérin-Lajoie, 2010; Malkassoff & Payette, 2018; Potvin et al., 2007; Roussety et al., 2016; Séguin et al., 2004).

Tableau 2

*Revue des programmes de postvention dans la littérature grise*

<b>Institution</b>	<b>Nom du document</b>	<b>Auteurs (Année)</b>	<b>Nombre de pages</b>	<b>Nombre d'actions</b>
Cégep de Saint-Laurent	Protocole de postvention en cas de décès par suicide et d'intervention en cas de situation traumatisante (version abrégée)	Danielle Malkassoff et Paul Payette (2018)	9	45
Comité humanitaire d'intervention de crise, Cégep de Chicoutimi	Guide d'intervention en situation de décès par suicide ou de situations traumatisantes	Lynn Potvin, Guy Morasse et Christine Villeneuve (2007)	56	46
Coalition pour la prévention du suicide dans l'est de Champlain	Prévention du suicide: Guide de ressources à l'intention des agences, des cadres et des membres du personnel	N.D. (2012)	42	11
Commission scolaire des Affluents	Document de soutien à l'élaboration d'un protocole de postvention à la suite d'un suicide ou tout autre incident critique perturbant le milieu	<u>Révision</u> : Geneviève Roussety, Claire-Élise Tremblay et Mariève Fortin (2016)  <u>Original</u> : Lyne Messier et Mariève Fortin (2007)	54	71
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Les orientations régionales de postvention - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Suzanne Guérin-Lajoie (2010)	89	57
Enfants en santé Manitoba	Meilleures pratiques en matière de prévention du suicide dans les écoles: une approche globale	N.D. (2014)	52	19

POSTVENTION : MÉTHODE DELPHI

Prévention suicide	Le décès inopiné ou le décès par suicide d'un membre de la communauté scolaire - Guide pratique de postvention à l'attention des établissements scolaires et des internats	N.D. (2017)	34	71
Union des producteurs agricoles; Regroupement des Centres de prévention du suicide du Québec	Réagir au suicide - Guide de postvention	N.D. (2018)	19	49
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	Programme de postvention en milieu scolaire - Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide	Séguin, Roy, Bouchard, Gallagher, Raymond, Gravel et Boyer (2004)	92	112 <sup>1</sup>
Comité de prévention du suicide à l'Université Laval	L'après suicide: s'organiser pour mieux supporter	N.D.	2	4
Université du Québec à Montréal	Protocole clinique de postvention	Lise-Marie Aucoin et Katia Doyon (2016)	28	24

<sup>1</sup>Le programme fait la promotion d'une analyse de la situation, dont la forme se rapproche plus d'un ouvrage de référence que d'un protocole de postvention. Le nombre d'actions était donc difficilement quantifiable et probablement supérieur à l'estimation indiquée ci-dessus.

## **Recrutement des experts et méthode Delphi**

Le deuxième objectif de cette étude visait à effectuer une recherche de consensus auprès d'experts en prévention du suicide. Les experts devaient comprendre le français écrit, en plus de répondre à certains critères, soit 1) être un auteur d'articles scientifique portant sur le suicide ou la postvention, 2) être un auteur ayant contribué à l'élaboration de lignes directrices de postvention, 3) être un consultants lors d'un déploiement de stratégies de postvention ou 4) être un intervenant actif dans un comité de crise à la suite d'un suicide. Autant des experts du milieu scolaire que du milieu du travail ont été invités à participer. Les experts pouvant être en conflit d'intérêt avec la présente étude ont été exclus.

La stratégie d'échantillonnage pour ce projet était non probabiliste et de type volontaire. Les experts potentiels ont été identifiés grâce au réseau professionnel des auteurs et avec l'aide de l'Association québécoise de la prévention du suicide (AQPS) et du Groupe d'étude et de prévention du suicide (GEPS) en France. Une liste de 45 experts respectant les critères mentionnés plus haut a été dressée et ils ont tous été invités à participer à la présente étude.

### *Méthode Delphi*

En vue de parvenir à un consensus quant aux actions de postvention les plus pertinentes à mettre en œuvre à la suite d'un suicide, la méthode Delphi a été utilisée. Il s'agit d'un processus itératif de recueil et de comparaison de jugements d'experts sur un sujet en particulier dans le but d'obtenir le consensus le plus fiable (Dalkey & Helmer, 1963). Cette méthodologie repose donc sur un échantillon constitué de personnes détenant une expertise du phénomène étudié, plutôt qu'un échantillon représentatif de la population (Booto Ekionea et al., 2011).

La méthode Delphi permet ainsi de recueillir le savoir collectif détenu par des professionnels d'un sujet spécifique qui, autrement, n'aurait peut-être pas été diffusé à grande échelle (Franklin & Hart, 2007). Alors que certains chercheurs suggèrent que la méthode Delphi soit exclusivement d'approche qualitative puisqu'elle ne prétend pas à l'analyse statistique (Booto Ekionea et al., 2011), d'autres proposent d'utiliser une approche quantitative ou hybride en fonction du but visé par l'étude (Franklin & Hart, 2007; Skulmoski et al., 2007). Tandis qu'une approche qualitative est pertinente lorsqu'il souhaite de développer de nouvelles politiques en encourageant un processus décisionnel collaboratif (Booto Ekionea et al., 2011; Turoff, 2002), une approche quantitative peut être utilisée lorsque but souhaité est de favoriser la production de lignes directrices (Cox et al., 2016; Moher et al., 2010; Wang et al., 2015)

Considérant le nombre élevé d'actions de postvention incluses dans le questionnaire de la présente étude et que l'objectif est d'obtenir un consensus quant aux actions reconnues comme étant pertinentes ou non à mettre en œuvre, une approche quantitative a été privilégiée dans l'analyse du consensus des experts.

### *Procédure*

Un questionnaire en ligne a été créé à l'aide de la plateforme Limesurvey, présentant l'inventaire francophone des actions de postvention. Les experts se sont prononcés sur la pertinence de chacune des actions à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 niveaux, dont les qualificatifs d'action étaient les suivants : « essentielle », « pertinente », « sans importance », « à proscrire » et « peut dépendre du contexte ». Si un expert jugeait que l'énoncé d'une action ne contenait pas assez d'information pour qu'il puisse se prononcer, il pouvait demander une clarification ou proposer une reformulation en sélectionnant « peut dépendre du contexte ».

À la fin du premier tour, les actions étaient réparties en fonction de leurs fréquences. Ainsi, une action que 80 % des experts jugeaient « essentielle » ou « pertinente » était conservée, tandis qu'une action que moins de 70 % des experts jugeaient « essentielle » ou « pertinente » était rejetée. Ces seuils ont été choisis en s'inspirant d'une étude similaire menée par Cox et ses collègues en (2016). Les actions que 70 % à 79 % des experts jugeaient « essentielles » ou « pertinentes » étaient analysées par un comité de quatre chercheurs afin de déterminer s'il valait la peine de conserver, de nuancer ou de reformuler l'action sur la base des commentaires des experts. Toute action nécessitant une clarification a été reformulée, regroupée dans un questionnaire en ligne et réévaluée par les mêmes experts lors du deuxième tour. Ces actions étaient à nouveau réparties en fonction de leurs fréquences, en utilisant les mêmes seuils qu'au premier tour.

### RÉSULTATS

Des 20 experts ayant participé, 18 experts ont rempli le questionnaire lors des deux tours. Les experts étaient âgés en moyenne de 44,44 ans (écart-type de 8,64 ans) et il s'agissait majoritairement de femmes (77,8 %). Ces experts provenaient principalement du Québec (77,8 %), mais aussi de la France (11,1 %), de la Belgique (5,6 %) et de la Suisse (5,6 %). Les milieux d'expertise des experts étaient le milieu scolaire (77,8 %) et le milieu de travail (22,2 %).

Le processus de la méthode Delphi est illustré par la figure 2, à l'aide d'un diagramme de suivi des actions de postvention. Cette figure présente le nombre d'experts et le nombre d'actions ayant été évaluées, conservées, rejetées ou jugées à réévaluer durant chaque étape de la méthode Delphi. À la fin du deuxième tour, chaque action a été conservée ou rejetée jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Des 190 actions de postvention tirées des revues de la littérature scientifique et de la littérature grise, 128 actions (67,4%) ont été reconnues parmi les experts comme étant les actions les plus pertinentes à mettre en œuvre dans un programme de postvention à la suite d'un suicide. La figure 2 montre le nombre d'actions conservées, à réévaluer et exclues lors des deux tours d'évaluation. La liste complète des actions conservées et des actions rejetées est présentée dans le tableau 3.

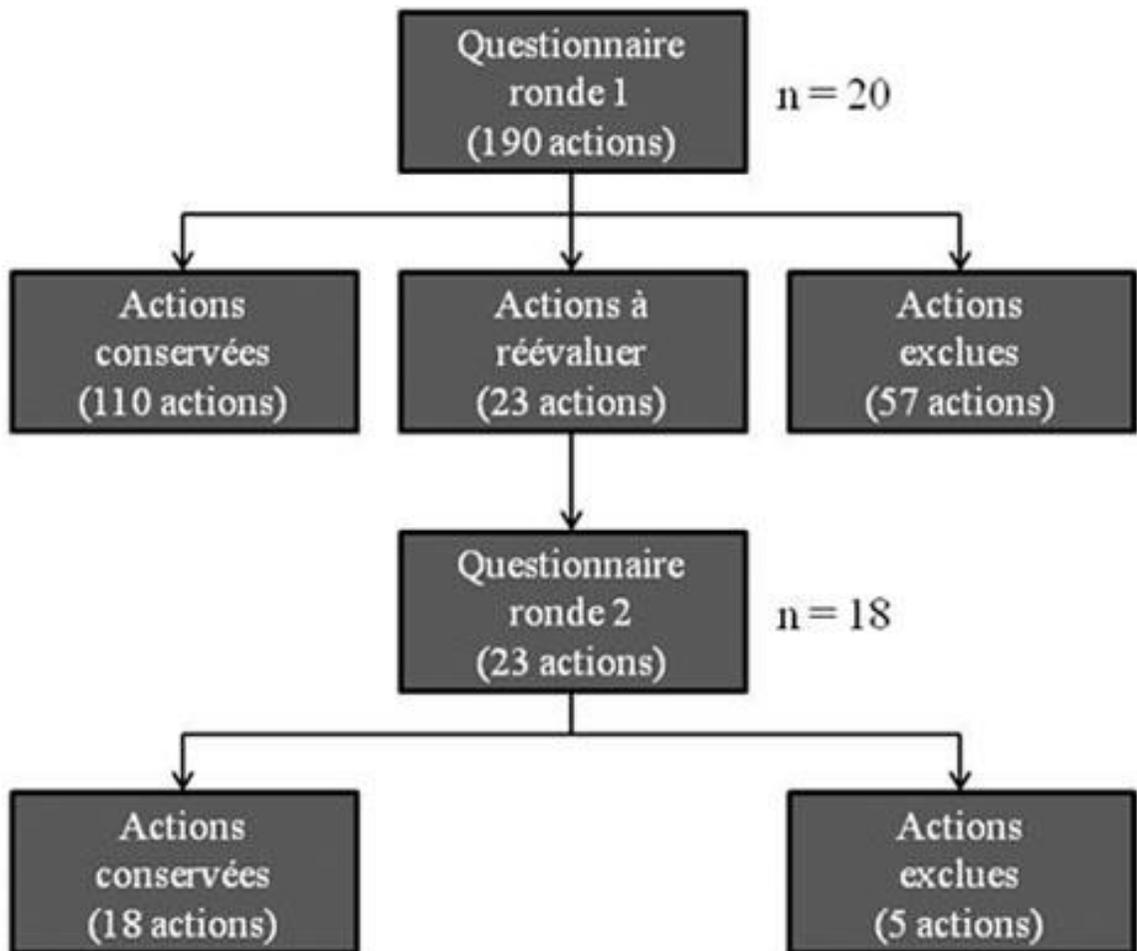


Figure 2. Diagramme de suivi des actions de postvention lors de la méthode Delphi

En regroupant en thématiques les 128 actions ayant fait consensus dans la présente étude, nous avons classifié arbitrairement ces actions selon leur but et selon les thématiques de préparation et de planification (7 actions), d'urgence et de protection (22 actions), d'analyse du contexte et de coordination (9 actions), de communication et d'information (27 actions), de commémorations et de funérailles (5 actions), de soutien aux intervenants (2 actions), de repérage et d'interventions ciblées (17 actions), de repérage et d'interventions sélectives (19 actions), de repérage et d'interventions universelles (3 actions), de bilan des activités de postvention (17 actions).

Tableau 3

*Liste des actions de postvention conservées ou rejetées selon les grandes sphères d'intervention*

	Actions conservées	Actions rejetées
<b>Préparation et planification</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Déployer le projet de postvention (protocole en cas de suicide) décidé en amont, s'il y en a un</li> <li>2. Contacter la personne dont le nom est indiqué dans le projet de postvention comme personne à contacter afin de mobiliser la cellule de crise</li> <li>3. Convoquer la cellule de crise, s'il y en a une</li> <li>4. Identifier les personnes-ressources en mesure de se mobiliser pour constituer une équipe de crise s'il n'en existe pas encore</li> <li>5. Spécifier les postes clés/personnes responsables du déploiement d'un programme de postvention</li> <li>6. Recueillir le plus d'informations possible en lien avec le suicide</li> <li>7. Analyser la situation afin d'identifier les personnes touchées, les actions et la séquence de mise en place</li> </ol>	
<b>Urgence et protection</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Informer la direction de l'établissement</li> <li>9. Prévenir les représentants du personnel</li> <li>12. Les proches doivent être informés par les autorités compétentes, habituellement le service policier</li> <li>13. Alerter les secours internes à l'établissement, s'il y en a</li> <li>14. Alerter les secours externes</li> <li>15. Faire constater le décès par un médecin</li> <li>16. Contacter la police pour qu'elle amorce son enquête</li> <li>17. Définir l'accès pour l'entrée/la sortie des services de secours</li> <li>18. Déterminer quelles personnes ouvrent les accès</li> <li>19. Procéder à un « tri psychologique », à l'instar du tri médical, de sorte à identifier les personnes ou les services les plus touchés dans un premier temps</li> <li>20. Identifier les personnes impliquées dans l'événement et/ou exposées : victimes, témoins ou toute autre personne en lien avec la situation</li> <li>21. Hiérarchiser la prise en charge psychologique qui doit être effectuée dans les plus brefs délais</li> <li>22. Placer les témoins et, plus largement, les personnes en état de choc dans un endroit isolé, calme</li> <li>23. Proposer des soins immédiats de <i>defusing</i>, « déchoquage » ou « désamorçage » pour les personnes qui ont été exposées</li> <li>24. Porter secours aux témoins ayant besoin d'une aide psychologique</li> <li>25. Porter secours aux témoins blessés physiquement</li> <li>26. Informer les proches des témoins de ce qu'il s'est passé. Un exemple de message téléphonique peut être : « Votre proche va bien, mais il y a eu un événement grave au sein de l'établissement, avec le décès d'un salarié ou d'un élève. Votre proche est en état de choc. Pouvez-vous venir le chercher? »</li> <li>27. Lorsque le proche arrive, expliquer que le témoin de l'accident peut être dans un état « inhabituel, bizarre », qu'il peut « ne plus savoir ce qu'il fait... », que cela est lié au choc, qu'il ne faut pas le laisser seul, mais qu'il faut lui permettre de se reposer au calme et, si cela est possible, qu'il voie un médecin connu (médecin traitant ou de famille, mais en évitant les heures d'attente, qui risquent de majorer son anxiété) et qu'il contacte, à la moindre question ou inquiétude, les urgences de l'hôpital le plus proche</li> <li>29. Réaliser une déclaration d'accident du travail le cas échéant, pour chaque témoin visuel, en vue de faciliter la prise en charge d'éventuels troubles post-traumatiques survenant à distance. Le certificat médical initial peut être rédigé ainsi : « Exposition à un événement traumatique majeur, susceptible de conduire à des troubles post-traumatiques ultérieurs »</li> <li>30. Identifier les personnes de l'entourage (proches) dans l'établissement</li> <li>31. Proposer une intervention psychologique aux personnes de l'entourage (proches)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Prévenir l'inspection du travail de l'établissement</li> <li>11. Prévenir un ou des proches de la victime</li> <li>28. Si aucun proche n'est connu ou disponible, appeler les urgences de l'hôpital le plus proche pour que la personne soit prise en charge</li> <li>33. Demander un avis médical pour les personnes de l'entourage (proches), si nécessaire</li> <li>34. Après l'avis médical, retour au domicile dès que possible pour les personnes de l'entourage (proches)</li> </ol>

<p><b>Analyse de la situation et coordination</b></p>	<p>32. Orienter les personnes de l'entourage (proches) vers un médecin et le service médical compétent si nécessaire            35. Après l'évacuation de la victime, faire nettoyer la zone            36. Faire faire ce nettoyage par une entreprise extérieure n'intervenant habituellement pas sur le lieu du décès            37. Procéder aux éventuelles réparations au plus tôt            38. Recouvrir la victime            39. Soustraire la victime et la scène des regards, avec un paravent ou des panneaux par exemple            40. Mettre en place un périmètre de sécurité            41. Aménager voire arrêter si nécessaire l'activité de l'établissement (ou de l'unité ou des unités concernées)            43. Ne pas soustraire d'éléments qui pourraient servir de preuve            44. Recueillir l'autorisation de la police judiciaire avant de déplacer des éléments</p>	<p>42. Ne pas déplacer le corps</p>
	<p>45. Désigner dans la cellule de crise un interlocuteur ou une équipe d'interlocuteurs pour la communication en interne            46. L'interlocuteur unique conduit les temps de communication en interne            48. Lister les personnes qui participent à l'annonce de l'événement dans l'établissement            49. Informer oralement les personnes proches dans l'établissement            50. Les informer rapidement du décès            51. Informer sur des éléments connus, vérifiés, évalués et validés            54. L'annonce doit être faite par une personne en autorité, qui sera en mesure d'être empathique et rassurante            57. La cellule de crise décide d'une annonce auprès du site ou de la classe concernée ou de l'ensemble de l'établissement            58. En fonction de l'analyse de la situation, uniquement les personnes touchées (groupe-classe, secteur de travail, groupe de collègues de travail, etc.) seront rencontrées pour l'annonce de la nouvelle            59. L'équipe de crise vérifie et évalue la véracité de l'information avant de communiquer l'information            60. Faire l'annonce le plus rapidement possible (dès que l'information est connue, vérifiée et évaluée par l'équipe de crise)            61. Faire une annonce brève            62. Informer de manière factuelle et claire (quand, qui, quoi, comment)            63. Adopter un ton empathique à l'endroit des personnes évoluant dans l'établissement            64. Ne pas donner d'éléments d'interprétation            67. Ne pas avancer des éléments de disculpation de l'établissement par la mise en avant de problèmes personnels ou pathologiques            73. Faire annoncer le décès par les chefs de service ou les enseignants            74. Annoncer oralement            77. Choisir les supports les plus appropriés pour l'annonce : annonce orale directe, individuelle et/ou collective par groupe (ex. : par service ou par classe, en réunion ou au cours et/ou annonce écrite individuelle et/ou collective (ex. : pour les personnes absentes)            80. Rédiger une annonce écrite. Un exemple de message écrit est : « L'établissement a le regret de vous annoncer le décès de ___ survenu le ___ (date) à ___ (lieu). Cet événement dramatique affecte l'ensemble de l'établissement et tous s'associent à la douleur de la famille et des proches. Pour vous soutenir, la direction met à votre disposition (liste des formes d'aide du temps et des espaces proposés s'ils sont déterminés). »            84. La cellule de crise vérifie que la famille a été informée            85. Vérifier l'exactitude des informations (informations connues, vérifiées, évaluées et validées au sujet du salarié et de son état clinique) avant de les transmettre à la famille            87. Si l'annonce a lieu à l'extérieur du foyer familial, faire accueillir la famille dans un lieu neutre et bienveillant, par le directeur ou un représentant            88. Vérifier l'actualisation des données (séparations, numéros de téléphone...) avant de prévenir la famille, auprès éventuellement du service médical de l'établissement ou de la direction des ressources humaines            89. La cellule de crise mobilise un interlocuteur unique qui restera en contact avec la famille après l'annonce            90. S'assurer, préalablement à la communication auprès des médias, que l'information a été communiquée à la famille et aux proches évoluant dans l'établissement</p>	<p>47. Un interlocuteur unique répond aux questions des salariés ou élèves            52. Les informer par groupe défini d'un maximum de 15 personnes environ            53. Réunir ce groupe à distance du lieu de l'événement, dans une salle la plus neutre possible, qui ne soit pas un lieu de vie            55. Adopter une posture objective, neutre            65. Éviter le plus possible de mentionner le moyen de suicide utilisé            56. Le référent pour la famille recueille l'accord de cette dernière quant à l'annonce de la cause du décès            66. Prendre acte (c.-à-d. souligner dans le message) de la gravité de l'événement qui vient de se dérouler            68. Mentionner la part éventuelle du travail ou de l'école dans le suicide le cas échéant            69. Mentionner que des actions pour améliorer les conditions de travail ou les conditions scolaires sont possibles            70. Confirmer la volonté de la direction d'identifier les éventuels facteurs qui pourraient être liés au milieu de travail ou scolaire            71. Mentionner le fait que la direction s'engage à informer régulièrement les personnes évoluant dans l'établissement de cette identification d'éventuels facteurs qui pourraient être liés au milieu de travail ou scolaire            72. Faire annoncer le décès par le directeur à toutes les personnes évoluant dans l'établissement            75. Annoncer en groupe concentrique            76. Annoncer préférentiellement en binôme            78. Ne pas annoncer par l'envoi de courriels            79. Éventuellement, diffuser une note d'information visant à annoncer le décès d'une personne évoluant dans l'établissement            81. S'assurer que toutes les personnes de l'établissement, à quelque niveau de responsabilité que ce soit, sont informées de l'événement            82. Si la famille n'est pas informée, la cellule de crise informe cette dernière</p>
	<p><b>Communication et information</b></p>	

	93. Désigner une personne-ressource comme seul interlocuteur des médias (dirigeant ou représentant ou autre personne)	83. La cellule de crise désigne un interlocuteur unique/référent pour informer la famille 86. Si l'annonce est faite par les forces de l'ordre, prévoir la présence du directeur ou d'un représentant lors de l'annonce à la famille 91. Rédiger un communiqué de presse si nécessaire 92. Adresser ce communiqué au service de rédaction du quotidien local
<b>Commémoration (funérailles)</b>	94. La direction ou la cellule de crise, selon la situation, se tient informée des obsèques auprès de la famille 95. Avec l'accord de la famille, informer quant aux obsèques dans l'annonce du décès dans l'établissement 96. Discuter avec les membres de la famille et solliciter leur avis, si nécessaire, quant à la participation des personnes du milieu scolaire ou institutionnel aux funérailles 97. Permettre, sur le plan logistique, aux personnes qui le souhaitent de participer à la cérémonie 99. Selon la situation, la cellule de crise détermine la présence ou non d'un représentant de l'établissement aux obsèques	98. Constituer, au nom de l'établissement, une gerbe de fleurs pour la famille le jour des funérailles 100. Conduire des réunions d'information pour organiser la participation éventuelle aux funérailles 101. Organiser une collecte de messages écrits, de dessins, d'objets, « et autres témoignages déposés par les personnes évoluant dans l'établissement 102. Proposer des actions de soutien et d'échange aux dates anniversaires du suicide, si nécessaire. Il importe de distinguer les besoins du milieu et ceux des personnes endeuillées
<b>Soutien aux intervenants</b>	103. Organiser un temps d'échange préalable aux soins prodigués entre les intervenants extérieurs (psychologues, par exemple), et les interlocuteurs « ressources » en interne (Direction générale, Direction des ressources humaines, médecine du travail. . . ) 104. Assurer un suivi pour les personnes qui le nécessitent	-
<b>Repérage et interventions ciblées (psychothérapie et suivi thérapeutique)</b>	105. Proposer, si nécessaire, un accompagnement psychologique de deuil 106. L'accompagnement psychologique de deuil se réalise en séance individuelle, si ce service est pertinent et nécessaire 108. Proposer, si nécessaire, une intervention de prise en charge psychotraumatique 109. Organiser des interventions psychologiques 110. Ces séances d'intervention psychologique sont mises en place de 48 à 72 heures après la survenue ou la découverte du suicide 111. Organiser des séances d'intervention psychologique en individuel 113. Repérer les personnes plus à risque au cours des soins psychologiques et des interventions d'accompagnement et de soutien 114. Si le suicide est abordé sur les réseaux sociaux, être attentif à identifier des messages de détresse et de crise suicidaire et faire de l' <i>outreach</i> 116. Les personnes encadrantes (gestionnaires de proximité, enseignants...) ont pour rôle d'écouter les besoins des salariés ou élèves et de les guider si nécessaire vers un service médical compétent 117. Mettre en place une cellule de veille pour le repérage des individus à risque 118. Présenter, à toutes les personnes qui ont été touchées par le suicide, les modalités des soutiens proposés (types de soutiens et prise en charge) et identifier clairement les intervenants disponibles 119. Tenir les personnes informées des objectifs et des actions concrètes qui vont être menées dans l'établissement 121. Informer les personnes de la présence des intervenants sur les lieux 122. S'assurer que toutes les personnes de l'établissement, à quelque niveau de responsabilité que ce soit, sont informées des soutiens proposés 124. Après l'annonce du décès, organiser des temps de transmission d'informations, clairs et bien identifiés, pour informer de la suite – interventions qui vont être mises en place, mesures d'accompagnement... 127. Délimiter des lieux d'échange et d'écoute proposés à tous les membres de l'établissement 129. Distribuer des coordonnées de personnes-ressources et professionnels extérieurs	107. L'accompagnement psychologique de deuil est collectif 112. Organiser des séances d'intervention psychologique en groupe 115. Prévoir la présence d'un médecin (médecin du travail ou scolaire) au cours de réunions d'information pour repérer des personnes à risque 120. Présenter les intervenants des différents soutiens (profil, expérience, formation) à toutes les personnes de l'établissement 125. Organiser les réunions d'information par petits groupes de personnes évoluant dans l'établissement, si nécessaire 126. En dehors des réunions d'information, organiser un temps d'échange pour recueillir des revendications particulières se manifestant de la part des personnes évoluant dans l'établissement, si nécessaire 123. Proposer des supports sur lesquels il est possible de laisser des traces écrites – témoignages de sympathie ou de solidarité, expression de ses émotions... (ex. : cahier, boîte aux lettres) 128. Mettre en place une ligne téléphonique d'écoute 130. Distribuer des ressources informatives écrites sur la situation et les actions qui sont mises en place
<b>Repérage et interventions sélectives</b>	131. Éventuellement, orienter vers des consultations privées/thérapeutes spécialisés 132. Faire conduire les interventions par des professionnels formés et expérimentés	134. Faire conduire les interventions par des praticiens de l'urgence psychologique (psychiatres, psychologues)

<b>(intervention pour les groupes à risque)</b>	<p>133. Recourir à un professionnel extérieur en cas d'intervention d'un psychiatre et/ou d'un psychologue dans le milieu de travail ou scolaire de la personne décédée</p> <p>136. Organiser une aide psychologique pour les membres de la cellule de crise en individuel en cas de besoin</p> <p>137. Organiser une aide psychologique pour les membres de la cellule de crise collectif en cas de besoin</p> <p>138. Planifier une médiation pour la gestion des conflits qui pourraient apparaître entre les membres de la cellule de crise</p> <p>139. Organiser une aide de gestion de conflits pour les membres de la cellule de crise en collectif, si nécessaire</p> <p>140. Établir des dispositions pour que chaque membre de la cellule de crise soit vigilant à l'endroit des autres membres de cette cellule</p> <p>141. Organiser des temps d'échange dans la cellule de crise pour que les membres puissent se soutenir mutuellement du point de vue psychologique</p> <p>142. Proposer son aide à la famille</p> <p>145. Nommer des personnes qui feront la liaison avec la famille</p> <p>146. Faciliter la restitution des affaires de la personne décédée</p> <p>147. S'assurer du retour des biens personnels de la personne décédée aux membres de la famille</p> <p>148. Cette restitution est faite directement aux membres de la famille</p> <p>149. Cette restitution est faite dans un délai qui est évalué selon les circonstances (en particulier en fonction des enquêtes qui sont menées)</p> <p>150. À distance de l'événement, revenir vers la famille, selon le dispositif mis en place par la cellule de crise, pour que les proches puissent eux-mêmes récupérer les affaires personnelles de la personne décédée, si nécessaire</p> <p>156. Transmettre aux membres de la famille les coordonnées de professionnels pouvant les soutenir et les accompagner selon leurs besoins</p> <p>157. Donner de l'information sur les professionnels de l'aide spécialisée</p> <p>159. Faciliter sur le plan logistique la prise en charge psychologique</p>	<p>135. Faire conduire les interventions par des professionnels spécialisés en victimologie</p> <p>143. Rester en contact avec la famille</p> <p>144. Demander régulièrement à la famille quels sont ses besoins</p> <p>151. Si elle le souhaite et si cela est possible, accompagner la famille dans l'établissement</p> <p>152. Aider aux démarches d'obsèques</p> <p>153. Aider aux démarches administratives</p> <p>154. L'aide aux démarches d'obsèques et administratives est donnée par un assistant social ou un professionnel psychologue selon la demande de la famille endeuillée</p> <p>155. Organiser la rencontre entre la direction de l'établissement et la famille</p> <p>158. Proposer un soutien psychologique à proximité du lieu de résidence de la famille</p> <p>160. Proposer à la famille que le coût d'un soutien psychologique soit pris en charge par l'établissement</p> <p>161. Proposer éventuellement, en fonction des circonstances, une aide financière d'urgence pour la famille</p> <p>162. Envisager au cas par cas des frais de déplacement assurés par l'établissement quand la famille vient reprendre les affaires</p>
<b>Repérage et interventions universelles</b>	<p>166. Organiser une procédure d'accompagnement au retour dans l'établissement pour les personnes qui se sont absentes après le suicide</p> <p>167. Reconnaître que le niveau de concentration des élèves ou des salariés pourrait être réduit dans les suites de l'événement</p> <p>168. Décaler temporairement la réalisation de missions de travail, de leçons complexes ou d'examens, si nécessaire</p>	<p>163. Ne pas installer quelqu'un à la place (poste de travail, place dans la salle de classe) de la personne suicidée pendant les 10 semaines qui suivent le suicide</p> <p>164. Le cas échéant (milieu de travail), embaucher temporairement un salarié pour occuper le poste de la personne suicidée</p> <p>165. Le cas échéant (milieu de travail), la mission de ce salarié embauché temporairement est uniquement de faire face à la charge de travail du poste</p>
<b>Bilan des activités de postvention</b>	<p>169. Mettre en place une politique de prévention du suicide</p> <p>170. À distance de l'événement et pour les personnes de la communauté, prévoir des actions de sensibilisation qui auraient pour but d'augmenter la connaissance sur les moyens pour se maintenir en santé mentale</p> <p>173. Intégrer un outil de veille sur la santé psychologique des salariés ou élèves</p> <p>174. À la suite d'un suicide dans un milieu, un audit pourrait être entrepris par une équipe extérieure et compétente pour identifier, si nécessaire, des facteurs de risque présents dans le milieu et de proposer des mesures correctrices de protection</p> <p>175. Évaluer en continu/régulièrement les facteurs de risque</p> <p>177. Identifier les ressources d'écoute et d'accompagnement psychologique qui se trouvent à l'extérieur du milieu</p> <p>178. Analyser les indicateurs relatifs aux ressources humaines et à la santé dans l'établissement</p> <p>179. Former un comité de crise responsable du déploiement du protocole de postvention en cas de suicide et en faire connaître les membres, les rôles et les objectifs auprès des salariés</p> <p>180. Former les représentants dans l'établissement à occuper un rôle de veille et d'alerte</p> <p>181. Former les représentants dans l'établissement à un rôle d'investigation et d'action en matière de santé psychologique des salariés ou élèves</p>	<p>171. Organiser des séances d'information sur le suicide et le repérage des signes précurseurs devant alerter</p> <p>172. Mettre en place un observatoire médical du stress</p> <p>176. Instaurer des groupes de parole et d'échange de pratiques</p> <p>183. Former les personnes encadrantes (gestionnaires de proximité, enseignants...) aux techniques d'écoute, d'expression et d'entretien</p> <p>186. Faire remplir un questionnaire confidentiel d'évaluation, une semaine ou deux après les interventions, aux personnes concernées pour identifier ce qui fonctionne bien et les besoins d'amélioration pour de futurs programmes de postvention</p>

- 
182. Actualiser/assurer la formation des membres des services de santé de l'établissement à la prise en charge des troubles mentaux et de la souffrance psychologique
184. Former les salariés ou élèves à la gestion du stress en vue d'améliorer leur confiance en soi et leur estime de soi
185. Organiser des actions de formation des personnes encadrantes (gestionnaires de proximité, enseignants...) pour prévenir les temps de crise
187. À distance de l'événement, la cellule de crise fait une évaluation des actions à maintenir et des actions qui auraient besoin d'amélioration pour les futurs programmes de postvention
188. Rédiger un protocole de postvention en cas de suicide, si ce n'était pas déjà fait
189. Constituer une équipe/cellule de crise en cas de suicide, si ce n'était pas déjà fait
190. Rédiger les modalités de fonctionnement d'une cellule de crise, si ce n'était pas déjà fait
-

## DISCUSSION

Un inventaire d'actions de postvention a été dressé à partir de la littérature scientifique et de la littérature grise. En employant la méthode Delphi, nous avons obtenu un consensus après deux tours de délibération. Ceux-ci ont permis de dégager 128 actions considérées par des experts francophones sur la postvention comme faisant partie des meilleures pratiques de postvention.

**Consensus des experts**

Les observations des experts nous ont permis de constater une convergence. En effet, seulement 12,1 % des actions n'ont pas fait consensus après le premier tour. Il semble que les actions recensées étaient donc en majeure partie pertinentes et nécessaires du point de vue des experts. Les 128 actions de postvention conservées équivalent à une proportion de 67,4 % d'actions ayant fait consensus parmi les experts, ce qui est similaire aux résultats obtenus dans l'étude anglophone de Cox et ses collègues (2016), qui présentaient un taux de 69,3 % d'actions consensuelles. L'ensemble des meilleures pratiques de postvention étaient formulées de sorte que les actions puissent être mises en place tant en milieu scolaire qu'en milieu de travail.

En comparant les meilleures pratiques francophones aux meilleures pratiques anglophones issues de l'étude de Cox et ses collègues et diffusées dans le programme de postvention de la Headspace School Support (Cox et al., 2015), nous avons pu observer des similarités en ce qui concerne le regroupement des actions de postvention, même si le nombre d'actions retenues par thématique n'était pas spécifié dans l'étude de Cox et ses collègues (2016). Les thématiques d'interventions recommandées dans les deux cas sont les actions d'organisation du milieu, de protection, de coordination, de communication, de

commémorations, de soutien aux intervenants, de soutien aux survivants du suicide et de bilan des activités. Les meilleures pratiques anglophones et francophones diffèrent cependant en ce que les meilleures pratiques anglophones sont décrites de façon plus détaillée, de manière plus spécifique et plus directive (Cox et al., 2015). Cela explique en partie la différence considérable entre les 548 actions anglophones retenues (Cox et al., 2016) et les 128 actions francophones retenues. Par exemple, les meilleures pratiques anglophones incluent une marche à suivre pour la formation du comité de crise, des détails quant au contenu des rencontres quotidiennes du comité de crise, des détails sur les modalités de l'annonce aux proches, des détails sur la documentation des activités de postvention et des détails sur ce qui peut être fait lors de situations exceptionnelles, notamment lorsqu'il y a présence d'une fratrie à la même école ou dans le cas d'un suicide survenu dans le cadre d'un congé estival (Cox et al., 2015). Lors de l'étude, les experts francophones ont parfois suggéré une modification dans la description de l'action, afin qu'une même action puisse être adaptée à des contextes variés. D'ailleurs, cette préférence pourrait être en partie expliquée par le fait que le dernier programme-cadre québécois de postvention, qui a fait consensus au Québec en 2004, misait sur l'analyse du contexte dans lequel apparaissait le suicide, en proposant d'adapter les interventions selon l'évaluation des intervenants et les besoins spécifiques de la population (Séguin et al., 2004).

### **Inventaire de postvention**

Il est intéressant de noter que jusqu'en 2017 l'ensemble des actions identifiées dans la revue de la littérature scientifique n'incluait aucune action ciblant le repérage des personnes à risque via les médias sociaux (Nicolas et al., 2017). Puisqu'il s'agit d'une pratique relativement nouvelle, il est possible que des programmes de postvention, datant souvent de plusieurs années,

ne soient pas encore adaptés aux médias sociaux. Pourtant, la revue de littérature scientifique de Robinson et ses collègues (2016a) laisse entendre que les médias sociaux pourraient être utilisés en prévention du suicide, car ils permettent de contacter rapidement des personnes jugées comme vulnérables. Les médias sociaux pourraient jouer un rôle clé sur le plan du repérage des personnes à risque pour éviter l'effet d'entraînement du suicide et pour offrir de l'aide aux personnes présentant une souffrance psychologique (Notredame et al., 2018; Rice et al., 2016; Robinson et al., 2016a).

D'autre part, compte tenu des ressources limitées des équipes de gestion de crise, la surveillance des commentaires publiés sur les médias sociaux soulève de nombreux problèmes, notamment le fait qu'il existe un nombre élevé de médias sociaux utilisés par la population et le fait que les utilisateurs publient parfois leurs commentaires sous le couvert d'un pseudonyme (Gilat & Shahar, 2009; Lai et al., 2014). Depuis les travaux de Robinson et ses collègues (2016a), quelques chercheurs ont proposé un modèle de gestion de crise qui inclut les médias sociaux comme outil d'intervention (Notredame et al., 2018). Leur modèle propose une collaboration entre une équipe responsable des communications, une équipe responsable des interventions et la communauté, par exemple les pairs, les créateurs de contenu (*influencers*) et les groupes partageant du contenu sur les médias sociaux (*linkers*). La collaboration avec la communauté viserait à l'inciter à la précaution, à ne pas diffuser du contenu pouvant être nuisible pour les personnes vulnérables et à diffuser les coordonnées de ressources d'aide. Dans ce contexte, l'équipe responsable des communications serait encouragée à diffuser des informations de façon universelle, mais aussi directement, à des groupes identifiés comme étant à risque. L'équipe responsable des interventions aurait comme mandat d'identifier les personnes à risque qui cherchent de l'aide, par le biais d'une intelligence artificielle ou par le biais des pairs, rapportant des publications d'une personne à risque. L'équipe pourrait alors les contacter

directement pour offrir du soutien, déployer un protocole d'urgence si nécessaire, mettre en œuvre l'engagement de la personne dans un processus de relation d'aide, en plus de les référer aux ressources appropriées du système de la santé. Leur modèle mise ainsi sur l'accessibilité d'Internet afin d'initier le contact avec les personnes vulnérables pour les diriger vers une prise en charge par le système de santé (Notredame et al., 2018).

### **Retombées de l'étude**

À notre connaissance, il s'agit de la première étude s'inspirant de l'étude de Cox et ses collègues (2016). L'étude offre aux chercheurs et aux professionnels un inventaire des meilleures pratiques de postvention à la suite d'un suicide. En employant une méthodologie rigoureuse, elle permet de consolider et d'approfondir des connaissances suite au dépouillement de la littérature francophone sur la postvention à la suite d'un suicide. Évidemment, l'implantation d'un programme de postvention ne se résume pas à une liste d'actions à réaliser. La présente étude se veut une étape préalable essentielle à la création d'un programme de postvention à la suite d'un suicide. À partir de leurs résultats, Séguin et ses collègues (2020) ont élaboré un programme de postvention, soit le *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Les chercheuses ont regroupé les meilleures pratiques de postvention de la présente étude en dix mesures à déployer selon quatre phases séquentielles (Séguin et al., 2020). Afin d'adapter les meilleures pratiques de la présente étude à la structure de leur programme, celles-ci ont pu être reformulées, mais l'intention des actions est demeurée la même.

### **Forces et limites de l'étude**

Pour ce qui a trait aux forces de cette étude, mentionnons l'inclusion d'une revue de la littérature grise à la revue de la littérature scientifique, dans le but de favoriser l'exhaustivité de l'inventaire des actions de postvention. Il s'agit d'une des premières études à utiliser la méthode Delphi pour évaluer les meilleures pratiques francophones de postvention à la suite d'un suicide. De surcroît, l'obtention d'un consensus parmi des experts du domaine de la recherche et du domaine pratique permet une convergence des connaissances sur les meilleures pratiques de postvention à la suite d'un suicide. En comparant les résultats de cette étude aux résultats obtenus dans une étude anglophone similaire menée par Cox et ses collègues (2016), ainsi qu'au reste de la littérature scientifique sur la postvention majoritairement anglo-saxonne (Andriessen, 2014), on obtient une meilleure transculturalité des connaissances.

Cette étude comporte aussi certaines limites, dont la généralisation des résultats. Une meilleure représentation des experts des milieux francophones aurait permis une plus grande généralisation des résultats. En effet, la majorité des experts étaient issus du Québec. Une autre limite de l'étude concerne la définition des experts qui y participaient. Nous sommes parvenus à un consensus de professionnels, en interrogeant des chercheurs sur la postvention et des professionnels de la santé ayant participé à l'élaboration ou à l'implantation d'un programme de postvention. Par ailleurs, il serait intéressant qu'une étude future favorise la participation citoyenne en interrogeant les parents, amis, collègues ou toute autre personne pouvant offrir leur savoir expérientiel d'un programme de postvention à la suite d'un suicide. Une telle étude pourrait comporter un volet qualitatif auprès de la cellule de crise et porter un regard sur le déploiement du programme de postvention, ainsi que sur les difficultés rencontrées.

## **Conclusion**

Malgré le fait qu'il soit pertinent, d'un point de vue clinique, d'implanter les programmes de postvention dans les milieux de travail, force est de croire que les programmes de postvention sont surtout utilisés dans les milieux scolaires. Le consensus d'experts a permis de dégager les meilleures pratiques de postvention, dans l'espoir d'optimiser les soins adaptés aux personnes exposées au suicide, de repérer les individus vulnérables à la suite d'un suicide et de diminuer le risque d'un effet de contagion du suicide. Nous espérons que les recommandations d'experts en postvention pourront aider les professionnels de différents milieux à adapter leurs interventions à la suite d'un suicide et à optimiser l'efficacité de leur programme de postvention.

**Conflit d'intérêts :** aucun.

**Remerciements :** Cette recherche a été soutenue par une subvention du Secrétariat à la jeunesse du gouvernement du Québec. Nous remercions l'Association québécoise de prévention du suicide et madame Françoise Roy pour leurs collaborations.

### 3. DISCUSSION GÉNÉRALE

Compte tenu du manque d'études sur l'efficacité de la postvention (Andriessen et al., 2019a; Szumilas & Kutcher, 2011), les actions de postvention actuelles reposent principalement sur le jugement professionnel des intervenants du milieu (Cox et al., 2016). Cox et ses collègues (2016) ont voulu obtenir un consensus parmi les experts en employant la méthode Delphi pour dépouiller un inventaire des actions de postvention en milieu scolaire issu de la pratique des milieux anglo-saxons. Il était pertinent de reproduire cette étude en utilisant un inventaire des actions de postvention issu de la pratique des milieux francophones, en vue d'obtenir un consensus parmi ces experts quant aux actions de postvention les plus pertinentes à la suite d'un suicide.

#### **Inventaire de postvention**

Le premier objectif de cet essai doctoral visait à dresser un inventaire des actions de postvention à la suite d'un suicide, en intégrant une revue de la littérature grise à la revue de la littérature scientifique réalisée par Nicolas et ses collègues (2017).

En faisant une revue de la littérature scientifique, nous avons relevé le manque d'études permettant de juger de l'efficacité des programmes de postvention (Nicolas et al., 2017). En effet, les études actuelles, qui sont à forte majorité des rapports de cas, tentent de démontrer l'efficacité d'actions de postvention spécifiques, sans toutefois les regrouper dans un cadre conceptuel global (Nicolas et al., 2017). Il est intéressant de noter que, dans l'ensemble des actions identifiées dans la revue de la littérature scientifique, il y avait trois objectifs majeurs : l'identification et la proposition de service de santé mentale aux personnes souffrantes, le repérage des personnes vulnérables pouvant avoir besoin de soutien et la prévention d'un effet

d'entraînement du suicide. Par contre, aucune action ne proposait de mettre en œuvre ces actions par le biais des médias sociaux. Pourtant, la revue systématique de Robinson et ses collègues (2016a) indique que les médias sociaux pourraient être des outils pertinents pour prévenir le suicide, aussi bien pour offrir des services aux personnes souffrantes que pour repérer les personnes vulnérables.

### *Médias sociaux et postvention*

Il est possible que les programmes de postvention, datant souvent de plusieurs années, ne soient pas encore adaptés aux médias sociaux, puisque leur utilisation est relativement nouvelle dans la société. Parmi les personnes suicidaires à risque qui utilisent les médias sociaux, on comptera en premier lieu les adolescents (Rice et al., 2016; Robinson et al., 2016a) et en deuxième lieu les adultes solitaires comportant un historique de problèmes de santé mentale (Robinson et al., 2016a). Selon Robinson et ses collègues (2016a), ces personnes sont moins susceptibles de chercher de l'aide hors ligne, notamment à cause de la peur du jugement des autres (Robinson et al., 2016a). Plusieurs chercheurs croient que les médias sociaux seront encore utilisés par les prochaines générations et que la postvention à la suite d'un suicide devra développer de nouvelles stratégies qui tiennent compte de cette nouvelle habitude de vie (Appelbaum & Kopelman, 2014; Notredame et al. 2018).

Actuellement, l'efficacité des interventions de prévention du suicide utilisant les médias sociaux ne semble pas avoir été vérifiée (Bailey et al., 2018; Luxton et al., 2012; Robinson et al., 2015, 2016; Seward & Harris, 2016). À notre connaissance, la seule étude employant une méthodologie rigoureuse est l'étude randomisée contrôlée de Van Spijker et ses collègues (2014), mais celle-ci visait à vérifier l'efficacité d'une intervention cognitivo-comportementale

en ligne, sous la forme d'un guide d'autosoins. L'étude a été réalisée auprès de 236 adultes parlant le néerlandais et présentant une idéation suicidaire allant de légère à modérée. Elle analysait la fréquence et l'intensité de l'idéation suicidaire des participants. L'intervention était constituée de six modules : la psychoéducation sur l'idéation suicidaire, la régulation des émotions, l'identification des pensées automatiques, les schémas de pensées, l'affrontement des pensées négatives et la prévention de la rechute.

Chaque module contenait des informations théoriques et des exercices pratiques. Les participants étaient encouragés à compléter un module par semaine, à raison d'environ 30 minutes par jour. En comparant les participants avec la liste d'attente, leur étude a rapporté une diminution significative de l'idéation suicidaire et une diminution significative des inquiétudes. Après un suivi de douze semaines, les améliorations étaient maintenues, mais la taille d'effet s'est avérée petite ( $d = 0,28$ ). On aurait pu croire que l'effet serait plus prononcé chez les participants ayant un historique de tentatives de suicide. Bien que l'intervention soit offerte via un site Internet plutôt qu'à partir des médias sociaux, la postvention à la suite d'un suicide ciblant les médias sociaux pourrait engendrer des effets similaires (Robinson et al., 2016a).

Il n'y a toutefois pas de consensus quant à l'inclusion de stratégies ciblant les médias sociaux dans des programmes de postvention. Certains chercheurs se questionnent à savoir si l'utilisation des médias sociaux renforcerait les comportements de personnes qui se marginalisent de la société (Baker et Fortune, 2008). Certains chercheurs craignent aussi qu'une mauvaise utilisation des médias sociaux puisse contribuer à la promotion du suicide, plutôt que de contribuer à sa prévention chez les personnes vulnérables, provoquant par le fait même un risque d'effet d'entraînement du suicide (Fiedorowicz & Chigurupati, 2009; Hinduja & Patchin, 2010; Luxton et al., 2012). D'ailleurs, il a été constaté que la circulation sur Twitter de publications sur le suicide de célébrités était associée à de fortes réactions émotionnelles pouvant

accroître l'effet Werther (Fahey et al., 2018; Ueda et al., 2017). Il semble donc primordial de surveiller le partage de contenu sur le suicide sur les médias sociaux. Bien qu'on trouve souvent la présence de modérateurs sur les médias sociaux, c'est-à-dire des personnes souvent bénévoles qui surveillent et contrôlent les publications sur une plateforme en ligne, on n'y trouve pas nécessairement de protocole d'urgence à suivre lorsqu'une personne à risque est repérée. Dans ce contexte, il est difficile d'assurer un soutien adéquat de la part des modérateurs (Bailey et al., 2018; Robinson et al., 2015). De plus, l'anonymat rend l'intervention d'urgence plus complexe, compte tenu du risque de perdre la connexion avec la personne à risque et de ne plus pouvoir la contacter (Lai et al., 2014), notamment si elle présente un faible niveau d'engagement dans le processus (Notredame et al., 2018).

Néanmoins, il semble que les bénéfices de l'utilisation des médias sociaux dans les stratégies de prévention du suicide surpassent les risques (Bailey et al., 2018; Coppersmith et al., 2018; Eggerston, 2015; Niederkrotenthaler et al., 2016; Notredame et al., 2018; Rice et al., 2016; Robinson et al., 2015, 2016; Seward & Harris, 2016). En effet, les médias sociaux pourraient jouer un rôle clé sur deux axes de la postvention : d'une part, en repérant des personnes à risque pour éviter l'effet d'entraînement du suicide, et d'autre part en offrant de l'aide aux personnes présentant une souffrance psychologique.

Selon plusieurs chercheurs, les médias sociaux permettent de surveiller rapidement les messages publiés en ligne, afin de repérer les personnes souffrantes ou vulnérables et d'ainsi diminuer le risque d'effet d'entraînement du suicide (Notredame et al., 2018; Rice et al., 2016; Robinson et al., 2015, 2016). Le repérage des personnes à risque pourrait se faire par des intervenants professionnels (Eggerston, 2015; Notredame et al., 2018) ou par des bénévoles, en formant des modérateurs et en élaborant des protocoles d'urgence (Bailey et al., 2018; Rice et al., 2016). Le repérage peut aussi être fait par les pairs, puisqu'ils peuvent être témoins de

publications suspectes et peuvent partager ces informations avec un adulte ou encourager l'auteur de la publication à aller chercher de l'aide auprès de professionnels (Moreno et al., 2012). De plus, une collaboration pourrait être faite avec les créateurs de contenu sur les médias sociaux (*influencers*), ainsi qu'avec ceux qui font des partages de masse sur les médias sociaux (*linkers*). Cette collaboration viserait à les inciter à ne pas diffuser du contenu pouvant nuire aux personnes vulnérables, à diffuser les coordonnées de ressources d'aide et à communiquer avec précautions, afin de favoriser l'effet Papageno (Notredame et al., 2018).

Des stratégies de postvention ciblant les médias sociaux permettent aussi d'offrir de l'aide aux personnes vulnérables à la suite d'un suicide. Les médias sociaux peuvent offrir aux personnes endeuillées à la suite d'un suicide un environnement de soutien afin d'échanger sur leurs émotions et leurs expériences (Robinson et al., 2015, 2016a). Comparés aux services offerts par le système de la santé, les médias sociaux offrent, selon Robin et ses collègues (2016a), des plateformes perçues comme étant plus réconfortantes et moins comme un fardeau (Robinson et al., 2016a). Il semble par ailleurs qu'il soit bénéfique pour les personnes de s'exprimer par écrit afin de diminuer leur souffrance (Robinson et al., 2016a). Le principal avantage de ces stratégies est d'initier rapidement le contact avec les personnes vulnérables pour les diriger vers une prise en charge par le système de santé (Notredame et al., 2018; Rice et al., 2014; Robinson et al., 2015, 2016). Disponibles pour tous, en tout temps et gratuitement, les stratégies de postvention sur les médias sociaux permettraient de franchir les barrières géographiques ou financières de certaines personnes vulnérables qui cherchent de l'aide. Dans ce contexte, la postvention par les réseaux sociaux ferait office d'offre complémentaire aux services déjà offerts par le système de la santé (Notredame et al., 2018; Robinson et al., 2015; Van Spijker et al., 2014). Quant à eux, Notredame et ses collègues (2018) proposent un modèle théorique de postvention plus détaillé, où deux équipes sont responsables de surveiller les médias sociaux. Une équipe responsable des

communications a le mandat de diffuser des informations de façon universelle, mais aussi directement à des groupes identifiés comme étant à risque. Quant à elle, une équipe responsable des interventions vise à identifier les personnes à risque qui cherchent de l'aide, soit par une détection par intelligence artificielle ou par les pairs rapportant des publications d'une personne à risque. L'équipe a ensuite la tâche de les contacter directement pour leur offrir du soutien, déployer un protocole d'urgence si nécessaire, développer l'engagement de la personne dans un processus de relation d'aide et les référer aux bonnes ressources du système de la santé. Un tel modèle, lorsqu'implanté, miserait sur l'accessibilité d'Internet afin d'initier le contact avec les personnes vulnérables pour les diriger vers une prise en charge par le système de santé.

#### *Durée des programmes de postvention*

La revue de la littérature grise a aussi permis de constater la tendance des programmes de postvention à prioriser les interventions à court terme, en détaillant des mesures d'urgence à déployer à la suite d'un suicide (Andriessen et al., 2019b). Il s'agit principalement de l'implantation du plan d'action, du repérage des personnes à risque, des interventions psychologiques et informatives, des stratégies de communication et de la prévention de l'effet d'entraînement du suicide. Cette tendance a aussi été observée dans d'autres études (Cox et al., 2012; Szumilas & Kutcher, 2011). Ces stratégies de postvention peuvent se dérouler de quelques semaines à quelques mois à la suite du suicide (Andriessen et al., 2019a; Szumilas & Kutcher, 2011). Les obstacles à la mise en place à long terme des activités de postvention semblent être le manque de ressources, de temps, de personnel formé et de soutien de l'administration (Breux & Boccio, 2019). Pourtant, il est recommandé de maintenir à long terme les activités de postvention (Andriessen et al., 2019a; Dyregrov, 2002; Singer et al, 2018; Spiwak et al., 2018). Lors d'une

mise en pratique, ces stratégies se dérouleraient dans l'année suivant le suicide et incluraient, par exemple le maintien des interventions ciblées, sélectives et universelles, ainsi que le repérage des personnes à risque. Le repérage à long terme des personnes à risque est important. En effet, les personnes à risque peuvent développer des difficultés longtemps après le suicide. Ces difficultés ne peuvent être repérées si les activités de postvention ne se déroulent qu'à court terme (Hawton, 2005). De plus, comme les interventions universelles visent généralement à augmenter les connaissances en santé mentale dans un milieu donné, à diminuer la stigmatisation et à encourager les personnes à aller consulter en cas de besoin (Singer et al., 2018; Spiwak et al., 2018), celles-ci nécessitent beaucoup de temps avant de pouvoir mener à des changements.

Une autre stratégie recommandée à long terme consiste à effectuer un bilan des activités de postvention (Cox et al., 2016; Singer et al., 2019). Bien que l'étape du bilan des activités de postvention soit incluse dans la majorité des programmes de postvention recueillis par la revue de la littérature grise, celle-ci n'était généralement pas ou peu élaborée. Pourtant, quand on tient compte des limites méthodologiques et éthiques des études randomisées contrôlées (Szumilas & Kutcher, 2011), la réalisation d'un bilan des activités de postvention apparaît utile puisque permettant de pallier le manque d'études évaluant l'efficacité des programmes de postvention. Cela permet d'ailleurs de détailler ce qui fonctionne et ne fonctionne pas, envers qui et dans quel contexte (Singer et al., 2019). Cela étant dit, il importe de créer des ponts entre les professionnels et les chercheurs experts en postvention (Singer et al., 2019), afin que les bilans des activités de postvention soient accessibles et diffusés plus largement, non seulement à l'échelle locale.

## **Consensus des experts**

Le deuxième objectif de notre essai doctoral visait à demander l'avis des experts en postvention sur le bien-fondé des actions de postvention répertoriées, afin d'obtenir un consensus quant aux actions de postvention reconnues comme étant pertinentes ou non à mettre en œuvre.

Un accord considérable a été obtenu parmi les experts dès le premier tour, au point où seulement 23 actions ont requis une deuxième évaluation. Ainsi, nous avons pu observer une forte cohésion entre la littérature scientifique, la littérature grise et le jugement des experts. Les 128 actions de postvention conservées équivalent à une proportion de 67,4 % des actions qui ont fait consensus parmi les experts. Ce taux est similaire au taux obtenu par l'étude anglophone de Cox et ses collègues (2016), qui présentait une proportion de 69,3 % d'actions ayant fait consensus. Dans leur étude, les chercheurs avaient regroupé les actions selon une logique séquentielle en 20 mesures clés (Cox et al., 2015). En comparant ces meilleures pratiques anglophones aux meilleures pratiques francophones obtenues dans notre étude (voir tableau 4), nous avons pu observer nombre de similarités en ce qui a trait au regroupement des actions de postvention.

Ces regroupements similaires suggèrent un accord entre les experts quant à la structure générale que les programmes de postvention devraient adopter. Dans les deux études, les actions jugées primordiales sont reliées aux mesures de préparation du milieu visant la réalisation d'activités de postvention à la suite d'un suicide. Cela inclut les mesures d'urgence, de protection et de coordination du milieu, les mesures de communication, les mesures de commémorations, les mesures d'identification et de soutien des personnes vulnérables et les mesures de bilan des activités de postvention.

Tableau 4

<i>Regroupement des actions de postvention</i>	
Mesures anglophones (Cox et al., 2015)	Mesures francophones
1. Développement d'un plan d'intervention d'urgence	1. Organisation du milieu
2. Former une équipe d'intervention d'urgence	2. Urgence et protection
3. Activer l'équipe d'intervention d'urgence	3. Analyse, gestion clinique et coordination de la postvention
4. Gestion d'un suicide ayant eu lieu sur le terrain de l'école	4. Communication et information
5. Assurer la liaison avec la famille de l'étudiant décédé	5. Commémorations
6. Informer le personnel du suicide	6. Soutien aux intervenants
7. Informer les étudiants du suicide	7. Repérage et interventions ciblées
8. Informer les parents du suicide	8. Repérage et interventions sélectives
9. Informer la communauté du suicide	9. Repérage et interventions universelles
10. Identifier et soutenir les étudiants vulnérables	10. Bilan de la postvention
11. Soutien continu aux étudiants	
12. Soutien continu au personnel	
13. Traiter avec les médias	
14. Internet et les médias sociaux	
15. Les effets personnels du défunt	
16. Funérailles et commémorations	
17. Repérage continu des étudiants ou du personnel vulnérable	
18. Documentation continue des activités de postvention	
19. Bilan critique des activités de postvention	
20. Planification des futures activités de prévention du suicide	

La principale différence entre les meilleures pratiques anglophones et francophones tient au fait que les meilleures pratiques anglophones sont décrites de manière plus spécifique et directive (Cox et al., 2015). Cela explique en partie la différence considérable entre les 548 actions anglophones (Cox et al., 2016) et les 128 actions francophones. Par exemple, les meilleures pratiques anglophones incluent une marche à suivre pour la formation du comité de crise, des détails quant au contenu des rencontres quotidiennes du comité de crise, des détails sur

les modalités de l'annonce aux proches, des détails sur la documentation des activités de postvention et des détails sur ce qui peut être fait lors de situations exceptionnelles, notamment lorsqu'il y a présence d'une fratrie à la même école ou dans le cas d'un suicide survenu dans le cadre d'un congé estival (Cox et al., 2015). Dans le cadre de notre étude, des experts francophones ont proposé une description des actions de postvention pouvant être généralisée à différentes situations. Cette préférence pourrait être en partie expliquée par le fait que le dernier programme-cadre québécois de postvention a misé sur l'analyse du contexte dans lequel apparaît le suicide, en proposant d'adapter les interventions selon l'évaluation des intervenants et les besoins spécifiques de la population (Séguin et al., 2004). Voilà qui peut expliquer le caractère plus global et moins prescriptif des actions favorisées par les francophones.

En analysant le contenu des actions ayant fait consensus parmi les experts, on remarque qu'une seule action est spécifique au milieu de travail, soit celle qui consiste à réaliser une déclaration d'accident de travail le cas échéant. Pour le reste, les commentaires reçus des experts nous permettent de mieux nuancer la formulation des actions de postvention, afin qu'elles soient réalisables aussi bien en milieu scolaire qu'en milieu de travail. Par exemple, l'action « si le suicide est discuté sur les médias sociaux, repérer les personnes à risque dans les commentaires » n'a pas atteint le seuil de consensus de 80 % chez les experts en postvention en milieu de travail. En se basant sur les commentaires des experts, nous avons reformulé l'action ainsi : « si le suicide est abordé sur les médias sociaux, être attentif à identifier des messages de détresse et de crise suicidaire et faire de l'*outreach* ». Cette reformulation visait à adapter l'action à tous les milieux.

*Postvention en milieu de travail*

Il a été observé, dans la présente étude, que les actions analysées se retrouvent majoritairement dans le cadre de programmes de postvention à l'intention d'institutions scolaires, ciblant donc la population adolescente ou de jeunes adultes. Si l'ensemble des actions de postvention peuvent, en théorie, être adaptée à la population adulte et être mises en œuvre dans un milieu de travail, il est important de noter que l'implantation d'un programme de postvention à la suite d'un suicide dans un milieu de travail n'est pas une pratique aussi courante qu'en milieu scolaire (Cook, 2017; Doran et al., 2016; Milner et al., 2015; Takada & Shima, 2010). Même si les suicides en milieu de travail sont relativement peu fréquents, 1932 suicides en milieu de travail ont eu lieu au Canada entre 1991 et 2001 (Mustard et al., 2010), 1719 suicides en milieu de travail ont eu lieu aux États-Unis entre 2003 et 2010 (Tiesman et al., 2015) et il est estimé qu'entre 300 et 400 suicides en milieu de travail auraient lieu annuellement en France (Rivière et Fouet, 2017). Au Canada et à travers le monde, la majorité des suicides sont commis par des personnes en âge de travailler ou ayant un emploi (Lévesque, 2020; Mustard et al., 2010; OMS, 2014; Yip & Caine, 2011). Dans les dernières décennies, nombre d'études ont tenté de cibler les métiers les plus à risque de mener à des tentatives de suicide, afin de repérer les travailleurs les plus à risque (Bogle, 2018; Charlton, 1995; Cohidon et al., 2010; Dutheil et al., 2019; Lanza et al., 2018; Milner et al., 2016; Stack, 2001; Tiesman et al., 2015). Parmi celles-ci, l'étude américaine de Stack (2001) a comparé plusieurs emplois différents en analysant près de 10 000 morts par suicide et en contrôlant les analyses par des variables sociodémographiques (l'âge, le genre, l'ethnie et le statut matrimonial). Selon les résultats de cette étude, des risques plus élevés de tentatives de suicide ont été repérés chez les dentistes (5,43 fois), les docteurs (2,31 fois), les infirmières (1,58 fois), les travailleurs sociaux (1,52 fois), les scientifiques (1,47 fois) et les artistes (1,30 fois), comparativement au reste de la population en âge de travailler. Par contre, les résultats d'études ciblant des métiers spécifiques diffèrent

d'une étude à l'autre de façons parfois contradictoires (Milner et al., 2016). Par exemple, certaines études rapportent un risque plus élevé de tentatives de suicide chez les travailleurs du domaine de la construction (Windsor-Shellard & Gunnell, 2019), chez les employés de bureau (Cohidon et al., 2010) et dans le domaine de l'agriculture (Charlton, 1995; Cohidon et al., 2010), tandis que d'autres études ne rapportent pas de différences entre ces travailleurs (Milner et al., 2016; Stack, 2001).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les résultats qu'obtiennent ces études. D'une part, elles ont été réalisées à divers moments historiques, de différents pays et d'une analyse à l'autre, elles n'ont pas contrôlé les mêmes variables (Milner et al., 2016). D'autre part, il semble que le risque de tentatives de suicide soit lié à d'autres facteurs que le type d'emploi occupé, notamment la culture organisationnelle et la satisfaction du travailleur dans le contexte de son milieu de travail (Howard et al., 2017). Parmi les facteurs de risque organisationnels, une mauvaise gestion des ressources humaines (des injustices organisationnelles, du harcèlement, un manque de reconnaissance et un manque d'équité), un dysfonctionnement organisationnel (une surcharge de travail, une pression de performance, des horaires intempestifs et des demandes contradictoires), des conflits internes (des conflits interpersonnels entre les collègues ou avec la direction) et une instabilité de l'organisation (période de difficultés financières ou économiques) peuvent influencer sur l'état psychologique des travailleurs (Sullivan & Germain, 2020; Rivière & Fouet, 2017). En ce qui concerne la satisfaction à l'emploi, une perception d'être autonome au travail, une variété dans les tâches à effectuer au travail et la conciliation travail-famille semblent diminuer le risque de tentatives de suicide (Howard et al., 2017; Milner et al., 2015). Ainsi, il apparaît nécessaire de tenir compte des facteurs de risque psychosociaux associés à l'organisation dans l'élaboration d'un programme de postvention (Combalbert & Feltrin, 2008; Sullivan & Germain, 2020).

Cependant, il semble aussi important de considérer les particularités de certains types d'emploi, notamment lorsque des travailleurs sont exposés au suicide d'une personne dans le cadre de leur travail. Pensons par exemple aux travailleurs du domaine de la santé ou des premiers répondants (Cerel et al., 2018; Combalbert & Feltrin, 2008; Dutheil et al., 2019; Lanza et al., 2018; Maple et al., 2019; Milner et al., 2015, 2016). Ces travailleurs peuvent avoir un lien différent avec le défunt dû à la relation d'aide, à la relation thérapeutique ou à la relation d'autorité inhérente à leur travail. Malgré cela, ceux-ci peuvent néanmoins développer une réaction de deuil (Alexander & Klein, 2009; Lanza et al., 2018), par exemple en développant un sentiment de mal-être, du stress, de la culpabilité ou une dépression (Arnold & Gemma, 2008; de Groot et al., 2006; Feigelman et al., 2009; Valente & Saunders, 1993; Visser et al., 2014; Young et al., 2012). Ces réactions affectives pourraient mener à leur tour à une désorganisation du travail, en contribuant au développement de difficultés cognitives, en diminuant la productivité et en créant des conflits interpersonnels, par exemple (Corso et al., 2007; Doran et al., 2016; Tehan & Thompson, 2012). Certains emplois comportent aussi des particularités qui nécessitent d'être prises en compte dans l'élaboration d'un programme de postvention, et cela, afin de limiter les facteurs de risque communs à ce type d'emploi. Par exemple, un protocole de postvention visant à encadrer l'accessibilité aux armes à feu serait approprié pour les policiers ou les forces armées, sans qu'il soit une priorité pour des emplois plus cléricaux (Milner et al., 2015; Tiesman et al., 2015).

En raison de la difficulté à circonscrire les risques de suicide propres à tous les emplois, certaines études font plutôt la promotion d'un programme général de postvention en milieu de travail (Howard et al., 2017; Milner et al., 2015; Takada & Shima, 2010). Bien qu'il existe peu d'études sur l'efficacité d'un tel programme de postvention en milieu de travail (Milner et al., 2015; Sullivan & Germain, 2020), il semble que la prévention du suicide en milieu de travail soit

rentable (Doran et al., 2016). En effet, une étude australienne dans le domaine de la construction qui s'était donné comme mandat de diminuer les risques de suicide rapporte que la mise en œuvre de stratégies de prévention du suicide auraient permis à la société d'économiser 4,6 fois les investissements faits (Doran et al., 2016). Ces activités se déroulaient sur une période d'environ 30 heures et visaient principalement à offrir aux travailleurs une formation générale sur la prévention du suicide afin de repérer les signes précurseurs du suicide et développer des aptitudes d'intervention de base. Cela démontre qu'on pourrait, en théorie, recommander des programmes de postvention à la suite d'un suicide en milieu de travail afin d'accroître la rentabilité d'une compagnie (Doran et al., 2016).

Actuellement, les activités de postvention en milieu de travail sont déployées sans plan préétabli et la plupart du temps en réaction à un suicide (Nicolas et al., 2020). Plutôt que de proposer un programme de postvention prémédité, la tendance actuelle semble être que les directives et activités de postvention en milieu de travail soient implantées après l'événement. Celles-ci visent habituellement à offrir de l'aide au personnel dans l'immédiat ou dans le court à moyen terme (Lynn, 2008; Milner et al., 2015, 2015; Takada & Shima, 2010). Pourtant, il est reconnu que les organisations jouent un rôle important dans la santé mentale de leurs employés (Combalbert & Feltrin, 2008). Compte tenu du manque d'études sur l'efficacité d'un programme de postvention en milieu de travail, les organisations pourraient s'inspirer des programmes de postvention déjà existants en milieu scolaire (Takada & Shima, 2010). Bien que les programmes de postvention en milieu scolaire ne s'adressent pas à la même population et à la même structure organisationnelle, les programmes de postvention en milieu de travail pourraient conserver le même type de structure de programme, en élaborant des interventions de prévention du suicide, des interventions post-suicide, des interventions court terme et des interventions à moyen ou à long terme (Baudry et al., 2011; Carson J Spencer Foundation, 2013). De plus, une analyse de la

situation devrait être faite en vue d'adapter les interventions ciblées, sélectives et universelles, pour tenir compte des particularités de chaque emploi et offrir des interventions adaptées aux besoins spécifiques des travailleurs (Baudry et al., 2011; Carson J Spencer Foundation, 2013; Combalbert & Feltrin, 2008; Lanza et al., 2018). Éventuellement, il est probable que le développement de programmes de postvention en milieu de travail permette d'offrir de nouvelles stratégies de postvention.

### **Retombées de l'étude**

À notre connaissance, il s'agit de la première étude tentant de consolider par un consensus d'expert les actions de postvention généralement proposées en milieu francophone à la suite d'un suicide. Cette étude s'inspire de l'étude de Cox et de ses collègues (2016) et elle offre aussi des retombées concrètes. D'une part, il s'agit d'une des premières études s'intéressant aux différences entre les meilleures pratiques de postvention en milieu scolaire et celles offertes en milieu de travail. Notre étude présente aux chercheurs et aux professionnels un inventaire des meilleures pratiques de postvention à la suite d'un suicide selon une méthodologie rigoureuse. Elle permet de consolider et d'élargir le champ des connaissances grâce à un examen de la littérature francophone de la postvention à la suite d'un suicide.

Toutefois, un programme de postvention ne peut se réduire à une liste d'actions à réaliser. Selon l'analyse stratégique de Bouchard et ses collègues (2009), les professionnels s'attendent à recevoir d'un programme de postvention des informations sur le rationnel de la postvention et des outils pour faciliter leurs interventions. Notre étude constitue une étape préalable essentielle à la création d'un programme de postvention à la suite d'un suicide. Séguin et ses collègues (2020) ont élaboré le *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*, dans

lequel les chercheuses ont regroupé les meilleures pratiques de postvention de notre étude en dix mesures à déployer selon quatre phases séquentielles. Afin d'adapter les meilleures pratiques de notre étude à la structure de leur programme, celles-ci ont été reformulées, mais l'intention des actions est demeurée la même.

### **Forces et limites de l'étude**

Parmi les forces de l'étude, mentionnons l'inclusion d'une revue de la littérature grise à la revue de la littérature scientifique. Compte tenu du fait que la réalité clinique des professionnels de la postvention oblige souvent ces derniers à adapter les actions de différents programmes de postvention pour les transposer à leur milieu (Bouchard et al., 2004), nous avons choisi d'opter pour l'exhaustivité de l'inventaire des actions de postvention proposées par les deux revues de la littérature. Notre étude est aussi l'une des premières à évaluer les meilleures pratiques de postvention à la suite d'un suicide en utilisant la méthode Delphi. Celle-ci permet d'atteindre un niveau satisfaisant de validité externe et de validité interne, malgré les limites inhérentes à la recherche sur la postvention à la suite d'un suicide. D'une part, l'obtention d'un consensus parmi des experts issus autant du domaine de la recherche que du domaine pratique favorise la validité externe de l'étude, car elle favorise la convergence des connaissances sur les actions de postvention à la suite d'un suicide. D'autre part, l'inclusion d'une revue de la littérature grise à la revue de la littérature scientifique favorise la validité interne de l'étude, puisqu'elle augmente la rigueur de l'inventaire des actions de postvention à la suite d'un suicide en tenant compte des actions issues de la pratique clinique. De plus, notre étude est la première étude francophone à obtenir un consensus d'experts sur les actions de postvention à la suite d'un suicide. En comparant les résultats de notre étude aux résultats d'une étude anglophone similaire, celle de

Cox et ses collègues (2016), ainsi qu'au reste de la littérature scientifique sur la postvention majoritairement anglo-saxonne (Andriessen, 2014), nous avons obtenu une meilleure transculturalité des connaissances. Ainsi, pour l'ensemble de ces forces, nous estimons que cette étude est fortement pertinente pour la population visée.

Notre étude comporte aussi certaines limites, comme la généralisation des résultats. En effet, une meilleure représentation des experts des milieux francophones européens aurait permis une plus grande généralisation des résultats, puisque la majorité des experts sondés étaient issus du Québec. L'étude présente une autre limite en ce qui a trait à la revue de la littérature grise : elle n'inclut que la littérature francophone sur la postvention, celle-ci étant plus restreinte que la littérature anglophone. De plus, une limite de la revue de la littérature grise tient au fait que certains milieux peuvent avoir élaboré un programme de postvention à la suite d'un suicide, sans l'avoir nécessairement publié en ligne; ceci empêchant leur recensement dans la revue de la littérature grise. Il est ainsi possible que certaines actions pertinentes de postvention à la suite d'un suicide n'aient pas été incluses. Cependant, nous avons pu diminuer l'impact de ces limites en offrant la possibilité aux experts de proposer des actions de postvention qu'ils jugeaient pertinentes. Une autre limite concerne la définition même des experts qui participaient à l'étude, puisqu'ils offrent une perspective unique sur le sujet de recherche (Booto Ekionea et al., 2011; Franklin & Hart, 2007). Dans la présente étude, le consensus a été atteint par des professionnels, c'est-à-dire des chercheurs sur la postvention et des intervenants ayant participé à l'élaboration ou l'implantation d'un programme. Il s'agit ainsi davantage d'une perspective académique ou théorique des actions de postvention à la suite d'un suicide. On notera qu'il aurait pu être pertinent de favoriser la participation citoyenne en consultant des parents, amis, collègues ou toute autre personne; cela aurait permis d'obtenir une perspective expérientielle sur les actions de postvention à la suite d'un suicide.



## Études futures

Un programme de postvention a été élaboré à partir des résultats de cette étude (Séguin et al., 2020). La prochaine étape prévue par l'équipe de recherche consistera à faire une évaluation stratégique de ce programme de postvention intégrant les meilleures pratiques francophones de postvention. Cette prochaine étude visera à évaluer, auprès de professionnels en postvention à la suite d'un suicide, la faisabilité, l'utilité et la généralisation d'un tel programme de postvention dans différents milieux.

Il est à noter que davantage d'études seront nécessaires afin de vérifier l'efficacité des programmes de postvention. Il serait d'ailleurs utile de faire une évaluation longitudinale du programme de postvention de Séguin et ses collègues (2020). L'étude pourrait évaluer pendant un an la détresse psychologique des survivants et des employés dans le milieu où le suicide a eu lieu, le déroulement des activités et le nombre de personnes ayant reçu des services. L'étude pourrait aussi comporter un volet qualitatif auprès de la cellule de crise afin de mesurer l'appréciation du déploiement du programme de postvention et les difficultés rencontrées. Par la suite, il serait pertinent de faire une étude du coût-efficacité de ce programme de postvention, afin d'encourager le déploiement de programmes de postvention dans différents milieux.

La postvention en milieu de travail est un sujet encore peu étudié (Doran et al., 2016; Milner et al., 2015). Puisque la recherche en postvention se focalise principalement sur les milieux scolaires, il serait intéressant d'analyser les différences entre la postvention ciblant les adolescents et la postvention ciblant des adultes occupant un emploi. Il serait possible d'appliquer une approche qualitative de la méthode Delphi (Booto Ekionea et al., 2011; Franklin & Hart; Turoff, 2002), où les experts pourraient confronter leurs idées au sujet de l'adaptation des programmes de postvention à la population adulte et à la structure organisationnelle d'un

milieu de travail, en vue de converger vers un programme de postvention basé davantage sur le rationnel que l'intuition. Par la suite, on pourrait penser à élaborer un programme de postvention pour qu'il soit spécifique au milieu de travail et en évaluer l'efficacité. Finalement, plus d'études devraient se pencher sur le rôle des nouvelles technologies dans les programmes de postvention. Les études actuelles s'intéressent habituellement aux modèles conceptuels, en plus d'offrir des réflexions sur la faisabilité, l'éthique et l'aspect légal des nouvelles technologies comme outils d'intervention (Notredame et al., 2018; Rice et al., 2016; Robinson et al., 2016a). À cet égard, il serait pertinent d'examiner le modèle de Notredame et ses collègues (2018), afin d'adapter les programmes de postvention déjà existants en leur ajoutant des actions ciblant spécifiquement la communication et l'intervention sur les médias sociaux.

#### 4. CONCLUSION

Il est crucial d'offrir des services adaptés aux besoins particuliers des personnes ayant été exposées à un suicide. La postvention vise à diminuer l'effet d'entraînement du suicide et à diminuer la souffrance psychologique des personnes vulnérables, en mettant en œuvre des services d'accompagnement, de soutien et d'intervention à la suite d'un suicide. Les programmes de postvention étant généralement élaborés sur la base du jugement professionnel des intervenants, il existe une abondance d'actions de postvention parfois similaires.

En comparant les meilleures pratiques de postvention issues de l'expertise des francophones à celles des experts anglophones décrites dans les travaux de Cox et ses collègues (2016), nous avons pu identifier une structure générale des programmes de postvention. Dans les deux études, les actions les plus pertinentes à mettre en œuvre se recoupaient autour des mesures suivantes :

- a) Préparation du milieu à réaliser les activités de postvention à la suite d'un suicide;
- b) urgence, protection et coordination du milieu;
- c) communication;
- d) commémorations;
- e) identification et soutien des personnes vulnérables;
- f) bilan des activités de postvention.

Cette étude contribue à la consolidation des connaissances sur la postvention à la suite d'un suicide, tout en offrant aux comités de crise une mise à jour des meilleures pratiques à inclure dans un programme de postvention. De plus amples recherches seront néanmoins nécessaires, afin de vérifier l'efficacité des programmes de postvention, tant en milieu scolaire qu'en milieu

de travail, mais aussi pour examiner l'apport des nouvelles technologies dans l'amélioration des pratiques de postvention.

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada: cadre fédéral de prévention du suicide*. Ottawa : Canada, 1-58.
- Aleman, A. & Denys, D. (2014). A road map for suicide research and prevention. *Nature*, 509, 421-423.
- Alexander, D. A., & Klein, S. (2009). First responders after disasters: A review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24, 87–94. <http://dx.doi.org/10.1017/S1049023X00006610>
- Andriessen, K. (2014). Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals: lessons learned for the future of postvention. *Crisis*, 35(5), 338-348. doi:10.1027/0227-5910/a000269
- Andriessen, K., & Krysiniska, K. (2011). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Andriessen, K., & Krysiniska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int J Environ Res Public Health*, 9(1), 24-32. doi:10.3390/ijerph9010024
- Andriessen, K., Castelli Dransart, D. A., Cerel, J., & Maple, M. (2017). Current Postvention Research and Priorities for the Future. *Crisis*, 38(3), 202-206. doi:10.1027/0227-5910/a000459
- Andriessen, K., Krysiniska, K., Hill, N. T. M., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., & Pirkis, J. (2019a). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic

review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 49. doi:10.1186/s12888-019-2020-z

Andriessen, K., Krysinska, K., Kolves, K., & Reavley, N. (2019b). Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. *Front Psychol*, 10, 2677. doi:10.3389/fpsyg.2019.02677

Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*, 160(2), 101–110. doi:10.7326/M13-1301.

Appelbaum, P., & Kopelman, A. (2014). Social media's challenges for psychiatry. *World Psychiatry*, 13, 21-23.

Arnold, J., & Gemma, P. B. (2008). The Continuing Process of Parental Grief. *Death Studies*, 32(7), 658-673. <https://doi.org/10.1080/07481180802215718>

Aucoin, L.-M., & Doyon, K. (2016). *Protocole clinique de postvention*. Montréal, QC : Université du Québec à Montréal, 28 p.

Bailey, E., Rice, S., Robinson, J., Nedeljkovic, M., & Alvarez-Jimenez, M. (2018). Theoretical and empirical foundations of a novel online social networking intervention for youth suicide prevention : A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 238, 499-505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.028>

Baker, D., & Fortune, S. (2008). Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users. *Crisis*, 29, 118–122.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Baudry, B., Brillouet, C., Clement-Pastureau, M.-L., Cohen-Sahel, M., Descoutures, C., Devers, B., ... et Vandeweege, D. (2011). Accompagner un évènement traumatique en milieu de travail. Un guide pour agir. Action de coordination territoriale. Groupe « Prévention du suicide et Promotion de la santé mentale ». Charente Maritime, décembre. Repéré à [http://www.souffrance-et-travail.com/media/pdf/guide\\_evenement\\_traumatique.pdf](http://www.souffrance-et-travail.com/media/pdf/guide_evenement_traumatique.pdf).
- Bearman, P. S., & Moody, J. (2004). Suicide and Friendships Among American Adolescents. *American Journal of Public Health, 94*(1), 89-95. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.1.89>
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors suicide : Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*(1), 110-116.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth : Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Blood, R. W., & Pirkis, J. (2001) Suicide and the media. Part III: theoretical issues. *Crisis, 22*, 163-169.
- Bogle, C. L. (2018). *The Impact of a Law Enforcement Suicide on Colleagues* [thèse de doctorat inédite]. George Washington University.
- Booto Ekionea, J., Bernard, P., & Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives, 29*(3), 168-192.
- Bouchard, M., Séguin M., Bégin, S., & Roy, F. (2004). Activités de postvention en milieu scolaire : pratiques actuelles et réflexions pour l'avenir. *Revue de psychoéducation, 33*(2), 413-432.

- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Liotus, L., Schweer, J., & Canobbio, R. (1994). Major depressive or uncomplicated bereavement ? A follow-up of youth exposed to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(4), 582-587.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Friend, A., Allman, C., Schweers, J., Roth, C., Balach, L., & Harrington, K. (1992). Psychiatric effects of exposure to suicide among the friends and acquaintances of adolescent suicide victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 629-639.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Liotus, L., Richardson, D., Canobbio, R., Schweers, J., & Roth, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims: Predisposing factors and phenomenology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(2), 209-215.
- Breux, P., & Boccio, D. E. (2019). Improving Schools' Readiness for Involvement in Suicide Prevention: An Evaluation of the Creating Suicide Safety in Schools (CSSS) Workshop. *Int J Environ Res Public Health*, 16(12). doi:10.3390/ijerph16122165
- Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., Horowitz, L. M., Kelleher, K. J., & Campo, J. V. (2020). Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States : An Interrupted Time Series Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(2), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020>
- Caine, E. D. (2013). Forging an agenda for suicide prevention in the United States. *Am J Public Health*, 103(5), 822-829. doi:10.2105/AJPH.2012.301078

- Carson J Spencer Foundation. (2013). *A manager's guide to suicide postvention in the workplace: 10 action steps for dealing with the aftermath of a suicide*. Denver: Carson J Spencer Foundation.
- Center for Disease Control. (1988). *CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters* (Publication n° 37[S-6]). Atlanta: Center for Disease Control.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*, 49(2), 529-534. doi:10.1111/sltb.12450
- Cerel, J., Jones, B., Brown, M., Weisenhorn, D., & Patel, K. (2018). Suicide exposure in law enforcement officers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.1111/sltb.12516>
- Chagnon, J., & Gravel, C. (1996). *La postvention en milieu scolaire, présentation de deux implantation*. Actes de Colloque, Association Québécoise de Suicidologie, 8e colloque provincial.
- Charlton, J. (1995). Trends and patterns in suicide in England and Wales. *Int J Epidemiol* 24, S45–S52.
- Clayton, D. & Barcelo, A. (1999), Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, *Maladies Chroniques au Canada*, 20(2), 100-108.
- Cohidon, C., Santin, G., Geoffroy-Perez, B., & Imbernon, E. (2010). Suicide et activité professionnelle en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(2), 139-150.

- Comans, T., Visser, V., & Scuffham, P. (2013). Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis, 34*(6), 390-397.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000210>
- Combalbert, N., & Feltrin, M. (2008). Le suicide en milieu professionnel : Réflexions sur l'intervention du psychologue. *Pratiques Psychologiques, 14*(3), 443-455.  
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2007.11.002>
- Consoli, A., Peyre, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B., Touchette, E., Cohen, D., Moro, M.-R., & Révah-Lévy, A. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents : Role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry, 7*(8), 1-12.
- Cook, F. J. (2017). Executive summary and goals and objectives of the U.S. National Postvention Guidelines. *Death Studies, 41*:10, 622-628, doi: 10.1080/07481187.2017.1335546
- Coppersmith, G., Leary, R., Crutchley, P., & Fine, A. (2018). Natural Language Processing of Social Media as Screening for Suicide Risk. *Biomedical Informatics Insights, 10*, 117822261879286. <https://doi.org/10.1177/1178222618792860>
- Corso, P. S., Mercy, J. A., Simon, T. R., Finkelstein, E. A., & Miller, T. R. (2007). Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States. *American Journal of Preventive Medicine, 32*, 474-482.
- Cox, G. R., Bailey, E., Jorm, A. F., Reavley, N. J., Templer, K., Parker, A., ... Robinson, J. (2016). Development of suicide postvention guidelines for secondary schools: A Delphi study. *BMC Public Health, 16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2822-6>
- Cox, G. R., Robinson, J., Williamson, M., Lockley, A., Cheung, Y. T. D., & Pirkis, J. (2012). Suicide clusters in young people: Evidence for the effectiveness of postvention strategies. *Crisis, 33*(4), 208-214. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000144>

- Cox, G., Robinson, J., Bailey, E., Jorm, A. F., Reavley, N. J., Templer, K., . . . Bhar, S. (2015). *Responding to suicide in secondary schools: a Delphi Study*. Australie : Headspace National Youth Mental Health Foundation, 36 p.
- Crone, E. A., Bullens, L., van der Plas, E. A. A., Kijkuit, E. J., & Zelazo, P. D. (2008). Developmental changes and individual differences in risk and perspective taking in adolescence. *Development and Psychopathology*, 20, 1213–1229
- Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Winkleby, M. A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide : A Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44(2), 279-289. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000810>
- Cutler, D. M., Glaeser, E. L., et Norberg, K. E. (2001). Explaining the Rise in Youth Suicide. Dans Gruber, J. (dir.), *Risky behavior among youths : An economic analysis* (p. 219-270). University of Chicago Press.
- Dalkey, N. C., & Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi Method to the use of experts. *Management Science*, 9(3), 458-468.
- de Groot, M.H.D., Keijser, J.D., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 418–431.
- DeHart, G. B., Sroufe, L. A., & Cooper, R. G. (2004). *Child development: Its nature and course*. New York: McGraw-Hill.
- Doran, C. M., Ling, R., Gullestrup, J., Swannell, S., & Milner, A. (2016). The Impact of a Suicide Prevention Strategy on Reducing the Economic Cost of Suicide in the New South Wales Construction Industry. *Crisis*, 37(2), 121-129. doi:10.1027/0227-5910/a000362

- Dransart, D. A. C., & Séguin, M. (2008). Besoins des personnes confrontées à un suicide et modalités de soutien disponibles: quelles interfaces? *Perspect Psy*, 47(4), 365–374.
- Dunne-Maxim, K., Godin, S., Lamb, F., Sutton, C., & Underwood, M. (1992). The aftermath of youth suicide: Providing postvention services for the school and community. *Crisis*, 13(1), 16–22.
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J. S., Trousselard, M., Lesage, F.-X., & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers : A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(12), e0226361.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Stud*, 26(8), 647-668. doi:10.1080/07481180290088356
- Eggertson, L. (2015). Social media embraces suicide prevention. *Canadian Medical Association Journal*, 187(11), E333-E333. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5104>
- Erlich, M. D., Rolin, S. A., Dixon, L. B., Adler, D. A., Oslin, D. W., Levine, B., Berlant, J. L., Goldman, B., Koh, S., First, M. B., Pabbati, C., & Siris, S. G. (2017). Why We Need to Enhance Suicide Postvention : Evaluating a Survey of Psychiatrists' Behaviors after the Suicide of a Patient. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 507-511.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000682>
- Fahey, R. A., Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2018). Tracking the Werther Effect on social media : Emotional responses to prominent suicide deaths on twitter and subsequent increases in suicide. *Social Science & Medicine*, 219, 19-29.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.004>

- Farberow, N. L. (2001). Helping suicide survivors. Dans P. Lester (Éd.), *Suicide prevention: Resources for the millennium* (pp. 189–212). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Fauré, C. (2013). *Après le suicide d'un proche: vivre le deuil et se reconstruire*. Albin Michel : Paris.
- Feigelman, W., Gorman, B.S., & Jordan, J.R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Stud*, 33, 591-608.
- Fiedorowicz, J. G. & Chigurupati, R. B. (2009). The Internet In Suicide Prevention And Promotion. Dans A. Vilens & L. Sher *Internet and Suicide*. Nova Science Publishers, Inc.
- Fink, D. S., Santaella-Tenorio, J., & Keyes, K. M. (2018). Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. *PLOS ONE*, 13(2), e0191405.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191405>
- Franklin, K. K., & Hart, J. K. (2007). Idea Generation and Exploration: Benefits and Limitations of the Policy Delphi Research Method. *Innovative Higher Education*, 31, 237-246.
- Gall, T. L., Henneberry, J., & Eyre, M. (2014). Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide. *Death Studies*, 38(7), 430-437.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928>
- Gilat, I., & Shahar, G. (2009). Suicide prevention by online support groups: an action theory-based model of emotional first aid. *Arch Suicide Res*, 13, 52-63.
- Glaser, D. (1956). Criminality theories and behavioral images. *American Journal of Sociology*, 61, 433-444.

- Gould, M. S., S. Wallenstein, M. H. Kleinman, P. Ocarroll, & J. Mercy. (1990). Suicide clusters: An examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health, 80*(2), 211-212.
- Gould, M., Jamieson, P., & Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *Am Behav Sci, 46*, 1269-1284.
- Gould, M.S., & Lake, A.M. (2013). The contagion of suicidal behavior. Dans Institute of Medicine, & National Research Council, *Contagion of violence: Workshop summary* (pp. 68-73). Washington, DC: The National Academies Press.
- Gould, M.S., Kleinman, M.H., Lake, A.M., Forman, J., & Midle, J.B. (2014). Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988–96: A retrospective, population-based, case-control study. *Lancet Psychiatry, 1*(1), 34–43.
- Gouvernement du Canada. (2016). Suicide au Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide/suicide-canada.html>
- Grossman, J., Hirsch, J., Goldenberg, D., Libby, S., Fendrich, M., Mackesy-Amiti, M.E., Cathy, M., & Chance, G.-H. (1995). Strategies for school-based response to loss: proactive training and postvention consultation. *Crisis, 16*(1), 18-26.
- Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L. L., Garza, M. J., & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology, 65*(12), 1281-1290.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20632>

- Guérin-Lajoie, S. (2010). *Les orientations régionales de postvention - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*. Gaspé, QC : l'Agence de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 89 p.
- Gulliver, S. B., Pennington, M. L., Leto, F., Cammarata, C., Ostiguy, W., Zavodny, C., ... Kimbrel, N. A. (2016). In the wake of suicide: Developing guidelines for suicide postvention in fire service. *Death Studies*, *40*(2), 121-128.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1077357>
- Gunn, J.F., & Lester, D. (2014). Stress-diathesis theories of suicidal behavior. Dans J.F. Gunn, & D. Lester (Éds.), *Theories of suicide: Past, present and future* (pp. 72-86), Illinois: Charles C Thomas.
- Guzmán, E. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2019). Suicide risk around the world : A meta-analysis of longitudinal studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*(12), 1459-1470. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01759-x>
- Hanus, M. (2004). *Le deuil après suicide*. Belgique : Maloine.
- Hanus, M. (2008). *La mort d'un parent: le deuil des enfants*. Paris : Vuibert.
- Hawton, K. (2005). *Prevention and treatment of suicidal behavior : from science to practice*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1-3), 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hazell, P. (1991). Postvention after teenage suicide: An australian experience. *Journal of Adolescence*, *14*, 335-342.

- Hazell, P., & Lewin, T. (1993). An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*(2), 101-109.
- Hibberd, R., Elwood, L. S., & Galovski, T. E. (2010). Risk and Protective Factors for Posttraumatic Stress Disorder, Prolonged Grief, and Depression in Survivors of the Violent Death of a Loved One. *Journal of Loss and Trauma, 15*(5), 426-447.  
<https://doi.org/10.1080/15325024.2010.507660>
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res., 14*(3), 206-221.
- Hittner, J. B. (2005). How robust is the Werther effect? A re-examination of the suggestion-imitation model of suicide. *Mortality, 10*(3), 193-200.  
<https://doi.org/10.1080/13576270500178112>
- Hoffman, M., & Bearman, P. (2015). Bringing Anomie Back In: Exceptional Events and Excess Suicide. *Sociol Sci, 2*, 186–210.
- Howard, M., & Krannitz, M. (2017). A Reanalysis of Occupation and Suicide : Negative Perceptions of the Workplace Linked to Suicide Attempts. *The Journal of Psychology, 151*(8), 767-788. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393378>
- Huang, X., Fox, K. R., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2018). Psychosis as a risk factor for suicidal thoughts and behaviors : A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine, 48*(5), 765-776. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002136>
- Huang, Xieyining, Ribeiro, J. D., Musacchio, K. M., & Franklin, J. C. (2017). Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors : A meta-analysis. *PLOS ONE, 12*(7), e0180793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180793>

- Ide, N., Wyder, M., Kolves, K., & De Leo, D. (2010). Separation as an Important Risk Factor for Suicide : A Systematic Review. *Journal of Family Issues*, 31(12), 1689-1716.  
<https://doi.org/10.1177/0192513X10365317>
- Insel, B. J., & Gould, M. S. (2008). Impact of Modeling on Adolescent Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 293-316.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.007>
- Institut de médecine des États-Unis. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Dans P.J. Mrazek & R.J. Haggerty (Éds.), *Committee on prevention of mental disorders, division of biobehavioral sciences and mental disorders*, Washington, DC: National Academy Press.
- Jacobs, J. E., Bleeker, M. M., & Constantino, M. J. (2003). The self-system during childhood and adolescence: Development, influences, and implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(1), 33–65. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.13.1.33>
- Jobes, D.A., Luona, J.B., Hustead, L.A.T., & Mann, R.E. (2000). In R.W. Maris, A.L. Berman and M.M. Silverman (Eds.). *In the wake of suicide: survivorship and postvention* (pp.536-561). New York : The Guilford Press.
- Joiner, T. E. (1999). The clustering and contagion of suicide. *Psychological Science* 8(3), 89-92.
- Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention : The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), 614-621. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>
- Jordan, J.R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav*, 31, 91-102.

- Jordan, J.R., & McIntosh, J.L. (2011) Is Suicide Bereavement Different? A Framework for Rethinking the Question. Dans J.R. Jordan, & J.L. McIntosh (dir.), *Grief after Suicide* (p. 19-42), Routledge: New York, NY.
- Juhnke, G.A., Granello, D.H., Granello, P.F., Hollenbaugh, K.M.H., & Rae, A.M. (2011). Suicide in children and adolescents. Dans G.A Juhnke, D.H. Granello & P.F. Granello (Éds), *Suicide, self-injury, and violence in the schools* (pp. 3-20). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Keating, D.P., & Sasse, D.K. (1996) Cognitive socialization in adolescence: Critical period for a critical habit of mind. Dans T. P. Gullota (dir.), *Psychosocial Development During Adolescence: Progress in Developmental Contextualism* (p. 232–258). Sage.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Langlands, R. L. (2008). Development of mental health first aid guidelines for deliberate non-suicidal self-injury: a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 8, 62. doi:10.1186/1471-244X-8-62
- Kessler, R.C., Borges, G., & Walters, E.W. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617-626.
- Kirk, W. G. (1993) *Adolescent suicide: A school-based approach to assessment & intervention*. Champaign (Illinois) : Research Press.
- Lai, M. H., Maniam, T., Chan, L. F., & Ravindran, A. V. (2014). Caught in the web: a review of web-based suicide prevention. *J Med Internet Res*, 16(1), e30.
- Lanza, A., Roysircar, G., & Rodgers, S. (2018). First responder mental healthcare : Evidence-based prevention, postvention, and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(3), 193-204. <https://doi.org/10.1037/pro0000192>

- Leenars, A.A., & Wenckstern, S. (1998). Principles of postvention: Applications to suicide and trauma in schools. *Death Studies*, 22, 357-391.
- Leroux, Y. (2013). De l'identité en ligne aux communautés numériques : Des outils pour devenir soi. Dans S. Tisseron, *Subjectivation et empathie dans les mondes numériques* (p. 139). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tisse.2013.01.0139>
- Levesque, P., Pelletier, É. & Perron, P. A. (2020). *Le suicide au Québec : 1981 à 2017 — Mise à jour 2020*. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.  
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2642\\_suicide-quebec\\_2020.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2642_suicide-quebec_2020.pdf)
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies : A systematic review. *Social Science & Medicine*, 72(4), 608-616.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
- Turoff, M. (2002). The Policy Delphi. Dans H. A. Linstone & M. Turoff (dir.), *The Delphi method: Techniques and applications* (p. 80-96). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clin. Psychol. Rev.* 34, 181–192.
- Lynch, J., & Séguin, M. (1999). Spécificité de l'intervention auprès des adolescents. Dans M. Séguin, & J. Lynch (dir.), *Le suicide : Comment prévenir, comment intervenir* (p. 121-138). Les Éditions Logiques.
- Lynn, C. W. (2008). When a coworker completes suicide. *Continuing education*, 56(11), 459-469.
- Malkassoff, D., & Payette, P. (2018). *Protocole de postvention en cas de décès par suicide et d'intervention en cas de situation traumatisante*. Montréal, QC : Cégep de St-Laurent, 9 p.

- Mann, J. J., Waternaux, C., Hass, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 181–189.
- Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., & Jordan, J. (2017). Is exposure to suicide beyond kin associated with suicidal behavior? A review of the evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *47*(4), 461–474. <https://doi.org/10.1111/sltb.12308>
- Maple, M., Poštuvan, V., & McDonnell, S. (2019). Progress in Postvention : A Call to a Focused Future to Support Those Exposed to Suicide. *Crisis*, *40*(6), 379-382. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000620>
- Mauk, G.W., & Sharpnack, J.D. (1998). A light unto the darkness: the psychoeducational imperative of school-based suicide postvention. In A.H. Esman, L.T. Flaherty, and H.A. Horowitz (Eds.) *Adolescent psychiatry. Developmental and clinical studies* (pp.179-205). Hillsdale: The analytic press.
- Mauk, G.W., & Weber, C. (1991) Peer survivors of adolescent suicide: Perspectives on grieving and postvention. *Journal of Adolescent Research*, *6*(1), 113-131.
- Mauk, G.W., Gibson, D. G., & Rodgers, P. L.. (1994). Suicide postvention with adolescents: School consultation practices and issues. *Education and Treatment of Children*, *17*(3), 468-483.
- McClatchey, K., Murray, J., Rowat, A., & Chouliara, Z. (2017). Risk Factors for Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Health Care Settings : A Systematic Review of Post-2007 Reviews. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *47*(6), 729-745. <https://doi.org/10.1111/sltb.12336>

- McKenzie, N., & Keane, M. (2007). Contribution of imitative suicide to the suicide rate in prisons. *Suicide & life-threatening behavior, 37*(5), 538–542.  
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.538>
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour : A Literature Review*. Scottish Government Social Research.  
<https://dspace.stir.ac.uk/bitstream/1893/2206/1/Suicide%20review%5B1%5D.pdf>
- Millet, P. (2005). Épidémiologie du deuil après suicide. *Études sur la mort, 127*(1), 9.  
<https://doi.org/10.3917/eslm.127.0009>
- Milner, A., Page, K., Spencer-Thomas, S., & LaMontagne, A. D. (2015). Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int, 30*(1), 29-37. doi:10.1093/heapro/dau085
- Milner, A., Spittal, M. S., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. (2016). Does Gender Explain the Relationship Between Occupation and Suicide? Findings from a Meta-Analytic Study. *Community Mental Health Journal, 52*(5), 568-573. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9889-x>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2012, juin). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec* (publication n° : 12-202-04F).  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-202-04F.pdf>
- Mitchell, A. M., Wesner, S., Brownson, L., Gale, D. D., Garand, L., & Havill, A. (2006). Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 19*(3), 130-136.

- Moher, D., Schulz, K. F., Simera, I., & Altman, D. G. (2010). Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS medicine*, 7(2), 1-9.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000217>
- Montgomery, S.S & Coale, S.M. (2015). *Supporting children after a suicide loss: a guide for parents and caregivers*. Pasadena :Chesapeake Life Centre.
- Moreno, M. A., Christakis, D. A., Egan, K. G., Jelenchick, L. A., Cox, E., Young, H., ... Becker, T. (2012). A pilot evaluation of associations between displayed depression references on Facebook and selfreported depression using a clinical scale. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(3), 295-304.
- Motto, J. A. (1967). Suicide and suggestibility: The role of the press. *Am j psychiatry*, 124, 252-256.
- Mustard, C., Bielecky, A., Etches, J., Wilkins, R., et al. (2010). Suicide mortality by occupation in Canada, 1991-2001. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(6), 369-376.
- Nanayakkara, S., Misch, D., Chang, L., & Henry, D. (2013). Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depression and Anxiety*, 30(10), 991-996.  
<https://doi.org/10.1002/da.22143>
- Navaneelan, T. (2012). *Suicide rates: An overview* (Publication n° 82-624-X.). Canada : Health Statistics Division.
- Nicolas, C., Desrumaux, P., & Séguin, M. (2020). *L'intervention en milieu de travail après un suicide : présentation et analyse des postventions*. Document inédit.
- Nicolas, C., Notredame, C.-E., & Séguin, M. (2017). Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature. Rapport de recherche soumis à l'AQPS.

- Niederkrötenhaler, T., Gould, M., Sonneck, G., Stack, S., & Till, B. (2016). Predictors of psychological improvement on non-professional suicide message boards: content analysis. *Psychol. Med.*, *46*, 3429–3442.
- Niederkrötenhaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervic, K., & Sonneck, G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide: a population-based ecologic study. *Soc Sci Med*, *69*, 1085-1090.
- Niederkrötenhaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide : Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, *197*(3), 234-243.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>
- Notredame, C. E., Grandgenevre, P., Pauwels, N., Morgieue, M., Wathélet, M., Vaiva, G., & Seguin, M. (2018). Leveraging the Web and Social Media to Promote Access to Care Among Suicidal Individuals. *Front Psychol*, *9*, 1338. doi:10.3389/fpsyg.2018.01338
- Notredame, C.-E., Pauwels, N., Vaiva, G., Danel, T., & Walter, M. (2016). Peut-on faire du journaliste un acteur de la prévention du suicide ? *L'Encéphale*, *42*(5), 448-452.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.024>
- Notredame, C.-É., Pauwels, N., Walter, M., Danel, T., & Vaiva, G. (2015). Le traitement médiatique du suicide : Du constat épidémiologique aux pistes de prévention. *La Presse Médicale*, *44*(12), 1243-1250. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.07.018>
- O'Neill, J.C. (2017). *Are schools prepared for suicide contagion effects? An analysis of school psychologists' perceived competency in suicide postvention response* (thèse de doctorat inédite). University of North Carolina.

- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : World Health Organization.
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial*. Genève : World Health Organization.
- Organisation mondiale de la santé. (2017). Mental Health. Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
- Organisation mondiale de la santé. (2018). Global health observatory data repository – Suicide rate estimates. Repéré à <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEREgv?lang=en#>
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk : Identification of high-risk groups during high-risk times: Understanding suicide risk. *Journal of Clinical Psychology, 68*(3), 349-361. <https://doi.org/10.1002/jclp.20859>
- Pak, K., Ferreira, K. E., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2019). Suicide postvention for the United States military: Literature review, conceptual model, and recommendations. *Archives of Suicide Research, 1-24*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1428704>
- Phillips, D. P. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide : Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review, 39*(3), 340. <https://doi.org/10.2307/2094294>
- Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *Lancet, 360*, 1728-36.
- Pirkis, J., Blood, R.W., Beautrais, A., Burgess, P., & Skehans, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis, 27*(2), 82–87.

- Poijula, S., Dyregrov, A., & Wahlberg, K-E. (2001a). Reactions to adolescent suicide and crisis intervention in three secondary schools. *Int J Emerg Ment Health*, 3, 97–106.
- Poijula, S., Wahlberg, K-E., & Dyregrov, A. (2001b). Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *Int J Emerg Ment Health*, 3(3), 163–170.
- Poland, S. (1989). *Suicide intervention in the school*. New York: The Guilford Press.
- Potvin, L., Morasse, G., & Villeneuve, C. (2007). *Protocole de postvention : Guide d'intervention en situation de décès par suicide ou de situations traumatisantes*. Saguenay, QC : Cégep de Chicoutimi, 56 p.
- Ramchand, R., Ayer, L., Fisher, G., Osilla, K. C., Barnes-Proby, D., & Wertheimer, S. (2015). *Suicide postvention in the Department of Defense: evidence, policies and procedures, and perspectives of loss survivors*. Santa Monica, CA.
- Requarth, M. (2006). *After a parent's suicide, helping children heal*. Sebastopol:Healing Hearts Press.
- Rice, S., Goodall, J., Hetrick, S. E., Parker, A. G., Gilbertson, T., Amminger, G. P., ... Alvarez-Jimenez, M. (2014). Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(9), e206.
- Rice, S., Robinson, J., Bendall, S., DPsych, S. H., Cox, G., Bailey, E., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2016). Online and Social Media Suicide Prevention Interventions for Young People : A Focus on Implementation and Moderation. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 25(2), 80-86.

- Rickwood, D., Telford, N., Kennedy, V., Bailey, E., & Robinson, J. (2017). The need for and acceptance of a suicide postvention support service for Australian secondary schools. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 28*(1), 55-65.
- Rivière, P., & Fouet, T. (2017). Suicide en lien avec le travail. *Soins, 62*(814), 42-43.  
<https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.02.009>
- Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2016a). Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv Psychiatry, 10*(2), 103-121. doi:10.1111/eip.12229
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., & O'Brien, M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis, 34*(3), 164–182.
- Robinson, J., Pirkis, J., & O'Connor, R.C. (2016b). Suicide clusters. In R.C. O'Connor & J. Pirkis (Éds.), *The international handbook of suicide prevention chichester* (pp. 758-774). UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Robinson, J., Rodrigues, M., Fisher, S., Bailey, E., & Herrman, H. (2015). Social media and suicide prevention : Findings from a stakeholder survey. *Shanghai Archives of Psychiatry, 27*(1), 27-35.
- Robinson, J., San Too, L., Pirkis, J., & Spittal, M.J. (2016c). Spatial suicide clusters in Australia between 2010 and 2012: A comparison of cluster and non-cluster among young people and adults. *BMC Psychiatry, 16*, 417. doi:10.1186/s12888-016-1127-8

- Roussety, G., Tremblay, C.-É., Fortin, M., & Messier, L. (2016). *Document de soutien à l'élaboration d'un protocole de postvention à la suite d'un suicide ou tout autre incident critique perturbant le milieu*. Repentigny, QC : Commission scolaire des Affluents, 54 p.
- Sacks, M., & Eth, S. (1981). Pathological identification as a cause of suicide on an inpatient unit. *Hospital and Community Psychiatry, 32*, 36-40.
- Séguin, M., & Brunet, A. (1999). Les pertes et le deuil: réactions typiques et atypiques. Dans E. Habimana, L.S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (Éds.) *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative* (pp.578-593). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Séguin, M., Boyer, R., Benoît, S., Bouchard, M., & Girard, M-E. (1999). *Programmes de postvention : le point sur les modèles de postvention*. Montréal: Fédération Québécoise des Maladies Mentales.
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide : A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research, 45*(7), 863-870.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.05.005>
- Séguin, M., Roy, F., & Boilar, T. (2020). *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Montréal, QC: Association québécoise de prévention du suicide, 92 p.
- Séguin, M., Roy, F., & Bouchard, M. (2005). Programme de postvention en milieu scolaire: réactions possibles et choix d'intervention. *Rev Francaise Psychiatr Psychol Médicale, 9*(89), 21–26.
- Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C., & Boyer, R. (2004). *Programme de postvention en milieu scolaire: Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*. Montréal, QC : Éditions AQPS.

- Séguin, M., Roy, F., Gallagher, R., Gravel, C., & Boyer, R. (2005). *Intervenir à la suite d'un suicide: programme de postvention en milieu scolaire*. Outremont (QC): Les Éditions Logiques.
- Serafini, G., Solano, P., & Amore, M. (2016). Suicidal ideation : A comprehensive overview. Dans O. Torres (Éd.), *Encyclopedia of suicide* (pp. 35-65), New York: Nova Science.
- Seward, A.-L., & Harris, K. M. (2016). Offline Versus Online Suicide-Related Help Seeking : Changing Domains, Changing Paradigms: Offline Versus Online. *Journal of Clinical Psychology, 72*(6), 606-620. <https://doi.org/10.1002/jclp.22282>
- Shneidman, E. (1973). *Deaths of man*. Quadrangle.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel : a revised nomenclature for the study of suicidal behaviors. Part 2 : suicide-related ideations, communications and behaviors. *Suicide Life Threat Behav, 37*(3), 264-77.
- Singer, J. B., Erbacher, T. A., & Rosen, P. (2018). School-Based Suicide Prevention: A Framework for Evidence-Based Practice. *School Mental Health, 11*(1), 54-71.  
[doi:10.1007/s12310-018-9245-8](https://doi.org/10.1007/s12310-018-9245-8)
- Skehan, J., Maple, M., Fisher, J., & Sharrock, G. (2013). Suicide bereavement and the media : A qualitative study. *Advances in Mental Health, 11*(3), 223-237.  
<https://doi.org/10.5172/jamh.2013.11.3.223>
- Skulmoski, G. J., Hartman, F. T., & Krahn, J. (2007). The Delphi method for graduate research. *Journal of Information Technology Education: Research, 6*, 1–21.

- Spiwak, R., Elias, B., Sareen, J., Chartier, M., Bolton, J. M., & Dubois, F. (2018). Un nouvel enjeu de santé publique au Canada. *Criminologie*, 51(2), 136-166. doi:10.7202/1054238ar
- Stack, S. (1987). Media coverage as a risk factor in suicide. *J Epidemiol Community Health*, 57, 238-240.
- Stack, S. (2001). Occupation and Suicide. *Social Science Quarterly*, 82(2), 384-396.
- Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *J Epidemiol Community Health*, 57, 238-240.
- Sullivan, S., & Germain, M.-L. (2019). Psychosocial risks of healthcare professionals and occupational suicide. *Industrial and Commercial Training*, 52(1), 1-14.  
<https://doi.org/10.1108/ICT-08-2019-0081>
- Sveen, C.A., & Walby, F.A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav*, 38, 13-34.
- Szumilas, M., & Kutcher, S. (2010). *Systematic review of suicide postvention programs*. Nova Scotia: Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection.
- Szumilas, M., & Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: A systematic review. *Canadian Public Health Association*, 102(1), 18-29.
- Takada, M., & Shima, S. (2010). Characteristics and Effects of Suicide Prevention Programs : Comparison between Workplace and Other Settings. *Industrial Health*, 48(4), 416-426.  
<https://doi.org/10.2486/indhealth.MS998>
- Tehan, M., & Thompson, N. (2013). Loss and Grief in the Workplace : The Challenge of Leadership. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 66(3), 265-280.  
<https://doi.org/10.2190/OM.66.3.d>

- Tiesman, H., Konda, S., Hartley, D., Menendez, C., Ridenour, M. & Hendricks, S. (2015).  
Suicide in U.S. workplaces, 2003-2010. *American Journal of Preventative Medicine*, 48(6),  
674-682.
- Till, B., Tran, U. S., Voracek, M., & Niederkrotenthaler, T. (2017). Beneficial and harmful  
effects of educative suicide prevention websties: randomised controlled trial exploring  
Papageno v. Werther effects. *The British Journal of Psychiatry*(211), 109-115.  
doi:10.1192/bjp.bp.115.177694
- Tondo, L., Albert, M.J., & Baldessarini, R.J. (2006). Suicide rates in relation to health care access  
in the United States: an ecological study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 517-523.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024),  
1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turecki, G., Lesage, A., & Desrochers, L. (2012). *Faits saillants de Suicide : Facteurs de risque  
et prévention*. Agence de la santé publique du Canada.  
[https://reseausuicide.qc.ca/documents/Faits-saillants-de-suicide-facteurs-de-risque-et-  
prevention\\_RQRS.pdf](https://reseausuicide.qc.ca/documents/Faits-saillants-de-suicide-facteurs-de-risque-et-prevention_RQRS.pdf)
- Ueda, M., Mori, K., Matsubayashi, T., & Sawada, Y. (2017). Tweeting celebrity suicides: users'  
reaction to prominent suicide deaths on Twitter and subsequent increases in actual suicides.  
*Soc. Sci. Med.*, 189, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.032>
- Valente, S.M., & Saunders, J.M. (1993). Adolescent grief after suicide, *Crisis*, 14(1), 16-22.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T.  
E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.  
<https://doi.org/10.1037/a0018697>

- van Spijker, B. A. J., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts : Results of a Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(2), e90118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090118>
- Visser, V. S., Comans, T. A., & Scuffham, P. A. (2014). Evaluation of the effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Journal of Community Psychology*, 42(1), 19-28. <https://doi.org/10.1002/jcop.21586>
- Wang, X., Chen, Y., Yang, N., Deng, W., Wang, Q., Li, N., Yao, L., Wei, D., Chen, G., & Yang, K. (2015). Methodology and reporting quality of reporting guidelines: systematic review. *BMC medical research methodology*, 15(74), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12874-015-0069-z>
- Wasserman, D., & Sokolowski, M. (2016). Stress-vulnerability model of suicidal behaviours. Dans D. Wasserman (Éd.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 21-26), Stockholm: Oxford University Press.
- Windsor-Shellard, B., & Gunnell, D. (2019). Occupation-specific suicide risk in England : 2011–2015. *The British Journal of Psychiatry*, 215(04), 594-599. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.69>
- Yip, P. S. F. & Caine, E. D. (2011). Employment status and suicide: the complex relationships between changing unemployment rates and death rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 733–736.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 14, 177-186.

Zimmermann, P., Maier, M. A., Winter, M., & Grossmann, K. E. (2001). Attachment and adolescents' emotion regulation during a joint problem solving task with a friend.

*International Journal of Behavioral Development*, 25, 331–343.