

LES RÉACTIONS DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE AU DÉCÈS PAR SUICIDE D'UN PATIENT¹

MENTAL HEALTH PROFESSIONALS' RESPONSE TO THE SUICIDE OF THEIR PATIENTS

Melissa Henry^{2,3}

*Université du Québec à Montréal
Groupe McGill d'étude sur le suicide*

Monique Séguin

*Université du Québec à Montréal
Groupe McGill d'étude sur le suicide*

Marc-Simon Drouin

Université du Québec à Montréal

La possibilité du décès par suicide d'un patient représente un risque réel dans la pratique professionnelle des thérapeutes. Les recherches empiriques, majoritairement américaines, démontrent que le pourcentage de professionnels ayant rapporté avoir vécu cet événement au cours de leur carrière est de 22 % à 39 % chez les psychologues (Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski et Muraoka, 1989; Trimble, Jackson et Harvey, 2000) et de 51 % à 82 % chez les psychiatres (Chemtob *et al.*, 1989; Cryan, Kelly et McCaffrey, 1995). Aucune donnée empirique n'existe en ce qui concerne les infirmiers en psychiatrie (Collins, 2003).

Des recherches empiriques révèlent aussi que le décès par suicide d'un patient soulève des réactions initiales aiguës chez les professionnels. Ces réactions sont d'une intensité comparable à celles rapportées par un groupe de personnes ayant vécu le décès récent d'un parent (McAdams et Foster, 2000). Des études ont montré que 49 % des psychologues et 57 % des psychiatres présentaient des symptômes de stress aigu, tels que mesurés rétrospectivement par le *Impact of Event Scale* (IES) au cours des deux semaines suivant le décès par suicide de leur patient (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe, 1988a; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe, 1988b). L'intensité émotionnelle évoquée semble atteindre un seuil de détresse cliniquement significatif et suggère que le décès par suicide d'un patient constitue un événement perturbant pour des professionnels. Plusieurs auteurs considèrent que cette perte représente un risque occupationnel important, et même précurseur d'une crise personnelle et professionnelle, cet événement soulevant des réactions d'une intensité élevée et de nature complexe (Chemtob *et al.*, 1989).

1. Le prix du 25e anniversaire de la *Revue québécoise de psychologie* a été décerné ex æquo au présent article et au suivant. Nos félicitations aux gagnantes.
2. Adresse de correspondance : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Groupe McGill d'études sur le suicide, pavillon FBC2, 6875, boulevard Lasalle, Verdun (QC), H4H 1R3. Courriel : henrymel@total.net
3. Cette recherche a été réalisée grâce à une bourse doctorale de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et du Fond de recherche en santé du Québec (FRSQ) – Réseau santé mentale – Axe suicide.

LACUNES DE LA LITTÉRATURE EMPIRIQUE

Bien qu'à ce jour plusieurs recherches ont étudié les répercussions du décès par suicide chez l'entourage de la personne décédée (parents, fratrie), peu de recherches empiriques portent sur l'impact de cet événement chez les professionnels en santé mentale (n = 34). Aucune recherche n'existe à ce jour sur ce thème au Québec, une absence qui contraste avec l'ampleur du taux d'incidence de suicide dans cette province (Henry, Séguin et Drouin, 2003).

Au plan conceptuel, il paraît exister dans la littérature scientifique une certaine confusion entre le construit du deuil et celui du stress post-traumatique. Les études mesurent tantôt des réactions de deuil et tantôt des réactions de stress post-traumatique sans véritablement faire la distinction entre les deux et la majorité des études décrivent les réactions des professionnels comme étant des réactions de deuil (McAdams et Foster, 2000). Il semble donc régner une confusion conceptuelle entourant le type de réactions retrouvées chez les professionnels en santé mentale après le décès par suicide d'un patient. Peut-on réellement affirmer que les professionnels vivent ce décès de la même façon qu'ils vivraient le suicide d'un membre de leur famille ou d'un proche? Sans vouloir minimiser l'aspect manifestement tragique que représente la perte d'un patient par suicide, tous les intervenants ne seront pas nécessairement *en deuil*, mais tous pourront vivre une réaction de stress d'intensité et de durée variables. Une remise en question des construits utilisés dans les recherches empiriques s'avère donc essentielle, afin de clarifier la nature des réactions soulevées chez les professionnels. Il semble tout à fait naturel de considérer que le décès d'un patient par suicide peut ébranler un professionnel, mais nous postulons que les réactions peuvent prendre des formes variées (Henry, Séguin et Drouin, 2003).

VISÉE DE LA RECHERCHE

Cette recherche de nature exploratoire vise à identifier la nature des réactions chez les professionnels en santé mentale après le décès par suicide d'un patient, c'est-à-dire de clarifier la confusion entourant les construits de stress, de stress aigu et de deuil. Nous souhaitons également cerner les répercussions de cet événement sur leurs pratiques professionnelles, identifier les sources de soutien utilisées et la valeur relative de ces formes de soutien.

MÉTHODE

Recrutement

Trois types de professionnels ont été recrutés pour participer à cette étude, soit des psychiatres, des psychologues et des infirmiers en

psychiatrie. Aucune limite temporelle en regard de l'événement du décès par suicide n'a été retenue, il s'agissait plutôt de répondre au questionnaire en fonction des expériences associées à leur dernier patient décédé par suicide.

Le recrutement des participants s'est fait entre janvier et juin 2003. Par l'entremise des ordres ou associations professionnels ciblés, les membres recevaient une lettre, signée par le président de chaque ordre professionnel, qui présentait l'étude en cours. Chaque membre recevait également un questionnaire, qu'il devait retourner par la poste ou par courrier électronique. L'envoi a été effectué à trois reprises par courrier électronique aux membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) (4018 membres possédant une adresse électronique) et de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) (350 membres possédant une adresse électronique), et par la poste à trois occasions aux membres de l'Association québécoise des infirmiers et infirmières en psychiatrie et en santé mentale (AQIIP) (248 membres).

Tous les professionnels ont été sollicités pour répondre à la première partie du questionnaire portant sur les variables sociodémographiques des professionnels (type de profession, âge, sexe, orientation théorique) et l'occurrence ou non du décès par suicide d'un patient dans la carrière (temps de passation estimé entre 2 à 5 minutes). Pour ce qui est des professionnels ayant vécu le décès par suicide d'un patient, ils étaient encouragés à remplir tout le questionnaire (temps de passation estimé entre 30 à 60 minutes).

Instruments de mesure

Grief Experience Questionnaire (GEQ) : Le GEQ (Barrett et Scott, 1989) est un questionnaire auto-administré de 55 items mesurant les réactions de deuil. Ce questionnaire a été soumis à une retraduction basée sur les recommandations de Vallerand (1989). Après la collecte de données, une étude psychométrique de la validité interne de la traduction française du GEQ fut réalisée (validité interne de la version retraduite : .96).

Impact of Event Scale (IES) : Le IES (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979) est un questionnaire auto-administré de 15 items mesurant la détresse subjective découlant d'un événement stressant en fonction de deux sous-échelles : l'intrusion et l'évitement rattaché à l'événement traumatique. Un score global au-dessus de 19 à l'IES indique la présence d'un état de stress aigu ou cliniquement significatif (McAdams et Foster, 2000). La version française présente une validité interne de .87 pour l'échelle totale, de .87 pour l'échelle d'intrusion et de .79 pour celle d'évitement (Cyr, Theriault et Wright, 1996).

Questionnaire sur les réactions professionnelles : Un questionnaire auto-administré a mesuré l'impact du décès sur les pratiques professionnelles, un mois après le décès et au moment de la passation. Ce questionnaire totalise 23 items inspirés des réactions professionnelles répertoriées dans l'ensemble des recherches empiriques sur le sujet (Chemtob *et al.*, 1988a, 1988b; Horn, 1995). Une étude psychométrique de la validité interne de cet instrument s'est avérée satisfaisante (validité interne : .96 impact au premier mois, .93 impact actuel).

Questionnaire sur les variables associées : Un questionnaire a été construit afin de mesurer les variables démographiques du patient décédé par suicide (date du décès, âge, sexe, diagnostic principal), les modalités du traitement de ce patient (durée de la relation), le type de traitement (individuel, couple, famille, groupe), le rôle du professionnel dans le traitement, la date du dernier contact avec le patient, ainsi que la formation théorique et l'expérience clinique du professionnel quant à la problématique du suicide et enfin, le stress occupationnel associé au décès (poursuites légales, médiatisation de l'événement, découverte du corps du patient décédé, réactions négatives de l'entourage).

Échelle des provisions sociales (ÉPS) [Caron, 1996; version française du *Social Provisions Scale (SPS)* de Cutrona et Russel, 1987] : L'ÉPS est un questionnaire auto-administré de 24 items qui a été construit afin d'investiguer la contribution des relations sociales dans l'adaptation au stress. L'échelle dispose d'une validité interne variant de .85 à .92 selon diverses études et populations (Caron, 1996) et d'une fidélité test-retest de .92 (Cutrona et Russel, 1987). L'ÉPS possède l'avantage d'avoir été traduite en français par Caron (1996) et d'avoir été validée au Québec.

Soutien reçu par les interactions et activités : Un questionnaire auto-administré de 23 items a mesuré le degré de soutien reçu par les interactions et activités. Une étude psychométrique de la validité interne de cet instrument s'est avérée satisfaisante (validité interne : .85).

À la fin du questionnaire, *quatre questions ouvertes à court développement* ont été incluses afin d'explorer les thèmes suivants : l'explication des professionnels quant aux raisons du suicide de leur patient, l'impact qu'a eu sur eux l'événement tant au plan personnel que professionnel, leurs recommandations à transmettre aux collègues qui pourraient éventuellement vivre le décès d'un patient et leur intérêt à participer à un groupe de soutien composé de professionnels en santé mentale si celui-ci était disponible.

RÉSULTATS

Participants

Quatre cent des 4616 professionnels sollicités à participer à la recherche ont répondu à la première partie du questionnaire portant sur les variables sociodémographiques du professionnel, ce qui représente un taux de réponse de 9 %. Sur ces 400 professionnels, 141 (35 %) ont vécu le décès par suicide d'un patient et 125 de ces 141 participants (89 %) ont répondu à tout le questionnaire. Ces 141 professionnels avaient en moyenne vécu trois décès par suicide d'un patient durant leur carrière (avec une étendue allant de un à 50 décès). L'échantillon des répondants ayant vécu le décès par suicide était composé de 71 psychologues (50 %), de 56 infirmiers en psychiatrie (40 %) et de 14 psychiatres (10 %). Les professionnels ont perdu un patient en moyenne cinq ans avant de participer à l'étude : 22 % des professionnels ont perdu un patient à un intervalle de moins d'un an et 78 % à un intervalle de plus d'un an. On comptait parmi ces professionnels 89 femmes (63 %) et 52 hommes (37 %). Leur moyenne d'âge au moment du décès était de 40 ans ($\bar{ET} = 9,4$). Les professionnels avaient exercé leur profession en moyenne pendant 13 ans ($\bar{ET} = 9,1$) et accordaient 74 % ($\bar{ET} = 26,5$) de leur temps au service clinique direct auprès des clients. Cent dix-neuf professionnels (84 %) travaillaient dans le secteur public et 22 (16 %) en privé. Quant aux variables associées aux patients, elles permettent de constater que ceux-ci étaient répartis également entre les deux sexes (52 % hommes, 48 % femmes), qu'ils avaient en deçà de 40 ans et que 54 % d'entre eux avaient fait des tentatives de suicide antérieures. Quant aux événements survenus à la suite du décès d'un patient, plus de 20 % des professionnels mentionnent avoir vécu des événements négatifs après le décès (voir Tableau 1).

Résultats préliminaires : influence du type de profession, du temps écoulé depuis le suicide et du type de passation

Le type de profession, le temps écoulé depuis le décès par suicide du patient et le type de passation du questionnaire n'ont eu aucune influence significative sur l'intensité des réactions.

Le type de réactions : résultats aux échelles

Dans l'année suivant le décès de leur patient, l'ensemble des professionnels ayant répondu à tout le questionnaire ($n = 125$) obtient un score faible et normal de réactions de deuil selon le *Grief Experience Questionnaire* (GEQ) ($M = 93,7$, $\bar{ET} = 29,8$). Seulement trois professionnels obtiennent un score pouvant être considéré comme étant moyen ou élevé sur cette échelle. La recherche indique aussi la présence de pensées

Tableau 1 Variables associées aux patients, au traitement, aux événements survenus après le décès par suicide du patient (DSP) et à la formation sur la problématique du suicide

	<i>n</i> (O)	% (ÉT)
<i>Variables des patients :</i>		
Sexe		
Masculin	69	52,3
Féminin	63	47,7
Âge	(36,6)	(12,5)
Tentative(s) de suicide avant le décès	66	54,1
Professionnels informés des idéations suicidaires du patient	92	69,7
<i>Variables du traitement :</i>		
Durée de la relation		
1-5 contacts (évaluation)	36	28,1
5-12 contacts (court terme)	31	24,2
12-52 contacts (moyen terme)	37	28,9
52 contacts et + (long terme)	24	18,8
Base individuelle	107	81,7
Contrat de non-suicide	47	36,7
<i>Événements survenus suite au décès par suicide du patient :</i>		
Médiatisation de l'événement	25	19,2
Découverte du corps du patient décédé	7	5,4
Poursuites judiciaires	2	1,5
Réactions négatives		
de la famille du patient	20	15,4
des collègues	7	5,4
du réseau personnel du professionnel	3	2,3
Note de suicide	7	5,4
Contenu agressif envers le professionnel	2	1,5
Suivi d'autres patients suicidaires au moment du décès	89	71,8
Arrêt du suivi auprès de ces patients	6	6,4
<i>Formation sur la problématique du suicide :</i>		
Formation théorique	109	84,5
Formation clinique	77	61,1
Information quant à la possibilité de vivre le DSP	106	82,2
Information sur l'impact attendu après le DSP	23	18

suicidaires chez 10 % ($n = 12$) des professionnels et des comportements autodestructeurs chez 2 % ($n = 2$) des professionnels dans l'année suivant le décès.

Les professionnels réagissent au décès par suicide d'un patient par des réactions de stress dans le premier mois. Ils rapportent en moyenne une intensité non clinique et normale de réactions de stress à l'*Impact of Event Scale* (IES) ($O = 18,4$, $ÉT = 14,1$). Toutefois, chez 44 % ($n = 57$) des professionnels, le niveau de stress atteint une intensité telle que l'on peut parler de stress aigu ($O = 31,5$, $ÉT = 10,1$). Ce stress s'exprime davantage par l'intrusion d'idées, d'images, de souvenirs ou de sentiments liés à l'événement traumatique ($O = 19,6$, $ÉT = 6,5$) que par l'évitement de ces mêmes composantes ($O = 11,9$, $ÉT = 5,7$) [$t(56) = 8,5$, $p < .001$].

Une régression logistique a été effectuée afin de cibler les variables associées à une réaction de stress aigu à l'*Impact of Event Scale* (IES) chez les 125 professionnels de l'étude. Ce sont ceux qui :

- ont rencontré moins de patients suicidaires (25 et moins), [Odds ratio (O.R.) = 4,7, $p < .01$];
- n'ont pas été informés préalablement quant à la possibilité de vivre au cours de leur carrière le décès par suicide d'un patient, (O.R. = 3,8, $p < .05$);
- ont obtenu davantage de soutien par l'entremise d'interactions et d'activités, (O.R. = 1, $p < .05$).

Les répercussions sur les pratiques professionnelles

La majorité des thérapeutes (99 % des 125) ont ressenti un impact d'une intensité légère à modérée sur leurs pratiques professionnelles dans le mois suivant le décès par suicide de leur patient, tel que mesuré par le *Questionnaire sur les réactions professionnelles*. Les réactions professionnelles les plus fréquentes et les plus intenses sont :

- une sensibilité accrue aux indices du risque suicidaire (95 %);
- des inquiétudes accrues concernant sa compétence pour évaluer ou traiter des patients suicidaires (89 %);
- une anxiété accrue lors de l'évaluation ou du traitement de tels patients (88 %);
- des pensées récurrentes quant au décès (82 %);
- un sentiment de culpabilité (78 %) et de responsabilité (74 %) en regard du suicide du patient;
- une tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou à faire preuve de précautions accrues dans le traitement (75 %);
- un intérêt accru par rapport à la problématique du suicide (73 %);
- une diminution de la perception de l'efficacité de la thérapie (71 %);
- des pratiques de tenue de dossier plus conservatrices (68 %).

Les réactions des professionnels en santé mentale...

Mentionnons aussi que 29 % des professionnels ont refusé temporairement de traiter des patients suicidaires et 22 % ont envisagé de quitter leur profession en raison du décès de leur patient.

Les professionnels vivent des répercussions sur leurs pratiques significativement moins intenses au moment de l'étude ($O = 50,6$), lorsqu'on compare cet état à l'intensité des répercussions professionnelles un mois après le décès par suicide du patient ($O = 75,9$), [$t(123) = -12,4$; $p < .001$]. La majorité des professionnels restent sensibles aux indices du risque suicidaire (82 %), alors que toutes les autres répercussions sur les pratiques diminuent en termes de fréquence et d'intensité.

Il semble que les professionnels qui vivent une réaction de stress aigu dans le premier mois après le décès rapportent également des répercussions plus intenses sur leurs pratiques professionnelles dans le premier mois ($O = 99,5$) et au moment de l'étude ($O = 62,8$), lorsqu'on les compare aux professionnels qui vivent une réaction de stress faible dans le premier mois suivant le décès ($O = 56,6$ et $40,7$), [$t(122) = -8,9$; $p < .001$]; [$t(123) = -6,3$; $p < .001$].

Les sources de soutien utilisées et leur valeur

En général, les professionnels perçoivent qu'ils obtiennent un soutien social élevé de la part de leur entourage dans l'année précédant le décès de leur patient, tel que mesuré par l'*Échelle des Provisions Sociales* (ÉPS) ($O = 84,7$, $ÉT = 9,5$). À la suite de cet événement, les professionnels optent pour des sources de soutien variées ($O = 8$), et ce, d'autant plus que leurs réactions de stress à l'*Impact of Event Scale* (IES) sont élevées [$r(129) = .21$, $p < .05$]. Ces sources de soutien sont généralement perçues comme étant très aidantes. Le Tableau 2 présente ces interactions et activités, en fonction de leur fréquence et du degré de soutien perçu.

Questions ouvertes à court développement

Sur les 141 professionnels ayant vécu le décès par suicide d'un patient, 78 professionnels (55 %) ont répondu aux quatre questions. Leurs réponses ont été traitées par une analyse qualitative de contenu. Nous avons regroupé les réponses en catégories pour ensuite en comptabiliser la fréquence relative.

Cette analyse dévoile que les professionnels de cette étude expliquent les raisons du décès par suicide de leur patient par un ensemble varié de circonstances, parmi lesquelles nous retrouvons : les problèmes psychosociaux et environnementaux ($n = 69$; 68 %); la psychopathologie,

Tableau 2 Soutien reçu au cours d'interactions et d'activités

	N = 130	%	O ¹	ÉT
<i>Très aidant²</i>				
Discussion avec un ou des collègues ayant vécu le suicide d'un patient	109	83,9	6	1,3
Discussion avec le réseau personnel (famille, conjoint ou amis)	95	73,1	5,2	1,7
Lecture d'un article sur le thème général du suicide	88	67,7	5,1	1,7
Lecture d'un article sur le thème général du deuil par suicide	74	56,9	5,2	1,7
Lecture d'un article théorique ou scientifique sur le thème du suicide d'un patient	60	46,2	5,5	1,6
Lecture d'un article sur l'expérience d'un professionnel après le suicide d'un patient	52	40	5,4	1,8
Discussion avec un superviseur	52	40	5,7	1,6
Participation à une discussion du suicide du patient avec un groupe de collègues	51	39,2	6	1,6
Aide apportée à un autre professionnel ayant à vivre le suicide d'un patient	48	36,9	5,2	1,9
Présentation sur le thème du suicide lors d'un atelier ou d'une conférence	41	31,5	5,2	1,6
Participation à une autopsie psychologique ou à une revue formelle du suicide du patient	40	30,8	5,8	1,7
Discussion avec un collègue spécialisé en suicidologie	29	22,3	6,2	1,6
Discussion avec un thérapeute personnel (c.-à-d. thérapie personnelle)	29	22,3	5,7	1,8
Présentation de l'histoire de cas lors d'une conférence	22	16,9	5,1	1,9
Écriture d'un article sur le thème du suicide	22	16,9	5,1	2,1
Présence aux funérailles du patient	15	11,5	5,5	1,6
Discussion avec la famille (ou amis) du patient décédé	53	40,8	5	2
Participation à un groupe de soutien pour professionnels ayant vécu le suicide d'un patient	12	9,2	5	2,5

1. Moyenne de soutien perçu, l'instrument de mesure comportant une échelle Likert en 7 points allant de 1 = non aidant à 7 = très aidant.
2. Très aidant a été coté pour 5-6-7, modérément 4-4,9 et légèrement < 4.

Tableau 2 Soutien reçu au cours d'interactions et d'activités (suite)

	N = 130	%	x	ÉT
<i>Modérément aidant :</i>				
Discussion avec un ou des collègues n'ayant pas vécu le suicide d'un patient	97	74,6	4,9	1,8
Discussion avec un guide spirituel (c.-à-d. prêtre ou autre)	15	11,5	4,9	2,6
Consultation d'un représentant légal (c.-à-d. avocat, assurance professionnelle)	13	10	4,1	2,7
<i>Légèrement aidant :</i>				
Écriture d'un article sur le patient	10	7,7	3,9	2,5

les troubles et traits de personnalité et les affections médicales ($n = 67$; 66 %); la détresse psychologique du patient et sa période de crise suicidaire ($n = 62$; 61 %).

Les résultats révèlent que les professionnels en santé mentale réagissent au décès de leur patient par une combinaison des dimensions suivantes :

- 1) au *plan cognitif* ($n = 84$; 74 %) par une quête de sens générale ($n = 58$; 51 %), une réflexion philosophique ($n = 38$; 34 %), une recherche de sens quant au suicide du patient ($n = 26$; 23 %) ou la recherche d'un coupable ($n = 5$; 4 %); un apprentissage de ses limites personnelles en tant que thérapeute ($n = 36$; 32 %); des remises en question ($n = 35$; 31 %) de soi en tant que professionnel et de ses interventions effectuées auprès du patient ($n = 30$; 27 %), ainsi qu'une remise en question du système de santé dans les soins apportés aux personnes suicidaires ($n = 6$; 5 %);
- 2) au *plan affectif* ($n = 81$; 72 %) par un impact ressenti dans la vie affective personnelle ($n = 51$; 45 %); un sentiment de responsabilité ($n = 35$; 31 %); une désillusion de la toute-puissance thérapeutique, une révision de l'idéal professionnel et des attentes quant au traitement ($n = 27$; 24 %); des insécurités professionnelles ($n = 17$; 15 %) et des doutes de soi ($n = 6$; 5 %); un blâme d'autrui et une attribution externe de la responsabilité ($n = 6$; 5 %); une peur du jugement, des reproches et des accusations de la part des collègues et de la famille du patient décédé ($n = 6$; 5 %);
- 3) au *plan comportemental* ($n = 64$; 57 %) par une vigilance accrue quant au risque suicidaire ($n = 47$; 42 %); un perfectionnement quant à la problématique du suicide et un investissement professionnel dans la prévention du suicide ($n = 16$; 14 %); un évitement du risque d'être ré-exposé au décès par suicide d'un patient ($n = 7$; 6 %).

Quant aux recommandations à transmettre aux collègues qui pourraient éventuellement vivre le décès par suicide d'un patient ($n = 104$), elles touchent principalement le fait d'obtenir du soutien et d'éviter l'isolement ($n = 86$; 83 %); d'établir ses limites en termes de responsabilité professionnelle ($n = 25$; 24 %); d'instaurer un processus d'autopsie psychologique, de recherche de sens et de tirer des enseignements de l'événement ($n = 17$; 16 %); de se permettre de réagir et de se donner du temps pour s'adapter ($n = 13$; 13 %); d'établir un cadre d'intervention préventif systématique auprès des patients suicidaires ($n = 9$; 9 %); de poursuivre la pratique auprès de ce type de patients ($n = 5$; 5 %).

Cinquante-six pour cent ($n = 66$ sur 119 participants ayant répondu à l'item) des professionnels de cette étude ont manifesté leur intérêt à participer à un groupe de soutien composé d'intervenants en santé mentale ayant vécu le décès par suicide d'un patient. Les raisons les plus fréquemment évoquées pour expliquer leur intérêt consistent en des besoins de soutien ($n = 40$; 50 %), de trouver un sens à l'événement (établir les limites de sa responsabilité) ($n = 14$; 18 %), de s'adapter ($n = 13$; 16 %), des besoins d'appartenance ($n = 8$; 10 %), des besoins de briser l'isolement et le tabou entourant l'événement ($n = 5$; 6 %).

DISCUSSION

Tout professionnel en santé mentale court le risque d'être confronté un jour ou l'autre à la perte d'un patient par suicide. Face à ce risque, il apparaît que les professionnels s'adaptent adéquatement à cet événement et que leurs réactions diffèrent de celles des personnes endeuillées par suicide qui étaient proches de la personne décédée. Si l'on considère le deuil comme un processus durant lequel la personne endeuillée se détache d'un lien d'intimité, apprend à vivre sans la présence de l'autre, intériorise l'autre et rétablit graduellement de nouvelles relations d'attachement, il semble assez juste de constater que les professionnels ne vivent pas de réactions de *deuil* après le décès par suicide d'un patient et il y a encore moins d'indications qu'ils puissent vivre un deuil complexe, contrairement à la croyance véhiculée dans plusieurs écrits à ce sujet (Pieters, De Gucht, Joos, De Heyn, 2003).

Les résultats démontrent la présence de pensées suicidaires chez 10 % des professionnels et de comportements autodestructeurs chez 2 % des professionnels dans l'année suivant le suicide du patient, ce qui *suggère* que certains professionnels puissent vivre une crise personnelle après cet événement. On ne peut pas établir de relation de cause à effet et il se peut que les idéations suicidaires ou les comportements autodestructeurs ne soient pas reliés au décès par suicide du patient mais au fait que le professionnel vivait une période de vulnérabilité personnelle au même moment. De plus, les *pensées suicidaires* peuvent se produire

dans un contexte d'hypervigilance, de réflexion accrue quant au suicide et ainsi démontrer une réflexion personnelle et théorique plutôt qu'alimenter des idées suicidaires pour soi-même.

Les professionnels réagissent davantage au décès par suicide d'un patient par des réactions de stress. Ils vivent généralement une intensité non clinique et normale de réactions de stress, malgré le fait que nous observions une intensité telle que l'on peut parler de stress aigu chez 44 % des professionnels. Tous les professionnels ne seront pas nécessairement *en deuil* ni *en état de crise* après le décès par suicide d'un patient, mais tous pourront vivre une réaction de stress d'intensité et de durée variables.

Comment expliquer alors que certains professionnels vivent un stress d'intensité faible alors que d'autres, un stress aigu? Tandis que plusieurs recherches démontrent une relation inversement proportionnelle entre le nombre d'années d'expérience professionnelle et l'intensité des réactions initiales rapportées à l'*Impact of Event Scale* (Courtenay et Stephens, 2001; McAdams et Foster, 2000), la présente recherche indique que l'expérience auprès de personnes suicidaires dans la pratique clinique est davantage explicative de l'intensité des réactions. Ainsi, les professionnels ont pu par l'entremise de ces expériences : anticiper l'éventualité de perdre un patient par suicide dans leur pratique, peaufiner leur capacité à évaluer le risque suicidaire et à intervenir, démystifier le suicide, réévaluer leurs attentes et leur idéal thérapeutique, établir leurs limites en termes de responsabilité et apprendre à mieux gérer leurs réactions contre-transférentielles lors de contacts avec des patients suicidaires. Il est donc important d'instaurer une formation étendue et complète sur la problématique du suicide dès la formation universitaire, afin de mieux préparer les professionnels en santé mentale à interagir avec une personne suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide, ainsi qu'à mieux réagir lorsqu'un patient se suicide au cours de sa pratique.

Une meilleure distinction quant aux différentes réactions après le décès par suicide d'un patient serait souhaitable. Ceci dit, il nous paraît encourageant de constater que les professionnels en santé mentale réagissent avec choc et stupéfaction au décès du patient sans que l'on observe habituellement de réactions de détresse majeures. Cependant, le décès provoque un impact important dans la pratique professionnelle. Cet impact sur les pratiques peut avoir des conséquences graves sur le traitement des patients. Par exemple, certains professionnels ne cesseront de douter de leur compétence lors de leurs contacts avec des patients suicidaires. Ces doutes pourront même inciter les professionnels à refuser de traiter ce type de patients ou à quitter leur profession, par peur que l'événement du suicide ne se reproduise.

Il est important d'investiguer davantage les conséquences du décès par suicide d'un patient sur les pratiques professionnelles, car peu de recherches approfondissent cet aspect. Or, il est primordial de savoir si cet événement a un impact direct sur la capacité du professionnel à travailler avec ses autres patients : si le professionnel a du mal à être à l'écoute, s'il a de la difficulté à se concentrer, s'il n'arrive plus à utiliser adéquatement ses ressources, s'il est submergé par des émotions intenses et n'est plus disponible à ses autres patients. Toutes ces conséquences, qu'elles soient d'ordre personnel ou professionnel, peuvent générer des coûts importants tant pour les thérapeutes au plan personnel que pour les patients et pour la société en général. Des recherches empiriques avec groupe contrôle et des entrevues individuelles aideraient à élucider ce dernier point.

Plusieurs études ont souligné le rôle du soutien social comme variable prédictive protectrice lors du vécu d'événements stressants, c'est-à-dire comme facteur facilitant l'adaptation (Caron, 1996). Les professionnels de cette étude ont utilisé une variété étendue de sources de soutien aidant à composer avec le décès par suicide de leur patient, et ce, d'autant plus que leurs réactions étaient fortes. Les professionnels favorisent l'aspect relationnel (discussions avec des collègues, un superviseur ou thérapie) et les activités entreprises sont considérées comme étant pour la plupart très aidantes (autopsie psychologique, présence aux funérailles, présentation d'une conférence sur le thème du suicide, lecture d'articles).

Les résultats de cette recherche semblent appuyer l'importance d'implanter des programmes de sensibilisation au risque de vivre le décès par suicide d'un patient, et ce, dès la formation universitaire. En effet, 82 % des professionnels ont mentionné ne pas avoir reçu d'information quant à l'impact qu'ils pourraient s'attendre à vivre à la suite d'un tel événement, un manque d'information relié à une probabilité accrue de vivre un stress aigu. Des programmes préventifs pourraient donc sensibiliser les professionnels à l'éventualité de vivre le décès par suicide d'un patient au cours de leur carrière, les renseigner sur les réactions habituellement manifestées, les informer sur la dimension légale impliquée et proposer des stratégies adaptées à cet événement. Foster et McAdams (1999) suggèrent un plan intégré de formation et de supervision pouvant être implanté après le décès par suicide d'un patient. Au niveau institutionnel, mentionnons l'importance d'établir des procédures écrites formelles, claires et explicites, qui pourront encadrer les professionnels dans les moments difficiles suivant un tel événement (Hodelet et Hughson, 2001).

De plus, l'établissement de programmes de postvention auprès des professionnels ayant à vivre le décès par suicide d'un patient pourrait s'avérer bénéfique afin de les soutenir, de prévenir les réactions initiales aiguës et par conséquent, de minimiser les effets négatifs à plus long

terme sur leur pratique professionnelle après un tel incident. Ces programmes de soutien semblent particulièrement importants en pratique privée, puisque ce milieu est plus propice à l'isolement. À titre de programme envisageable, mentionnons l'établissement d'un groupe d'entraide ou d'un réseau de soutien pour les cliniciens ayant à vivre le décès par suicide d'un patient en partenariat avec les associations et/ou regroupements professionnels. Un programme de soutien destiné aux professionnels (nommé *Clinician Survivor Task Force*, 2002) existe à cet effet aux États-Unis, mais aucun programme de cette nature ne semble exister au Québec. Pourtant, 55 % des professionnels de cette étude se sont montrés favorables à l'établissement d'un tel groupe d'entraide.

L'offre d'une supervision ou d'une consultation pourrait aussi constituer une stratégie favorable afin de neutraliser le degré de répercussions négatives possibles sur la pratique des professionnels. La supervision peut s'avérer bénéfique à la suite de l'événement, en ce sens qu'elle peut permettre de : 1) comprendre les raisons du suicide et donner un sens au geste; 2) revoir la qualité des soins prodigués au patient; 3) composer avec l'impact personnel et professionnel du décès chez le soignant, sur ses pratiques professionnelles auprès des autres patients (spécialement auprès de patients suicidaires et déprimés); 4) retirer des apprentissages de l'événement quant aux pratiques cliniques à instaurer auprès des personnes suicidaires, effectuer des changements dans la pratique individuelle et/ou institutionnelle lorsqu'ils sont nécessaires (Foster et McAdams, 1999; Hodelet et Hughson, 2001; Kleespies, Niles, Mori et Deleppo, 1998).

Enfin, cette recherche présente des biais pouvant limiter la validité interne et externe des résultats, qui nécessitent d'être reproduits dans un cadre prospectif et longitudinal à l'aide d'entrevues individuelles. L'utilisation de questionnaires auto-administrés soulève des biais quant à la validité du rappel des réactions. De plus, malgré l'attention particulière accordée à la confidentialité, les résultats ont pu être tempérés par la désirabilité sociale des participants ou par un biais de sélection. Par exemple, il est possible que les professionnels ayant vécu le plus d'impact aient tempéré leurs réponses au questionnaire ou refusé de participer à la recherche; ou au contraire qu'ils y aient répondu en plus grand nombre. L'ensemble de ces limites porte atteinte à la généralisation des résultats à l'ensemble des professionnels en santé mentale au Québec.

Une étude qualitative avec entrevues individuelles semble essentielle afin de parfaire le modèle de réactions en termes de processus et de mieux comprendre les répercussions de cet événement en fonction des stades de développement professionnel des thérapeutes (Rønnestad et

Skovholt, 2001; Skovholt et Rønnestad, 1992), une voie inexplorée dans la littérature empirique.

Toutefois, cette recherche démontre un progrès au plan méthodologique en ce sens qu'elle tient compte du temps écoulé depuis le décès par suicide et qu'elle inclut plusieurs types de professions. Comme aucun résultat ne fait état de différence entre les professions, malgré la différence de rôle entre psychologue et psychiatre et infirmière en psychiatrie, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative. De plus, la présente étude constitue la seule recherche empirique au Québec sur le sujet et elle s'attarde pour la première fois sur les répercussions du décès par suicide d'un patient chez les infirmiers en psychiatrie.

Somme toute, le décès par suicide d'un patient représente un événement significatif dans la carrière des professionnels en santé mentale. L'intensité des réactions initiales de stress dénote une souffrance cliniquement significative chez plusieurs et il s'avère impératif de s'y attarder, tant au plan clinique qu'empirique. La littérature scientifique sur le sujet ne reflète pas à sa juste valeur la nature et l'ampleur du phénomène compte tenu de son incidence et de son impact chez les professionnels. Des recherches futures devraient nous aider à saisir avec plus d'acuité les répercussions possibles pour les professionnels. La compréhension dans ce domaine s'avère primordiale afin de guider les interventions facilitant l'adaptation des professionnels en santé mentale au Québec lorsqu'ils sont confrontés dans leur pratique au décès par suicide d'un patient.

Références

- Barrett, T. W. et Scott, T. B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 201-215.
- Caron, J. (1996). L'échelle des provisions sociales : la validation québécoise du Social Provisions Scale. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180.
- Chemtob, C. M., Bauer, G., Hamada, R. S., Pelowski, S. R. et Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide : Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 20(5), 294-300.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B. et Torigoe, R. Y. (1988a). Patients' suicides : Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 224-228.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B. et Torigoe, R. Y. (1988b). Patient suicide : Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19(4), 416-420.
- Clinician Survivor Task Force. (2004). *Therapists as survivors of suicide : Basic information*. American Association of Suicidology. <http://www.iusb.edu/~jmcintos/basincinfo.htm>. En ligne le 14 décembre 2004.
- Collins, J. M. (2003). Impact of patient suicide on clinicians. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(5), 159-162.
- Courtenay, K. P. et Stephens, J. P. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25, 51-52.
- Cryan, E. M. J., Kelly, P. et McCaffrey, B. (1995). The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 19, 4-7.

Les réactions des professionnels en santé mentale...

- Cutrona, C. E. et Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Cyr, M., Theriault, C. et Wright, J. (1996). *Évaluation de l'impact d'un événement stressant : traduction française du Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979)*. Montréal, Québec, Canada : Université de Montréal, Département de psychologie.
- Foster, V. A. et McAdams, III, C. R. (1999). The impact of client suicide in counselor training : Implications for counsellor education and supervision. *Counselor Education and Supervision*, 39(1), 22-33.
- Henry, M., Séguin, M. et Drouin, M. S. (2003). L'impact du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 227-242.
- Hodelet, N. et Hughson, M. (2001). What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 25, 43-45.
- Horn, P. J. (1995). Therapists' psychological adaptation to client suicidal behavior. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 9529644).
- Horowitz, M. J., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of event scale : A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Kleespies, P. M., Niles, B. L., Mori, D. L. et Deleppo, J. D. (1998). Emergencies with suicidal patients (The impact on the clinician). In P. M. Kleespies (Ed.), *Emergencies in mental health practice : Evaluation and management* (p. 379-397). New York : Guilford Press.
- McAdams, III, C. R. et Foster, V. A. (2000). Client suicide : Its frequency and impact on counsellors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 107-121.
- Pieters, G., De Gucht, V., Joos, G., De Heyn, E. (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European Psychiatry*, 18, 345-349.
- Rønnestad, M. H. et Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development : Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 2, 181-187.
- Skovholt, T. M. et Rønnestad, M. H. (1992). *The Evolving Professional Self (Stages and Themes in Therapist and Counselor Development)*. New York : John Wiley & Sons.
- Trimble, L., Jackson, K. et Harvey, D. (2000). Client suicidal behaviour : Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologist*, 35(3), 227-232.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.

Résumé

Cet article rapporte les résultats d'une étude effectuée auprès de 141 professionnels en santé mentale ayant vécu le décès par suicide d'un patient au cours de leur pratique au Québec. Les résultats indiquent que même si le décès par suicide d'un patient représente un événement significatif dans la carrière des professionnels en santé mentale, ceux-ci s'y adaptent relativement bien et utilisent plusieurs sources de soutien dans leur processus d'adaptation. Le décès par suicide d'un patient provoque aussi plusieurs changements dans la pratique clinique ultérieure des professionnels. Enfin, l'article suggère des avenues potentielles de recherche et présente quelques implications cliniques en regard de la pratique des professionnels au Québec.

Mots clés

suicide d'un patient, impact, professionnels en santé mentale.

Abstract

This article presents the results of a study of 141 mental health professionals that have lost a patient by suicide in their practice in Quebec. The results indicate that even though the death of a patient by suicide represents a significant event when it occurs in the professional sphere of mental health workers, they adapt relatively well to this event and use many sources of support in their adaptation process. The death of a patient by suicide also triggers many changes in the professional's ulterior clinical practice. Finally, the article suggests potential research avenues and presents clinical implications for mental health professionals practicing in Quebec.

Key words

patient suicide, impact, mental health professionals