

Impact du suicide sur le soignant

Quelques chiffres

- 50% des patients ayant commis un suicide étaient en traitement un an avant leur suicide (Jamison and Baldessarini 1999)
- 87% des psychiatres perdent des patients par suicide (Alexander et al 2000)

Réactions générales par rapport au suicide d'un patient

- Le suicide d'un patient est la source majeure d'anxiété par rapport à l'exercice de la profession. (Menninger 1991)
- 50% des psychiatres ont un taux d'anxiété avec pensées intrusives et réactions d'évitement comparable à la population générale par rapport à la mort d'un parent. (Chemtob et al 1988)
- 38% des psychiatres classent leur détresse comme sévère . (Hendin et al 2004)
- Les scores de détresse diminuent à un niveau infraclinique après 6 mois chez le plupart des psychiatres.(Chemtob et al 1988)
- Quelques psychiatres rapportent encore des réactions de sursaut avec pensées au suicide d'un patient lors de coups de téléphone pendant la nuit, même après 1 an .(Gitlin 1999 et Sachs 1989)

Réactions spécifiques

- Réactions initiales

Choc

Incrédulité (Disbelief) (Unglaube)

Déni

Dépersonnalisation

Ces réactions initiales correspondent aux symptômes de l'état de stress aigu tels que décrit dans le DSM –IV-TR

- Le **déni** de l'affect douloureux peut prendre la forme d'une banalisation ou d'un détachement provocateur.
- La **dépersonnalisation** peut à l'extrême prendre la forme d'une sidération traumatique .

Réactions secondaires

Deuil

Honte

Culpabilité

Crainte d'être blâmé

Colère

Soulagement

Recherche de présages et de changements
comportementaux qui en résultent.

Sentiments conflictuels de « particularité »
(specialness)

Deuil

- Perte d'un patient avec qui le thérapeute avait une relation intense souvent longue. (deep and meaningful relationship)
- Perte pour le patient d'un traitement qu'on avait espéré positif.
- Deuil des fantaisies du thérapeute concernant son pouvoir, son influence et ses capacités d'amener un changement dans la vie du patient .(perte de la grandiosité infantile)

Réactions secondaires

Deuil

Honte

Culpabilité

Crainte d'être blâmé

Colère

Soulagement

Recherche de présages et de changements
comportementaux qui en résultent.

Sentiments conflictuels de « particularité »
(specialness)

Honte et culpabilité

- La réponse la plus commune
- Liée à la peur d'être blâmé
- Liée à la peur de représailles au sein de l'institution , par la justice
- Peur de l'exposition publique et de l'humiliation
- On peut chercher à la transférer en recherchant au sein de l'institution un bouc émissaire chargé d'endosser la culpabilité collective
- La culpabilité peut au pire aller à l'identification mortifère au défunt
- Il faut débattre des « oscillations » entre le déni (*nous n'y sommes pour rien*) et les 2 formes d'expression distinctes de la culpabilité que représente l'auto-accusation angoissée (*j'y suis pour quelque chose*) et la disculpation projective (*ce n'est pas moi c'est l'autre*)

Réactions secondaires

Deuil

Honte

Culpabilité

Crainte d'être blâmé

Colère

Soulagement

Recherche de présages et de changements
comportementaux qui en résultent.

Sentiments conflictuels de « particularité »
(specialness)

Colère

- Sentiment de trahison de la part du patient de ne pas avoir respecté le contrat thérapeutique.
- Colère que le patient a engendré chez le thérapeute des sentiments aussi douloureux que la culpabilité et la honte.
- La colère peut servir de mécanisme de défense contre la culpabilité et la honte.

Réactions secondaires

Deuil

Honte

Culpabilité

Crainte d'être blâmé

Colère

Soulagement

Recherche de présages et de changements
comportementaux qui en résultent.

Sentiments conflictuels de « particularité »
(specialness)

Soulagement

- Moins fréquemment peut naître un sentiment de soulagement par rapport à des patients qui ont épuisé les thérapeutes et leur entourage par des plaintes incessantes et des tentatives de suicide à répétition.
- Le mélange de sentiments plus classiques comme la tristesse, la culpabilité, la honte avec des sentiments comme la colère et le soulagement est le terrain idéal pour faire naître des conflits internes chez le thérapeute.

Réactions secondaires

Deuil

Honte

Culpabilité

Crainte d'être blâmé

Colère

Soulagement

Recherche de présages et de changements
comportementaux qui en résultent.

Sentiments conflictuels de « particularité »
(specialness)

Recherche de présages et changements comportementaux

- Recherche rétroactive de signes qui auraient pu annoncer le suicide.
- Le but de cette recherche est **l'illusion** d'un contrôle sur un évènement qui laisse le thérapeute démuni.
- A la surface cette recherche amène des changements comportementaux afin de prévenir des suicides futurs. Souvent ces changements comportementaux servent de rituel pour fixer l'anxiété des soignants et de diminuer le sentiment d'impuissance face au suicide.

Réactions secondaires

Deuil

Honte

Culpabilité

Crainte d'être blâmé

Colère

Soulagement

Recherche de présages et de changements
comportementaux qui en résultent.

Sentiments conflictuels de « particularité »
(specialness)

Sentiments conflictuels de « particularité »

- Le thérapeute, surtout dans l'institution peut développer un sentiment d'isolation.
- Le suicide dans l'institution peut générer chez le thérapeute le sentiment d'être écarté, isolé mais peut aussi avoir la fonction d'un rite de passage et permettre de faire partie « d'un club spécial »

Facteurs prédictifs d'un vécu de détresse après le suicide d'un patient.

- Age
- Expérience
- Intensité de l'engagement avec le patient
- Forme de traitement
- Sexe du thérapeute
- Personnalité du thérapeute
- Histoire de dépression et d'anxiété du thérapeute

- Uniquement l'âge et l'expérience du thérapeute semblent protéger contre la détresse après un suicide .
- Le thérapeute jeune n'a pas encore eu le temps d'intérioriser une bonne image de soi en tant que thérapeute compétent capable de gérer une situation difficile .
- Les autres facteurs prédictifs n'ont pas été confirmés dans suffisamment d'études ou ont même été décrits avec des résultats contradictoires.

Stratégie de gestion

- Diminuer l'isolation.
- Utiliser des approches philosophiques et cognitives.
- Effectuer des changements comportementaux temporaires.

Diminuer l'isolation

- Parler à des personnes à qui on a confiance et qu'on respecte.
- Parler à d'anciens superviseurs ou aux superviseurs actuels.
- Parler à des collègues avec qui on partage la même expérience est plus utile que les commentaires rassurants de l'entourage.
- Rencontrer les proches de la personne suicidée doit être préparé minutieusement .
- Le thérapeute doit être préparé à recevoir des reproches voire de la colère de la famille.
- Il doit être préparé à y répondre d'une façon non défensive tout en n'acceptant pas trop vite les reproches qui peuvent naître de la culpabilité de la famille.
- Il est délicat de donner assez de feed-back sans violer le secret médical.
- L'institution peut être d'une aide considérable à condition qu'il y règne un esprit de support mutuel, de responsabilité partagée et de coopération au sein de l'équipe.
- L'autopsie psychologique peut devenir une source de honte et de blâme (Sachs 1989).

Stratégie de gestion

- Diminuer l'isolation.
- Utiliser des approches philosophiques et cognitives.
- Effectuer des changements comportementaux temporaires.

Utiliser des approches philosophiques et cognitives

- Obligation de moyens, pas de résultat.
- Nous ne pouvons pas éviter à chaque patient la pire issue de sa maladie tout comme les cardiologues ou les oncologues p.ex.
- Ces affirmations ne doivent pas être un prétexte pour des attitudes de passivité, de fatalisme et de nihilisme thérapeutique.

Stratégie de gestion

- Diminuer l'isolation.
- Utiliser des approches philosophiques et cognitives.
- Effectuer des changements comportementaux temporaires.

Effectuer des changements comportementaux temporaires.

- Eviter après le suicide d'un patient de prendre en charge des patients décrits comme « challenging » ou comme difficile jusqu'à ce qu'on a retrouvé assez de confiance.
- Eviter des attitudes trop défensives (p.ex. hospitalisations intempestives ou entretiens centrés sur le suicide d'une façon non appropriée et non thérapeutique.)

Quelques recommandations pratiques pour prendre soin de soi-même.

- Rechercher le support de collègues ayant vécu la même chose.
- Etre bien au courant des symptômes qui sont spécifiques du soignant.
- Surveiller ses activités de la vie quotidienne et surtout les signes d'hyper-vigilance , de confusion cognitive ou de niveaux légers de dissociation .
- Etre conscient des changements d'attitude (hospitalisations, prescriptions , transferts) par rapport à des patients présentant la même symptomatologie que le suicidé.
- Etre attentif à l'usage accru d'humour noir, de paranoïa ou d'affects inappropriés.
- Eviter la prise de distance ou le retrait par rapport à des proches.
- Noter toute augmentation de comportements inadaptés (boissons, aliments, drogues).

