

Analyse de la littérature

Chaque année, en France, environ 10 500 personnes meurent par suicide. L'entourage familial proche et élargi est touché par ce deuil mais aussi les amis, les voisins, les compagnons de travail ; en fait presque tous ceux qui connaissaient la personne qui s'est tuée. Le deuil entraîne, avec une certaine fréquence, des complications de santé physique et mentale et éventuellement des troubles du comportement : accidents et conduites suicidaires. Le deuil après suicide est un deuil difficile du fait, en particulier, de sa violence. Les risques de complications y sont majorés. Proposer un accompagnement à ces personnes est faire acte de prévention de ces complications ; c'est aussi les aider à traverser ce drame où elles se sentent particulièrement isolées.

Cette audition publique *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien* vise à faire connaître ce deuil, à préciser ses particularités, surtout à recenser les possibilités d'aide existant actuellement et celles qui doivent être utilement proposées.

Conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé concernant ce type de démarche, la première étape du travail a consisté à établir une analyse objective de la littérature, sans interprétation des résultats.

L'analyse des documents a été réalisée en se basant sur les principes de l'analyse de la littérature et permet dans la mesure du possible, de dégager le niveau de preuve scientifique apporté.

L'argumentaire initial de l'audition publique a permis de sérier les sujets à analyser et chaque question ou sous question a été confiée à un membre du groupe bibliographique. La documentaliste du groupe a fourni les listes de références bibliographiques ainsi que les documents primaires lorsqu'ils étaient demandés.

C'est l'analyse de l'ensemble de la littérature retenue qui vous est proposée dans ce document regroupant les contributions des cinq lecteurs sélectionnés par le comité d'organisation. Vous trouverez également en annexe la description de la démarche bibliographique suivie.

Ces textes ont été soumis à la relecture du Comité d'Organisation. Ils sont mis à la disposition du Jury et seront transmis pour information aux experts. Ils seront mis à la disposition d'un public plus large après la tenue de l'audition publique.

Tous les documents cités sont accessibles sur demande auprès de Catherine Lavielle, HYPERLINK "mailto:catlavielle@yahoo.fr"catlavielle@yahoo.fr.

Catherine Lavielle
Michel Hanus
Groupe bibliographique
Comité d'organisation

24 juin 2009

Sommaire

Rappel de l'argumentaire initial

Textes des lecteurs

Impact du suicide sur l'entourage et aspects neurobiologiques du deuil

Catherine Sèze, psychiatre, HYPERLINK "mailto:seze.catherine@free.fr" seze.catherine@free.fr

Définition de l'entourage du suicidé, impact sur la vie sociale et professionnelle et état des lieux des interventions et du soutien proposés en milieu carcéral

Abdelmalik Benaouda, démographe, HYPERLINK "mailto:abdelmalik.benaouda@justice.gouv.fr" abdelmalik.benaouda@justice.gouv.fr

Une tentative de compréhension psychopathologique du deuil après suicide

Danielle Goodwin, psychologue clinicienne, HYPERLINK "mailto:supereva@free.fr" supereva@free.fr

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en milieu scolaire, en milieu de soins et en milieu de travail

Marie-Anne Roger, Bénévole à Phare Enfants-parents, HYPERLINK "mailto:mavl9283@yahoo.fr" mavl9283@yahoo.fr

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille

Céline Colliot-Thélène, psychologue clinicienne, HYPERLINK "mailto:celine-ct@gmx.de" celine-ct@gmx.de

Annexes

Démarche bibliographique

Catherine Lavielle, documentaliste, HYPERLINK "mailto:catlavielle@yahoo.fr" catlavielle@yahoo.fr

Composition de la commission d'audition

Liste des experts

Composition du Comité d'organisation

Rappel de l'argumentaire initial

L'impact du suicide sur l'entourage

deuil difficile, deuil compliqué et deuil pathologique

particularités du deuil après suicide

quel est l'entourage concerné ?

- entourage familial

- entourage professionnel et social

les conséquences éventuelles :

- souffrance psychique et pathologie psychiatrique

- pathologies somatiques secondaires

- troubles des comportements :

 - accidents

 - conduites de fuite et d'évitement

 - conduites addictives

 - conduites suicidaires

quelles conséquences sur la vie sociale et professionnelles

Modèles de compréhension sur les suites du suicide

une compréhension psycho pathologique mérite-t-elle d'être proposée ? selon quels modèles ?

le deuil? le stress post traumatique, la dépression? le suicide secondaire à un premier suicide proche?

les mécanismes d'adaptation, de défense, de refoulement, les séquelles psycho pathologiques

les bases de traitement qu'induisent ces modèles

État des lieux sur les interventions de soutien proposées dans le secteur médical

 médecins généralistes

 urgences

 cellules médico psychologiques

en psychiatrie

dans les secteurs professionnels concernés : pompiers, gendarmes, policiers, personnels pénitentiaires, employés des pompes funèbres, personnels des institutions d'enseignement

dans les associations de soutien

dans les organismes d'assurance, de prévoyance, de retraite, dans les services sociaux et les administrations

Quelles pratiques ont donné lieu à évaluation ?

Les meilleures pratiques de soutien à proposer :

à proximité du drame

 cellules d'urgence médico psychologiques

 services médicaux d'urgence

 médecins généralistes proches de la famille

 associations de soutien

 lieux de consultation spécialisés de proximité

 soutien des professionnels impliqués

dans les suites

 accueil associatif

 groupes de soutien

 prise en charge médicale

 prise en charge spécialisée

prévention (question non traitée par la cellule bibliographique)

 communication grand public sur les sujets lourds : dépression, mort, suicide

 accès aux documents d'informations

 prévention auprès des personnes à risque

Textes des lecteurs

Haute autorité de santé. Guide méthodologique : Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. Janvier 2006. HYPERLINK "<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf>"

Anaes. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000. HYPERLINK "<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>"

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien »

Organisée par la Fédération française de psychiatrie (ffpsychiatrie@wanadoo.fr)

Mercredi 25 et jeudi 26 novembre 2009. Espace Reuilly • 21, rue Hénard • Paris 12e

PAGE

PAGE 1

Impact du suicide sur l'entourage et aspects neurobiologiques du deuil

Catherine Sèze

SOMMAIRE

1. Rappel des questions posées aux experts	1
2. Impact du suicide sur l'entourage	3
2.1 Deuil normal.....	3
2.1.1 Définition.....	3
2.1.2 Critères de deuil normal dans les classifications internationales (DSM IV - CIM 10)	4
2.1.2.1 DSM IV : Deuil [V62.82] :	4
2.1.2.2 CIM10 :	5
2.2 Deuil difficile, deuil compliqué, deuil pathologique	6
2.2.1 Deuil difficile, deuil compliqué	6
2.2.2 Deuil traumatique	7
2.2.3 Deuil pathologique.....	7
2.2.3.1 Troubles de la personnalité et deuil.....	7
2.2.3.2 Troubles de l'humeur - dépression.....	7
2.2.3.3 Les troubles anxieux	8
2.2.3.4 Autre manifestations morbides :	8
2.3 Particularités du deuil après suicide	9
2.3.1 Introduction - définition.....	9
2.3.2 Deuil après suicide : deuil plus compliqué ou non	9
2.3.2.1 Beaucoup de similitudes peu de différences	9
2.3.2.2 Le poids des différences.....	9
2.3.2.3 Caractéristiques et spécificités du deuil après suicide	10
2.4 Les conséquences individuelles.....	12
2.4.1 Conséquences psychiatriques : dépression, troubles anxieux SSPT, addictions	12
2.4.2 Risque suicidaire et vulnérabilité : environnement et génétique	12
2.4.3 Conséquences somatiques	13
3. Aspects neurobiologiques du deuil.	14
4. Traitement pharmacologique du deuil.....	15
Références bibliographiques	16
Autres documents consultés	

1. Rappel des questions posées aux experts

1. L'impact du suicide sur l'entourage

- *deuil difficile, deuil compliqué et deuil pathologique*
- *particularités du deuil après suicide*
- *les conséquences individuelles éventuelles :*
 - souffrance psychique et pathologie psychiatrique*
 - pathologies somatiques secondaires*
 - troubles des comportements :*
 - accidents*
 - conduites de fuite et d'évitement*
 - conduites addictives*
 - conduites suicidaires*

2. Modèles de compréhension sur les suites du suicide :

Modèle neurobiologique, y compris l'approche génétique

- *une compréhension psycho pathologique mérite-t-elle d'être proposée ? selon quels modèles ?*
- *le deuil? le stress post traumatique, la dépression? le suicide secondaire à un premier suicide proche?*
- *les mécanismes d'adaptation, de défense, de refoulement, les séquelles psycho pathologiques, y compris l'autopsie psychologique, les facteurs de risque, les facteurs protecteurs*
- *les bases de traitement qu'induisent ces modèles : traitements médicamenteux, psychothérapies individuelles, groupes de soutien*

2. Impact du suicide sur l'entourage

2.1 Deuil normal

2.1.1 Définition

Le deuil est une expérience intime et universelle à laquelle sont confrontés un jour ou l'autre la plupart des individus. Il désigne à la fois la perte d'un proche, d'un être cher, mais aussi la souffrance ressentie par cette perte et le processus évolutif consécutif à cette disparition. L'impact psychique du deuil comme phénomène à la fois douloureux et prolongé dans le temps s'inscrit habituellement dans un processus évolutif normal tant dans sa résolution que dans sa durée. Cependant des deuils peuvent se compliquer ou devenir pathologiques lors des étapes évolutives d'un deuil qui sinon, se résout de manière à peu près constante et dans un délai régulier. La durée du processus de deuil varie d'un sujet à l'autre, mais l'on considère que pour la majorité le processus est achevé au bout d'un an. (Hanus 2004 [1], Hanus 2006 [2], Prigerson & M 2008, [3], Girault 2008 [4]).

Le processus du deuil normal démarre immédiatement après la connaissance du décès et se déroule chronologiquement en plusieurs phases qui vont du choc affectif, à la prise de conscience de la perte et des réactions émotionnelles associées, puis à l'acceptation progressive de la disparition et à la réduction de la douleur. L'évolution du processus de deuil est décrit classiquement selon trois étapes. . (Hanus 2004 [1], Hanus 2006 [2], Prigerson & M 2008, [3], Girault 2008 [4], Bourdet-Loubère 2006 [5], Stroebe 2007 [6]).

La phase initiale : phase d'impact, phase d'hébétude. Elle est caractérisée par l'état de choc où le sujet est saisi par la stupéfaction, l'incrédulité et peut exprimer un refus de croire à la réalité de la mort, un déni. La personne endeuillée se trouve brutalement plongée dans un état de torpeur, d'engourdissement, dans lequel elle continue à vivre et à agir, mais de façon automatique. Cet état d'anesthésie affective préserve le sujet des émotions intenses que soulève l'annonce du décès.

Il est classiquement décrit deux types de réactions l'une à type de blocage avec sidération, hébétude, repli et mutisme, l'autre à type de fuite associant plus ou moins une agitation, une dispersion. On retrouve aussi un ensemble de signes cliniques tant au niveau physique : troubles de l'appétit, troubles du sommeil, qu'au niveau affectif : intense douleur morale, des ruminations anxieuses, un repli avec des rêveries diurnes, les conversations sont focalisées sur la personne, et il peut exister une agressivité retournée sur l'entourage ou sur soi-même. Il n'est pas rare non plus de constater un sentiment de colère envers le (la) disparu(e), sur le mode de « comment a-t-il (elle) pu me faire ça, me laisser tout(e) seul(e) ? ».

Cette période est inconstante. Elle dure en général quelques heures à quelques jours, exceptionnellement plus d'une semaine. Le sujet n'en conserve souvent que peu de souvenirs.

La phase centrale, dite de dépression ou de repli, représente la période aiguë du deuil. Elle est caractérisée par un cortège de signes d'allure dépressive associant : tristesse, pleurs, douleur morale, idées de culpabilité avec autoaccusation, honte, irritabilité, asthénie, anorexie, insomnie, sentiment de vide. L'association d'un sentiment d'injustice et de colère vis-à-vis du mort n'est pas rare. L'endeuillé est envahi par un sentiment d'ambivalence, pris entre le sentiment de n'avoir pas fait tout ce qui était en son pouvoir à l'égard du décédé et celui d'avoir été injustement abandonné par lui. Le ralentissement psychomoteur peut être présent mais il se manifeste alors souvent de manière modérée.

Il existe une tendance au retrait social avec anhédonie et désinvestissement de la sphère socio-

professionnelle avec une difficulté à maintenir les habitudes de travail et les relations interpersonnelles.

Un certain nombre d'attitudes témoignent de l'identification au défunt : préoccupations de santé similaires avec des symptômes somatiques similaires : imitation temporaire de ses manières d'être, de se comporter, de ses habitudes.

Il peut survenir des perceptions sensorielles d'allure hallucinatoires (impression d'entendre la voix ou le pas du défunt, de sentir son contact, etc.). L'endeuillé ayant conscience que ces phénomènes ne sont pas réels, les critique.

La durée de cette phase est inférieure à 6 mois pour la plupart des sujets, mais peut varier de quelques semaines à 1 an.

À cette période du deuil, il n'est pas toujours simple de faire le diagnostic différentiel avec la dépression.

La phase de résolution, récupération, de restitution ou de guérison est marquée par l'acceptation de la perte, de la disparition du défunt : le sujet est conscient d'avoir fait un deuil, il parvient à mieux s'en souvenir sans douleur excessive et s'habitue à vivre les événements de la vie sans l'être cher.

Il retrouve le goût pour ses intérêts habituels avec parfois un désir de s'engager dans de nouvelles relations et dans de nouveaux projets et globalement on assiste au retour à un mieux-être psychique et somatique.

La douleur surgit à certains moments ou à des occasions particulières, comme par exemple aux anniversaires et à la période des Fêtes, ce qui est normal dans le processus de deuil.

L'addition éventuelle de facteurs propres au sujet ou liés à son environnement peut donner une tonalité différente à l'expression du deuil :

- Les traits de caractères, la personnalité de l'endeuillé : l'expression du deuil peut être alors modulée avec un excès d'expression chez certains par exemple alors que d'autres au contraire seront dominée par une inhibition.
- Les liens entre le sujet et le défunt : Le décès d'un parent peut fragiliser un enfant, le décès d'un enfant pour les parents sera très souvent traumatique. Le veuvage est aussi un facteur de vulnérabilité ; notamment par l'addition du retentissement psychosocial (isolement, patrimoine, revenus, etc.).
- La cause du décès : mort inattendue ou chronique, mort brutale, violente, suicide, etc.
- Le parcours biographique de l'endeuillé (notion de séparation, de ruptures, etc.)
- L'environnement familial, socioéconomique, culturel : les représentations et croyances autour de la mort, l'accompagnement affectif, familial, le rituel des obsèques qui varie selon les cultures.

2.1.2 Critères de deuil normal dans les classifications internationales (DSM IV - CIM 10)

2.1.2.1 DSM IV : Deuil [V62.82] : [7]

« Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est la réaction à la mort d'un être cher. Certains individus affligés présentent, comme réaction à cette perte, des symptômes caractéristiques d'un Épisode dépressif majeur (p. ex., sentiments de tristesse associés à des symptômes tels que : insomnie, perte d'appétit et perte de poids). Typiquement, l'individu en deuil considère son humeur déprimée comme « normale », bien qu'il puisse rechercher l'aide d'un professionnel pour soulager les symptômes associés tels qu'une insomnie ou une anorexie. La durée et l'expression d'un deuil « normal » varient considérablement parmi les différents groupes

culturels. Le diagnostic de Trouble dépressif majeur n'est généralement pas posé, à moins que les symptômes soient encore présents 2 mois après la perte. Cependant, la présence de certains symptômes non caractéristiques d'une réaction « normale » de chagrin peut aider à différencier le deuil d'un épisode dépressif majeur. Ceux-ci comprennent 1) culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès ; 2) idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée ; 3) sentiments morbides de dévalorisation ; 4) ralentissement psychomoteur marqué ; 5) altération profonde et prolongée du fonctionnement ; 6) hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt. »

2.1.2.2 CIM10 : [8]

Dans la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé le deuil correspond au trouble de l'adaptation : F 43-2 et décès d'un être cher (deuil) : Z 63.4.

F43.2 Troubles de l'adaptation :

« État de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié). Le facteur de stress peut être limité au sujet ou concerner également ses proches ou sa communauté.

Par rapport aux autres troubles décrits sous F43-, la prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Ses manifestations sont variables et comprennent : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude (ou l'association de ces manifestations), un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, ou à supporter la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Le sujet peut être enclin à des comportements dramatiques ou à des actes de violences, mais ne s'y livre que rarement. Le trouble peut s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. Aucun de ces symptômes n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique. [...]

Le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet et ne persiste guère au-delà de six mois, sauf s'il s'agit d'une réaction dépressive prolongée (F43.21). Quand les symptômes persistent au-delà de six mois, on doit modifier le diagnostic pour celui qui correspond au tableau clinique, et on peut noter les facteurs de stress persistants à l'aide d'un code Z [...] Z63.4 (disparition ou mort d'un membre de la famille) »

Le deuil normal peut donc se manifester par un vécu douloureux et prolongé, mais il est limité dans le temps avec un retour à l'équilibre psychique en s'inscrivant habituellement dans un processus psychologique normal tel que décrit précédemment. Le ressenti et les conséquences de la perte d'un proche peuvent se traduire par des degrés variés d'intensité et par la perturbation du processus normal de deuil. Ainsi, il peut survenir des deuils compliqués ou pathologiques avec d'éventuelles associations comorbes tant psychiatriques que somatiques. De même, au niveau du fonctionnement psychosocial, il n'est pas rare de constater aussi une influence délétère du deuil marquée par une désadaptation plus ou moins importante. Parce que la disparition d'un être cher peut être difficile, par la manifestation de ces souffrances et complications ces personnes endeuillées doivent pouvoir bénéficier d'un soutien et d'une prise en charge psychologique et psychiatrique correspondant à la spécificité de leurs troubles, c'est dire à quel point il est important de les connaître et de les identifier.

2.2 Deuil difficile, deuil compliqué, deuil pathologique

Même s'il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus pour uniformiser la dénomination et la catégorisation des différentes variantes de deuil, les études les décrivant sont nombreuses. Classiquement, les auteurs se réfèrent aux notions de deuil compliqué et de deuil pathologique dont les publications sur le sujet visent entre autres à en délimiter les contours et en préciser les critères d'identifications.

2.2.1 Deuil difficile, deuil compliqué

La notion de deuil compliqué recouvre des situations où le deuil ne se déroule pas normalement et ce à des degrés divers, le deuil est difficile, plus ou moins intense, inachevé ou retardé voire ne s'engageant jamais.

Depuis un peu plus d'une dizaine d'années de nombreux travaux ont isolé le concept de deuil compliqué et ont montré qu'il se différenciait des troubles psychiatriques tels que l'épisode dépressif majeur, le syndrome de stress aigu, le syndrome de stress post-traumatique consécutifs au deuil (Prigerson 1996 [9], Horowitz 1997 [10], Melhem 2001 [11], Jacobs 2000 [12], Forstmeier 2007 [13], Stroebe 2007 [6]).

Parmi l'ensemble des travaux sur ce sujet, deux équipes se sont particulièrement illustrées en élaborant chacune un système diagnostique qui s'avèrent être assez convergents au moins au niveau des critères retenus. Les critères proposés concernent l'existence de désarroi, de déni, d'isolement, de sentiment de vide, d'attitude de détachement, et de comportement d'évitement. Les différences entre ces deux systèmes diagnostiques portent essentiellement sur l'accent mis sur certains critères.

Horowitz et al [8] ont structuré leurs critères diagnostiques du deuil compliqué selon deux catégories, d'une part la durée des symptômes qui doit être supérieure à 14 mois (et non 12 mois pour éviter les possibles remous émotionnels liés à la date anniversaire du décès) et d'autre part une série de critères symptomatiques suffisamment sévères pour perturber le fonctionnement quotidien : 1) des pensées envahissantes : souvenirs et émotions intenses liés au disparu, désarroi et détresse liée à l'absence, 2) des signes d'évitement et de désadaptation : se sentir seul, sentiment de vide, éviter les lieux ou situations qui rappellent le décès, tendance à s'assoupir, perte de l'intérêt pour les activités habituelles socioprofessionnelles.

Prigerson et ses collègues (Prigerson, 1995 [14], Prigerson 1999, [15] et Zhang 2006 [16]) proposent un système diagnostique du deuil compliqué selon 4 catégories de critères :

- A- des signes se rapportant au désarroi provoqué par l'absence du défunt (ressenti quotidiennement, de manière intense ou envahissante)
- B- des symptômes de détresse traumatique : (présence d'au moins 4 de ces signes)

- 1) difficulté à accepter le décès
- 2) difficulté à faire confiance
- 3) colère et amertume contre le décédé
- 4) difficulté à s'investir dans de nouvelles relations
- 5) indifférence affective par rapport aux autres
- 6) sentiment de vide
- 7) incapacité d'envisager construire de nouveau projet sans le disparu
- 8) se sentir agité, déstabilisé depuis le décès

- C- Les symptômes ci-dessus créent une perturbation du fonctionnement socioprofessionnel, ou d'autres domaines importants de la vie
- D- Les symptômes ci-dessus doivent persister depuis au moins 6 mois

Ces deux systèmes diagnostiques présentent plusieurs différences, l'une portant sur le retentissement du fonctionnement social considéré par l'équipe de Prigerson comme un critère diagnostique à part entière, une autre concerne l'évolution des perturbations dans le temps. Prigerson et al préconisent une durée minimale de 6 mois contre 14 mois pour Horowitz et al. Enfin le critère d'évitement qui n'existe que dans le système d'Horowitz et al a disparu de celui de Prigerson et al, car selon ces auteurs, en situation de deuil compliqué, les patients vont tenter de mobiliser des souvenirs du défunt ou être en quête de ce qui s'y rapporte et c'est de plus ce qui distingue cette entité avec le syndrome de stress post-traumatique où à l'inverse les patients évitent tout ce qui rappelle l'événement traumatique (Forstmeier 2007 [13]).

Cette complication du processus de deuil n'a pas jusqu'à présent été identifiée comme un trouble psychiatrique, mais à la lumière des nombreuses publications ayant permis d'identifier ces critères, et d'en mesurer la portée diagnostique, ces auteurs l'ont proposée comme diagnostic dans la future V^{ème} version du DSM (Jacobs 2000 [12], Forstmeier 2007 [13], Stroebe 2007 [6]) afin d'être recherché et diagnostiqué par les cliniciens pour être l'objet d'une prise en charge adaptée.

2.2.2 Deuil traumatique

La notion de deuil traumatique est équivalente pour les auteurs anglo-saxons à celle de deuil compliqué. Elle a été initialement utilisée par Prigerson et al qui se justifient en 2006 dans une publication au décours d'un état des lieux de la recherche sur le deuil (Zhang 2006 [16]). Ils expliquent avoir au départ préféré ce terme pour souligner la dimension de traumatisme et de détresse dans la réaction de ces deuils, mais craignant le risque de confusion entre ce type de deuil et le syndrome de stress post-traumatique qui constitue une possible comorbidité au deuil.

2.2.3 Deuil pathologique

Le deuil pathologique correspond à une situation de deuil qui se manifeste par un ou des troubles psychiatriques chez un individu parfois indemne d'antécédents psychiatriques. La dépression et les troubles anxieux sont les plus fréquents. Les décompensations de trouble de la personnalité ne sont pas rares non plus. Tous les tableaux de la sémiologie psychiatrique peuvent se manifester comme réaction au deuil, ce qui rend la lecture diagnostique pas toujours aisée tant les signes du deuil et les signes cliniques des comorbidités peuvent être intriqués.

2.2.3.1 Troubles de la personnalité et deuil

La souffrance consécutive au deuil peut entraîner une décompensation de la personnalité (Girault 2008 [4]) et donner lieu à une réaction théâtrale, dramatisée suite au décès avec d'éventuels troubles du comportement à type d'agitation clastique sur personnalité de type histrionique. À l'inverse chez une personnalité de type obsessionnelle le tableau de deuil est dominé par l'inhibition et le repli, avec des ruminations obsessives et des idées de culpabilité.

2.2.3.2 Troubles de l'humeur - dépression

Plusieurs travaux (Hensley 2006 [17]) ont mis en évidence que la situation de deuil pouvait mener à une dépression chronique chez 10 à 15 % des sujets. À travers sa revue de la littérature Hensley

trouve que 40 % des endeuillés ont les critères d'épisode dépressif majeur dans le mois du décès, 15 % sont encore déprimés à 1 an et 7 % le restent à 2 ans. Ces observations ont une implication non seulement en matière de prévention mais aussi dans la mise en œuvre d'une prise en charge adéquate et la prescription d'un traitement spécifique (antidépresseur, psychothérapie), toutefois la conduite à tenir dans les premiers mois du deuil est assez délicate à déterminer.

NOMBREUSES sont les publications qui ont mis en évidence des corrélations entre l'existence d'un deuil compliqué et la survenue d'un épisode dépressif (Prigerson 1997 [18], Melhem 2001 [11], Mitchel 2004 [19], Stroebe 2007 [6]).

Les manies de deuil sont moins fréquentes que la dépression. Les accès maniaques dans le cadre du deuil illustrent le rôle déclencheur que peuvent jouer les facteurs psycho-environnementaux. Le décès génère un stress émotionnel et une privation du sommeil favorisant le déclenchement de l'épisode maniaque (Girault 2008 [4]).

2.2.3.3 Les troubles anxieux

En 2003 Kaltman et Bonanno [20] ont montré dans le cadre du deuil une corrélation entre la survenue ou non d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) selon les conditions du décès, à savoir que sa survenue était plutôt corrélée avec l'existence d'un décès violent, et pas du tout avec la notion de soudaineté du décès.

Le deuil peut aussi favoriser la survenue d'autres troubles anxieux comme l'anxiété généralisée, le trouble panique, etc. Le deuil est alors un facteur précipitant lié à l'anxiété de séparation. Plus fréquente en début de deuil, elle diminuerait ensuite progressivement. Ce qui pourrait être une dimension de la vulnérabilité au deuil compliqué et prendrait sa source à un attachement insécurisant dans l'enfance (Vanderwerker 2006 [21]).

2.2.3.4 Autre manifestations morbides :

Troubles psychotiques : idées délirantes, hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt (Girault 2008 [4]). Ils peuvent aussi plus ou moins être congruents à l'humeur ce qui renvoie aux troubles de l'humeur.

2.3 Particularités du deuil après suicide

2.3.1 *Introduction - définition*

Lorsque le deuil fait suite à un suicide tous les ingrédients du choc traumatique sont réunis, qu'il s'agisse de la soudaineté, de l'imprévisibilité et de la violence toutefois d'autres paramètres sont à prendre en considération comme les relations avec le défunt, son âge, l'existence de troubles psychiques antérieurs. Le vécu subjectif de l'endeuillé, le sens donné à ce décès, les représentations socio-culturelles influent aussi sur la tonalité, l'intensité de ce deuil.

Il est intéressant de souligner que les anglo-saxons désignent les endeuillés après suicide par le terme « suicide survivors » (Vessier-Batchen 2006 [22], Hanus 2004 [1]) et qui ne sont ceux qui survivent à l'acte qui aurait échoué. « Survivor » est aussi employé pour les homicides, ce qui renvoie pour le suicide, comme pour l'homicide au choc, au traumatisme vécu face à ces disparitions qui présentent une tonalité violente.

2.3.2 *Deuil après suicide : deuil plus compliqué ou non*

2.3.2.1 *Beaucoup de similitudes peu de différences*

De nombreuses publications ont tenté d'établir les pronostics évolutifs des deuils en fonction des diverses causes de décès, et comment le deuil après suicide se positionnait en matière de complications potentielles par rapport aux autres deuils traumatiques. Dans les années 90, plusieurs études publications anglo-saxonnes ont convergé dans le sens que les deuils après suicide ne présentent pas plus de complication du deuil et qu'ils partagent plus d'éléments en commun que de différences. Ce qui d'une certaine manière semble aller de soi car ils partagent les caractéristiques du deuil et le deuil après suicide est d'abord un deuil (McIntosh 1988 [23], Hanus 2004 [1], Hanus 2008 [24]). D'autres études comme celles de Bailey et al, et Diregrov et al, citées par Sveen 2008 [25]) ont resserré le choix des deuils comparés en sélectionnant les décès présentant une dimension potentiellement traumatique tels que des accidents, la mort subite du nourrisson, et le suicide, mais leurs observations ne mettaient pas non plus en évidence de différence significative en faveur d'un deuil plus compliqué. De plus concernant l'évolution au cours du temps, McIntosh souligne que non seulement les différences du deuil après suicide avec les autres deuils sont infimes mais qu'elles tendent à être indistinguables au bout de deux années (McIntosh 1988 [23]).

Des arguments concernant la méthodologie de ces travaux ont été avancés et notamment une possible sous estimation des différences observées par un biais de sélection (Sveen 2008 [25]). Stroebe et al cités par Sveen avaient constaté que les sujets qui participaient à ces études et répondaient aux questionnaires correspondait à une population pour qui le suicide de leur proche n'était pas une surprise et que cette même population tendait à présenter des réactions moins pathologiques avec une meilleure résolution du processus de deuil. Cela reflétait aussi une possible aptitude de communication et de collaboration qui sont des qualités qui facilitant la mobilisation des ressources psychiques et favorisent la récupération et une meilleure évolution (De Groot 2006 [26]).

2.3.2.2 *Le poids des différences*

Dans leur récente méta-analyse Sveen et Walby (Sveen 2008 [25]) avaient relevé que les instruments de mesure généraux, peu spécifiques au deuil après suicide distinguaient difficilement

un retentissement plus marqué de ces deuil comparés aux autres types de deuil. Alors qu'à l'inverse, des différences apparaissaient lorsque les travaux utilisaient un questionnaire plus ciblé : le GEQ Grief Experience Questionnaire de Barret & Scott¹. Il s'agit d'un auto questionnaire de 55 items centrés sur 11 axes liés au deuil : réactions somatiques, réactions générales de deuil, recherche de sens, manque de soutien, stigmatisation, culpabilité, rejet, honte, comportement autodestructeur, réactions isolées. Cette échelle recense des vécus qui se manifestent particulièrement lors des deuils après suicide.

2.3.2.3 Caractéristiques et spécificités du deuil après suicide

La notion de stigmatisation longtemps a entaché les morts par suicide, en effet tant le défunt que sa famille étaient plus ou moins condamnés dans la plupart des sociétés traditionnelles et dans presque toutes les religions (Hanus 2004 [1], Cvinar 2005 [27]). De nos jours, elle a considérablement diminué mais pas totalement disparu et elle est renforcée par une double stigmatisation celle de la pathologie mentale puisque qu'approximativement 90% des suicidés présentent un trouble psychiatrique (Sveen 2008 [25]). Ces représentations sociales et leur teneur morale intérieurisée peuvent conduire les endeuillés par suicide à hésiter à faire connaître autour d'eux leur situation de deuil ou la cause du décès. La stigmatisation, le rejet, le vécu de rejet, le sentiment de honte, la tendance au repli et à l'isolement sont autant de ressentis connexes et intriqués entre eux qui caractérisent diversement l'expérience que traversent les endeuillés après suicide.

Les scores du vécu de stigmatisation sont élevés de manière significative chez les endeuillés par suicide comparés aux autres deuils qu'ils soient naturels ou traumatiques (Sveen 2008 [25]).

Sveen et Walby (Sveen 2008 [25]) rapportent que le deuil dans les groupes d'endeuillés après suicide comparés à ceux suite à d'autres morts traumatiques et à une mort naturelle associe plus fréquemment la tendance à la colère, la solitude ou l'isolement. De Groot et al (De Groot 2006 [26]) retrouvent aussi chez les endeuillés après suicide l'existence d'un vécu de solitude beaucoup plus marqué que dans l'autre groupe constitué d'endeuillés suite à une mort naturelle.

La question du refus d'admettre le décès et de son pendant qu'est l'acceptation fait partie intégrante du processus de deuil normal et son degré est lié à la nature de son évolution, ainsi la persistance de ce refus reflète une composante d'un deuil prolongé (Prigerson 1999, Prigerson 2008 [3]).

Cette dimension appliquée aux réactions suite à un décès par suicide a été explorée mais sans permettre de faire des conclusions tranchées et univoques comme en témoigne le travail de synthèse de Sveen et Walby (Sveen 2008 [25]). En particulier, une partie des études montrent un taux d'acceptation significativement plus élevé chez les endeuillés lorsque le décès est par suicide par rapport à un décès par accident. L'hétérogénéité des caractéristiques des groupes d'endeuillés après suicide a souvent été un argument mis en avant, notamment par Bailey, ou McIntosh (Sveen 2008 [25], McIntosh 1988 [23], McIntosh 1996 [28]) pour expliquer le manque de spécificité des réactions de deuil qui intuitivement étaient attendues. D'autres auteurs, comme Cleiren, ou Grad & Zavasnik (Sveen 2008 [25]) ont observé que pour une part le suicide du défunt n'était pas une surprise car celui-ci présentait un long parcours de troubles psychiatriques éventuellement associé à des antécédents de tentatives de suicide ; ce qui rendait ce geste et son aboutissement final très probable pour sa famille et ses proches.

Certains de ces endeuillés éprouvent même parfois un soulagement, sentiment lié à des années de souffrances vécues au quotidien au côté du disparu qui était atteint de sévères troubles psychiatriques.

L'intensité du deuil suite à un décès lorsque celui-ci n'est pas une surprise peut être réduit par

1 Barret TW, Scott TB. Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav*, 1989, vol. 19, n° 2, p. 201-215.

rapport à un groupe de sujets dont le deuil peut être consécutif à un décès par un accident (donc inattendu). Cela peut infléchir les mesures de l'impact du décès chez le groupe d'endeuillés après suicide versus celui par accident et globalement générer une sous estimation du retentissement du deuil chez les endeuillés par suicide comparés aux endeuillés par accident et expliquer en partie les résultats des études portant sur ces groupes d'endeuillés et le peu de différence entre eux. (Sveen 2008 [25]).

2.4 Les conséquences individuelles

La perte d'un être cher expose au risque accru de développer une pathologie psychiatrique, d'éventuelles addictions, des troubles du comportement autodestructeurs, voire des conduites suicidaires ou des comorbidités somatiques, les deuils compliqués amplifiant ce risque (Prigerson 1997 [18], Latham 2004 [29], Szanto 2006 [30], Stroebe 2007 [6]). L'éventuelle survenue de ces retentissements a été explorée et comparée chez des groupes d'endeuillés en fonction de la cause du décès dont le suicide.

2.4.1 Conséquences psychiatriques : dépression, troubles anxieux SSPT, addictions

Dans leur étude de 2006, De Groot et al [26] ont comparé deux groupes d'endeuillés l'un après suicide et l'autre après mort naturelle et ont observé chez les premiers des scores de dépression significativement plus élevés que dans les sujets du second groupe.

Le travail de Dyregrov et al cité par Sveen 2008 [25], en 2003, a mis en évidence que le risque de survenue d'un syndrome de stress post-traumatique et d'un deuil compliqué chez les endeuillés par suicide était accru lorsque les sujets étaient socialement isolés, de sexe féminin, et n'ayant pas d'enfant au domicile.

Les travaux soulignant chez les sujets présentant un deuil compliqué un risque accru aux addictions dont le tabac et l'alcool, mais aucune corrélation n'a été mise en évidence lors des deuils après suicide (Prigerson 1997 [18], Sveen 2008 [25]).

2.4.2 Risque suicidaire et vulnérabilité : environnement et génétique

Le risque suicidaire est élevé chez les personnes traversant un deuil et ce risque persiste durant les cinq années qui suivent le décès (Szanto 2006 [30]). De nombreux travaux montrent que cette corrélation est encore plus forte lorsque le deuil est compliqué (Prigerson 1997 [18], Latham 2004 [29], Szanto 2006 [30], De Groot 2006 [26]).

De Groot et al, précédemment cités (De Groot 2006 [26]), mettent en évidence chez le groupe d'endeuillés après suicide une élévation significative du risque suicidaire allant de l'idéation suicidaire à la survenue de tentatives de suicide.

Mitchell et al en 2005 (Mitchell 2005 [31]) montre chez une population ayant perdu un proche par suicide dans le mois qui précède l'investigation que la présence d'idées suicidaires est corrélée avec l'association d'une symptomatologie dépressive et de signes de deuil compliqué. Ils constatent après un ajustement statistique que l'idéation reste très élevée lorsque le deuil est compliqué et ce indépendamment des éléments dépressifs.

Au delà de l'influence du deuil après suicide sur le risque suicidaire chez l'endeuillé, il existe un certain nombre de facteurs de risque familiaux à la fois génétiques et environnementaux qui peuvent jouer un rôle important (Jordan 2001 [32], Brent 2008 [33]). L'existence de troubles psychiatriques comme des troubles dépressifs et bipolaires au sein d'une famille est un facteur prédisposant aux comportements suicidaires (Jordan 2001 [32], Mann 2005 [34], Tsuchiya 2005 [35], Brent 2008 [33]).

Selon Brent & Melhem les comportements suicidaires seraient en partie transmis via la transmission de composantes d'agressivité et d'impulsivité. Un certain nombre de marqueurs biologiques ont été incriminés, d'une part au niveau neuroendocrinien des perturbations de l'axe hypo-thalamo-hypophysio-cortico-surrenalien impliqué dans la réaction au stress et d'autre part des

modifications au niveau des neurotransmetteurs comme la réduction du système cérébral sérotoninergique incriminé d'accroître le risque suicidaire (Brent 2008 [33]). Ces dysfonctionnements biologiques peuvent résulter de la transmission de mutation génétique de récepteurs de la sérotonine mais ils s'observent aussi chez des enfants qui ont été exposé à la maltraitance voire à des violences. L'intrication entre l'action de facteurs environnementaux et génétiques rend la lecture de la détermination des facteurs de risques suicidaires très complexe.

2.4.3 Conséquences somatiques

Concernant le retentissement délétère sur le plan somatique, de nombreux travaux ont depuis longtemps rapporté chez les endeuillés des plaintes allant de la douleur, aux troubles cardiovasculaires, digestifs, à la survenue accrue de cancers jusqu'à des taux de mortalité plus élevés (Hanus 2004 [1], Girault 2008 [4], Hanus 2008 [24]). Le risque est plus important lorsque les personnes présentent un deuil compliqué (Prigerson 1997 [18], Ott 2003 [36], Zhang 2006 [16]).

Les travaux examinés dans la revue de la littérature de Sveen et Walby (Sveen 2008 [25]) ne montrent qu'une faible influence du deuil par suicide sur la santé physique de ces endeuillés.

De Groot et al (De Groot 2006 [26]), précédemment cités, ont comparé le retentissement sur la santé physique du deuil après trois mois, chez deux groupes d'endeuillés l'un après suicide et l'autre après mort naturelle et ont constaté un fléchissement significatif chez les sujets du premier groupe par rapport à ceux du second.

3. Aspects neurobiologiques du deuil.

Beaucoup de travaux ont abordé le deuil sous l'angle du stress et de ses modifications physiologiques notamment au niveau des systèmes endocriniens comme l'axe hypothalamo-hypophysio-cortico-surrénalien par les dosages par exemple du cortisol, de l'hormone de croissance ou au niveau des neurotransmetteurs comme le système noradrénergique, ou sérotoninergique (cf. plus haut).

Ces dernières années les progrès en imagerie fonctionnelle ont offert la possibilité d'explorer plus spécifiquement les zones cérébrales activées lors du deuil.

Gündel et al (Gündel 2003 [37]) ont étudié sous Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) l'effet sur des sujets endeuillés de photographies et de paroles se rapportant au défunt, et d'autres neutres, les stimuli visuels et auditifs étaient proposés alternativement et indépendamment les uns des autres. Il est apparu que 3 régions cérébrales étaient activées : le cortex cingulaire postérieur, le gyrus frontal supérieur et moyen et le cervelet. Les deux premières zones sont associées au processus de mémorisation (dont mémoire autobiographique) en lien avec l'émotion, à la visualisation d'images et à la reconnaissance des visages. Le cervelet quant à lui jouerait un rôle de coordination et de modulation des fonctions cognitives. Les auteurs ont aussi relevé une légère activation au niveau du noyau caudé, structure qui serait en rapport avec le phénomène de l'attachement (Bowlby) mais ils modéraient leurs interprétations par l'absence dans cette étude de comparaison avec un groupe de sujets contrôles indemne de deuil. Ces activations seraient possiblement en rapport avec la visualisation de visages familiers et demanderaient à être explorées dans le cadre d'études cas-témoin et portant sur des groupes plus nombreux.

En 2008 le travail d'O'Connor et al (O'Connor 2008 [38]) concerne plus spécifiquement l'exploration des mécanismes cérébraux mis en œuvre lors du deuil compliqué. Les investigations par IRMf portent sur la comparaison entre un groupe de femmes dont le deuil est compliqué et l'autre dont le deuil est normal. Leurs observations mettent en évidence une corrélation entre le deuil compliqué et l'activation du nucleus accumbens, structure cérébrale impliquée dans le système de récompense des addictions. Les auteurs interprètent cette similitude aux troubles addictifs en suggérant que les rêveries, les photos ou les souvenirs du défunt activeraient le système de récompense comme réponse au craving que constitue le manque de la personne disparue pour tenter de s'adapter à la réalité douloureuse. Le groupe présentant un deuil normal ne montre pas d'activité de cette zone, ce qui correspond avec leur vécu d'acceptation du décès.

La poursuite de telles investigations paraît être particulièrement utile pour de futures recherches pharmacologiques en ciblant plus spécifiquement l'action des centres de neurotransmission ou des neurotransmetteurs et ainsi permettre de développer des traitements médicamenteux appropriés et éventuellement comprendre et orienter aussi les stratégies des psychothérapies.

4. Traitement pharmacologique du deuil

Les publications portant sur la prise en charge médicamenteuse du deuil ne sont pas très nombreuses, elles concernent essentiellement la dépression dans le cadre du deuil, et aucune n'en explore les différences selon les causes de décès.

Jacobs et al en 1987 (Jacobs 1987 [39]) mesurent l'efficacité après 4 semaines d'un traitement antidépresseur tricyclique (Desipramine) sur la dépression en lien avec le deuil sur un groupe de 10 sujets en état de deuil.

Pasternak et al en 1991 (Pasternak 1991 [40]) mettent en évidence l'amendement du syndrome dépressif par un antidépresseur tricyclique (Nortriptyline) chez 13 veufs et veuves.

Reynolds et al en 1999 (Reynolds 1999 [41]) proposent une étude en double aveugle avec nortriptyline versus placebo et associent une prise en charge psychothérapie individuelle. Leurs résultats montrent l'efficacité du tricyclique par rapport au placebo sur la dépression des endeuillés et l'amélioration est supérieure lors de l'association de la psychothérapie au nortriptyline.

Ces études ont les mêmes conclusions pour constater l'absence d'efficacité des antidépresseurs sur les signes cliniques du deuil et leur intensité, les scores ne montrant pas de variations significatives.

Zygmont et al en 1998 (Zygmont 1998 [42]) ont comparé l'action de la paroxétine et de la nortriptyline sur le deuil traumatique (ou deuil compliqué) et constaté un effet bénéfique des deux traitements mais préconisent l'usage des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) en raison de leur meilleure tolérance par rapport aux tricycliques. Le fléchissement des scores du deuil compliqué s'explique probablement en partie par une durée de l'étude supérieure aux précédentes, 16 semaines soit plus du double.

Hensley et al en février 2009 (Hensley 2009 [43]) ont évalué l'escitalopram durant douze semaine sur un groupe de 30 personnes présentant un état dépressif consécutif à un deuil de moins d'un an, et dont une partie présentait un deuil compliqué et certaines avaient aussi un syndrome de stress post-traumatique. Le traitement a été efficace non seulement sur la dépression, mais aussi dans une certaine mesure sur le syndrome de stress post-traumatique et sur le deuil compliqué.

Bien qu'il n'existe pas de traitement spécifique au deuil notamment compliqué, les antidépresseurs sont utiles ne serait ce que pour traiter la dépression consécutive au deuil dont on sait qu'elle persiste chez 15% des endeuillés un an après le décès mais aussi – si l'on se réfère à la dernière étude de Hensley sur l'escitalopram/ ISRS- sur la réduction de la dimension anxieuse et du deuil compliqué (Hensley 2009 [43]).

Références bibliographiques

[1]

Hanus M. *Le deuil après suicide*. Paris : Maloine, 2004, 411 p.

[2]

Hanus M. Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Annales Médico Psychologiques*, 2006, vol. 164, p. 349–356

[3]

Prigerson Holly G., Maciejewski Paul K. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *British Journal of Psychiatry*, 2008, n° 193, p. 435–437.

[4]

Girault N., Fossati P. Deuil normal et pathologique. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), *Traité de Médecine*. 2008, Akos, 7-0315, 2008.

[5]

Bourdet-Loubère S. Quand l'ami(e) vient à mourir. *Enfances & Psy*, 2006, n° 31, p. 83-93

[6]

Stroebe M., Schut H., Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 2007, n° 370, p. 1960-1973

[7]

American psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*. Paris : Masson, 2003, 1065 p.

[8]

Organisation mondiale de la santé. *CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson, 1992, 305 p.

[9]

Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds 3rd CF, Shear MK, Newsom JT, et al. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry*, 1996;Vol 153,p 1484-1486.

[10]

Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*, 1997;Vol 154,p 904-910.

[11]

Melhem NM, Rosales C, Karageorge J, Reynolds 3rd CF, Frank E, Shear MK. Comorbidity of axis 1 disorders in patients with traumatic grief. *J Clin Psychiatry*, 2001;Vol 62,p 884-887.

[12]

Jacobs S, Mazure C, Prigerson HG. Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Stud*, 2000;Vol 24,p 185-199.

[13]

Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *J Affect Disord*, 2007;Vol 99,p 203-211.

[14]

Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds 3rd CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. The inventory of complicated grief: scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatr Res*, 1995;Vol 59,p 65-79.

[15]

Prigerson HG, ShearMK, Jacobs SC, Reynold 3rdCF, Maciejewski PK, Davidson JR, et al. Consensus criteria for traumatic grief.Apreliminary empirical test. *Br J Psychiatry*, 1999;Vol 174,p 67-73.

[16]

Zhang Update on Bereavement Research : Evidence based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 2006, vol. 9, n° 5, p. 1188-1204.

[17]

Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord*, 2006, Vol 92, p 117-124.

[18]

Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*, 1997;Vol 154,p 616-623.

[19]

Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens M. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*. 2004, vol. 25, n°1, p. 12-18.

[20]

Kaltman S, Bonanno GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord*, 2003, Vol. 17, p. 131-147.

[21]

Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG. An exploration of associations between separation anxiety in chidhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis*, 2006;Vol 194,p 121-123.

[22]

Vessier-Batchen M, Douglas D. Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents. *J Forensic Nurs*. 2006 Spring;2(1):25-32.

[23]

McIntosh John L., Kelly Leah D. Survivors' reactions : suicide vs other causes. *Communication présentée au 21 ème Congrès annuel de l'American Association of Suicidology*, Washington DC, 13-17 avril 1988, 29 p.

[24]

Hanus M. Le deuil après suicide. *Perspectives Psy*, 2008, vol. 47, n° 4, p. 350-358.

[25]

Sveen CA, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav.* 2008 Feb;38(1):13-29.

[26]

De Groot MH, De Keijser J, Neeleman J. Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide Life Threat Behav.*, 2006, Aug;36(4):418-31.

[27]

Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature *Perspect Psychiatr Care.* 2005 Jan-Mar;41(1):14-21.

[28]

McIntosh John L. Survivors of suicide : a comprehensive bibliography update, 1986-1995. *Omega*, 1996, vol. 33, n° 2, p. 147-175.

[29]

Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* 2004, Vol 34, p 350-362.

[30]

Szanto K, Shear MK, Houck PR, Reynolds 3rd CF, Frank E, Caroff K,et al. Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *J Clin Psychiatry* 2006;Vol 67,p 233-239.

[31]

Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer MK. Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2005 Oct;35(5):498-506.

[32]

Jordan John R. Is Suicide Bereavement Different ? A Reassessment of the Literature. *Suicide Life Threat. Behav.*, 2001, vol. 31, n° 1, p. 91-102.

[33]

Brent DA, Melhem N Familial Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 2008 June ; 31(2): 157–177.

[34]

Mann. J, Bortinger J, Oquendo BA, Currier D, Li S, Brent DA, .Family History of Suicidal Behavior and Mood Disorders in Probands With Mood Disorders. *Am J Psychiatr.* 2005; 162:1672–1679

[35]

Tsuchiya KJ, Agerbo E, Mortensen PB. Parental death and bipolar disorder: a robust association was found in early maternal suicide. *J Affect Disord.* 2005 Jun;86(2-3):151-9.

[36]

Ott C. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Stud.* 2003;Vol 27,p 249-272.

[37]

Gundel H, O'Connor MF, Littrell L, Fort C, Lane RD. Functional neuroanatomy of grief: an fMRI study. *Am J Psychiatry*, 2003; Vol 160, p 1946-1953.

[38]

O'Connor MF, Wellisch DK, Stanton AL, Eisenberger NI, Irwin MR, Lieberman MD, Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *NeuroImage* 42 (2008) 969–972

[39]

Jacobs SC, Nelson JC, Zisook S. Treating depression of bereavement with antidepressants: a pilot study. *Psychiatr Clin North Am*, 1987; Vol 10, p 501-510.

[40]

Pasternak RE, Reynold 3rd CF, Schlernitzauer M, Hoch CC, Buysse DJ, Houck PR, et al. Acute open label trial of nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 1991; Vol 52, p 307-310.

[41]

Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 1999; Vol 156, p 202-208.

[42]

Zygmont M, Prigerson HG, Houck PR, Miller MD, Shear MK, Jacobs S, et al. A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline. *J Clin Psychiatry*, 1998; Vol 59 n°5, p 241-245.

[43]

Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, Clayton PJ. Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord* 2009 Feb; 113(1-2):142-149.

Autres documents consultés

1. Agerbo E. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide of other modes of death: a gender specific study. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2005; 59(5): 407-412
2. Begley M, Quayle E. The lived experience of adults bereaved by suicide: a phenomenological study. *Crisis.* 2007;28(1):26-34.
3. Dyregrov K, Dyregrov A. Siblings after suicide--"the forgotten bereaved". *Suicide Life Threat Behav.* 2005 Dec;35(6):714-24.
4. Fauré C. Suicide d'un proche : l'impact sur l'entourage. *Perspectives Psychiatriques.* 2008 ; 47(4) : 359-364
5. Hanus M. Suicide à l'école. *L'Esprit du Temps.* 2007 ; (131) : 79-86
6. Hanus M. Les effets psychiques d'un geste suicidaire sur les proches. *Bulletin du CREAI Bourgogne.* 2002 ; (215) : 6-9
7. Melhem, N.M. ; Day, N. ; Shear, M.K. ; Day, R. ; Reynolds, C.F. ; Brent, D. Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide, *Journal of Loss and Trauma,* 2003, Vol 9, p. 21-34.
8. Mitchell AM, Wesner S, Garand L, Gale DD, Havill A, Brownson LA support group intervention for children bereaved by parental suicide. . *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2007 Feb;20(1):3-13.
9. Miyabayashi S, Yasuda J. : Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2007 Oct;61(5):502-8.
10. Myers MF, Fine C. Touched by suicide: bridging the perspectives of survivors and clinicians. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Apr;37(2):119-26.
11. Runeson B, Åsberg M. Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry.* 2003; 160(8): 1525-1526
12. Simon NM, Pollack MH, Fischman D, Perlman CA, Muriel AC, Moore CW, et al. Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry,* 2005;Vol 66,p 1105-1110.
13. Zisook S, Schuchter SR, Pedrelli P, Sable J, Deaciuc SC. Bupropion sustained release for bereavement: result of an open trial. *J Clin Psychiatry,* 2001;Vol 62,p 227-230.

Définition de l'entourage du suicidé, impact sur la vie sociale et professionnelle et état des lieux des interventions et du soutien proposés en milieu carcéral

Abdelmalik Benaouda

SOMMAIRE

Rappel des questions posées aux experts.....	2
1- L'impact du suicide sur l'entourage.....	3
1-1 Quel est l'entourage concerné.....	3
1-1-1 Entourage familial.....	4
1-1-2 Entourage professionnel et social.....	6
1-2 Quelles conséquences sur la vie sociale et professionnelle, approche sociale, collective des conséquences.....	6
1-2-1 La stigmatisation.....	7
1-2-2 Les conséquences sur la vie familiale.....	9
1-2-3 De plus grandes difficultés sociales.....	11
1-2-4 De plus grandes difficultés professionnelles.....	12
2- État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en milieu carcéral.....	13
2-1 Information et prise en charge de la famille.....	14
2-2 Information et prise en charge des codétenus.....	15
2-3 Information et prise en charge des professionnels.....	16
2-4 Situation des personnels sanitaires.....	17
2-5 Conclusion.....	17
Bibliographie.....	18
Textes cités.....	18
Textes utilisés mais non cités.....	23

Rappel des questions posées aux experts

L'impact du suicide sur l'entourage

- *quel est l'entourage concerné*
- *quelles conséquences sur la vie sociale et professionnelles, approche sociale, collective des conséquences*

État des lieux sur les interventions de soutien proposées :

- *dans le secteur médical*
médecins généralistes
urgences
cellules médico psychologiques
- *en psychiatrie*
- *dans les secteurs professionnels concernés : pompiers, gendarmes, policiers, personnels pénitentiaires, employés des pompes funèbres, personnels des institutions d'enseignement*
- *dans les associations de soutien*
- *dans les organismes d'assurance, de prévoyance, de retraite, dans les services sociaux et les administrations*

Quelles pratiques ont donné lieu à évaluation ?

Les meilleures pratiques de soutien à proposer :

- *à proximité du drame*
cellules d'urgence médico psychologiques
services médicaux d'urgence
médecins généralistes proches de la famille
associations de soutien
lieux de consultation spécialisés de proximité
soutien des professionnels impliqués
- *dans les suites*
accueil associatif
groupes de soutien
prise en charge médicale
prise en charge spécialisée

1- L'impact du suicide sur l'entourage

1-1 Quel est l'entourage concerné ?

La notion d'endeuillé après suicide n'est pas évidente en soi. La difficulté du deuil n'est pas une question indifférente à la définition de l'endeuillé. John L. McIntosh définit les endeuillés par suicide comme étant « les membres d'une famille ou les amis qui font l'expérience du suicide d'un être aimé ». [1]

La famille peut être entendue au sens étroit (famille au premier degré), c'est à dire constituée des parents, de l'époux, des frères et sœurs, des enfants, ou au sens plus large en incluant les oncles et tantes, neveux et nièces, la belle-famille du décédé.

Cette qualité d'endeuillé s'étend également aux collègues de travail, aux pairs (camarades scolaires, étudiants), aux codétenus. La prise en compte de la nature du lien familial liant l'endeuillé au décédé est essentielle pour la compréhension du deuil après suicide.

De nombreux auteurs ont suggéré que la problématique du deuil des enfants ou de frères et sœurs était différente de celle des parents et des époux (Rogers et al. 1982, cités par Barrett). [2]

Cependant, la nature du lien unissant l'endeuillé au décédé ne signifie pas tout. Il a été avancé que la perte, dans l'expérience d'un endeuillé est à peu près proportionnelle au niveau d'implication développé dans la relation avec le décédé (Wallace, 1977, cité par Barrett). [2] En fait, peu d'études empiriques ont traité de la question de la nature de relation de l'endeuillé après suicide. [3] [4]

Par ailleurs, aucune enquête épidémiologique n'a encore à ce jour été conduite pour déterminer de façon précise le nombre probable des endeuillés par suicide et leurs caractéristiques [5] [4]

Eléments démographiques :

Quoiqu'il en soit, on constate qu'un certain nombre d'études tendent à estimer le nombre d'endeuillés par suicide chaque année pour un pays donné, en se basant sur un nombre moyen estimé d'endeuillés pour un suicide. Le nombre moyen le plus fréquemment avancé, qui sert de base au calcul du nombre d'individus touchés chaque année par ce deuil, est de six endeuillés pour un suicide. Cette estimation a été faite pour la première fois par Shneidman (1969)¹, et elle ne persiste aujourd'hui que par le manque d'études épidémiologiques tendant à l'affiner ou la clarifier [1]. Il s'agit le plus souvent d'un minimum, permettant des estimations considérées comme prudentes, puisque des études donnent une fourchette de ce nombre moyen dont la borne supérieure peut aller de dix [3] à une centaine d'endeuillés pour un suicide [5]. On peut tout aussi bien évaluer à six endeuillés « directs » et vingt personnes en rapport plus indirect avec le deuil le nombre de personnes touchées par le suicide d'un proche [6].

On estime à environ 30 000 le nombre annuel de suicides aux Etats-Unis. La plupart des estimations en déduisent donc un chiffre de 180 000 endeuillés par suicide chaque année dans ce pays (et jusqu'à 300 000 si l'on considère que le nombre moyen d'endeuillés est de 10 personnes [7]). Au total, environ 3,68 millions de personnes seraient concernées par ce deuil, soit un Américain sur 68, ou 1,1% de la population américaine. (McIntosh [1], cité fréquemment).

¹ Shneidman E. S. *On the nature of suicide*. San Francisco : Kossey Bass, 1969.

Le nombre d'enfants faisant l'expérience du suicide d'un parent y serait de 60 000 chaque année (Kochanek et Hudson 1994, cités par Pfeffer) [8]

Au Royaume-Uni, en se basant sur ce nombre moyen de 6 endeuillés par suicide, chaque année, 35 000 personnes seraient touchées par le suicide d'un proche. [9]

Dans le cas de la France, le nombre de suicides annuellement enregistré est de 11 000 mais nous savons qu'il est sous-estimé de 20 à 25 % par un phénomène de sous-déclaration, et le chiffre de 12 000 suicides par an est régulièrement avancé. Selon les estimations, l'ensemble des personnes endeuillées par suicide chaque année en France dépasse les 60 000 [10], et pourrait aller jusqu'à 100 000 personnes.

1-1-1 Entourage familial

Le lien de parenté peut s'entendre au sens étroit, celui de la famille au « premier degré » (*'first degree relatives'*), c'est à dire de la famille constituée des parents proches : parents, enfants, frères et/ou sœurs, ainsi que du conjoint.

A priori, l'entourage familial joue un rôle protecteur puisque ce sont les personnes les plus isolées qui sont le plus sujettes à un risque de mort par suicide. En France, la mortalité moyenne par suicide est de 58,8 pour 100 000 décès chez les veufs, 37,3 p 100 000 chez les divorcés, 20,4 chez les célibataires contre 16,8 pour 100 000 chez les personnes mariées, alors que cette mortalité moyenne est de 17,8 pour 100 000. [6]

a. Les conjoints endeuillés par le suicide de leur époux

Le veuvage des femmes est majoritairement étudié. Les complications du deuil diffèrent selon que le survivant soit l'époux ou l'épouse.

[11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 15]

b. Les parents endeuillés par le suicide de leur enfant

Ici également, une différence semble exister selon que le parent du décédé soit le père ou la mère, les risques de complications dans le deuil étant plus grands pour la mère.

c. Les enfants endeuillés par le suicide de l'un de leurs parents

Peu d'études traitent exclusivement de cette catégorie d'endeuillés.

d. La famille plus éloignée : belle-famille, oncles et tantes, neveux et nièces

Les membres plus éloignés de la famille semblent être moins affectés par un deuil compliqué. [3]. Il n'y a pas de recherches étudiant uniquement cette catégorie.

La grande majorité des recherches se focalisent sur un groupe homogène : une seule catégorie familiale ou un seul lien social avec l'endeuillé. La plupart étudient les veuves, les parents d'enfants suicidés, les amis ou les pairs. La nécessité d'avoir des groupes de comparaison multiples fait que certaines recherches incluent plusieurs types de relations.

Il semble d'ailleurs que de combiner ensemble toutes les catégories d'endeuillés soit

inapproprié d'un point de vue statistique [1]. En outre, la qualité de la relation, la proximité avec le décédé semble aussi essentielle que la nature du lien. [4]

Une certaine homogénéité est parfois créée. Ainsi l'étude de Miyabayashi [15] où les enfants sont délibérément exclus de l'étude car il est admis qu'au Japon le deuil des enfants est toujours moins intense. Dans cette étude, les questionnaires sont renseignés par les enfants et le niveau de détresse est effectivement inférieur à celui des parents et des conjoints composant la population étudiée.

McIntosh dans sa revue d'articles, recommande que les chercheurs fournissent les informations qui indiquent avec précision le lien de parenté ou l'autre type de relation entretenue avec l'endeuillé. [1]

La nature du lien peut-être traitée comme une variable qualitative rendant compte de la complication du deuil. [3]

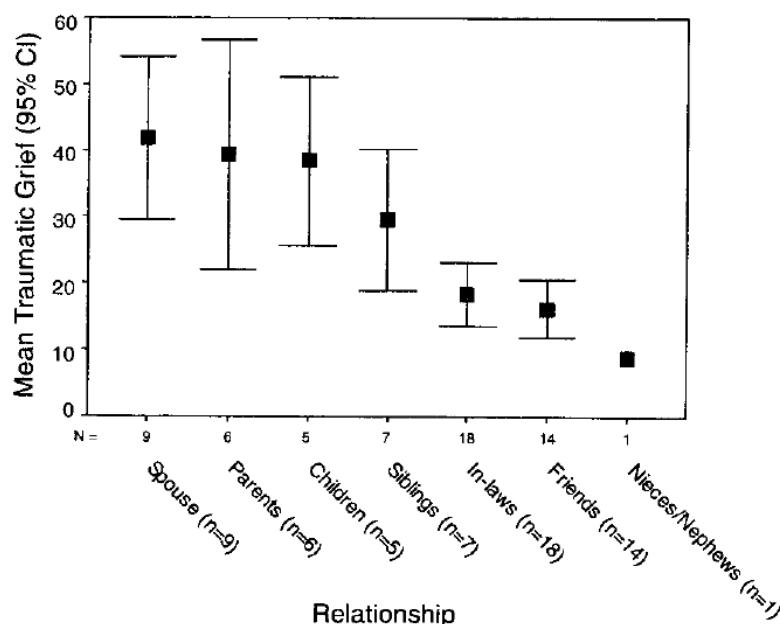


Figure 1. Means and standard errors for the ICG across seven relationship categories.

En abscisse : conjoint ; parents; enfants; frères et sœurs; amis; neveux/nièces.

Le lien de parenté joue un rôle proéminent dans tous les aspects du deuil, les parents – en particulier les mères – les veufs et les sœurs du décédé étant plus fortement affectés que la progéniture adulte, les frères et les veuves. [16]

Toutefois, on s'accorde à penser que l'attachement ressenti par l'endeuillé vis-à-vis de la victime est au moins aussi important dans l'intensité de la réponse au deuil que le type de lien relationnel. De nouvelles recherches, basées sur la force du lien autre que familial, le niveau d'attachement affectif, doivent être menées. [3]

1-1-2 Entourage professionnel et social

a. Les pairs

Il peut s'agir d'amis proches ou de connaissances, de camarades de classe, de codétenus. [3] [7] [17]

b. Les collègues de travail

Bien que les collègues de travail ne soient pas considérés comme aussi proches du décédé que la famille et les amis, la nouvelle d'un suicide peut être dévastatrice. Le décès de l'un d'eux a été décrit par certains collègues de travail comme une expérience émotionnellement aussi forte que le décès d'un membre de la famille. Mericle 1993 cité par Lynn [18]

Se pose la question d'un droit au temps du deuil pour les collègues de travail. A la différence de ce qui existe pour les membres de la famille du suicidé, ce temps n'est pas garanti pour les collègues. Ils peuvent par ailleurs se convaincre de ne pas avoir le droit de faire ce deuil du fait de la nature de leur relation avec le décédé. [18]

c. les professionnels

Il peut s'agir d'un personnel de santé endeuillé par le suicide d'un patient, d'un surveillant endeuillé par le suicide d'un détenu, de patients dont le psychothérapeute s'est suicidé et inversement d'un psychothérapeute dont le patient se donne la mort. [7] [3]

Certaines catégories semblent avoir été négligées par les recherches, telles que les membres de la fratrie, les adultes autres que les veuves, les amis proches ou bien les meilleurs amis, les personnes dont le thérapeute se suicide.

1-2 Quelles conséquences sur la vie sociale et professionnelle, approche sociale, collective des conséquences

Alors que l'existence d'un soutien par la famille ou par des amis est un facteur de protection très fort, de nombreuses études font état de difficultés d'adaptation sociale, d'une moindre cohésion familiale, d'une baisse du soutien affectif de l'entourage parmi les endeuillés par suicide (Farberow 1992², Cleiren 1993³, Séguin 1995⁴, cités par Vaiva). [6]

Le bouleversement des relations affectives et sociales caractérise le deuil après suicide. Le sujet endeuillé par suicide est pris dans une incertitude « au niveau relationnel et social, par des difficultés à s'engager dans de nouvelles relations, par un cumul de relations

² Farberow Norman R, Gallagher-Thompson S, Gilewski Michael, Thompson Larry. The Role of Social Supports in the Bereavement Process of the Surviving Spouses of Suicide and Natural Death. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 22, n° 1, Spring 1992, pp. 107-124

³ Cleiren Marc. *Bereavement after suicide compared to other modes of death*. Congrès de la International association for suicide prevention. Montréal, 1993

⁴ Séguin Monique, Lesage Alain, Kiely Margaret C. Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 25, n° 4, Winter 1995, pp. 489-498

conflictuelles avec l'entourage, par la présence de sentiments de stigmatisation, de honte, de crainte et de peur du jugement social ainsi que par d'éventuelles ruptures sociales » [19]

La théorie de la victimisation avance que les personnes en relation avec des victimes d'événements traumatisques ressentent la peur d'être frappés par un tel événement. Les membres du réseau social tendent à éviter ces victimes alors même que celles-ci auraient eu besoin de leur écoute ou de leur aide. (Jannoff-Bullman et Frieze 1983, cités par Murphy et al. [20]

En se confiant, en discutant avec des amis du décès d'un proche, les endeuillés ont tendance à moins ruminer ce décès, ce qui a des effets bénéfiques sur leur santé. Le nombre d'amis importe peu. [12]

Des recherches font état de ruptures dans les relations avec les autres (Ross, 1982 ; Whities, 1972) ou, pour ceux pour qui la rupture n'intervient pas, d'évitement dans la communication avec les autres. D'autres études empiriques font état du fait que ce n'est pas la moindre quantité des interactions sociales mais leur moindre qualité qui mène au sentiment de solitude. (Corty, Young 1981 ; et autres). L'expérience de l'isolement touche davantage les parents endeuillés par suicide que ceux endeuillés par accident, probablement parce qu'ils se sentent coupables. [21]⁵

Contra Sveen et Walby relèvent dans une revue systématique des études contrôlées [22] que parmi 6 études faisant 8 mesures de l'isolement ou la solitude, des différences significatives ont été relevées 3 fois. Le deuil par suicide étant le plus négatif de ce point de vue une seule fois.

La plupart des études mentionnent le phénomène de stigmatisation dont peuvent être victimes les endeuillés par suicide, ou en font même le point de départ des complications dans le fonctionnement social.

1-2-1 La stigmatisation

La stigmatisation est un facteur important dans les relations des endeuillés par suicide. Elle s'articule avec la culpabilité personnelle. [23]

Historiquement, le suicidé ainsi que son entourage étaient touchés par l'opprobre [24] [25], qui pouvait aller jusqu'à l'exclusion de l'entourage [26]. Reliques de ce passé, la honte, la stigmatisation, demeurent dans l'inconscient collectif. La honte mène alors, indépendamment de toute faute, à une auto exclusion. [25]

Dans une revue de la littérature scientifique analysant 30 études sur les complications du deuil après suicide, Michel Hanus relève que la stigmatisation est retrouvée dans 20 d'entre elles. Cela en fait le deuxième point le plus fréquemment relevé dans ces études, après la culpabilité (21 fois). [23]

Les études sur la perception du suicide, renforcent ici l'idée de la singularité du deuil après suicide. Les sujets soumis à des représentations fictives de parents endeuillés par suicide ou

⁵ Niveau de preuve faible

par une autre cause, tendent à donner une représentation moins avantageuse des premiers, pensant que dans leur situation, ils ressentiraient plus de honte, qu'ils auraient une plus grande responsabilité dans le décès, et souffriraient pour de plus longues périodes de dépression et de tristesse. Les endeuillés par suicide sont jugés avec sévérité, tenus pour responsables du suicide de leur proche. [27] [19]

L'âge du décédé peut faire également faire varier cette perception. Une étude de Range et al. sur les réactions du public au suicide d'un enfant a démontré que la sympathie ressentie par le public pour les parents endeuillés n'était pas indifférente à l'âge de l'enfant décédé et en déduit que le système de soutien social à ces mêmes parents, déjà globalement moins efficient pour les endeuillés par suicide, devait fonctionner encore moins bien pour les parents d'un jeune enfant que pour ceux d'un enfant plus âgé. [28]

Il a d'ailleurs été démontré que le type de lien avec le décédé influait notablement sur les modalités du deuil, les parents étant davantage sujets à la honte et à la stigmatisation, les enfants pouvant eux subir l'ostracisme des parents de leurs pairs. [19]

Ces études sur la représentation du suicide peuvent être relativisées. Calhoun et al. dans un texte de 1984 cité par Cleiren, mesurent que les représentations du suicide peuvent indiquer une plus grande tendance à la stigmatisation, mais également que la nature suicidaire du décès a un moindre impact (stigmatisation) dès lors que les personnes interrogées connaissent personnellement les endeuillés. [16]

Alice S. Demi dans un modèle conceptuel des conséquences du suicide, fait de la stigmatisation la réaction immédiate au suicide et le début d'une chaîne de causalité entraînant blâme, rupture sociale, rejet par la société et intensification de la stigmatisation, du blâme, du rejet. [29] Stigmatisés par eux-mêmes ou par les autres, les endeuillés par suicide sont moins enclins à rechercher ou à recevoir un soutien social. [14] A contrario, le soutien social apporté par d'autres endeuillés par suicide, notamment au sein d'un groupe de parole, est mieux accepté par l'endeuillé, qui se sentira plus compris par des personnes ayant une expérience similaire à la sienne. [30]⁶

Les revues de la littérature scientifique, quand bien même elles réfutent la spécificité du deuil après suicide, relèvent pour la plus grande part d'entre-elles le fait que le décès par suicide est davantage stigmatisant pour les endeuillés par suicide. Cette récurrence est relevée et mise en avant par Hanus en ce qui concerne la culpabilité. [23]

L'effet stigmatisant d'une mort par suicide déclenche une réaction en chaîne de conséquences négatives. Ces conséquences négatives deviennent des points de stress supplémentaires pour l'endeuillé, et peuvent mener à un deuil au résultat insatisfaisant. [27, 23]

Une revue systématique procédant à une analyse qualitative de 41 études quantitatives, relève que le sentiment de rejet, mesuré par six d'entre elles, est significativement plus élevé parmi les endeuillés par suicide que chez les endeuillés par une autre cause. La honte ou la stigmatisation ont été mesurées 18 fois à travers 12 études, des différences significatives étant relevées 15 fois. [22]

⁶ Etude de cas retraçant l'utilisation de la technique du groupe de parole parmi des enfants âgés de 7 à 13 ans endeuillés par suicide.

Cette revue, bien qu'infirmant la spécificité du deuil après suicide relève néanmoins la honte et la stigmatisation comme particulièrement saillantes parmi les endeuillés par suicide, ce qui peut conduire au déni de la cause réelle du décès.

Ainsi, Farberow (1991) tout en affirmant que l'idée d'une singularité du deuil après suicide est fausse pour l'essentiel, suggère que les endeuillés par suicide peuvent être sujets à de plus intenses sentiments de rejet et à des éléments de stigmatisation et de honte. [27] [22]

On a aussi constaté une tendance des endeuillés par suicide à blâmer plus de personnes pour la mort de leur proche que ne le font les autres endeuillés. [1] [27]. Cette mise en cause des autres peut être analysée comme une façon pour eux de se protéger en retournant le blâme que l'on aurait pu leur adresser. [21]

Séguin, Kiely, Lesage (1995) expliquent que les endeuillés par suicide sont confrontés à une interaction de facteurs sociaux et psychologiques, qui les rend plus vulnérables aux perceptions d'être punis ou rejetés et aux sentiments que les autres les perçoivent comme ayant été rejetés. [31]

Les endeuillés par suicide tendent à dissimuler leur chagrin. Dunn et Morrish-Vidners (1987), cités par Ellenbogen et Gratton [27], ont noté que le suicide provoquait de profonds changements pour ceux laissés derrière. Les endeuillés souffrent d'un manque de compréhension de la part de leur réseau de soutien et ont tendance à blâmer une autre personne que la victime pour sa mort. Ce trouble profond les affecte également au niveau des relations sociales.

Additionnés, la stigmatisation et les normes sociales entourant le suicide, créent des barrières qui affectent la possibilité offerte aux endeuillés d'atteindre un soutien social ou les services médico psychologiques. [5]

Dans sa revue de littérature, Sveen relève que le soutien social a été mesuré 27 fois, à travers 17 recherches. Des différences significatives ont été relevées 15 fois entre le suicide et les autres modes de décès. [22]

Le deuil, indépendamment cette fois de la perception extérieure du suicide par la société, a également des incidences sur le fonctionnement interne de la famille.

1-2-1 Les conséquences sur la vie familiale

La singularité du suicide sur les autres formes de deuil tient à ce que des facteurs tels que l'anticipation de la mort, le fonctionnement de la famille, et la qualité de la relation puissent varier considérablement [27] ce qui peut impliquer des conséquences contradictoires.

Des difficultés familiales pouvaient être préexistantes. Une étude fait état de la fréquence des perturbations familiales et de la discorde parentale avant même le suicide de l'enfant. [32]⁷. Séguin, Kiely et Lesage font également état de relations familiales conflictuelles antérieures au suicide. [31] Si toutefois le deuil après suicide a un impact négatif évident sur le

⁷ Niveau de preuve faible, n=7, biais de sélection induit par la tendance des maris à décider pour le couple: refus plus fréquent des hommes d'être sollicités.

fonctionnement de ces familles fragiles, il pèse également sur celui de familles sans grandes difficultés. [23]

Il a été démontré qu'en plus de difficultés à communiquer avec les autres, les membres d'une famille endeuillée par suicide étaient souvent incapables de communiquer facilement entre eux. [21] [33]

Par ailleurs, le suicide « met à l'épreuve les liens familiaux puisque des différences quant au rythme et aux modalités de réactions de deuil peuvent engendrer des tensions importantes au sein de la famille ». [19]

Chez les enfants endeuillés par suicide, le décès du membre de la famille est associé à des séquelles immédiates telles qu'une perturbation accrue du fonctionnement familial avec la perte de la stabilité économique et de la disponibilité pratique et affective du ou des parents endeuillés. [8]

Demi constate dans une recherche que l'adaptation au rôle parental est de façon surprenante meilleure chez les veuves endeuillées par suicide que chez les endeuillées par accident. On peut l'expliquer par l'état mental de leur époux antérieurement à son suicide, qui les aurait par avance conduit à assumer seules l'éducation des enfants mais plus certainement par le fait qu'ainsi elles compensent, tel qu'elles le perçoivent, leur échec en tant qu'épouse par un surinvestissement dans leur rôle de mère. [29]

Dans cette même étude, l'auteur dégage le fait que l'adaptation des veuves à leur rôle au sein de la famille étendue n'était pas moins satisfaisante chez les veuves endeuillées par suicide. Cependant, un point était notablement différent : les veuves endeuillées par suicide montraient une plus grande dépendance à leur famille étendue. Elles entretenaient peu de relations en dehors de la famille et avaient tendance à demander à celle-ci de les protéger et de prendre les décisions à leur place, avec pour limite à cette constatation l'existence d'une plus forte dépendance économique chez ces veuves. [29]

Contra Séguin et al. 1994 dans une étude comparative du deuil parental après suicide et accident : le groupe des parents endeuillés par suicide comparé à celui des parents endeuillés par accident avait moins recours à la famille proche ou étendue pour chercher du soutien mais comptait davantage sur des ressources extérieures telles que les collègues de travail. [31]

Si ces parents endeuillés par suicide insistaient sur leur désengagement et sur le vide qu'ils ressentaient au sein de leur famille, puisque ses membres « dérivaient les uns des autres », le suicide n'a pas un impact nécessairement négatif sur toutes les familles. Parmi les parents endeuillés par suicide cet impact positif peut être expliqué par le calme revenu dans leur famille du fait de ne plus avoir à se soucier en permanence d'un enfant souffrant dans la plupart des cas d'une maladie mentale. [31]

Selon les cas, le suicide peut même mener à un resserrement des liens familiaux, la communication et la proximité ayant plus de chances de s'améliorer que de se détériorer, selon Rudestam 1977⁸, cité par Ellenbogen et Gratton [27], et être un profond facteur d'union au sein de la famille. [25]

Le suicide d'un enfant peut être néanmoins vécu par la fratrie comme un désaveu du système

⁸ Rudestam Kjell Erik. Physical and Psychological Responses to Suicide in the Family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, vol. 45, n° 2, pp. 162-170

éducatif des parents. Ces derniers « se retrouvent parfois à osciller entre une attitude trop permissive vis-à-vis des autres enfants, si de leur point de vue, ils s'étaient montrés auparavant trop stricts, ou au contraire à adopter une position trop rigide, s'ils estiment ne pas avoir assez donné de cadre ou de limites à l'enfant disparu ». [25] En outre, ils peuvent être moins accessibles émotionnellement à leurs enfants. [19]

La famille peut se retrouver complètement déséquilibrée, ayant perdu le sentiment de « la sécurité fondamentale » ou de façon ambivalente comme noté plus haut dans l'étude de Séguin et al., soulagée de ne plus avoir à faire face à la détresse psychique du proche. [25]

Les incidences sur le couple parental de la perte d'un enfant par suicide, notamment quant à la culpabilité ou aux reproches posent des enjeux spécifiques n'existant pas dans les autres types de deuils. [25]

1-2-3 De plus grandes difficultés sociales

Dans sa revue systématique d'études contrôlées, Sveen relève que l'adaptation sociale, le fonctionnement de la famille ou le comportement des enfants, ont été mesurés 20 fois à travers 8 études. Des différences significatives n'ont été trouvées que 5 fois. [22]

Dans son étude comparative, Demi infirme l'hypothèse selon laquelle les veuves endeuillées par suicide feraient preuve dans l'ensemble d'une adaptation sociale générale moins satisfaisante que d'autres endeuillées par une mort soudaine. Les veuves endeuillées par suicide ne seraient pas non plus victimes d'une plus grande stigmatisation ou d'un plus grand isolement social que les autres endeuillées par suicide. Cependant, leurs scores sont inférieurs sur 9 des 11 items de la Social-Leisure subscale qui mesure le fonctionnement social. [29]. Egalement [16].

Dans le même sens, Barrett et Scott, dans une recherche publiée en 1990, comparant les réactions d'un groupe d'endeuillés par suicide à celles d'un groupe d'endeuillés par une mort naturelle, deux à quatre ans après le décès de leur conjoint. Cette recherche indique que si les réactions au deuil des premiers sont bien spécifiques, des similitudes existent là où elles n'étaient pas attendues. Ainsi, les sentiments de culpabilité, la perte des soutiens interpersonnels ne sont pas plus présents parmi les endeuillés par suicide. [2]

L'étude de Cleiren ne relève pas de différence significatives entre le deuil par suicide et le deuil par d'autre types de mort : les endeuillés par suicide montrent d'une plus grande amélioration de leur *fonctionnement social* que les autres (le stade de départ n'étant pas identique) mais l'*intégration sociale* ne semble pas corrélée avec la nature du deuil. Se sentant au début de celui-ci un peu plus isolés que les autres endeuillés, les endeuillés par suicide au bout de 14 mois ne présentent plus à cet égard aucune différence. L'auteur nuance ces résultats par le fait que la désapprobation sociale du suicide et les réactions de stigmatisation et de rejet vis-à-vis des endeuillés, peuvent dépendre de spécificités socioculturelles (Etude menée aux Pays -Bas) [16]

Contra

Pour De Groot et al. (2006) les endeuillés par suicide montrent d'un moins bon fonctionnement social, ce qui corrobore l'idée selon laquelle il est plus difficile après un

suicide de discuter de la mort ou de chercher du réconfort, ce qui peut mener à un faible soutien social. [14]

Pfeffer et al. dans une recherche datant de 1997, font ressortir un moins bon niveau d'adaptation sociale parmi les enfants récemment endeuillés par suicide. [8]⁹

En ce qui concerne l'isolement social, la viduité apparaît comme plus étant plus difficile pour l'homme, la femme étant souvent dans le couple, le point d'entrée du réseau social.

1-2-4 De plus grandes difficultés professionnelles

Demi [29] constate que les veuves endeuillées par suicide ne montrent pas de différence significative dans leur adaptation professionnelle par rapport aux autres veuves endeuillées par mort soudaine. Mais il faut dire que les études ne traitant pas du suicide d'un collègue, telles que celle-ci, font assez peu référence à l'inadaptation professionnelle mais se focalisent davantage sur le champ des relations amicales ou familiales.

Ces conduites d'évitement, corrélées parmi les surveillants de prison endeuillés par le suicide d'un détenu, à l'écart entre le niveau de soutien attendu et le niveau de soutien effectivement perçu, concourent au 'nourrissement des conflits'¹⁰ tel que décrit par Lifton 1967, cité par Lynn. [18]

En outre, les collègues de travail endeuillés peuvent craindre une action disciplinaire si leur productivité est affectée. [18].

⁹ Limites : faible taille de l'échantillon : 22 enfants ou 16 familles, biais par effet du mode de sélection.

¹⁰ 'Nurturance conflicts' dans le texte.

2- État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en milieu carcéral, chez les pompiers gendarmes et policiers

En l'absence de littérature disponible traitant de la *postvention* chez les pompiers, gendarmes et policiers nous nous attacherons à décrire les interventions de soutien proposées en milieu carcéral.

Quelques études récentes démontrent que les endeuillés sont en demande à la fois d'un soutien formel (institutionnel) et informel (du réseau social). Provini et al. 2000, cités par Dyregrov [34] et Vessier-Batchen, Douglas [26] avancent que l'intervention en milieu professionnel était le type d'aide le plus fréquemment demandé par les endeuillés par suicide. Cette préférence est étayée par d'autres études comme étant symptomatique de l'échec du soutien assumé par le réseau social. [34]

La prise en charge précoce des travailleurs endeuillés permet d'éviter le refoulement d'émotions qui peuvent mener à des dysfonctionnements dans le service. [18]

Dans le milieu carcéral, la victime du suicide peut être un détenu ou un surveillant (ou tout autre personnel pénitentiaire). Ne disposant pas de littérature concernant la prise en charge des effets du suicide d'un surveillant, nous ferons état de la littérature traitant du deuil après le suicide d'un détenu.

La France connaît une situation singulière en Europe en matière de suicide avec un taux de suicide supérieur à la moyenne européenne tant en milieu carcéral que dans la population générale. Le taux de mortalité s'élève à 17 pour 100 000 habitants dans la population générale. En milieu carcéral, le taux de suicide n'a cessé d'augmenter pour atteindre un maximum en 1996 de 24,4 pour 10 000¹¹ personnes écrouées. À partir de 2003, ce taux diminue sensiblement. En 2008, ce taux était de 17,2 pour 10 000. La sursuicidité carcérale corrigée est de l'ordre de 6,5 à 7. À structure de population équivalente (âge et sexe) et une fois tenu compte de la sous-déclaration existant dans la population générale, le risque de suicide y est 6,5 à 7 fois plus important que parmi la population générale. Cependant, ces taux sont calculés par rapport à la population générale, qui ne cumule pas autant de facteurs de fragilité que la population détenue. [35] [36]

L'entourage du détenu décédé en milieu carcéral

L'entourage du détenu décédé est constitué de sa famille, de ses codétenus, des personnels pénitentiaires et sanitaires ainsi « que toutes les personnes ayant eu un lien de proximité avec le détenu décédé ». Il s'agit « tant des personnels de l'Education Nationale, que des aumôniers, les bénévoles, ou des intervenants » [36]. La qualité du surveillant comme membre de l'entourage ne fait aucun doute. Bien que le lien entre surveillants et détenus soit le plus souvent une relation de pouvoir, il est admis que les surveillants ont plus tendance à être affectés qu'indifférents au suicide d'un détenu. [37]

¹¹ Le taux de suicide en détention est généralement exprimé pour **10 000** personnes écrouées (à la différence du dénominateur utilisé pour la population française dans son ensemble qui est exprimé pour **100 000** habitants).

2-1 Information et prise en charge de la famille

La circulaire du 29 mai 1998 [38], relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires, rappelle le rôle du chef d'établissement dans l'information de la famille du décès du détenu (D.427 code de procédure pénale). La fiche d'écrou porte la mention des personnes à prévenir (famille ou autres), mais il peut s'agir de toute autre personne que le chef d'établissement estime important de prévenir.

L'information est délivrée à la famille au moyen du téléphone, ce qui a pour inconvénient de ne pas permettre au chef d'établissement de connaître précisément sa vulnérabilité. [10] Il est donc suggéré qu'en cas de doutes sur la réaction de la personne à prévenir (fragilité, accumulation de mauvaises nouvelles) il puisse être opportun de recourir aux forces de police ou de gendarmerie.

La circulaire du 26 avril 2002 [39], relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires, décrit de façon assez détaillée la procédure que doit suivre le chef d'établissement. Au cours de la conversation téléphonique, il relate les faits, et propose systématiquement aux proches une entrevue dans les meilleurs délais (si possible le lendemain, le lundi si le suicide est survenu un week-end). En cas de non acceptation immédiate par la famille, il doit l'inviter à reprendre attache avec lui pour prendre un rendez-vous ultérieur, en insistant sur l'importance de cette rencontre. Dans la pratique, cette rencontre est proposée systématiquement dans 76,1 % des cas. [40]

Dans les faits, l'attitude hostile de la famille vis-à-vis du chef d'établissement ou de l'Administration pénitentiaire, ou bien ses motivations (récupérer les biens et l'argent du décédé) peuvent cependant constituer un obstacle à cette rencontre. [41]

Lors de cette entrevue le chef d'établissement ne doit pas être seul mais doit s'associer un personnel de surveillance et un membre du service pénitentiaire d'insertion et de probation afin d'étayer un discours pouvant paraître trop officiel par des témoignages directs concernant la vie du détenu. Le personnel d'insertion et de probation est associé à l'entretien dans 56,9 % des cas. [40]

Il a été suggéré que le chef d'établissement, tout comme le conseiller d'insertion et de probation qui est présent lors de cette rencontre, devrait pouvoir bénéficier d'une formation à l'annonce d'un deuil. Ces formations qui existent dans certaines directions interrégionales devraient être généralisées. [36]

À l'issue de cette entrevue, le directeur de l'établissement doit systématiquement proposer aux proches de rencontrer un médecin psychiatre, un médecin ou un psychologue rattachés à l'établissement. [39]

Il est constaté que cette rencontre est insuffisamment proposée. [36] Elle ne l'est que dans 36 % des cas. [40]

La visite par la famille de la cellule du détenu peut également faciliter le travail de deuil et contribuer à dissiper toute ambiguïté quant aux causes réelles du décès (souci de transparence). Cette visite, bornée par l'impératif de préserver l'ordre public au sein de l'établissement est cependant proposée dans 53,3 % des cas. [40]

La possibilité pour la famille d'entrer en communication avec le ou les codétenus qui partageaient la cellule du défunt n'est pas favorisée par la circulaire de 2002. Le nom de ces codétenus ne peut être divulgué à la famille. Si cette rencontre venait à être sollicitée par l'un des codétenus, l'avis d'un médecin psychiatre doit être pris préalablement et les règles relatives aux visites ne sauraient être pour autant méconnues.

Terra suggère qu'une rencontre puisse aussi avoir lieu avec les médecins qui ont pris en charge le décédé, cette rencontre pouvant avoir pour effet positif de favoriser le deuil des professionnels. [10]

Il propose également que le rôle de la médecine légale soit renforcé puisque l'autopsie doit être systématiquement ordonnée et qu'une rencontre avec le médecin légiste pourrait être proposée à la famille. Les services de médecine légale devraient devenir conformément aux préconisations du rapport sur le suicide en France du 6 juillet 1993 (Conseil économique et social) « le lieu où le suicide pourrait commencer à se dire en permettant à ceux qui restent de rencontrer un praticien compétent et sensibilisé à toutes les répercussions humaines de cette mort provoquée par le sujet ». [42]

Terra préconise que le soutien offert aux familles endeuillées après suicide d'un détenu le soient dans un cadre national, à créer, qui viserait à accompagner les plus de 60 000 endeuillés de ce type chaque année en France. [10]

2-2 Information et prise en charge des codétenus

S'agissant du codétenu, le suicide du compagnon de cellule engendre deux épreuves, la mort en elle-même et l'interrogatoire de police qui s'ensuit. [43]

En détention, le suicide d'un détenu peut avoir des conséquences graves. Il est nécessaire d'éviter que ce suicide n'entraîne des réactions violentes de la part des co-détenus, ou bien encore d'autres suicides par contagion. [41] [36]. Pour Terra, la prévention du suicide par contagion est un objectif encore trop peu développé. [10]. Dans la pratique, le ou les co-cellulaires sont pris en charge dans 77,2 % des cas et le changement de cellule du co-détenu partageant la cellule du suicidé est systématique dans les établissements pénitentiaires. [35]

Le rapport sur la prévention du suicide de 1996 préconise l'information des codétenus de la possibilité qu'ils ont de bénéficier d'un soutien psychologique individuel ou éventuellement de bénéficier d'un groupe de parole. [43] Le rapport Albrand développe cette préconisation de la mise en place de groupes de parole à destination des codétenus. Ces groupes seraient animés par les personnels de santé et pénitentiaires et supervisés par des psychiatres ou psychologues. [36].

La circulaire de 1998 prévoit que les codétenus fassent l'objet d'un signalement systématique auprès du responsable de l'équipe médicale de l'établissement pour que soient mis en place un suivi psychologique et une prise en charge socio-éducative. [38] Dans les faits, ce signalement est systématique dans 74,6 % des cas. [40]

Le rapport Albrand propose également que soit rendu obligatoire l'entretien du codétenu de la personne suicidée avec le chef d'établissement ou son représentant. [36]. Dans la pratique, le ou les co-cellulaires sont reçus dans 78,2 % des cas par le chef d'établissement ou un gradé. [40]

Aux Pays-Bas, on informe les co-détenus au cours d'une réunion, ce qui permet d'éviter les rumeurs et de prêter attention aux réactions individuelles et de groupe. Eventuellement une cérémonie d'adieu ou une visite de la cellule peuvent être organisées. [44]

Au Québec, la prise en charge peut consister en une aide psychologique au travers d'activités individuelles ou collectives. [45]

2-3 Information et prise en charge des professionnels

Le personnel devant pouvoir bénéficier de la postvention est celui qui a « fait partie de la situation » [43] ou qui a eu à « connaître directement d'un acte de suicide ou de la personne du suicidé » [38]

Cette prise en charge est d'autant plus nécessaire que l'environnement carcéral, à l'instar de celui de la police ('syndrome John Wayne') véhicule certaines valeurs machistes qui rendent inapproprié pour le surveillant le fait de dévoiler ses angoisses, ce qui entraîne un certain isolement vis-à-vis des collègues. [37]

Wright et al. dans une étude datant de 2006, et concernant 49 surveillants endeuillés par le suicide d'un détenu en Angleterre et Pays de Galles, montrent que 36,7 % d'entre eux présentent des symptômes de stress post-traumatiques élevés, mais que paradoxalement ces derniers étaient plus enclins à se faire aider et moins disposés à utiliser l'évitement. [37]

Dans la pratique, la très grande majorité des établissements pénitentiaires français propose un soutien psychologique aux personnels. Ce soutien est systématiquement proposé dans 83,5 % des cas, le psychologue ou le médecin de prévention se déplaçant dans 66,5 % des cas. [40]

Prise en charge “collective” des professionnels

La circulaire de 1998 suit certaines des préconisations formulées par le rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire de mai 1996. Ce dernier suggère que l'on permette aux professionnels qui ont fait partie de la situation de trouver un lieu de parole. Il propose que ce lieu de parole prenne la forme d'un débriefing. [43]

Au Québec, la prise en charge des personnels est systématique puisque les personnels sont convoqués obligatoirement pour des séances de “désamorçage” et “désensibilisation”. [45]

Il a toutefois été suggéré que le débriefing puisse paradoxalement produire de l'angoisse chez des sujets qui n'en auraient pas développé sans cela. Bisson, 1997 cité par Wright et al. [37]

Le rapport de 1996 sur la prévention du suicide propose que la supervision du débriefing soit confiée à des personnes volontaires dites « personnes-ressources » mobilisables dans les 72 heures suivant l'événement par la direction régionale de l'Administration pénitentiaire. Le référent dans le cadre d'un suivi à plus long terme pourrait proposer aux personnes concernées de refaire le point. [43]

Ce n'est pas cette solution qui a été retenue, puisqu'en 2001 ont été créés des postes de psychologues affectés au soutien du personnel pénitentiaire. Les rencontres individuelles ou collectives entre les personnels touchés et les psychologues sont toutefois fondées sur le volontariat.

La probabilité de réactions compliquées au deuil, pouvant varier d'un individu à l'autre, est envisagée par la circulaire de 1998.

Cette dernière prévoit qu'à l'initiative du directeur régional de l'Administration pénitentiaire, peut être organisée une séance d'écoute et de dialogue sous la direction d'un psychologue. Cette séance est un lieu de dialogue et d'écoute, confidentielle et garantie par le secret professionnel. Elle doit être organisée dans les 3 à 4 jours au maximum suivant l'événement (suicide ou TS). Elle est animée par les psychologues des directions régionales de l'Administration pénitentiaire, qui ont l'avantage d'être à la fois proches et éloignés de

l'événement, ou en cas de besoin par des psychologues cliniciens préalablement formés à ce type d'intervention. [38]

Il est suggéré par le rapport Albrand que le débriefing soit organisé en deux temps :

- un débriefing immédiat qui atténuerait le choc émotionnel de l'instant et le sentiment de culpabilité des agents
- un second débriefing intervenant dans le mois suivant le décès, plus « professionnel » ayant pour but de permettre aux agents et partenaires qui suivaient la personne détenue décédée d'échanger ensemble afin d'améliorer le dispositif de prévention du suicide au sein de l'établissement.

Ce second débriefing réunirait tous les personnels et partenaires ayant suivi la personne décédée, ainsi que les agents ayant découvert le détenu. [36]

Suivi individuel des personnels pénitentiaires

Le rapport du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral met davantage l'accent sur la nécessité d'une prise en charge individuelle, et exclut qu'au-delà du débriefing soient mis en place de façon pérenne des groupes de paroles réunissant des endeuillés après suicide. Cette prise en charge individuelle n'est pas systématisée, la personne ayant vécu un tel traumatisme doit elle-même solliciter ce soutien individuel. Toutefois une « intervention de crise peut être menée auprès d'un professionnel particulièrement déstabilisé par l'événement ». [35]

Terra suggère également qu'une rencontre de la famille avec les médecins qui ont pris en charge le détenu décédé puissent aider ces derniers en tant qu'endeuillés professionnels. L'appui extérieur d'associations spécialisées dans le soutien des endeuillés est également envisageable. [10]

2-4 Situation des personnels sanitaires

Le soutien psychologique apporté à ces personnels ne dépend pas de l'Administration pénitentiaire mais repose sur l'offre de leur établissement de santé de référence. En dehors du soutien psychologique qui peut être fourni, selon la pratique adoptée par l'établissement de santé, en réponse à la pénibilité et à l'usure induites par le travail au sein d'un établissement pénitentiaire, rien ne semble indiquer l'existence d'une procédure de postvention standard. [10] N'étant pas en première ligne lors de la découverte du suicide, les personnels sanitaires, et les infirmières notamment, ne sont pas toujours pris en charge par leur autorité de tutelle. [36]

2-5 conclusion

Le rapport Albrand de mars 2009 constate qu'en matière de postvention, cinq ans après le rapport de J.L. Terra, des progrès notables ont été accomplis, la très grande majorité des établissements prenant en compte cette postvention, notamment dans le but de limiter le phénomène de contagion. [36]

Bibliographie

Textes cités

1.

John L. McIntosh. Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 23(2), Summer 1993 pp.146-161

2.

Terence W. Barrett, Thomas B. Scott. Suicide Bereavement and Recovery Patterns Compared with Nonsuicide Bereavement Patterns. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; Vol. 20(1); spring 1990; p.1-15

3.

Ann M. Mitchell, Yookyung Kim, Holly G. Prigerson, Marykay Mortimer-Stephens. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis* 2004; Volume 25(1); p.12-18

4.

John L. McIntosh. Survivors of suicide: a comprehensive bibliography update, 1986-1995. *Omega*, 1996, vol. 33(2)147-175

5.

Julie Cerel, Frank R. Campbell. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 38(1), February 2008 pp.30-34

6.

Guillaume VAIVA. Les suicidants et leur entourage familial. *Perspectives Psy*; Volume 47; N°4; octobre-décembre 2008 p330-334

7.

Ann M. Mitchell, Yookyung Kim, Holly G. Prigerson, Marykay Mortimer-Stephens. Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 35(5), October 2005 pp.499-506

8.

Cynthia R. Pfeffer, Patricia Martins, Jackie Mann, Mary Sukenberg, Amy Ice, Joseph P.Damore, Cornelia Gallo, Ilana Karpenos, Hong Jiang. Child survivors of suicide: psychosocial characteristics. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 36: 1, janvier 1997, p. 65-74.

9.

Catriona McDaid, Rebecca Trowman, Su Golder, Keith Hawton, Amanda Sowden. Intervention for people bereaved through suicide: systematic review. *Brit. J. of Psychiatry* n°193; 2008; p.438-443.

10.

Jean-Louis TERRA. *Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention.*

Rapport de mission, Ministère de la justice, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, décembre 2003, 234 p. En ligne :
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=034000724&brp_file=0000.pdf

11.

Marieke De Groot, Jos De Keijser, Jan Neeleman, Ad Kerkhof, Willem Nolen et Huibert Burger. Cognitive behaviour therapy to prevent controlled trial bereaved by suicide: cluster randomised complicated grief among relatives and spouses. *BMJ* 2007; 334; 994; publié en ligne; 20 avril 2007.

12.

James W. Pennebaker, Robin C. O'Heeron. Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental-death victims. *Journal of Abnormal Psychology* 1984, Vol.93, N°4, p. 473-476

13.

Onja T. Grad, Anka Zavasnik. Similarities and differences in the process of bereavement after suicide and traffic fatalities in Slovenia. *Omega*, Vol.33 (3); 1996; p.243-251.

14.

M-H De Groot, J. De Keuser, J. Neeleman. Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; Vol. 36(4); August 2006; p.418-431

15.

Sachie Miyabayachi, Jin Yasuda. Effects of loss from suicide, accident, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatric and Clinical Neurosciences* (2007); n°61; p.502-508.

16.

Marc Cleiren, René Diekstra, J.F.M Kerkhof, Jan Van Der Wal. Mode of death and kinship in bereavement: focusing on "who" rather than "how". *Crisis* Volume 15/1; 1994

17.

Nadine M. Melhem, Nancy Day, Katherine Shear, Richard Day, Charles F. Reynolds III, David Brent. Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Psychiatry* 2004; n°161; p.1411-1416.

18.

Cynthia W. Lynn. When a coworker completes suicide. *AAOHN Journal*, novembre 2008 ; Vol. 56 ; N° 11 ; p459-469.

19.

M. Seguin, D.-A. Castelli-Dransart. Le deuil suite à un suicide: symptomatologie et choix d'intervention ; Elsevier Masson SAS, Paris ; Psychiatrie ; 37-500-A-50 ; 2007, 8 p.

20.

Shirley A. Murphy, Janet Lohan, Tom Braun, L. Clark Johnson, Kevin C. Kain, Randal D. Beaton, Robert Baugher. Parents' health, health care utilization, and health behaviors

following the violent death of their 12-To 28-year-old children : a prospective longitudinal analysis. *Death Studies*; n° 23; p.589-616; 1999.

21.

Roslyn Sandra Kovarsky. Loneliness and disturbed grief: a comparison of parents who lost a child to suicide or accidental death. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. III, No. 2, avril 1989: p. 86-96

22.

Carl-Aksel Sveen, Fredrik A. Walby. Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of Controlled Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 38(1); Fév. 2008; p.13-29.

23.

Michel Hanus. Le deuil après suicide est-il particulier ? In : *Le deuil après suicide* (chapitre 15), Paris : Maloine, 2004, p. 263-276

24.

Amy E. Latham, Holly G. Prigerson. Suicidality and Bereavement: Complicated Grief as Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk for Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 34(4), winter 2004; p. 350-362

25.

Christophe FAURÉ. Suicide d'un proche: l'impact sur l'entourage. *Perspectives Psy*; Volume 47; N°4; octobre-décembre 2008 p359-364

26.

Melissa Vessier-Batchen and Dianna Douglas. Coping and Complicated Grief in Survivors of Homicide and Suicide Decedents. *Journal of Forensic Nursing*; Vol. 2; n° 1; spring 2006; p. 25-32

27.

Stephen Ellenbogen, Francine Gratton. Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to others survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 31(1); spring 2001; p. 83-90

28.

Lillian M. Range, Pamela S. Bright, Paul D. Ginn. Public reactions to child suicide: effects of child's age and method used. *Journal of Community Psychology*; Vol.13; Juil. 1985; p. 288-294.

29.

Alice S. Demi. Social adjustment of widows after a sudden death: suicide and non-suicide survivors compared. *Death Education*, 8 (Suppl.) 1984; p. 91-111

30.

Ann M.Mitchell. A support group intervention for children bereaved by parental suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*; Fév. 2007; p. 3-13

31.

Monique Séguin, Alain Lesage, Margaret C. Kiely. Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 25(4), Winter 1995 p. 489-498

32.

Chapitre de livre

H. L. P Resnik. *Psychological resynthesis: a clinical approach to the survivors of a death by suicide*. In : Cain A. C. *Survivors of suicide*. 1972, p. 167-177

33.

Jannette M. McMenamy, John R. Jordan and Ann M. Mitchell. What do Suicide Survivors Tell Us They Need? Results of a Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* ; Vol. 38(4) ; Août 2008 p. 375-389

34.

Kari Dyregrov. Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies*; 2002, n° 26; p. 647-668

35.

Rapport du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral. Version 1- Février 1999 DAP

36.

La prévention du suicide en milieu carcéral. Commission présidée par le docteur Louis Albrand. Rapport de la Commission Albrand. Mars 2009.

37.

L. Wright, J. Borrill, R. Teers, T. Cassidy. The mental health consequences of dealing with self-inflicted death in custody. *Counselling Psychology Quarterly*, juin 2006, Vol. 19 Issue 2, p.165-180.

38.

Circulaire du 29 mai 1998, relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires. NOR JUSE 98 400 34 C

39.

Circulaire NOR JUSE 02 400 75C/Santé-DGS 2002/258 du 26 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires. Bulletin officiel du Ministère de la Justice, n°86 (1^{er} avril – 30 juin 2002). En ligne : <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dap86a.htm>

40.

La prévention du suicide en milieu carcéral. Commission présidée par le docteur Louis Albrand. Rapport de la Commission Albrand ; Mars 2009 ; Annexes ; Annexe B : Enquête auprès des DISP et des établissements pénitentiaires sur l'application des dispositifs de prévention du risque suicidaire. Novembre 2008 ; p171-172.

41.

Magaly Selliez. *Mourir en prison: Prévention et postvention, des textes à la réalité carcérale.* Mémoire de Master 2 de recherche. Université de Lille (2007-2008) ; p73-88

42.

Debout Michel. *Rapport sur le suicide en France.* Conseil économique et social, 6 juillet 1993, 71 p.

43.

Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. Sous Direction de l'Exécution des Décisions Judiciaires ; Mai 1996; p. 58-65

44.

Rapport de la mission d'étude des dispositifs étrangers de prévention du suicide en milieu carcéral ; Mars 2001 ; p. 20-21

45.

Maud Guillonneau. *Suicides et dispositifs de prévention du suicide dans différents pays européens et d'Amérique du Nord* ; DAP-PMJ1 2000

Textes utilisés mais non cités

46.

Michel Hanus. « Les particularités du deuil après suicide». *Le deuil après suicide*, chapitre 16 ; p. 277-289

47.

Prigerson, Holly. Complicated grief when the path of adjustment leads to a dead end. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, juillet 2005, Vol. 5, Edition 3.

48.

Margaret Shandor Miles, Alice Sterner Demi. A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident or chronic disease; *Omega* Vol. 24(3); p. 203-215.

49.

Christabel Owens, Helen Lambert, Keith Lloyd et Jenny Donovan. Tales of biographical disintegration: how parents make sense of their sons' suicides. *Sociology of Health & Illness*; Vol.30; N°.2 2008, p. 237-254

50.

Alfred Herzog, H.L.P Resnik. A clinical study of parental response to adolescent death by suicide with recommendations for approaching the survivors. *Brit. J. social Psychiatry* 3; 1969, p. 144-152

51.

Esben Agerbo. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death a gender specific study. *J Epidemiol Community Health* 2005; n° 59; p. 407-412

52.

Karmel Tall, Kairi Kolves, Merike Sisask, Airi Varnik. Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide? Findings from the psychological autopsy in Estonia. *Drug and Alcohol Dependence* 95 (2008) 129-133

53.

Jay Callahan. Predictors and Correlates Bereavement in Suicide Support Groups Participants. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; Vol. 30(2); Summer 2000; p.104-124

54.

David A. Brent, Grace Moritz, Jeff Bridge, Joshua Perper, Rebecca Canobbio. The impact of adolescent suicide on siblings and parents: a longitudinal follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; Vol. 26(3); fall 1996; p.253-259

55.

Arthur S. Kraus, and Abraham M. Lilienfeld. Some epidemiologic aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *J. Chron. Dis.*; Septembre 1959

56.

Jean-François Allilaire. Après le suicide: l'entourage entre crise et accompagnement (Avant Propos). *Perspectives Psy*; Volume 47; N°4; octobre-décembre 2008 p319-320

57.

Jean-Louis Terra, Michèle Pacaut-Troncin. Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide: convergences et spécificités. *Perspectives Psy*; Volume 47; N°4; octobre-décembre 2008 p321-329

58.

N. Girault, P. Fossati. Deuil normal et deuil pathologique. Deuil normal et pathologique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) ; Traité de Médecine Akos ; 7-0315 ; 2008.

59.

Kathleen M. Kirwin and Vanya Hamrin. Decreasing the Risk of Complicated bereavement and Future Psychiatric Disorders in Children. *JCAPN* Volume 18; N° 1; Janvier –Mars ; 2005 p.62-78

60.

Per LINDQVIST, Lars JOHANSSON and Urban KARLSSON. In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry* 2008 ; 8:26

61.

Maurizio Pompili, David Lester, Eleonora De Pisa, Antonio Del Casale, Roberto Tatarelli, Paolo Girardi. Surviving the suicides of significant others.A case study. *Crisis* 2008; Vol. 29(1) ; p. 45-48.

62.

Margaret Stroebe, Henk Schut, Wolfgang Stroebe. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007; N°. 370, p. 1960-1973

63.

M. Scotto. Le spectre des effets du suicide en prison. *Revue Française de psychiatrie et de Psychologie Médicale* ; Octobre 2004 ; TOME VII ; n° 79. p. 19-20

Une tentative de compréhension psychopathologique du deuil après suicide

Danielle Goodwin

SOMMAIRE

Rappel des questions posées aux experts.....	2
Préambule.....	2
Introduction.....	2
1- Les sujets exposés à un suicide rencontrent-ils des complications du processus de deuil ?.....	3
1-1 Les mécanismes de défense mis en place par les endeuillés par suicide.....	3
1-2 Une blessure narcissique.....	6
1-3 Les facteurs qui augmentent les risques de complication, de développement d'une symptomatologie psychiatrique, voire de suicide.....	7
1-3-1 Les facteurs de risque externes.....	7
1-3-2 Les facteurs de risques intérieurs, propres à l'individu.....	8
1-4 Les facteurs protecteurs les plus fréquemment constatés.....	9
1-4-1 Le soutien de l'entourage.....	9
1-4-2 L'anticipation.....	9
1-4-3 L'occupation.....	9
2- Les bases de traitement induites.....	10
2-1 Interventions universelles.....	10
2-2 Interventions sélectives.....	11
2-3 Interventions indiquées.....	11
2-3-1 Le travail psychoéducatif.....	11
2-3-2 Les groupes de soutien.....	11
2-3-3 La théorie des croyances systémiques.....	11
2-3-4 Le rôle associatif.....	12
Conclusion.....	13
Références.....	14

Rappel des questions posées aux experts

Axe 2- Modèles de compréhension sur les suites du suicide : Modèle psycho dynamique, y compris l'approche psychanalytique, Modèle cognitivo comportementaliste

- *une compréhension psycho pathologique mérite-t-elle d'être proposée ? selon quels modèles ?*
- *le deuil ? le stress post traumatique, la dépression ? le suicide secondaire à un premier suicide proche ?*
- *les mécanismes d'adaptation, de défense, de refoulement, les séquelles psycho pathologiques, y compris l'autopsie psychologique, les facteurs de risque, les facteurs protecteurs*
- *les bases de traitement qu'induisent ces modèles : traitements médicamenteux, psychothérapies individuelles, groupes de soutien*

Préambule

Le deuil est défini comme un ensemble de réactions d'adaptation, voire de réparation consécutivement à la perte de l'objet, caractérisée par le désinvestissement graduel de l'image interne ou mentale de cet objet afin de pouvoir accepter la permanence de son absence. Ainsi, le sujet redevient disponible et peut réinvestir son énergie psychique dans d'autres relations objectales dans le monde réel. (Conte et Rist) [1]

Tout deuil engendre des réactions de souffrance, face à la perte d'une personne chère et aimée, avec laquelle le sujet a tissé des relations complexes au cours du temps. Il s'agit de savoir si, et dans quelles mesures, le deuil suite à l'exposition à la mort particulière que représente le suicide, se distingue du processus habituel, et quelles en sont les caractéristiques. Le suicide porte une violence inhérente, ne serait-ce que dans sa terminologie même : littéralement, « se tuer » (du latin occiderer : tuer, et su, soi)

D'ailleurs, en allemand le suicide se dit « Selbstmord » qui signifie « meurtre de soi », même si actuellement l'expression « Suizid » est de plus en plus employée.

Celui qui accomplit le meurtre de lui-même est l'acteur de sa mort, l'agent exécuteur de la fin de son existence, ce qui peut sembler d'autant plus violent pour ceux qui restent.

Une meilleure connaissance des particularités du deuil qui s'en suit a pour but de mieux identifier les réactions traumatiques et de proposer des prises en charges mieux adaptées aux populations concernées.

Introduction

D'après l'OMS, un million de personnes commettent un suicide accompli chaque année à travers le monde. (Wong et al, 2007) [2]

L'Association américaine de suicidologie (AAS) définit un survivant du suicide comme étant un membre de la famille ou un ami d'un individu qui se suicide.

Selon les estimations de Shneidman (1972), cité par Wong (2007), chaque suicidé laisse en moyenne six survivants derrière lui. Conséquemment, environ six millions de personnes de par le monde se voient endeuillées par un suicide chaque année. Aux Etats-Unis, les chiffres atteignent 50000 suicidés pour 200000 survivants.

Le deuil post-suicide atteint donc des proportions alarmantes et constitue un véritable problème de santé aussi bien publique que mentale, et nécessite le développement d'une meilleure compréhension du processus qui se déploie psychiquement chez les personnes concernées.

Il existe une revue de la littérature et une documentation extensive sur le phénomène de suicide en soi, mais les suites et conséquences d'un tel acte sur les individus qui y sont exposés est moins bien documenté, et de façon plus éparses. Cette synthèse d'études vise ainsi à regrouper les contributions à leur compréhension, en soulevant les questions essentielles qui en émergent.

Nous devons préciser que la plupart des articles satisfont aux exigences méthodologiques, les chercheurs utilisant des procédés standardisés, des outils sensibles, valides, et des analyses statistiques détaillées, répondant la plupart du temps aux niveaux de preuve 1 et 2¹.

D'une manière assez consensuelle, les auteurs mettent l'accent sur le caractère particulier et distinct du deuil post-suicide, et sur l'importance d'un repérage rapide des individus exposés afin de mettre en œuvre un travail de prévention plus efficace.

Un vaste nombre d'études prises en compte pour répondre aux questions énoncées ont été menées aux Etats-Unis, au Canada, en Grande Bretagne, certaines en Finlande, ou Estonie. Les études françaises sont minoritaires, ce qui nous amène à manier les résultats et les inférences qui en découlent avec précaution en raison de la délimitation géographique et culturelle qui peuvent constituer des biais lorsqu'il s'agit de l'analyse d'une phénoménologie psychopathologique comme le deuil post-suicide.

1. Les sujets exposés à un suicide rencontrent-ils des complications du processus de deuil ?

Il apparaît que les individus exposés au suicide d'un proche mettent en place des mécanismes de défense (axe psychodynamique) ainsi que des stratégies de coping (axe cognitivo comportemental) particuliers qui distinguent leur travail de deuil quantitativement et qualitativement de celui mis en place pour des décès autres que par suicide.

D'après Jordan, J.R (2001) [3], le deuil après suicide se distingue sur trois niveau des autres types de deuil :

- au niveau du contenu thématique,
- au niveau du processus social entourant l'endeuillé,
- au niveau de l'impact sur les systèmes familiaux.

1-1 Les mécanismes de défense mis en place par les endeuillés par suicide

D'une manière générale, les réactions sont teintées de dépression majeure, de réactions de colère, de déni, de refus, de sentiment de culpabilité, et empruntent ainsi toutes les dimensions

¹ Anaes. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>

du deuil dit « habituel », mais avec une intensité supérieure et un prolongement dans le déroulement temporel. (Hanus, 2001) [4]

Selon Neuringer, (1977) [6], les endeuillés après suicide mettent en place un éventail de mécanismes de défenses, primaires (refoulement) et secondaires, comme le déni.

Le déni peut porter sur divers niveau : le déni même de la mort de la personne ; le déni des circonstances de sa mort, le sujet tente de se préserver en croyant à un homicide maquillé ou un accident, supprimant ainsi l'insupportable caractère intentionnel et auto-infligé de la mort. Le déni peut également concerter l'impact sur la vie de l'endeuillé et les conséquences dans sa vie privée et sociale.

Les mécanismes inconscients : déni, culpabilité, refoulement

Le deuil après suicide peut conduire le sujet à adopter des conduites de fuite en avant dans l'activité. L'endeuillé peut développer des tendances à idéaliser le défunt, être inhibé par la dépression.

Le déni a alors pour fonction de lutter contre le sentiment d'abandon par l'être cher, mais également de mettre à distance la culpabilité issue de l'ambivalence des sentiments à l'égard du défunt. Certains sujets effectuent un déplacement des investissements psychiques et émotionnels sur une autre personne, transférant également la dépendance affective.

Dans certains cas, le sujet va jusqu'à mettre en place un retrait psychotique pour fuir la culpabilité.

Certains facteurs en particulier impactent sur la nature des défenses mise en place :

Des variations selon l'âge, selon la période de vie dans laquelle se trouve le sujet au moment du suicide sont identifiées.

D'après Conte (2004) [1], les réactions des enfants divergent grandement de celles des adultes, et varient de plus durant la période même de l'enfance, en fonction du niveau de développement cognitif atteint. Ainsi, la perception de la mort et la capacité de l'enfant à l'intégrer psychiquement changent considérablement avec le temps, qui avant 5 ans ne conçoit pas le concept de mort, pour lui, les défunts ont encore vie et conscience, la mort est considérée comme une sorte de sommeil, un état réversible. Entre 5 et 9 ans, l'enfant va acquérir la capacité de distinguer entre mort et sommeil, en ce sens que la mort est acceptée comme définitive, mais n'a pas de valeur universelle, elle demeure évitable. À partir de 9 ans, la mort est envisagée comme ayant un déroulement et des lois, et son caractère universel est admis.

Conte souligne le fait que même chez l'enfant jeune, il est indispensable d'expliquer, de démythifier le suicide, l'événement et la mort qui s'en suit, afin qu'il puisse engager l'élaboration du processus de deuil. Pour illustrer les ravages que peuvent engendrer l'évitement du sujet avec l'enfant, voire le mensonge, les non dits, l'auteur s'appuie sur deux vignettes cliniques de jeunes adolescents, qui sont reçus en consultation pour respectivement troubles des conduites, hétéro agressivité et une phobie scolaire avec manifestations d'angoisses intenses.

La dépression

Selon Melhem et al. (2004) [6], chez l'adolescent, l'exposition au suicide d'un pair engendre des réactions de deuil traumatique, et ce indépendamment de l'existence préalable de troubles dépressifs ou psychiatriques. Les sujets dépressifs un mois après le suicide l'étaient toujours à six mois, à douze, dix-huit, vingt-quatre et trente six mois après. Cette étude méthodologiquement très conscientieuse est pourtant à considérer avec précaution car elle

s'appuie sur des données obtenues auprès d'une population d'adolescents de Pittsburgh aux États-Unis.

Selon les périodes de la vie, les réactions empruntent des voies d'expression différentes, avec une prépondérance de réactions comportementales chez les enfants et adolescents, (Pfeffer et al) [7], risque de rencontrer des difficultés accrues d'ajustement social alors que les adultes utilisent davantage la voie psychique, même si ce n'est pas exclusivement. Ainsi, selon la période de vie et le stade de développement cognitif, affectif et physiologique, les réactions suite à l'exposition au suicide se manifestent très diversement.

Selon Brent et al. (1993a) [8], les adolescents endeuillés par le suicide d'un frère ou d'une sœur sont plus à risque de développer un nouvel épisode dépressif que les sujets contrôles non exposés au suicide. L'éventail de la symptomatologie dépressive est accru chez les sujets exposés, avec, à 58%, des troubles du sommeil, également 58% de perte d'élan. A 48%, ces sujets manifestent une anhédonie, 36% éprouvent une culpabilité développée. 55% des sujets ont des difficultés de concentration, 20% évoquent des idéations suicidaires. Cette étude met également en lumière l'existence d'une corrélation positive entre l'apparition d'un tel épisode dépressif majeur, et des antécédents de troubles psychiatriques.

Brent (1993b) [9] souligne également l'intensité des manifestations dépressives chez l'adolescent endeuillé par le suicide d'un pair, d'un ami.

Un autre facteur qui influe sur le déroulement du deuil après suicide et son éventuelle complication, est le **degré de proximité relationnelle** (Mitchell et al., 2004) [10]

Plus la relation entretenue avec le suicidant est proche, plus le deuil risque d'être compliqué voire de devenir traumatisante. C'est pour cela que les auteurs suggèrent de toujours prendre en considération la nature et la qualité des rapports ayant lié endeuillé et suicidant.

Saarinen et al., (2002) [11] ont examiné l'état psychique d'individus endeuillés par suicide à long terme, en s'intéressant aux caractéristiques de ces sujets dix ans après le décès, afin de mesurer l'impact durable de l'événement sur leur santé mentale et leur vie sociale.

Les auteurs constatent davantage de désordres psychiatriques, en particulier chez les veuves et veufs (comparativement aux membres consanguins de la famille).

Chez les sujets examinés, il semble exister moins de liens sociaux de qualité ; moins d'amis proche ou de confidents.

Vandecasteele [12] et al. évoquent la survenue d'une sorte de pacte traumatisant scellé par le suicidant et le conjoint survivant. Ces auteurs soulignent le caractère particulièrement pénible de la perte du conjoint par suicide, le sujet devant d'une part se confronter à la perte réelle de son partenaire, et de l'autre côté, accepter la mort de son couple. Le fait d'avoir pu anticiper le suicide peut faire émerger dans l'après coup des sentiments ambivalents, engendrant une forte culpabilité.

Le pacte traumatisant se manifeste lorsque le sujet dénie les signes annonciateurs du suicide afin de mettre à distance cette culpabilité, et ce pacte dénégatif devient pacte traumatisant.

Le clivage refait surface et confronte le conjoint à sa culpabilité, très persécutrice pour le moi, ce qui nécessite la mise en place de mécanismes de défense archaïques, qui peuvent mettre en péril le processus de reconstruction identitaire.

D'après Hanus (2004,a) [13], ce qui distingue le deuil « normal » et le deuil dit « traumatisant » ne réside pas dans la nature des réactions, mais dans la durée et l'intensité des manifestations, surtout de colère, de rejet, de honte et de culpabilité. Ces sentiments sont amplifiés par le caractère auto-infligé d'une mort dont le suicidant est l'acteur, et se soustrait volontairement à son entourage.

Hanus (2004,b) [14] évoque la honte qui colore le vécu psychique des endeuillés après suicide, conduisant à une diminution de l'estime de soi déjà affaiblie. Cette honte existe sur un plan interne, pour soi, à travers des auto-reproches et des ruminations ; mais également sur le plan externe, par rapport à l'autre et la société. Honte personnelle et sociale engendrent une augmentation des sentiments de culpabilité, ce qui peut entraîner des conduites autopunitives pouvant conduire le sujet jusqu'à s'exécuter lui-même en se suicidant.

Par identification avec le suicidé, le sujet peut être amené à nourrir des idéations suicidaires, voire à adopter des comportements suicidaires.

Hanus cite un éventail de travaux qui confirment l'existence de ces manifestations de honte et de culpabilité intense : les études de Barrett et Scott (1990), de Clark et Goldney (1995), Kovasky (1989), Reed et Greenwald (1991) et Seguin et al. (1995) corroborent ces constatations.

Barrett et Scott (1990) [15] comparent quatre catégories de veuves/veufs endeuillés (par accident, par mort naturelle anticipée, par mort naturelle non anticipée, et par suicide), et constatent, chez les endeuillées après suicide, une très forte présence de symptômes somatiques, mais également d'un large éventail de manifestations dépressives chez les endeuillés après suicide : leur réactions sont dominées par des sentiments de désespoir, de colère, de culpabilité, de honte. Les conduites auto-aggressives et autodestructrices sont également importantes.

Ces auteurs mettent l'accent sur les sentiments de honte et de culpabilité qui émergent chez le sujet, en rapport avec l'idéation autour du caractère potentiellement évitable du suicide.

Un traumatisme additionnel est induit par la croyance que le suicidant, de par son geste, signifie à l'entourage sa volonté de séparation, en le rejetant.

Sveen, C.A et Walby, F.A (2007) [16], constatent, après une analyse de 69 études ayant trait au deuil après suicide, qu'il ne semble pas y avoir de différence significative entre les endeuillés après suicide et les endeuillés par d'autres formes de décès au niveau de la santé mentale générale, mais soulignent tout de même que les endeuillés après suicide rencontrent davantage de rejet social et de sentiment de stigmatisation.

1-2 Une blessure narcissique

D'après Fidelle et al. (2004) [17], le suicide représente une blessure narcissique pour l'entourage familial, mais également social, professionnel et thérapeutique. Pour le thérapeute, le suicide d'un patient conduit à la remise en cause de ses compétences professionnelles et de son aptitude à aider le patient. Ces auteurs soulignent la stigmatisation et le rejet que provoque le suicide.

Son retentissement est multidimensionnel. Chez certains sujets, le suicide provoque un sentiment de soulagement, d'être enfin libéré d'une atmosphère mortifère et angoissante maintenue parfois pendant de longues années par le défunt. Une fois le suicide accompli, la mort est définitive et n'est plus source d'incertitude. Or, ces sentiments engendrent une grande culpabilité en lien avec l'ambivalence des affects éprouvés à l'endroit de la personne suicidée.

Selon Crosby (2002) [18], le deuil après suicide entraîne une forte augmentation des idéations suicidaire, et ce surtout chez les hommes, jeunes et pauvres. L'interaction des facteurs sexe, âge, et niveau de précarité, déterminerait le niveau de risque de complication dans le processus de résolution du deuil après suicide.

Farberow et al. (1987) [19], constatent des niveaux de complication significativement plus élevés chez des endeuillés après suicide que chez d'autres endeuillés. L'ajustement, le

réajustement social plutôt, est rendu nécessaire dans le cas où le sujet doit reprendre à son compte la gestion de procédures administratives jusque là prises en main par le défunt.

Begley et Quayle (2007) [20], dans une étude se rapportant à la population irlandaise, mettent en avant les fort sentiments de culpabilité ressentis par les endeuillés après suicide, le rejet social perçu, ainsi qu'un vécu de diminution du soutien social. Le deuil est dominé dans les premiers mois par des efforts répétés pour contrôler l'impact de la mort, par un besoin omniprésent de trouver un sens au suicide et par une impression durable de malaise social. D'après Aubrègue (2004) [21], le suicide peut avoir un impact insidieux et délétère sur les interactions professionnelles et l'efficacité du travail, l'attention des salariés d'une entreprise se focalisant sur la recherche d'explications et de sens.

1-3 Les facteurs qui augmentent les risques de complication, de développement d'une symptomatologie psychiatrique, voire de suicide

1-3-1 Les facteurs de risque externes

Les facteurs de risque semblent se subdiviser en deux catégories distinctes. Nous retrouvons ainsi les facteurs de risque extérieur à la personnes endeuillée qui résident dans la manière dont le suicide est reçu et perçu par l'entourage familial, social et professionnel de l'endeuillé.

L'entourage du sujet peut réagir en rejetant celui-ci, menant à l'isolement et au retrait social. Cette perception du rejet dans les sphères professionnelle et familiale peut accroître le risque de diminuer encore une estime de soi déjà affaiblie par la perte non anticipée d'un être cher. Par ailleurs ceci peut conduire le sujet à développer des tendances auto accusatoire, il élabore des auto reproches. Conséquemment, le sujet se retire et est en risque de développer une symptomatologie dépressive.

Selon Seguin (1994) [22], dont les conclusions se réfèrent à un échantillon de la population québécoise, le deuil après suicide engendre une honte particulièrement développée, ainsi qu'une augmentation des conduites de retrait social et d'isolement. Ces facteurs concourent à l'accroissement du risque suicidaire des sujets concernés, Seguin (1994) fait remarquer que le taux de suicide est 9 fois plus élevé parmi ce groupe que parmi la population générale du Québec.

Seguin souligne également l'importance de la stigmatisation sociale dont souffrent les endeuillés après suicide, ce qui renforce encore la culpabilité et la honte déjà ressentie par les sujets.

Ces constatations sont confirmées par McNeil [23] et al. (1988) dont les résultats suggèrent un taux de culpabilité plus élevé chez des veuves et veufs endeuillés par suicide que chez les veuves et veufs endeuillés par cause accidentelle.

Le retrait social qui s'en suit peut contribuer à diminuer la verbalisation du vécu psychique de la perte et de son impact sur le sujet.

La gestion administrative, si elle est conduite de manière maladroite, peut également constituer un facteur de risque de complication du deuil. Les auteurs soulignent que ce type de décès est souvent traité d'une façon différente aussi bien par les organismes funéraires que par les responsables de offices religieux. (McNeil et al.)

Certains sujets rapportent s'être sentis rejetés et culpabilisés à travers la manière dont les funérailles du suicidé avaient été conduites.

Selon Callahan, J (2002) [24] un facteur de risque élevé de complication du processus du deuil est le fait de trouver soi même le corps du suicidé, de le voir inanimé et sans vie constituant un véritable choc, faisant effraction dans le psychisme.

Le caractère inattendu et non anticipé de la mort par suicide constitue également un facteur de risque traumatique, bien que ce caractère se retrouve également dans d'autres formes de décès non naturels comme par suite d'accident ou de mort subite. (Sheskin et Wallace, 1976) [25] Le fait de ne pas anticiper l'événement renforce son caractère traumatogène, ce qui est corroboré par Barrett et Scott (1990) [15].

1-3-2 Les facteurs de risques intérieurs, propres à l'individu

Certains individus seraient plus en risque de développer des réactions dépressives, voire post traumatiques, de par des prédispositions et des vulnérabilités psychiques internes.

Certains auteurs identifient les antécédents familiaux de suicide comme augmentant le risque de suicide consécutif à un premier suicide. L'étude de Brent et al, (1996) [26], révèle davantage de réactions suicidaires chez les endeuillés par suicide qui présentent des antécédents de conduites suicidaires dans la filiation. Ces réactions semblent particulièrement présentes chez les endeuillés qui entretenaient des relations familiales de premier et de second degré avec le suicidé. L'existence d'un historique familial d'antécédents psychiatriques, ou de comportements pathologiques, voire de suicide ou d'idéation suicidaire est un facteur augmentant d'autant le risque de comportements similaire chez les survivants au suicide dans leur processus de deuil.

Roy (1983) [27] propose même l'hypothèse d'une transmission génétique de conduites d'ordre suicidaire, ainsi que de comorbidités psychiatriques, de tendances comportementales et de traits psychopathologiques.

En effet, l'existence de constellations psychopathologiques particulières dans la famille exposerait à un risque accru de réactions suicidaires chez l'endeuillé par suicide. Lorsque qu'existent des antécédents de désordres affectifs, l'endeuillé par suicide serait d'autant plus à risque de réagir en adoptant des comportements suicidaire qu'en l'absence de tels antécédents dans sa famille.

Cette étude met également en évidence une corrélation entre l'âge auquel un enfant perd un parent par suicide et la probabilité de commettre soi même un suicide à l'âge adulte : plus la perte survient quand l'enfant est jeune (moins de onze ans), plus le risque est augmenté.

McNeil et al. (1988) [23] soulignent le fait que la soudaineté et la brutalité d'un décès peuvent engendrer des complications du processus de deuil, ce qui est souvent le cas de décès par suicides non anticipés.

Ces auteurs mettent en lumière trois facteurs qui vont influer, positivement et négativement, sur le déroulement du deuil et les capacités de résolution et d'ajustement du sujet :

- d'abord, les stratégies de coping qu'il met en place pour faire face au stress,
- ensuite, la possibilité du sujet de prendre appui sur un réseau de soutien social,
- et enfin, le nombre de pertes et d'événements stressants accumulés durant la période d'ajustement.

Shafii et al. (1985) [28], trouvent, après autopsie psychique de suicidants, que ceux-ci avaient préalablement exprimé des idéations suicidaire, voire avait déjà commis des tentatives de suicide plus fréquemment que les sujets du groupe contrôle. 85% des suicidants avaient exprimé des idéations, contre 18% des sujets contrôles.

1-4 Les facteurs protecteurs les plus fréquemment constatés

Certains facteurs peuvent jouer un rôle protecteur pour le sujet endeuillé par suicide, encourageant le déroulement « normal » du processus de deuil.

1-4-1 Le soutien de l'entourage

Selon Castelli-Dransart [29] le fait qu'un autre, un proche de l'endeuillé assume un « rôle tampon, » entre le sujet et l'extérieur est essentiel et contribue à faciliter le travail de deuil. Ainsi, l'endeuillé est libéré de contraintes administratives et organisationnelles, du moins pour un temps. Il semble que le deuil particulier nécessite un parcours de reconstruction psychique et social des individus concernés, qui doivent passer d'un événement « extraordinaire », dans le sens d'hors du commun, à une vie ordinaire. Ce rôle essentiel du soutien de l'entourage quant à la protection du sujet est également souligné par Callahan, J (2000) [24].

1-4-2 L'anticipation

L'anticipation du décès joue un rôle fondamental dans l'élaboration du deuil (Sheskin et Wallace, 1976) [25]

Chez Barret et Scott (1990) [16] ce facteur revêt également une importance considérable quant à la capacité de résolution du deuil. Moins le décès est attendu ou anticipé, plus il est perçu et expérimenté de manière traumatique et effracte le psychisme.

1-4-3 L'occupation

Barrett et Scott soulignent l'importance de certains facteurs pouvant jouer un rôle protecteur pour les sujets endeuillés par suicide, notamment le fait de poursuivre une occupation sociale, et de bénéficier d'un soutien conséquent de la part de l'entourage, de ne pas en être coupé et isolé. Le fait de ressentir un sentiment d'utilité aiderait le sujet à ne pas se sentir trop isolé familialement et socialement. Ainsi, il peut éviter la remise en cause de ses capacités et continuer à investir son énergie vers un but. (Castelli-Dransart, [29])

Selon Brent et al. (1996) [26], l'abus d'alcool chez le suicidé représente un facteur ambigu pouvant jouer à certains égards un rôle aggravant pour l'accomplissement du deuil, et à d'autres, devenir un facteur protecteur, permettant de soulager la culpabilité ressentie par l'endeuillé face au suicide. Ce constat semble corroboré par les résultats d'une autopsie psychique mené par Tall et al. (2007) [30] en Estonie.

En soi, le suicide semble être un facteur de risque de complications du processus de deuil. L'agressivité qui s'en dégage à l'encontre d'autrui est dévastatrice, celui qui se suicide se dérobe à la présence de son entourage, le laissant sans réponse. Ce meurtre de soi (Pommeraux, 2004) [31] est une mort singulière, unique en son caractère traumatogène, étant donné que celui qui meurt s'inflige lui-même la mort, il est l'agent actif de son annihilation.

2- Les bases de traitement induites

D'après ces constatations, qui semblent toutes démontrer que le deuil induit suite à l'exposition au suicide est particulier, se distinguant surtout quantitativement du processus dans son déroulement habituel, des traitements adaptés aux situations et aux populations particulières concernées doivent être envisagés.

Les traitements médicamenteux sont peu évoqués, ce qui est mis en avant est davantage une combinaison entre traitements psychothérapeutique et soutien associatif.

Obadia et al. (2004) [32] suggèrent la mise en place d'un travail d'orientation systémique avec les familles de suicidants, incluant aussi bien les professionnels de santé mentale que les associations de bénévoles.

Ces auteurs soulignent la violence du suicide et son effet de court-circuitage sur le processus d'élaboration du deuil, en partie lié au fait que la mort rende impossible la verbalisation de ses troubles par le défunt. Cela risque d'engendrer un retour de la violence de l'acte. La psychanalyse semble ici inopérante, impuissante, le sujet mort ne pouvant plus déterminer dans l'après coup la signification inconsciente de son geste.

Ainsi, une lecture psychodynamique et psychanalytique peut certes être employée, mais la cure psychanalytique en tant que méthode de prise en charge thérapeutique semble moins indiquée.

Les interventions proposées par Obadia et al. [32] concernent des entretiens de fratrie, menés avec les frères et sœurs du suicidé.

En parallèle ou de façon complémentaire, une prise en charge par des associations telles que « [SOS Suicide Phénix](#) », « [Phare enfants-parents](#) » et « [Vivre don deuil](#) » semble hautement recommandée.

Brent (1993a) [8] propose également une approche familiale de la prise en charge, dans les constellations familiales des adolescents suicidants.

Wong et al. (2007) [2], en se référant aux besoins spécifiques des survivants au suicide de Hongkong, proposent des interventions multimodales, s'articulant autour de trois dimensions.

2-1 Interventions universelles

Une dimension universelle, s'adressant à tous les sujets endeuillés après suicide, sous forme de matériel explicatif et informatif sur le suicide ; sur la gestion du stress, des informations sur le deuil et ses potentielles complications, des informations sur les points de contacts et d'aide. Les sources de diffusion de ces renseignements sont variées et passent par les média, les brochures, les livres, les affichages, etc. Internet peut représenter ici une plateforme intéressante, pour toucher le plus grand nombre de personnes possible, et proposer des forums d'échange. Le but est de faciliter l'accès des populations concernées aux professionnels de santé susceptible de leur venir en aide.

Hawton et Simkin (2003) [33] citent eux aussi le matériel informatif, l'accessibilité de la littérature traitant du sujet, des brochures informatives, de documentations.

2-2 Interventions sélectives

La dimension sélective quant à elle concerne la mise en place de groupes de support structurés ; de sessions psycho éducatives afin de développer les capacités de gestion de stress.

Hawton et Simkin (2003) [33] évoquent la formation spécifique des professionnels susceptibles d'être en contact avec cette population comme autre point essentiel pouvant concourir à l'amélioration de la prise en charge des endeuillés par suicide.

Par ailleurs, ces auteurs suggèrent de modifier les procédures de gestion administrative de ce type de décès, afin de rendre les formalités moins pénibles pour les proches déjà hautement accablés.

2-3 Interventions indiquées

Plus ciblée encore, la dimension dite indiquée cible les endeuillés après suicide pour leur proposer des traitements et prises en charges adaptés et individualisés, en particulier après avoir pu diagnostiquer des critères de dépression, d'anxiété, de syndrome de stress post traumatisant, voire un risque suicidaire.

2-3-1 Le travail psycho-éducatif

Jordan, J.R (2001) [3] suggère de favoriser et d'encourager le développement de services psycho-éducatifs, ainsi que la mise en place de services d'interventions sociale et familiale.

Hawton et Simkin (2003) [33] proposent également une variété de mesures d'aide, notamment des thérapies individuelles, groupales ou familiales.

D'après ces auteurs, il apparaît utile de proposer un travail psycho éducatif sur les notions de mort, de suicide et de deuil, rejoignant en cela les propositions de Wong et al. (2007) [2]. La mise en place d'un travail d'amélioration des capacités de gestion de stress, pour encourager le développement des stratégies de coping est également mis en avant, tout comme la mise à disposition d'une assistance éducative pour les parents afin que ceux-ci soient plus à même de communiquer au sujet du suicide et de la mort avec leurs enfants.

2-3-2 Les groupes de soutien

Hawton et Simkin (2003) [33] recommandent également la mise en place de prises en charges psychiatriques ; ainsi que le conseil et le soutien par des organisations d'endeuillés ; ou par d'autres groupes dont les sujets ont vécu des expériences similaires. Les groupes de soutien semblent un maillon essentiel dans la prise en charge.

2-3-3 La thérapie des « croyances systémiques »

L'étude de Watson et Lee (1993) [34] met en évidence une forte présence de sentiments de culpabilité chez les survivants au suicide, lié au fait que le sujet pense que l'acte aurait pu être évité. Des sentiments de colère, devant l'incompréhension face au fait que le défunt ait pu infliger une telle souffrance, sont également prégnants ;

Ces auteurs constatent que les endeuillés après suicide tendent à éprouver un sentiment de rejet de la part du défunt à leur égard, et à se sentir rejetés aussi socialement, la stigmatisation englobant le suicide conduisant l'entourage à se distancer. D'autres endeuillés par suicide s'isolent socialement, se retirent afin d'échapper justement à cette stigmatisation, évitant la confrontation avec les rumeurs et les questions intrusives.

Afin d'aider ces endeuillés dans l'élaboration du processus, les auteurs ont mis en place une intervention centrée autour de la Thérapie des croyances systémiques, consistant à faire évoluer des croyances négatives et handicapantes en croyances qui facilitent la résolution du deuil. Il s'agit de poser des questions hypothétiques du type « et si vous étiez amené à croire « insérer la croyance facilitante » plutôt que « la croyance inhibante » ; qu'est ce qui serait différent ? ». combiné à des réflexions d'équipe, la mise en place de rituels, et la rédaction de lettres thérapeutiques, cette méthode s'avère assez efficace auprès de la population étudiée.

2-3-4 Le rôle associatif

Hanus (2004,c) [35] insiste sur le rôle essentiel que jouent les associations dans la prise en charge des enfants endeuillés par suicide. Le fait de rencontrer d'autres enfants endeuillés par suicide, ayant traversé des expériences similaires, pouvant échanger autour de vécus similaires, représente un soulagement non négligeable.

Ce rôle est triple :

- **Information**, passant par l'organisation de conférences grand public, de congrès, une documentation complète et variée, constituée de supports comme les articles, les livres, des brochures, etc.
- **Formation de professionnels** qui sont en contact avec des enfants et adolescents endeuillés par suicide
- **Soutien des enfants**, qui passe principalement par l'aide apportée aux familles, avec notamment la réalisation d'entretiens de famille dans une perspective systémique. La mise en place d'ateliers pour enfants et adolescents en deuil est fondamentale également, notamment dans le cadre de week-ends thérapeutiques résidentiels. À cette occasion, l'auteur souligne l'importance de l'utilisation de supports médiatiques tels que les films.

Yebbal et Darcy (2004) [36], dans le cadre d'un « projet de soutien et d'accompagnement de l'entourage d'un suicidant », proposent également une série de méthodes d'interventions, englobant plusieurs axes.

En premier lieu, des interventions dans la communauté, passant par l'information et la sensibilisation des personnes concernés au sujet de la dépression et de la souffrance psychique, et en proposant des programmes de renforcement des compétences psychosociales surtout pour enfants et adolescents.

Ensuite, selon un deuxième axe, les interventions auprès des professionnels de santé renforcent leurs compétences, favorisent le partage des connaissances afin d'augmenter le repérage et de favoriser les interventions précoces.

Un troisième axe est celui de la recherche, de l'enseignement et des publications pour favoriser la diffusion d'informations relatives au sujet du deuil après suicide.

Conclusion

L'examen de la littérature et des travaux les plus significatifs au sujet de ce phénomène de santé publique que représente le deuil après suicide met l'accent sur l'ampleur du phénomène, malgré tout encore trop peu étudié. Il apparaît essentiel de développer et de proposer des traitements et interventions adaptées aux endeuillés par suicide, qui se voient souvent stigmatisés, rejetés socialement, ce qui ajoute du poids à une culpabilité et une honte déjà très présentes.

Une compréhension psychopathologique semble indispensable à proposer, au regard de la nature des réactions psychologiques et psychiatriques constatées chez les endeuillés après suicide.

Au sujet de la technique particulière de l'autopsie psychique, qui semble être plutôt une méthode d'investigation, un fil conducteur de recueil d'informations essentiels ayant trait à la constellation familiale, au vécu psychique et aux antécédents médico-psychologiques du suicidé et de son entourage, elle apparaît comme un procédé important quant à la compréhension des fonctionnements familiaux et sociaux, y compris le vécu émotionnel.

Cette exploration socio-biographique à posteriori a ceci de particulier qu'elle se pratique à l'aide des survivants au suicide, et le terme apparaît quelque peu violent de part son évocation thanatologique.

Hanus (2001) [4] souligne que dans le travail de deuil, la reprise et l'intensification des identifications est un processus central, ce qui se révèle délicat en cas de suicide car le sujet s'identifie à un objet qui s'est autodétruit. Il risque de se produire, surtout chez l'enfant, en pleine construction identitaire, un blocage des identifications.

Les réactions de deuil après suicide se distinguent surtout quantitativement, plus que qualitativement des autres formes de processus de deuil, ce qui semble inhérent au caractère le plus souvent non anticipé d'une mort brutale et auto-infligée par le sujet.

En conclusion nous devons souligner que la psychanalyse semble pouvoir contribuer à la lecture des processus inconscients, complexes et intriqués qui existent chez le sujet, et éventuellement le conduisent au geste auto-meutrier du suicide. Les mécanismes psychiques qui se manifestent chez les survivants dans leur processus de deuil qui s'en suit, trouvent leur origine dans les structures complexes de l'inconscient et de l'appareil psychique.

Or, bien que la psychanalyse puisse servir de méthode de lecture du phénomène, son utilisation en tant que méthode thérapeutique pour les survivants au suicide d'un proche semble ne pas être indiqué. Comme souligné par Obadia [32], le défunt ne peut plus résoudre lui-même les conflits inconscients qui ont conduit à son comportement autodestructeur culminant avec le suicide.

La technique de l'autopsie psychique semble être une méthode de recueil de données plutôt qu'une modalité d'intervention thérapeutique. Il s'agit plutôt d'une méthode d'investigation, de collecte d'information auprès de l'entourage du suicidant, afin de réunir un maximum d'informations socio biographiques et psychologiques sur l'individu et ses rapports interpersonnels, ses antécédents médico-psychiatriques.

L'analyse de la littérature révèle qu'une majorité d'auteurs utilisent cette technique, d'une manière tacite, sans forcément la nommer sous cette appellation d'« Autopsie Psychique ». Ce recueil systématique d'information est essentiel, car il englobe un vaste éventail de spécificités et de caractéristiques du défunt et de son entourage, et si le terme peut sembler violent, cette violence est proportionnelle à celle manifesté dans son geste par le suicidant.

Références

[1]

Conte, A et Rist, B, (2004), L'enfant, l'adolescent confronté au suicide d'un de ses parents, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, Tome VII, n°76, 51-54

[2]

Wong, P.W.C, et al. (2007) What can we do to help and understand survivors of suicide in Hong-Kong ? *Crisis*, vol. 28, n° 4, 183-189

[3]

Jordan, J.R, (2001), Is suicide bereavement different ? A reassessment of the literature, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 31, n° 1, 91-102

[4]

Hanus, M, (2001), *Les effets psychiques d'un geste suicidaire sur les proches* ; Troisième colloque du CREAI de Bourgogne, dans le cadre du programme régional de santé : « Prévention du suicide et de la tentative de suicide : repérage et accompagnement de la crise suicidaire chez les adolescents et jeunes adultes », 4 p.

[5]

Neuringer C. (1977). Bereavement reactions in survivors of suicide. In : Danto B. :*Suicide and Bereavement*. New-York, MSS Onformation Corp, pp. 39-43

[6]

Mehlem, N.M et al. (2004), Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide, *The American Journal of Psychiatry*, 2004, 161:1411-1416

[7]

Pfeffer, C.R et al. (1997); Child survivors of suicide: psycho-social characteristics; *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n° 1, 65-74

[8]

Brent, D.A, et al. (1993a), Psychiatric impact of the loss of an adolescent sibling to suicide, *Journal of Affective Disorders*, n° 28, 249-256

[9]

Brent, D.A, et al. (1993b), Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide, *Journal of the American Adademy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, n° 3, 509-517

[10]

Mitchell, A.M, et al., (2004) Complicated grief in survivors of suicide, *Crisis* 2004, vol.25 (1), 12-18

[11]

Saarinen, P.I, et al. (2002), Mental health and social isolation among survivors ten years after a suicide in the family : a case control study, *Archives of Suicide Research*, 6 : 221-226

[12]

Vandecasteele, I et al. (2005), Travail de deuil suite au suicide dans le couple : un étrange pacte traumatique, *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, Tome XII, n° 115, 244-247

[13]

Hanus, M, (2004 a), Le deuil après suicide est-il particulier ? Chap. 15, In : *Le deuil après suicide*, Paris : Maloine, 263-276

[14]

Hanus M, (2004 b), Les particularités du deuil après suicide, chap. 16, In : *Le deuil après suicide*, Paris : Maloine, 277-289

[15]

Barrett, T.W et Scott, T.B, (1990), Suicide bereavement and recovery patterns compared with non suicide bereavement patterns, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol.20, n° 1, 1-15

[16]

Sveen, C. A, et Walby, F.A, (2007), Suicide survivors' mental health and grief reactions : a systematic review of controlled studies, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 38, n° 1, 13-29

[17]

Fidelle, G, et al. (2004) « Je cherche à comprendre » : le psychothérapeute face au suicide d'un patient, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, Tome VII, n°76, 37-40

[18]

Crosby, A.E, et Sacks, J.J, (2002), Exposure to suicide: incidence and association with suicidal ideation and behaviour: United States, 1994, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, vol. 32, n° 3, 321-328

[19]

Farberow, N.L, et al. (1987), An examination of the early impact of bereavement on psychological distress in survivors of suicide, *The Gerontologist*, vol. 27, n° 5, 592-598

[20]

Begley, M et Quayle, E (2007), The lived experience of adults bereaved by suicide: a phenomenological study, *Crisis* 2007: vol. 28, n° 1, 26-34

[21]

Aubrègue, B. (2004), Éléments de compréhension d'une action empêchée. L'idéalisation de la personne suicidée: une impasse, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Mai 2004, Tome VII, n° 76, 25-26

[22]

Seguin, M. (1994), L'après suicide, une expérience unique de deuil ? *Santé mentale au Québec*, Tome XIX, n° 2, 63-82

[23]

McNiell, D.E, et Hatcher, C (1988), Family survivors of suicide and accidental death: consequences for widows; *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, vol.18, n° 2, 137-148

[24]

Callahan, J (2000), Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, vol. 30, n° 2, 104-124

[25]

Sheskin, A, et Wallace S.E, (1976), Differing bereavement, suicide, natural and accidental death, *Omega*, vol.7, n° 3, 229-242

[26]

Brent, D.A, et al. (1996), Suicidal behaviour runs in families. A controlled Family study of adolescent suicide victims; *Archives of General Psychiatry*, vol. 53, 1145-1152

[27]

Roy, A (1983) Family history of suicide; *Archives of General Psychiatry*, vol.40, 971-974

[28]

Shafii, M, et al (1985) Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, n° 9, 1061-1064

[29]

Castelli-Dransart, D.A, (2003) Apprivoiser l'extraordinaire, chap. I In : « Vivre après? Reconstructions identitaires de proches de personnes décédées par suicide », Thèse de doctorat, Faculté de Lettres de l'Université de Fribourg (Suisse), 105-123

[30]Tall, K et al. (2007), Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide? Findings from the psychological autopsy study in Estonia; *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (2008) 129-133

[31]Pommereau, X, (2004), Suicide et institution, deuil et travail de deuil, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, mai 2004, Tome VII, n° 76, 55-57

[32]Obadia, J et al. (2004), Après un suicide dans une famille, pour une approche systémique, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, mai 2004, Tome VII, n° 76, 49-50

[33]Hawton, K et Simkin, S (2003), Helping people bereaved by suicide: their needs may require special attention; *British Medical Journal*, vol. 327, 177-178

[34]Watson W.L, et Lee, D (1993), Is there a life after suicide? The systemic Belief Approach for “survivors”of suicide, *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. VII, n° 1, 37-43

[35]Hanus, M, (2004,c), Impact du suicide d'un proche sur les enfants : le rôle des associations, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, Tome VII, n° 76, 13-15

[36]Yebbal, K et Darcy, L, (2004), *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, mai 2004, Tome VII, n° 76, 45-46

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en milieu scolaire, en milieu de soins et en milieu de travail

Marie-Anne Roger

SOMMAIRE

1. Rappel des questions posées aux experts.....	2
2. Préambule.....	2
3. Introduction.....	3
4. La Postvention	
4.1 Définitions.....	3
4.2 Groupes d'entraide/Groupes de soutien.....	4
5. Milieu scolaire.....	8
5.1 Exemples de programmes.....	8
5.2 Effets négatifs éventuels.....	11
6. Milieu professionnel	
6.1 Milieu de l'entreprise	
6.1.1. Guide adapté au milieu de l'entreprise.....	12
6.1.2. Action basée sur la méthodologie de la psychodynamique du travail.....	13
6.1.3. Action de postvention empêchée.....	13
6.2 Milieu de soins, après le suicide d'un patient.....	14
7. Comment déterminer les meilleures pratiques : la question de l'évaluation.	15
8. Conclusion.....	16
9. Bibliographie des documents cités.....	18
10. Autres documents consultés.....	21

1. Rappel des questions posées aux experts

3. Etat des lieux sur les interventions de soutien proposées :

- / dans le secteur médical
 - médecins généralistes
 - urgences
 - cellules médico psychologiques
 - en psychiatrie
- / dans les secteurs professionnels concernés : pompiers, gendarmes, policiers, personnels pénitentiaires, employés des pompes funèbres, personnels des institutions d'enseignement
- / dans les associations de soutien
- / dans les organismes d'assurance, de prévoyance, de retraite, dans les services sociaux, et les administrations

Quelles pratiques ont donné lieu à évaluation ?

4. Les meilleures pratiques de soutien à proposer :

- / à proximité du drame
 - cellules d'urgence médico psychologiques
 - services médicaux d'urgence
 - médecins généralistes proches de la famille
 - associations de soutien
 - lieux de consultation spécialisés de proximité
 - soutien des professionnels impliqués
- / dans les suites
 - accueil associatif
 - groupes de soutien
 - prise en charge médicale
 - prise en charge spécialisée

2. Préambule

Compte tenu de l'imbrication de ces deux questions, elles sont traitées ensemble, au travers de l'approche des différents milieux d'intervention.

Il convient de souligner qu'à quelques très rares exceptions près, qui ne constituent pas un socle suffisant, les études statistiques permettant d'apprécier les résultats de telle ou telle pratique sont inexistantes. En effet, ces études posent des problèmes méthodologiques complexes : les paramètres d'appréciation des mesures prises sont extrêmement difficiles à déterminer, et les mesures elles-mêmes peuvent être entachées de subjectivité.

Une deuxième limite réside dans le fait que les guides que l'on rencontre dans la littérature sont très théoriques. On trouve des conseils : il faut..., il ne faut pas..., mais sans évaluation concrète.

Enfin, en ce qui concerne le milieu scolaire, les spécificités administratives propres à chaque pays (relations hiérarchiques, rôle des adultes dans un établissement scolaire donné...) rendent difficile l'application de certaines des mesures préconisées.

3. Introduction

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques – DREES du Ministère des Affaires Sociales, le suicide touche environ 12.000 personnes par an en France. Ce sont des hommes pour les trois quarts, des personnes âgées de plus de 65 ans pour un quart. L'impact du suicide est cependant beaucoup plus important si l'on sait que les tentatives non abouties, affectant principalement des femmes, s'élèvent à environ 160.000. On a calculé par ailleurs que chaque suicide abouti affecte directement une moyenne de 6 personnes, et que 35% des Français ont vécu le suicide d'un proche. Ces chiffres sont à interpréter avec circonspection (la sous-déclaration est estimée de 25% à 30%) [1].

4. La Postvention

4.1 Définitions

Les mesures d'intervention, d'accompagnement et de soutien à la suite d'un suicide ont été dénommées "Postvention" par Edwin Schneidman en 1981, terme défini comme étant la "prévention de la prochaine génération". C'est "la capacité et la possibilité d'intervention en situation de crise, permettant de soutenir et d'assister les personnes touchées par le décès par suicide d'un proche" [2]. Elles sont apparues aux Etats-Unis dans les années 1970. Elles ont été, à l'origine, le fait d'associations regroupant des endeuillés, et depuis, peu à peu, les organismes d'Etat participent à ce travail.

En 1999, l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS a mis en place le programme SUPRE, initiative mondiale pour la prévention du suicide, et 6 brochures ont été éditées¹, dont la dernière concerne spécifiquement la postvention.

L'International Association of Suicide Prevention – IASP [3], créée en 1960, regroupe plus de 50 pays sur les 5 continents. Plusieurs de ces pays, tels les Etats-Unis, le Canada, la Grande-Bretagne comptent eux-mêmes des dizaines d'associations dont plusieurs ont édité des guides, tels celui du National Health Service – NHS anglais [4], ou "Après le suicide d'un proche" [5], fruit du travail du "Réseau d'accompagnement du deuil après suicide" en Belgique. Il est à noter que cette dernière brochure répertorie l'ensemble des associations et organismes qui, au sein de ce réseau, s'engagent à respecter une Charte éthique.

En France, l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide – UNPS [6] regroupe une quarantaine d'associations actives en prévention et postvention, et a édité un guide "Vous êtes en deuil après un suicide" [7]. Certaines de ces associations participent au travail de la Commission sur la prévention du suicide, mise en place par le Ministère de la Santé en juillet 2008, et qui a dû remettre son rapport au Ministre début 2009.

¹ SUPRE, OMS, WHO/MNH/MBD/00.1 à 00.6, Genève 2002. Indications à l'intention des médecins généralistes, des professionnels des médias, du milieu scolaire, des professionnels de santé primaires, du personnel pénitentiaire, indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent. URL

En 2000, Norman L. Farberow a publié un état des lieux sur les mesures d'assistance aux endeuillés par suicide [8], depuis la fin des années 1970 jusqu'à la fin de 1997, principalement aux Etats-Unis et au Canada. Il a examiné rapidement les traitements en famille, en groupe et individuellement et il a recensé le nombre de programmes par pays, en donnant quelques exemples des deux classes de groupes existants : les groupes d'entr'aide ou "self-help groups" et les groupes de soutien, groupes où intervient un professionnel de la santé. Il faut, cependant, noter une certaine confusion dans les dénominations, selon les auteurs.

4.2 Définitions Groupe d'entraide / Groupe de soutien

Pour Yetta H. Appel et Adina Wroblewski [9] la définition du *groupe d'entraide* donnée par Katz et Bender en 1976 est toujours valable : "Ce sont de petites structures de volontaires qui s'apportent mutuellement assistance." Elles donnent l'occasion d'interactions personnelles basées sur une identification commune ("des gens comme moi"), d'échanger des informations ("antidotes cognitifs") permettant de relativiser la stigmatisation encore fréquente, de bénéficier gratuitement d'une expérience personnalisée, et souvent, finalement, de retrouver la confiance en soi en devenant soi-même un membre actif dans l'assistance à autrui.

Quant au *groupe de soutien*, Monique Séguin et Dolores Angela Castelli-Dransart [10] le décrivent comme impliquant des professionnels de façon plus importante, apportant aux cas individuels attention et soutien. Tout en reconnaissant le caractère bénéfique de l'entraide, les objectifs du groupe de soutien visent à favoriser la résolution de problèmes et de la relation au travers de rencontres structurées, faisant appel à des techniques misant à la fois sur la démarche individuelle et la démarche du groupe. Chaque rencontre est guidée par un professionnel dont le rôle est d'animer la rencontre et de faciliter les interactions entre les participants. Certains groupes sont homogènes, d'autres sont hétérogènes et la durée du soutien est variable également.

L'OMS a publié un document intitulé "Deuil et Suicide – Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent" [11] dans le cadre de son programme SUPRE. Dans ce document, l'auteur nomme "groupe de soutien" ce que M. Séguin et A. Castelli-Dransart nomment "groupe d'entr'aide". Après avoir souligné l'importance de ces groupes, qui constituent des moyens puissants et constructifs d'entraide, dit-il, et en avoir brossé l'historique, l'auteur met en garde les familles contre des comportements destructeurs tels que le silence, le déni, la fuite, le recours à certaines dépendances. Avant d'en venir au développement d'une structure opérationnelle pour le groupe de soutien, il décrit le rôle des amis et collègues, ainsi que des professionnels de santé. Il pose ensuite un certain nombre de questions préalables à la mise en place d'un groupe de soutien :

1. La constitution d'un groupe de soutien est-elle nécessaire ?
2. Qui sera responsable du groupe ?
3. Etes-vous à une étape dans votre deuil qui vous permettrait de mettre toute l'énergie nécessaire à la mise en place d'un groupe ?
4. Si vous êtes endeuillé et avez l'intention de vous investir totalement dans l'aménagement du groupe, possédez-vous le soutien des membres de votre famille ?
5. Pensez-vous pouvoir tenir votre engagement envers un groupe pendant un certain temps ?

6. Avez-vous une expérience ou des talents d'organisateur qui pourraient vous aider à la mise en place de ce groupe ?
7. Quels types de groupe de soutien existent déjà dans votre communauté locale ?

Puis il décrit l'étape suivante, précisant une série d'indications opérationnelles et une structure pour le fonctionnement du groupe, dans les domaines suivants :

1. Buts et objectifs.
2. Etablir la structure du groupe (structure ouverte et dynamique, ou structure fermée et souvent limitée dans le temps).
3. Inscriptions et intitulé du groupe.
4. Modèle de réunion.
5. Rôles et responsabilités.
6. Code d'éthique.

Les derniers chapitres ont pour titre "Reconnaitre et accéder aux moyens nécessaires pour soutenir le groupe", "Evaluer les résultats", "Facteurs de risques potentiels pour le groupe de soutien".

Dolorès A. Castelli-Dransart et Monique Séguin [12] ont exposé quelques expériences évaluées de programmes ou de mesures de postvention dans différents pays, après avoir présenté une brève synthèse reprenant les grandes lignes des connaissances actuelles dans le domaine et défini les besoins des personnes endeuillées dans l'immédiat, puis dans le moyen et long terme. Elles mettent en valeur le fait que la réussite et la durée des actions tiennent à un travail de concertation, voire de collaboration entre acteurs de domaines différents (domaines social, éducatif, psychiatrique, santé mentale, juridique, associatif, communautaire, etc.) d'une part, et d'autre part entre acteurs du domaine public et du domaine privé.

Le programme national de postvention du Nord de la Belgique, analysé par Karl Andriessen [13], est un cas exemplaire : lancé en 2000 après que l'on eût constaté une augmentation du taux de suicides, passé de 15,5 pour 100.000 habitants en 1991 à 18 en 2004, il a été précédé d'un sondage national sur les besoins des survivants de suicide. Les objectifs du Groupe de Travail ont été définis ainsi qu'il suit (la réalisation en a été indiquée entre parenthèses) :

1. Publier un répertoire des possibilités de soutien pour les endeuillés après suicide (la 5ème édition en a été publiée à la mi-2008, à 70.000 exemplaires).
2. Mettre en place une supervision avec les pairs et des rencontres de soutien avec les responsables des groupes (organisé depuis 2001).
3. Généraliser le soutien financier pour ces groupes (durant les trois premières années une petite partie des fonds disponibles a été allouée aux groupes pour couvrir les frais de communication et de secrétariat).
4. Faire valoir l'utilité de la postvention auprès des structures de soins et d'aides sociales tant au niveau local que régional (réalisé au fur et à mesure. Le Groupe de Travail est maintenant bien connu de la presse).
5. Réaliser une brochure indiquant les bonnes pratiques pour mettre en place et animer les groupes de soutien pour les endeuillés après suicide (publié en 2005).
6. Etablir une charte des droits des endeuillés après suicide (lancée en mai 2002, traduite en finlandais).
7. Organiser une journée nationale des endeuillés après suicide (elle a eu lieu pour la première fois le 16 novembre 2002).

8. Réaliser une pièce de théâtre sur ce type de deuil (la pièce "Out of life" a été en tournée deux ans dans la région flamande).
9. Octroyer une récompense à un média pour une représentation convenable du suicide et des endeuillés après suicide (ce projet a été amendé, et c'est en 2004 que la première récompense a été décernée).
10. Créer un site internet interactif (il existe, en flamand, et comportera bientôt des indications en français et en anglais : www.werkgroepverder.be).
11. Inclure le soutien coordonné des endeuillés après suicide dans la politique flamande de prévention du suicide (c'est en train de se faire).

L'association Phare Enfants-Parents a été créée en 1991, et elle a mis en place dès 1993 des "Groupes de parole" à l'intention des parents d'enfant suicidé [14]. Elle s'est inspirée de la technique du "Groupe d'entr'aide pour personnes en deuil" du Canadien Jean Monbourquette [15]. Le champ d'application de ce document dépasse le deuil après suicide, mais il constitue néanmoins un guide précieux, utilisé dans le deuil après suicide. Dans une première partie, cet opuscule décrit le fonctionnement du groupe, selon le schéma suivant :

1. Définition d'un groupe d'entr'aide.
2. Un critère de formation : l'homogénéité.
3. Publicité et recrutement : bouche à oreille, professionnel, presse, affichage, dépliants dans des lieux stratégiques.
4. Lieu de la rencontre.
5. Fréquence et durée des rencontres.
6. Nombre des participants.
7. Sélection des membres.
8. Un instrument : le journal de bord.

Il définit ensuite le rôle de l'animateur (animatrice), avec :

1. Ses qualités : expérience personnelle, disponibilité, capacités de sympathie et de distance à la fois, patience, respect, discipline dans la gestion de son temps, ouverture à une aide professionnelle si nécessaire.
2. Ses tâches : avant chaque rencontre, préparation personnelle (physique, psychologique, spirituelle) et matérielle.
3. Ses techniques : savoir rapidement les prénoms des participants, éviter les conseils ("tu devrais..."), résumer rapidement une communication qui risque d'être trop longue, avoir en tête quelques bons titres de livres ou des noms de personnes-ressources à inviter...

Dans un troisième chapitre il définit le rôle et les règles du groupe : la discréetion, le respect, l'assiduité (prévenir si on ne peut venir à une rencontre), la constance (ne pas se sauver dans les moments pénibles), la ponctualité, la liberté (on n'est pas obligé de s'exprimer dans le groupe), le non-jugement, le partage, l'ouverture. Après avoir décrit brièvement le deuil et ses étapes de résolution, Jean Monbourquette détaille les douze rencontres qu'il propose pour le travail du groupe d'entr'aide :

1. Formuler les objectifs du groupe et des participants.
2. Raconter l'histoire de son deuil.
3. Développer l'espoir de résoudre son deuil.
4. Débusquer les résistances, exprimer sa tristesse.

5. Prendre conscience de sa colère et l'exprimer.
6. Exprimer et transformer sa culpabilité.
7. Prendre soin de soi au cours du deuil.
8. Voir clair dans ses relations humaines.
9. Passer à l'action et régler les affaires non finies.
10. Découvrir un sens à sa perte.
11. Se pardonner et pardonner à la personne disparue.
12. Récupérer son héritage.

Michael Myers [16] et Carol Billow [17] développent l'intérêt du tandem Endeuillé/Clinicien pour faire avancer la science de la suicidologie, d'une part, et donner espoir et signification aux endeuillés par suicide d'autre part. Le premier, psychiatre de profession, s'adresse à des auditoires de cliniciens en compagnie de la veuve d'un médecin suicidé, et chacun éclaire le discours de l'autre de son regard propre. Le fait d'établir un langage commun donne crédibilité et pertinence à ce qu'ils expriment. L'auditeur est mis en confiance. La deuxième appartient à un groupe de thérapeutes ayant perdu un proche par suicide, qui ont ressenti le besoin de théoriser ensemble à partir de leur expérience personnelle afin de s'apporter mutuellement une assistance personnelle et professionnelle. Ils se sont ensuite proposés pour animer des groupes de soutien, qu'ils étaient particulièrement aptes à aider. Après trois années d'existence, ces groupes d'endeuillés par suicide, à la composition homogène par rapport au degré de parenté relativement au défunt, ont clairement donné des résultats satisfaisants. Certains participants continuent à se voir amicalement, s'aident les uns les autres à résoudre des problèmes tout différents, ont repris le contrôle de leur vie. Cependant, là encore, le manque de groupe témoin ne permet pas de quantifier le résultat. C'est ce que Sheila E. Clark et Robert D. Goldney mettent en relief, en conclusion de leur article traitant du soutien après suicide en Australie [18].

Isaac Sakinofsky [19] a procédé à une analyse de littérature indiquant qu'il existe pléthore de programmes pour les endeuillés après suicide, mais que très peu ont été l'objet d'évaluations rigoureuses. La plupart n'ont pas duré suffisamment longtemps. Une exception concerne l'étude menée par Pfeffer et al. [20] sur des enfants endeuillés par le suicide d'un membre de leur famille et qui montre une réduction significative du niveau d'anxiété et de dépression chez les enfants ayant bénéficié d'un traitement de postvention.

John R. Jordan et al. [21] ont publié une analyse de la littérature après avoir observé qu'une enquête téléphonique menée aux Etats-Unis en 2002 indiquait que 7% de la population (environ 13,2 millions de personnes) avait été exposé à un suicide au cours des 12 derniers mois. Ce problème est donc véritablement, dans chaque pays, un problème national. Après avoir relaté les résultats d'enquêtes statistiques auprès de 144 endeuillés dans un cas (USA), 179 dans un autre (Norvège), permettant de cerner leurs besoins spécifiques, leur étude analyse une douzaine de compte rendus d'interventions et se conclut par des recommandations d'axes de recherche permettant d'élaborer de meilleurs outils pour venir en aide aux endeuillés :

1. Nécessité d'une meilleure information sur le cours "naturel" du deuil après suicide,
2. Nécessité de disposer d'études à la méthodologie assurée sur l'efficacité des interventions auprès des endeuillés.

5. Milieu scolaire

Karen Dunne-Maxim [22] souligne qu'idéalement et dans un premier temps, ce sont les parents qui sont les mieux placés pour assister leurs enfants confrontés au drame d'un suicide. Ceci est confirmé par Mary Finn Maples [23]. Cependant, Sylvie Bourdet-Loubère [24] constate que l'entourage familial comme les professionnels de l'adolescence ont encore trop souvent tendance à offrir des attitudes inadaptées par rapport aux jeunes endeuillés, parfois les considérant comme des adultes, et parfois les infantilisant au contraire. L'accompagnement du jeune endeuillé doit se faire de façon individualisée, dans le respect de sa personnalité, de sa fragilité, mais aussi de ses ressources personnelles et environnementales, de sa résilience, mettant en œuvre la fameuse fonction alpha, chère à Bion, dans le but de "transformer les impressions des sens et les expériences émotionnelles pour les rendre disponibles à la pensée". Parmi les ressources environnementales, la structure scolaire figure au premier plan.

Les publications mettent d'abord en avant la nécessité de prévoir l'évènement, que ce soit le suicide d'un élève, d'un enseignant, d'un membre quelconque de la communauté scolaire [25] [26] [27] [11]. Il doit exister dans l'institution un dispositif d'urgence, afin d'éviter des suicides, ou des tentatives de suicide en chaîne, et plus généralement faciliter le travail de deuil et il faut rappeler l'existence de ce dispositif périodiquement. Les responsables d'établissements doivent être convaincus que ce type d'évènement ne peut pas être traité par le silence [26, p.84]. Stephen E. Brock [28], cependant, souligne que l'équipe de crise doit d'abord vérifier que ses services sont véritablement nécessaires : dans le cas des grosses structures, les étudiants ne sont pas nécessairement informés de la survenance d'un suicide et la publicité donnée à cet évènement est facteur de trouble.

5.1 Exemples de programmes

L'association Phare Enfants-Parents a édité un court document (1 page) à l'intention des jeunes dont un camarade s'est suicidé, leur conseillant de ne pas rester seul dans leur désarroi [29].

D'après Frederick Lamb et Karen Dunne-Maxim [30] :

1. Il ne faut rien faire pour glorifier ou dramatiser un suicide .
2. Ne rien faire est potentiellement aussi dangereux que d'en faire trop.
3. Les élèves ne peuvent être aidés que par des adultes aidés eux-mêmes : dans un premier temps des professionnels compétents assistent les adultes, qui peuvent ensuite assister les élèves (d'où la nécessité de la préparation).

Un autre facteur indispensable est l'obligation, pour les adultes, de parler d'une seule voix. Non seulement le personnel enseignant ou le personnel de santé, mais également le personnel de service. Et pour cela, chacun doit connaître son rôle [26, p. 85]. Un mémento pratique a été réalisé à l'Académie de Rouen [31], destiné aux Chefs d'établissement ou de l'IEN pour venir en aide aux équipes de terrain et qui répond à la question : Comment faire face à un décès dans un établissement scolaire ? Ce document, tout en précisant qu'il constitue un guide à adapter par chacun en fonction des circonstances, de la réalité du terrain et des caractéristiques propres à son établissement, décompose la conduite à tenir en trois étapes :

- a) Que faire avant l'arrivée des élèves ?

- b) A l'arrivée des élèves et des professeurs ?
- c) Les jours qui suivent et à plus long terme ?

Il donne des conseils d'une extrême précision, et jusqu'à un canevas de lettre d'annonce du décès à l'attention des élèves et des personnels ; également un modèle de lettre pour les parents d'élève, afin de leur proposer une aide psychologique appropriée à la réaction de leur enfant. Il fournit également la liste des personnes ressources, formées pour venir en appui aux équipes de terrain en cas de besoin : médecins, assistantes sociales, infirmières scolaires, conseillers d'orientation psychologues, personnels du Rectorat et des Inspections académiques.

S.E.Brock, au long des quelques 400 pages de son ouvrage [25], donne toutes sortes de précisions pour la préparation et la mise en place de la cellule de crise, la réponse à la crise, et l'évaluation qui doit suivre. Tout ce qui est prévu pour répondre à une crise est en effet transposable au suicide, en tant que crise en milieu scolaire. Ces 4 étapes sont brièvement décrites ci-après :

1. Préparation de la cellule de crise

- choix d'un leader,
- construction d'une équipe autour de lui, parmi lesquels le médecin scolaire, l'infirmière, et/ou un psychologue, un travailleur social, un conseiller,
- évaluation des besoins,
- définition d'un plan d'action,
- appel à un consultant pour l'élaboration de la cellule de crise.

2. Elaboration et mise en place d'une stratégie de réponse à la crise

- obtention de l'accord de la Direction de l'établissement et de l'Administration,
- formation des membres de l'équipe,
- élaboration d'une check-list d'actions à entreprendre.

3. Réponse à la crise

- vérification des faits,
- détermination du degré d'impact,
- notification de la famille,
- information des médias,
- information des élèves de la possibilité d'assistance,
- tri psychologique, avec identification des sujets à risques,
- orientation des élèves vers une aide psychologique et/ou une aide psychiatrique.

4. Evaluation et debriefing

Cette tâche doit être confiée à un membre de la cellule de crise, normalement le leader. Elle doit être menée entre 24 heures et 72 heures après la mobilisation au moyen d'entretiens ou de questionnaires. Des modèles sont fournis en annexe. Le but n'est pas l'évaluation du comportement de tel ou tel, mais les leçons à tirer pour l'avenir.

Parmi les entités ayant publié des guides sur la conduite à tenir en cas de suicide, abouti ou non, celui de l'American Association of Suicidology – AAS, "School Suicide Postvention Guidelines", 1998, est résumé par Mary Finn Maples et al. [23]. Il comporte 13 chapitres :

1. Se préparer à l'avance.
2. Choisir et former une équipe de crise.
3. Vérifier avec le médecin, la police, la famille qu'il s'agit bien d'un suicide.

4. Ne pas annuler les cours, ne pas encourager la présence à la cérémonie funèbre pendant les heures de cours.
5. Ne pas ériger de mémorial (un arbre, un banc, un document...).
6. Contribuer à l'effort sur la prévention du suicide au nom des écoles ou de la communauté.
7. Contacter la famille, la tenir au courant des efforts de l'école en matière d'intervention, lui prêter assistance pour l'organisation des obsèques.
8. Ne pas donner d'information en assemblée plénière ou par internet. Diffuser l'information par des conversations informelles avec les professeurs, les étudiants, les parents. Dire **toujours** la vérité.
9. Suivre les cours de l'élève suicidé tout au long de la journée afin de donner l'occasion de discuter et de prodiguer des conseils.
10. Prévoir dans l'école elle-même des salles où prodiguer des conseils, individuellement ou en groupe.
11. Collaborer avec les media, les forces de l'ordre, les entités administratives.
12. Points à mettre en valeur dans les media et avec les parents : la prévention, aucun fait ni aucune personne en particulier n'est à mettre en cause, une aide est à disposition.
13. Fournir conseils et opportunités de discussion aux adultes de l'établissement.

A partir de cette base, Mary Finn Maples et al. ont suggéré une approche combinée : prévention, intervention, postvention au sein d'équipes comportant des professeurs, des parents d'élèves et des représentants de l'administration, avec un modèle en 4 points :

1. Mise en place d'une équipe (qui, avec quel leader...).
2. Rédaction d'une procédure (information de l'équipe éducative, relations avec les media, souhaits de la famille...).
3. Prévision d'une assistance professionnelle (qui, combien de temps, évaluation...).
4. Suivi des risques (détection des jeunes à risque, soutien à leur apporter à l'extérieur de l'école...).

Leur modèle de postvention proprement dit comporte 4 points :

- Phase 1 : Réponse au choc et à la désorganisation.
- Phase 2 : Expression de la douleur et du remords.
- Phase 3 : Recherche de la signification de la mort.
- Phase 4 : Emergence de nouveaux buts.

Il faut relever également le Guide du Département de l'Education et des Services à l'Enfance du Gouvernement d'Australie du Sud, en liaison avec l'Education Catholique et l'Association des Ecoles Indépendantes de l'Australie du Sud [32]. Il suppose la collaboration, et donc l'information préalable, du chef d'établissement avec d'autres entités concernées : la hiérarchie des structures éducatives, les structures administratives locales, les structures de santé. Lui aussi, après avoir mis en relief la nécessité d'une cellule de crise, détaille les actions à entreprendre dans l'immédiat, dans les premières 24 heures, durant les tout premiers jours, le premier mois, puis à plus long terme, et il fournit des exemples de lettres d'information, des adresses d'organismes d'assistance, et se termine par un cadre de réflexion sur la façon dont l'événement a été traité et les leçons à en retenir pour l'avenir (évaluation).

Monique Séguin et al. [33] sont d'avis que le jugement clinique d'intervenants expérimentés pour distinguer les différents contextes et modes d'intervention, sera toujours plus juste et approprié que l'application de programmes génériques. Ils proposent aux responsables d'établissements une démarche qui les guidera dans leur processus décisionnel afin de choisir les interventions à mettre en place à la suite d'un suicide en milieu scolaire. Ils examinent les principaux champs d'activités de postvention et suggèrent la mise en place de programmes à plus long terme, plus flexibles, permettant d'adapter des interventions spécifiques à des sous-groupes spécifiques, définis en fonction du bilan de l'analyse de la situation. Cette démarche implique une spécialisation des professionnels concernés.

M. Windisch [34] avait déjà, dans son article publié en Octobre 2000, décrit ce travail professionnel spécialisé. Une Unité Mobile d'Intervention - UMI a été constituée en Octobre 1997, afin de répondre aux situations de crise que traversent les établissements scolaires après un acte suicidaire ou une mort violente. Cette intervention nécessite la mise en place préalable et minutieuse d'un cadre de travail ayant pour projet "l'éducation à la santé" des adultes de l'établissement et le repérage des élèves à risque. La situation tierce de l'Unité Mobile d'Intervention est essentielle, elle favorise la mise en place des liens qui faciliteront l'accès aux soins des adolescents voire des adultes dans cette situation post-traumatique. M. Windisch décrit en détail la séquence des actions menées par l'UMI :

1. Entretien téléphonique entre le Chef d'Etablissement (informé par une circulaire du Directeur de l'Académie : ce courrier a été envoyé, dans l'Académie de Paris, le 14 Octobre 1997) et l'Unité Mobile d'Intervention.
2. Choix (non obligatoire) du chef d'établissement de faire appel aux intervenants qu'il souhaite voir venir travailler dans son institution.
3. Préparation de l'intervention par les adultes de l'établissement, qui exposent aux élèves les modalités de la rencontre qu'ils souhaitent.
4. Intervention proprement dite au sein de l'établissement, toujours après les obsèques de l'adolescent décédé. Ce travail, basé sur l'expérience de la clinique psychiatrique et de la dynamique des petits et des grands groupes, vise à obtenir une atténuation du climat d'angoisse et des tensions individuelles et collectives.
5. Contact téléphonique de l'UMI avec la famille et/ou le médecin généraliste permettant d'orienter l'adolescent qui inquiète vers un lieu de soin.
6. Contact téléphonique de l'UMI avec le consultant choisi ou proposé pour exposer les tenants et aboutissants du cas de manière professionnelle.
7. Rencontre avec les adultes de l'établissement une année plus tard afin d'évaluer avec eux le travail effectué ensemble.

Toutes ces actions permettent de tisser les maillons d'un réseau constituant l'étayage indispensable à une continuité de prise en charge. Trois années après la mise en place de cette structure, qui favorise la transversalité, on a constaté :

- / la modification des liens unissant les adultes au sein de l'établissement,
- / le renforcement de l'identité professionnelle du médecin scolaire,
- / la capacité des adolescents à s'adresser à l'adulte de leur choix,
- / la capacité de l'adulte lui-même à s'adresser autrement aux membres de l'équipe médico-sociale.

5.2 Effets négatifs éventuels

L'OMS [35] préconise d'identifier tous les étudiants suicidaires, dans la classe où un suicide a eu lieu aussi bien que dans d'autres. Un ensemble de suicides en chaîne peut ne pas concerner uniquement des enfants ou des adolescents qui se connaissent : des jeunes même très éloignés ou totalement inconnus des jeunes suicidés peuvent s'identifier à ce comportement suicidaire et, en conséquence, recourir au suicide.

Jay Callahan [36] expose les effets secondaires négatifs auxquels il convient de prêter attention dans l'intervention après suicide dans une école. En effet, même une intervention menée selon un protocole bien étudié peut avoir des effets pervers si l'acte suicidaire, au lieu d'être vu comme un comportement négatif, est mis en valeur. Un jeune suicidé peut devenir un "héros" et le statut de ses amis les plus proches s'en trouver rehaussé. On a vu dans une école du Middle West les amis intimes du défunt devenir très recherchés des autres écoliers, le côté romantique dont le suicide était paré renforçant l'attrait de la mort. Le travail du groupe semblait conduire à un accroissement de l'intensité mélodramatique. Il est apparu qu'il fallait assigner des limites nettes à la durée des sessions de soutien en groupe ainsi qu'à la possibilité donnée à un jeune éclatant en sanglots au milieu d'un cours de sortir immédiatement chercher un réconfort auprès du psychologue de service, cette manifestation lui donnant une posture intéressante aux yeux de ses camarades, contre-productive pour lui et pour le groupe. Un effort conscient est fait également pour ramener les enfants à la notion de leurs responsabilités à l'égard de leurs parents.

S'adressant aux adultes de la communauté scolaire et pour atténuer la contagion, Jay Callahan, dans la même étude, préconise un certain nombre de mesures :

1. Si c'est le cas, mettre l'accent sur la présence de psychopathologie chez le défunt, afin de démystifier le suicide et de rendre plus difficile l'identification des autres enfants avec lui.
2. La mort ne doit pas être glorifiée, dramatisée, rendue sensationnelle. Déminer l'atmosphère de tragédie romantique.
3. Se méfier des souvenirs comme une plaque, un arbre, une couronne etc. Cette trace concrète suggère aux élèves que le meilleur moyen de recevoir de l'attention est de se suicider.
4. Faire expliciter par un professionnel auprès des amis et connaissances jugés potentiellement suicidaires le tableau complet des conséquences de l'acte.

6. Milieu professionnel

6.1. Milieu de l'entreprise

6.1.1. Guide adapté au milieu de l'entreprise

Un groupe constitué de spécialistes de la prévention des risques professionnels : un ingénieur conseil, un ingénieur, un expert, deux médecins du travail, et un médecin psychiatre a publié un guide [37] afin de mettre en place des actions aussi justes que rapides après un suicide dans l'entreprise.

Ce guide préconise d'abord la constitution d'une cellule de crise pour coordonner les interventions, avec, dans l'idéal :

- / un manager, directeur général ou directeur des ressources humaines,
- / le médecin du travail,
- / un psychologue ou un psychiatre chargé d'assister le médecin du travail,
- / éventuellement une assistante sociale.

Il dresse ensuite une liste d'actions :

1. Conduite à tenir immédiate :

Alerter, préserver,
Annoncer le décès à la famille et lui proposer un accompagnement,
Annoncer le décès aux autres salariés.

2. Conduite à tenir à court terme :

Obligations administratives,
Soutien psychologique des salariés,
Gestion des médias.

3. Conduite à tenir dans les semaines et les mois suivant le suicide :

Exorciser le suicide,
Engager une enquête sur les causes et les conditions du suicide dans une démarche partagée avec les représentants du personnel,
Adopter des actions de prévention active des risques psychosociaux,
Si une recherche sur l'analyse des facteurs du suicide est engagée, la confier à un professionnel apte à respecter les règles de déontologie,
Préparer les salariés aux enquêtes officielles.

6.1.2. Action basée sur la méthodologie de la psychodynamique du travail

M. Léonard et M-O Roussel [38] sont intervenues dans une entreprise où deux salariés (un ouvrier et un agent de maîtrise) s'étaient suicidés en deux ans. Un groupe de travail dont l'objectif était de réfléchir sur l'ambiance au travail et sur la recherche de solutions permettant de l'améliorer s'est constitué à l'intérieur de l'entreprise, qui a recherché l'aide du Département de Psychologie et de Psychodynamique du Travail départemental. Deux groupes de psychodynamique d'une douzaine de personnes chacun ont été constitués sur la base du volontariat, l'un réunissant des ouvriers, l'autre des agents de maîtrise. Chaque groupe, animé par deux intervenantes, s'est réuni cinq fois, toutes les trois semaines, chaque réunion durant trois heures. Lors des quatre premières réunions, les suicides n'ont pas été évoqués, chacun parlant de son travail et des changements dans ce travail : polyvalence imposée, automatisation, surveillance informatisée. Ils parlent de leurs renoncements, des pertes qu'ils éprouvent, de leurs peurs. Également de valeurs positives : attachement pour leur entreprise, solidarité avec les équipiers, l'honnêteté, respect de l'autre... Ce n'est qu'à la fin de la quatrième rencontre, après la mise en partage de leur travail, que chacun des deux groupes pourra parler des suicides, mais le groupe des ouvriers n'a pu parler que du suicide de l'agent de maîtrise, et le groupe des agents de maîtrise que de celui de l'ouvrier. Cette verbalisation n'a pu se réaliser que parce que les groupes sont restés centrés sur le travail. À l'issue de leur expérience, l'approche par le travail apparaît aux auteurs comme un puissant médiateur de réflexion et de levée des défenses collectives.

6.1.3. Action de postvention empêchée

B. Aubrègue [39] analyse les raisons ayant empêché une action de postvention dans une entreprise lorraine, un an après le suicide d'un directeur, en fonction de trois classes de facteurs.

- / Le contexte de travail : réorganisations successives, ambiguïté du statut privé/public, méfiance et cloisonnement ;
- / La tâche elle-même : manque de définition des tâches, aucun droit à l'erreur, dysfonctionnements dans l'organisation ;
- / Les réactions individuelles face au suicide : la personne suicidée victime ou coupable, climat de peur.

Les dysfonctionnements dans l'entreprise, trop importants, ont empêché toute forme de communication. L'entreprise s'était grippée, et dès lors toute action collective de réflexion centrée sur le travail, proposée dans le cadre de la psychodynamique du travail, était devenue impossible.

6.2. Milieu de soins, le suicide d'un patient

Un milieu professionnel particulièrement concerné est celui du milieu de soins. Dans la littérature, ce qui est considéré comme le suicide d'un patient peut se produire au sein d'une unité ou au cours des soins qui lui sont prodigués. Edward J. Dunne [40] avertit que le clinicien ayant suivi le défunt étant endeuillé lui-même, il ne doit jamais prendre en charge professionnellement les autres endeuillés. G. Fidelle et al. [41] décrivent le traumatisme qu'il subit et Isaac Sakinofsky [19] lui conseille de demander l'aide de ses pairs, et particulièrement de son association professionnelle s'il craint une action en justice.

X. Pommereau [42] préconise dans les institutions de soins l'établissement d'un plan de crise préalable et la pratique d'un travail de régulation institutionnelle afin d'aider les professionnels en souffrance. Ce travail passe par le maintien d'un cadre contenant et rassurant. Il convient d'abord pour eux de ne pas nier l'évidence, d'appliquer les procédures légales et de réunir le groupe des personnes qui prenaient en charge le défunt en présence des professionnels disponibles. Chacun peut partager de manière collective la violence ressentie, ces échanges établissant une certaine solidarité entre tous les membres de l'institution. L'équipe doit pouvoir s'exprimer lors de groupes de partage, idéalement avec l'aide d'un régulateur extérieur.

O. Cottencin et al. [43] soulignent eux aussi l'importance du travail de groupe dans ce deuil collectif. Ils rappellent qu'une des principales missions de la psychiatrie de liaison est de "mettre au service des patients et des soignants des services de médecine et de chirurgie, les compétences développées par la psychiatrie" et ils proposent l'intervention immédiate d'un psychiatre de liaison, dans un espace de parole qui sera utilisé tour à tour par la famille du défunt et par les soignants. Au cours de cette première intervention sera proposée l'intervention post-immédiate, sous la forme d'un debriefing sur la base du volontariat, qui devra avoir lieu dans les jours suivants. Ce debriefing sera à pratiquer à deux, l'un "dirigeant" la séance tandis que l'autre pourra repérer les sujets encore dans la bulle du drame. Une intervention tardive, toujours sur la base du volontariat, permettra à l'équipe de réaliser qu'elle est dans une dimension de réorganisation psychique individuelle et collective.

Les institutions gériatriques constituent un milieu de soins particulier où le suicide de la personne âgée naît de la solitude et du silence. En Belgique, le Réseau d'accompagnement du deuil après suicide a publié dans son étude intitulée "La problématique du suicide chez les personnes âgées" [44] une statistique montrant que ce sont les personnes de plus de 70 ans qui sont les plus touchées par le suicide : le graphe par groupe d'âge montre un premier pic aux alentours de 45 ans, et un deuxième, plus important, à partir de 75 ans. Ce document donne des conseils pour la prévention de l'acte suicidaire. P. Charazac [45] ne traite de l'effet du suicide sur l'entourage que pour souligner que le principal obstacle au repérage par les soignants du risque suicidaire est leur tendance à le dénier ou à le fuir. Malgré le nombre de personnes suicidées, la littérature ne parle pas de ses conséquences sur l'entourage.

7. Comment déterminer les meilleures pratiques : la question de l'évaluation

C'est une difficulté générale qui a été soulignée dans la plupart des documents, quand la question de l'évaluation n'a pas été omise purement et simplement. Considérant le type d'acteurs que l'on rencontre le plus fréquemment dans le domaine étudié (associatifs, bénévoles...), il n'y a pas d'habitude méthodologique d'évaluation, ni de tradition de publication scientifique. Quelques sources l'affrontent cependant.

La Coordination départementale "Prévention du Suicide et Promotion de la Santé Mentale" du Département des Deux-Sèvres [46] a mis en place une action intitulée "Propositions d'Entretiens de Soutien psychologique aux Personnes endeuillées par Suicide" visant à réduire les risques de survenue des symptômes de désarroi et de souffrances par la verbalisation des émotions. Située au Service des Urgences du Centre Hospitalier de Niort, elle a rapidement connaissance des décès par suicide de l'ensemble du département. Environ une semaine après le décès, elle adresse un courrier à l'entourage de la personne décédée, avec une proposition d'entretiens de soutien psychologique pour tous ceux (famille, amis, voisins) qui le souhaitent : jusqu'à 5 entretiens par personne peuvent être financés. L'envoi comprend également la liste des médecins et psychologues du département qui ont bien voulu participer à ce dispositif, une proposition de groupe de parole, ou groupe d'entraide, local (Association Relais Pour l'Ecoute et la Prévention – ARPEP) et le livret "Vous êtes en deuil après un suicide" de l'UNPS [7].

L'action n'a pu démarrer qu'après qu'on eût trouvé les financements nécessaires (auprès de compagnies d'assurances, notamment). C'est le secrétariat de la coordination qui reçoit les factures des professionnels, avec les évaluations effectuées, et qui les transmet à l'ARPEP pour paiement. L'évaluation est faite à 3 moments : avant le premier entretien, à la fin des entretiens (quel qu'en soit le nombre entre 1 et 5), 6 mois après les entretiens. Les 10 critères évalués sont les suivants : Anxiété, Souffrance-douleur, Troubles du sommeil, Fatigue-asthénie, Dépression, Envie de mourir, Colère, Révolte, Sentiments de culpabilité, Etat de santé physique. Dans un document qui propose également un modèle de lettre aux familles endeuillées, des modèles d'évaluation aux trois moments choisis, et fournit un compte rendu financier de l'action, la coordination a publié un bilan intermédiaire après 10 mois de fonctionnement (4 mars – 31 décembre 2008) des évaluations avant et après les entretiens des 12 personnes en ayant bénéficié, et il apparaît une baisse de tous les scores, sur une échelle de 0 à 9, à l'exception de l'état de santé physique. Les 5 premiers critères, notamment,

relativement élevés avant le premier entretien (de 5 à 8), ont retrouvé des valeurs plus modestes (de 2 à 5).

Michel Hanus, au sein de l'association Vivre son deuil, a procédé à une étude chiffrée [47]. Cette association organise des rencontres régulières se déroulant sur une journée, éventuellement renouvelable une seule fois. La méthode est la suivante : il est demandé aux futurs participants, au cours de l'entretien préliminaire à l'entrée dans le groupe, de remplir un questionnaire d'auto-évaluation de leurs difficultés en fonction de 10 critères : anxiété, souffrance, troubles du sommeil, asthénie, dépression, envie de mourir, colère, révolte, sentiment de culpabilité, état de santé physique, sur une échelle allant de 0 (intensité nulle) à 10 (intensité maximale). La même auto-évaluation est réalisée quelques jours après la fin du groupe. L'étude, qui s'applique à deux groupes distincts (8 femmes dans un cas, 5 dans l'autre), renseigne sur l'âge, le degré de parenté par rapport au défunt, le mode du suicide, l'environnement familial et amical restant, l'activité professionnelle. Les résultats de l'enquête pour le premier groupe indiquent que tous les symptômes ont pu être améliorés dans des proportions variables selon les personnes, quelle qu'ait été l'intensité des troubles au départ. Pour le second groupe, 3 de ces 5 femmes ont vu leur état s'améliorer de 20 à 25%, une n'a pas vu son état modifié, et la dernière a éprouvé une aggravation d'environ 10% dans les suites immédiates du travail de groupe. Michel Hanus estime qu'il serait souhaitable de faire remplir la même évaluation environ six mois après la date de tenue du groupe afin de mieux distinguer le simple effet du temps du bénéfice de l'entretien.

Monique Séguin et al. [48] indiquent que les effets positifs des groupes semblent s'avérer assez similaires d'un groupe à l'autre, qu'il s'agisse de groupes d'entraide, de soutien, de rencontres fermées, ouvertes, sur une durée variable, que la participation soit homogène ou hétérogène. Les quatre programmes évalués sont offerts dans les Centres de Prévention du Suicide du Québec, sur 2 mois, 4 mois, 6 mois et 12 mois selon les Centres. 74 personnes endeuillées suite à un suicide ont accepté de participer à cette étude, avec une moyenne d'âge de 42 ans, la majorité des personnes endeuillées étant de sexe féminin, ayant perdu quelqu'un de très proche : conjoint, parent, membre de la fratrie. La première évaluation a été réalisée avant la participation au groupe de soutien, la deuxième immédiatement après la dernière rencontre, la troisième 6 mois après la fin du groupe, et la dernière 12 mois après la fin du groupe. Un premier tableau décrit les programmes de soutien, un deuxième les circonstances associées au deuil, un troisième montre l'évolution des scores de dépression et de deuil, après que les mesures de deuil aient été explicitées. Après avoir exposé les difficultés méthodologiques, et notamment le manque de groupe contrôle, les auteurs concluent que les programmes de durée intermédiaire de 4 et de 6 mois semblent avoir une efficacité tout aussi importante que le programme plus long de 12 mois.

Dans un document déjà cité [10] M. Séguin et al. font ressortir que l'évaluation de l'efficacité de traitement, particulièrement auprès d'une population potentiellement vulnérable, est toujours une entreprise complexe. Cependant, toutes les études qu'elles ont examinées vont dans le même sens et concluent à une satisfaction élevée des participants, sans que l'état des connaissances permette d'établir des recommandations d'action précises : auprès de qui intervenir ? quand ? comment ?

8. Conclusion

L'évaluation d'une thérapie ou de toute autre assistance est difficile. Karl Andriessen et al. [49] soulignent que le facteur le plus important dans quelque soutien que ce soit à un endeuillé par suicide est ce que les anglo-saxons nomment le "fingerprint phenomenon", que l'on peut traduire par l'empreinte unique qui signe tout individu. Il n'y a que des cas particuliers. C'est également ce que développe Michel Hanus au chapitre 15 de son ouvrage "Le Deuil après Suicide" [50].

9. Bibliographie des documents cités

- [1] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques – DREES. Chiffres relatifs à l'année 2003. *Études et Résultats*, n° 488, mai 2006. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er488/er488.pdf>
- [2] Gould et Kramer (2001), cité par Vaiva Guillaume. Décès par suicide : ceux qui restent... *Santé mentale*, n° 134, janvier 2009, p. 16-20.
- [3] International Association of Suicide Prevention - IASP, European Directory of Suicide Survivor Services, 2002. <http://www.iasp.info/fr/accueil.php>
- [4] National Health Service - NHS, Department of Health. *Help is at hand. A resource for people bereaved by suicide and other traumatic death.* 2008, 48 p. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_087031?IdcService=GET_FILE&dID=180418&Rendition=Web
- [5] Titeux Pierre, Jongen Magali, Réseau d'accompagnement du deuil après suicide. *Après le suicide d'un proche.* Bruxelles : Axel GEERAERTS, 2009, 29 p. http://www.preventonsuicide.be/ressource/static/files/BrochureReseauDeuil_janvier2009_A5_.pdf
- [6] Union Nationale de Prévention du Suicide - UNPS, Annuaire, 2009. <http://www.infosuicide.org/>
- [7] Veyre René, Veyre Denise, Viallet Bruno, Hannier Thérèse, Satet Pierre, Hanus Michel. *Vous êtes en deuil après un suicide.* Union Nationale de Prévention du Suicide – UNPS : Paris, 2006, 24 p. <http://w4-web143.nordnet.fr/contacts/unps/livretVSD.htm>
- [8] Farberow Norman L., Helping Suicide Survivors. In : *Suicide Prevention, Resources for the Millennium.* Edited by David Lester, 2000, pp. 189-192
- [9] Appel Yetta H., Wrobleksi Adina. Self-Help and Support Groups : Mutual Aid for Survivors. In : *Suicide and its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors.* Edited by Edward J Dunne, John L McIntosh, Karen Dunne-Maxim, 1987, p. 215-233.
- [10] Séguin Monique, Castelli-Dransart Dolores Angela. Possibilités et modalités de soutien pour les personnes endeuillées par suicide. *Perspectives Psy*, Vol. 47, n° 4, octobre-décembre 2008, p. 375-381.
- [11] Organisation Mondiale de la Santé – OMS, programme SUPRE. *Deuil et suicide : indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent.* WHO/MNH/MBD/00.6, Genève, 2002, 38 p. http://www.who.int/mental_health/media/en/625.pdf
- [12] Castelli-Dransart D.A., Séguin M. Besoins des personnes confrontées à un suicide et modalités de soutien disponibles : quelles interfaces ? *Perspectives Psy*, Vol. 47, n° 4, octobre-décembre 2008, p. 365-374.
- [13] Andriessen Karl, Comment améliorer le soutien aux endeuillés après suicide ? Expériences issues du Programme national pour les endeuillés après suicide en Flandres belges. *Perspectives Psy*, Vol. 47, n° 4, octobre-décembre 2008, p. 384-389.
- [14] Hannier Thérèse. Groupes de Parole : historique, évolution et projets. Paris : Phare Enfants-Parents. 8 novembre 2004, 4 p.
- [15] Monbourquette J. *Groupe d'entraide pour personnes en deuil. Comment l'organiser et le diriger.* Ottawa : Novalis, Université Saint-Paul, 1993, 72 p.
- [16] Myers Michael F., Fine C. Touched by Suicide : Bridging The Perspectives of Survivors and Clinicians. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 37, n° 2, April 2007, p. 119-126

- [17] Billow Carol J. A Multiple Family Support Group for Survivors of Suicide. In : *Suicide and its Aftermath : Understanding and Counseling the Survivors*. Edited by Edward J Dunne, John L McIntosh, Karen Dunne-Maxim, 1987, p. 208-213.
- [18] Clark Sheila E., Goldney R.D. Grief Reactions and Recovery in a Support Group for People Bereaved by Suicide. *Crisis*, 16/1, 1995, p. 27-33.
- [19] Sakinofsky Isaac. The Aftermath of Suicide: Managing Survivors' Bereavement. *The Canadian Journal of Psychiatry*, juin 2007, Vol. 52, Supplement 1, p. 129S-136S.
- [20] Pfeffer C.R., Jiang H., Kakuma T. et al. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002, n° 41, p. 505-513.
- [21] Jordan J.R., McMenamy J. Interventions for Suicide Survivors : a Review of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 34, n° 4, Winter 2004, p. 337-349
- [22] Dunne-Maxim K., Dunne E.J., Hauser M. When children are suicide survivors. In : *Suicide and its Aftermath : Understanding and Counseling the Survivors*. Edited by Edward J Dunne, John L McIntosh, Karen Dunne-Maxim, 1987, p. 234-243.
- [23] Maples M.F., Packman J., Abney P., Daugherty R.F., Casey J.A., Pirtle L. Suicide by Teenagers in Middle School : A Postvention Team Approach. *Journal of Counseling & Development*, Fall 2005, Vol. 83, p. 397-405.
- [24] Bourdet-Loubère Sylvie. Quand l'ami(e) vient à mourir. *enfances PSY*, 2006, n°31, p. 83-93.
- [25] Brock S.E., *Preparing for Crises in the Schools*. John Wiley & Sons, Inc. 2nd edition, 2001, 418 p.
- [26] Hanus Michel. Suicide à l'école. *Etudes sur la mort*, 2007/1, n° 131, p. 79-86.
- [27] Meilman Philip W., Hall Tanni M. Aftermath of Tragic Events: The Development and Use of Community Support Meetings on a University Campus. *Journal of American College Health*, Vol. 54, n° 6, 2006, p. 382-384.
- [28] Brock S.E., Suicide Postvention, May 2003.
www.dodea.edu/dodsafeschools/member/seminar/SuicidePrevention/generalreading.html#2
- [29] Phare Enfants-Parents. *Un camarade s'est suicidé...sans date*, 1 p.
- [30] Lamb F. & Dunne-Maxim K. Postvention in Schools. In : *Suicide and its Aftermath : Understanding and Counseling the Survivors*. Edited by Edward J Dunne, John L McIntosh, Karen Dunne-Maxim, 1987, p. 245-260.
- [31] Académie de Rouen. *Plaquette à destination des équipes de direction des collèges, des lycées et des écoles. Une mort...un drame à vivre ensemble*. Sans date, 9 p.
- [32] Government of South Australia, Suicide Postvention Guidelines. Sans date, 30 p.
- [33] Séguin M., Roy F., Bouchard M. Programme de postvention en milieu scolaire : réactions possibles et choix d'intervention. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Oct. 2005, Tome IX, n° 89, p. 21-26.
- [34] Windisch M. L'intervention médico-psychologique en milieu scolaire après le décès d'un adolescent par suicide ou mort violente : rôle, fonction, projet d'une unité mobile d'intervention médico-psychologique. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Oct. 2000, Tome IV, n° 41, p. 36-39.
- [35] Organisation Mondiale de la Santé – OMS, programme SUPRE. *La prévention du suicide : indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire*.

WHO/MNH/MBD/00.3, Genève, 2002, 30 p.

http://www.who.int/mental_health/media/en/679.pdf

[36] Callahan J. Negative Effects of a School Suicide Postvention Program. *Crisis*, 17/3, 1996, p. 108-115.

[37] Bielec Ph., Breton C., Brégier G., Delgènes J-C, Font-Thiney E., Palazzi S. *Conseils sur la conduite à tenir en cas de suicide d'un salarié sur le lieu de travail*. 12 janvier 2009. 5 p.
http://www.travailler-mieux.gouv.fr/risques_ps/docs/Draft_conduite_a_tenir_090106.pdf

[38] Léonard M., Roussel M-O. Silence défensif ou climat accusatoire, comment s'en sortir ? *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, septembre 2004, Tome VII, n° 78, p. 25-28.

[39] Aubrège B. Eléments de compréhension d'une action empêchée. L'idéalisation de la personne suicidée : une impasse. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, mai 2004, Tome VII, n° 76, p. 25-26.

[40] Dunne Edward J. Psychoeducational Intervention Strategies for Survivors of Suicide. *Crisis*, 13/1, 1992, p. 35-40.

[41] Fidelle G., Colas-Benayoun M-D, Seyeux-Bertin A-L. "Je cherche à comprendre". Le psychothérapeute face au suicide d'un patient. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, mai 2004, Tome VII, n° 76, p. 37-40

[42] Pommereau X . Suicide et institution : deuil et travail de deuil. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, mai 2004, Tome VII, n° 76, p. 55-57.

[43] Cottencin O., Vaiva G., Ducrocq F., Goudemand M. Modalités de gestion de l'impact du suicide sur les équipes soignantes en psychiatrie de liaison. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, mai 2004, Tome VII, n° 76, p. 41-44.

[44] Centre de prévention du suicide. *Le suicide auprès des personnes âgées : la problématique du suicide chez les personnes âgées : informer, soutenir, accompagner les professionnels qui entourent les personnes âgées dans leur quotidien*. Sans date, 18 p.
<http://www.preventionsuicide.be/ressource/static/files/brochurePersonnesAgees.pdf>

[45] Charazac P. L'impact du suicide sur les institutions gériatriques. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, juin 2004, Tome VII, n° 77, p. 37-38.

[46] Fouet Th. Bilan Intermédiaire de l'action "Proposition d'entretiens de soutien psychologique aux Personnes endeuillées par suicide" – Coordination départementale – Prévention du suicide et promotion de la santé mentale des Deux-Sèvres, 2008, 25 p.

[47] Hanus Michel. Évaluation de deux groupes de soutien pour personnes endeuillées après un suicide. *Perspectives Psy*, à paraître, 2009.

[48] Séguin M., Vinet-Bonin A., Sénécal I. Évaluation de programmes de postvention. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, mai 2004, Tome VII, n° 76, p. 17-24.

[49] Andriessen K., Beautrais A., Grad O.T., Brockmann E., Simkin S. Current Understandings of Suicide Survivor Issues : Research, Practice, and Plans. Report of the 1st International Suicide Postvention Seminar, Sept.8 2006, Portoroz, Slovenia. *Crisis* 2007, Vol. 28(4), p. 211-213.

[50] Hanus Michel. Le deuil après suicide est-il particulier ? In : *Le deuil après suicide*. Maloine, 2004, pp. 263-276.

10. Autres documents consultés

1. Ajdacic-Gross V., Ring M., Gadola E., Lauber C., Bopp M., Gutzwiller F., Rössler W. Suicide after bereavement: an overlooked problem. *Psychological Medicine*, 2008, 38, p. 673-676.
2. Begley M., Quayle E. The Lived Experience of Adults Bereaved by Suicide. *Crisis* 2007. Vol. 28(I), p. 26-34.
3. Birnbaum L., Birnbaum A. In search of inner wisdom : guided mindfulness meditation in the context of suicide. *Scientific World Journal*, 2004, Mar 18;4:216-27.
4. Bolton Iris M. Beyond Surviving : Suggestions for Survivors.
5. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Allman C., Friend A., Schweers J., Roth C., Balach L., Harrington K. Psychiatric Effects of Exposure to Suicide among the Friends and Acquaintances of Adolescent Suicide Victims. *J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry*, 31:4, July 1992. p. 629-639.
6. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Allman C., Liotus L., Schweers J., Roth C., Balach L., Canobbio R. Bereavement of Depression? The Impact of the Loss of a Friend to Suicide. *J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry*, 32:6, Nov. 1993. p. 1189-1197.
7. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Liotus L., Schweers J., Canobbio R. Major Depression or Uncomplicated Bereavement ? A Follow-up of Youth Exposed to Suicide. *J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry*, 33:2 Feb. 1994. p. 231-239.
8. Brent D.A., Perper J.A. Research in Adolescent Suicide: Implications for Training, Service Delivery and Public Policy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 25(2), Summer 1995. p. 222-230.
9. Callahan J. Predictors and Correlates of Bereavement in Suicide Support Group Participants. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2) Summer 2000. AAS. p. 104-124.
10. Cheucle Eric, Prieto Nathalie. Deuil brutal : prise en charge immédiate de la famille. *Le Journal des Psychologues*, n° 234, février 2006, p. 70-74.
11. Dyregrov Kari. Assistance from Local Authorities versus Survivors' Needs for Support after Suicide. *Death Studies*, 2002, 26 p. 647-668.
12. Fauré Christophe. Après le suicide d'un proche. Vivre le deuil et se reconstruire. Albin Michel, 2007.
13. Gratton Francine, Bouchard Lyne. Comment des adolescents vivent le suicide d'un jeune ami : une étude exploratoire. *Santé mentale au Québec*, 2001. XXVI.2, p. 203-226.
14. Grison D. Le Suicide, mise à nu de la condition humaine. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Septembre 2004, Tome VII, n° 78, p. 61-63.
15. Hanus Michel. Impact du suicide d'un proche sur les enfants. Le rôle des associations. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Mai 2004, Tome VII, n° 76, p. 13-15.
16. Hodgkinson Peter E. Responding to in-patient suicide. *British Journal of Medical Psychology* (1987), 60, p. 387-392.
17. Kibel H.D. A Group Member's Suicide: Treating Collective Trauma. *Inter. J. Group Psychotherap.* 23, p. 42-53.
18. Melhem N.M., Day N., Shear M.K., Day R., Reynolds III C.F., Brent D. Predictors of Complicated Grief among Adolescents exposed to a Peer's Suicide. *Journal of Loss and trauma*, 9, p. 21-34.
19. Mitchell Ann M. Effective Communication with Bereaved Child Survivors of Suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Aug. 2006 ;19(3) p. 130-136.

20. Owens C., Lambert H., Lloyd K., Donovan J., tales of biographical disintegration : how parents make sense of their sons' suicides. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30 n°2 2008 ISSN 0141-9889, p. 237-254.
21. Pompes Funèbres Générales - Roblot. Le suicide. *Les chemins du deuil.* <http://www.pfg.fr/html/deuil/chem.htm>.
22. Raphael Beverley, Meldrum Lenore, Mcfarlane A.C. Does debriefing after psychological trauma work ? *BMJ* 1995 (10 June) ;310:1479-1480.
23. Séguin Monique. La perte suite à un suicide : comprendre les variations quant aux réactions de deuil et les issues possibles. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Septembre 2004, Tome VII, n° 78, p. 7-20.
24. Séguin Monique, Castelli-Dransart D.A. Le deuil suite à un suicide : symptomatologie et choix d'intervention. *Psychiatrie*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) 37-500-A-50, 2007, p. 1-8.
25. Sentilhes-Monkam A., L'équipe d'accompagnement du deuil du Centre François-Xavier Bagnoud : description et réflexion sur la nature des prises en charges réalisées sur trois années. *Médecine palliative*, n° 5, Octobre 2004, p. 244-250.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

**État des lieux sur les interventions de soutien proposées
et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille**

**Texte de Céline COLLIOT-THELENE
Cellule bibliographique**

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien »

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

Sommaire

Introduction.....	3
1.Les besoins des personnes endeuillées après suicide.....	4
2.État des lieux sur les interventions de soutien proposées.....	7
2.1.Les thérapies individuelles, familiales et de groupe proposées dans les secteurs médical, psychiatrique, dans les services sociaux et dans le privé.....	8
2.1.1.Les thérapies individuelles.....	8
2.1.2.Les thérapies familiales.....	11
2.1.3.Les thérapies de groupe.....	12
2.1.4.Conclusions sur les thérapies des personnes endeuillées après suicide.....	14
2.2.Les interventions proposées par les associations de soutien.....	16
2.2.1.Les groupes d'auto-assistance : principes et fonctionnement.....	17
2.2.2.Les groupes d'entraide et de soutien : trois exemples.....	22
2.3.Les interventions de soutien (tous types) auprès de membres spécifiques de la famille du suicidé : enfants, parents, conjoints.....	27
2.3.1.Interventions de soutien auprès d'enfants endeuillés après suicide	27
2.3.2.Interventions de soutien auprès de parents endeuillés à la suite du suicide de leur enfant	30
2.4.Conclusion sur la question des interventions soutien proposées.....	31
3.Quelles pratiques ont donné lieu à évaluation ?.....	34
3.1.L'analyse de l'évaluation des pratiques par JORDAN et al. (2004).....	34
3.2.L'analyse de l'évaluation des pratiques par SEGUIN et CASTELLI DRANSART (2008)....	42
4.Les meilleures pratiques de soutien à proposer.....	44
4.1.A proximité du drame.....	44
4.2.Les meilleures pratiques de soutien à proposer dans les suites.....	50
4.3.Un exemple de programme de soutien à court-, moyen- et à long terme : la « resynthèse psychologique » (psychological resynthesis) de Resnik.....	55
4.4.La prévention.....	58
Conclusion.....	64

Introduction

Nous avons tenté, dans cette revue de la littérature sur la question des pratiques de soutien auprès de personnes endeuillées après suicide, en général et dans la famille, de rester au plus proche du plan qui nous était suggéré au départ :

1. Etat des lieux sur les interventions de soutien proposées
2. Les meilleures pratiques de soutien à proposer

Un point, non abordé dans ce plan, mais très présent dans la littérature, nous a paru suffisamment pertinent dans le cadre d'un questionnement sur les pratiques de soutien, pour lui consacrer une partie spécifique : celui des *besoins* des personnes endeuillées après suicide. C'est en effet souvent à partir d'un questionnement sur ces besoins que les auteurs pensent les pratiques de soutien : ces besoins justifient le développement de telle ou telle pratique, et non d'une autre. Par ailleurs, un point abordé dans le plan de départ, à savoir la question de l'*évaluation* des pratiques, nous a paru également assez important pour faire l'objet d'une partie spécifique.

Nous traiterons donc dans une première partie la question des besoins des personnes endeuillées après suicide, en général et dans la famille, telle qu'elle est abordée dans la littérature. Dans un second temps nous tenterons de faire un état des lieux sur les interventions de soutien proposées. On peut dire d'emblée que cet état des lieux ne sera pas exhaustif, car la littérature, longtemps maigre de l'avis de nombreux auteurs (publiant des articles à la fin des années 80 par exemple), est aujourd'hui bien fournie. Nous espérons avoir tout de même présenté les interventions les plus représentatives de l'action qui a pu être faite auprès de cette population. Dans une troisième partie, nous présenterons la littérature consacrée à l'évaluation des pratiques. Enfin dans une quatrième partie, nous aborderons la question des meilleures pratiques de soutien à proposer, ce qui équivaut en partie aux *recommandations* des auteurs, dans la littérature, sur la question du soutien aux personnes endeuillées après suicide.

Limites de cette revue de la littérature

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Une première limite réside, comme nous l'avons mentionné, dans sa *non-exhaustivité*. Une seconde limite nous apparaît se trouver dans la difficulté d'une présentation *systématique* de la littérature, suivant un plan ordonné. En effet, de nombreux articles auraient aussi bien leur place dans une partie que dans une autre. Souvent, nous les avons donc cités à de multiples reprises. Mais parfois, nous avons fait le choix d'aborder tel article selon tel point de vue (celui de l'évaluation par exemple), alors que nous aurions tout aussi bien pu le présenter dans le cadre d'une autre partie (sur les meilleures pratiques à proposer par exemple).

Traduction

Nous avons à plusieurs reprises cités des passages d'articles en anglais, et les avons pour ce faire traduits. Ces traductions sont indicatives, il faut se reporter aux articles originaux pour plus d'exactitude.

Par ailleurs nous avons fait certains choix de traduction, comme celui de traduire « *survivor* » par « personne endeuillée après suicide », même lorsqu'il était suggéré que tel « *survivor* » était par exemple sorti de sa période deuil. Il faut donc considérer la locution « personne endeuillée après suicide » comme générique.

1. Les besoins des personnes endeuillées après suicide

A mi-chemin entre la question de l'impact du suicide sur l'entourage et de celle des interventions de soutien proposées ou à proposer se situe le thème des *besoins* des personnes endeuillées après suicide. Nous le traiterons donc ici en introduction.

Certaines recommandations dans la littérature se basent en effet sur l'étude des besoins des personnes endeuillées après suicide, dont on peut déduire des mesures de postvention.

On peut ainsi citer l'étude de PROVINI et al. (2000)[1], qui porte sur 227 adultes, parents les plus proches d'une personne qui s'est suicidée durant l'année 1997 dans la ville de New York. Cette étude montre que l'intervention professionnelle était le besoin le plus fréquent et le type d'aide la

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

plus fréquemment désirée par ces personnes. L'étude montrait également que toutes n'allait pas chercher de l'aide, mais que certaines qui avaient cherché de l'aide avaient été confrontées à des obstacles dans leur recherche. *Les résultats de l'étude justifiaient donc que la communication et l'assistance publiques soient augmentées et intensifiées pour cette population.* Les recommandations incluaient ainsi des campagnes d'information publique et d'éducation civique concernant la dé-stigmatisation du suicide et les besoins de la personne endeuillée après suicide, le développement de formules de soutien formelles et informelles, la facilitation de l'accès à la fois à l'aide professionnelle et à l'aide publique, et des services mieux coordonnés et plus appropriés aux cultures individuelles des personnes endeuillées après suicide. Les campagnes d'information devaient également s'adresser au personnel des services publics tels que les professionnels de la santé mentale, les travailleurs sociaux, les médecins généralistes et le clergé, pour que les services formels et informels pour le soutien des personnes endeuillées après suicide puissent plus facilement être coordonnés et pour référer les individus qui auraient besoin d'assistance à des sources d'aide appropriées et désirées.

JORDAN et al. (2004) font quant à eux une revue de la littérature sur les besoins des personnes endeuillées après suicide[2]. Ils citent à ce propos :

- L'étude de PROVINI et al. (2000) dont nous venons de parler.
- L'étude de DYREGROV (2002)[3] : il s'agit d'une étude sur 179 personnes endeuillées après suicide norvégiennes. Lors de cette étude, 88% des personnes étudiées exprimaient le besoin d'une aide professionnelle. 85% avaient déjà reçu une forme de contact avec des professionnels publics, et la moitié une assistance. Il s'agissait cependant alors d'un soutien de courte durée (67% : moins de 6 mois) et offert peu de temps après le décès. *Beaucoup exprimaient donc le besoin d'un suivi au long cours.* L'étude révélait également un grand besoin de soutien pour ce qui était de l'aide dans la prise en charge des enfants mineurs endeuillés après suicide, ainsi que d'une aide ciblée pour les symptômes de stress post-traumatique.
- L'étude de SAARINEN et al. (1999)[4] : cette étude montrait qu'alors que la moitié de l'échantillon des personnes endeuillées après suicide ressentait le besoin de services psychiatriques, seulement 25% de cet échantillon étaient allées en chercher.

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Les recommandations de JORDAN et al. (2004) consistaient en conclusion à dire qu'il fallait davantage de recherches et d'études concernant les adultes endeuillés après suicide, la forme d'aide qu'ils reçoivent, ou non, et l'efficacité de cette aide.

CASTELLI DRANSART et SEGUIN (2008)[5], se référant à GRAD et al. (2004)[6] et WILSON et CLARK (2005)[7], font également une liste générale des besoins des personnes endeuillées après suicide :

- besoin d'avoir affaire à des professionnels sensibilisés ou formés au deuil à la suite d'un suicide sur la base de connaissances à jour
- besoin d'être contactées par les professionnels qui suivaient leur proche
- besoin de pouvoir disposer de groupes de soutien et que ceux-ci soient soutenus par les autorités
- besoin de voir leurs sentiments et émotions respectés
- besoin de pouvoir disposer du temps nécessaire pour se rétablir
- besoin de ne pas être stigmatisées
- besoin d'avoir accès à des services spécifiques à court et à moyen terme (ligne téléphonique 24/24, cellule de crise et/ou organismes de soutien)

Les auteurs notent que ces besoins diffèrent selon la situation, le contexte et le vécu de la personne endeuillée, mais aussi suivant les moments. C'est pourquoi elles étudient les besoins des personnes endeuillées après suicide à court-, moyen- et long terme, comme nous le verrons dans les parties correspondant à ces points spécifiques.

Enfin, en ce qui concerne les besoins des personnes endeuillées après suicide, on peut citer la conclusion de l'article de DE GROOT et al. (2006)[8] dans leur étude comparative sur le deuil touchant le plus proche parent d'un(e) suicidé(e) d'une part, et le plus proche parent d'une personne décédée naturellement d'autre part :

« (...) les familles endeuillées après un suicide constituent un groupe d'endeuillés qui a besoin qu'on lui offre de l'aide *de manière plus pro-active qu'il n'est usuel* dans la plupart des systèmes de soins de santé, bien qu'un raffinement supplémentaire puisse être nécessaire pour les indications d'aide. Il y a là un défi, qu'il s'agit de relever, en ce qui concerne le développement d'interventions/de postvention effectives de ce type (...).

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Étant donnée l'idée de la famille suicidaire [les auteurs se réfèrent à ce propos à ROY(1992)[9]], cela pourrait, à terme, contribuer à la prévention du suicide. » (p. 429)

2. État des lieux sur les interventions de soutien proposées

Cet état des lieux de la littérature prend en compte des interventions passées comme récentes, et faites dans différents pays. Ceci n'est pas sans poser un problème crucial, à savoir que le fait que les interventions aient lieu ici et ailleurs, et à divers moments de l'Histoire, joue un certain rôle dans les différents résultats des études comparées. En d'autres termes, les études devraient prendre à chaque fois compte l'état de l'évolution sociologique des populations dont elles traitent. Nous avons pourtant constaté que c'est très rarement le cas.

Par ailleurs, l'état des lieux des interventions de soutien proposées devait répondre au plan suivant :

1. dans le secteur médical

médecins généralistes

urgences

cellules médico-psychologiques

2. en psychiatrie

3. dans les secteurs professionnels concernés : pompiers, gendarmes, policiers, personnels pénitentiaires, employés des pompes funèbres, personnels des institutions d'enseignement

4. dans les associations de soutien

5. dans les organismes d'assurance, de prévoyance, de retraite, dans les services sociaux et les administrations

D'après les données que nous fournit la littérature, il semble judicieux de revoir ce plan, car les interventions sont généralement présentées moins du point de vue des structures (médicales, psychiatriques, sociales) au sein desquelles elles ont lieu, que du point de vue des types

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

d'intervention proposées : il s'agit, dans la littérature, essentiellement de thérapies (thérapie de groupe, thérapie familiale, thérapie individuelle). Ceci, à une exception près : celle des associations de soutien, où la structure associative semble jouer un rôle aussi important que le type d'intervention proposé. C'est pourquoi nous traiterons dans un premier temps les interventions de soutien de type *thérapie*, qu'elles aient eu lieu dans le secteur médical (point 1 du précédent plan), psychiatrique (point 2 du précédent plan), social (point 5 du précédent plan) ou encore qu'il s'agisse de thérapies privées ; et nous consacrerons un second temps de notre exposé à la littérature traitant des associations de soutien (point 4 du précédent plan) – point qui inclura donc les thérapies de groupe proposées par ces associations. Enfin, bien que le plan de départ n'aborde pas cette question, il nous semble essentiel d'évoquer les interventions de soutien (de tous types, associatives ou non) s'adressant aux membres de la famille endeuillée après suicide suivant leur statut spécifique dans la famille et leur rapport particulier à la personne décédée : nous aborderons ainsi les interventions destinées aux enfants, et celles destinées aux parents¹. Nous aborderons donc ce point dans un troisième temps de notre exposé. Enfin, le point 3 du plan originel fait l'objet d'un autre exposé, c'est pourquoi nous le laisserons ici de côté.

2.1.Les thérapies individuelles, familiales et de groupe proposées dans les secteurs médical, psychiatrique, dans les services sociaux et dans le privé

Comme nous l'avons déjà annoncé, il s'agit essentiellement de diverses formes de thérapies. Nous les traiterons au cas par cas : thérapies individuelles, thérapies familiales et thérapies de groupe.

2.1.1.Les thérapies individuelles

L'article d'AUGENBRAUN et NEURINGER (1972)[10] présente deux cas de thérapie individuelle :

1 Nous sommes conscients qu'il existe également des programmes d'intervention à l'intention des conjoints de personnes endeuillées après suicide, mais nous n'avions pas suffisamment de littérature sur ce thème pour en donner une vue représentative ; on peut mentionner le groupe américain d'auto-assistance « Widow to Widow », qui met à disposition des conjoints endeuillés après suicide un groupe de parole spécifique.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

- un cas dans lequel le suicide d'un proche est survenu durant une thérapie déjà engagée
- un cas dans lequel la thérapie a commencé suite au suicide d'un proche

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme, S., en thérapie 18 mois avant le suicide de son père, à cause de difficultés relationnelles avec son jeune enfant. Son mal-être pouvait se résumer en angoisses de séparation d'avec son enfant. Sa réaction au suicide fut dépressive, puis de la rage émergea. Dès que cette rage devint consciente, la patiente fut submergée par le sentiment de sa culpabilité.

Dans ce cas, la thérapeute avait l'avantage d'une relation déjà établie avec la patiente et d'une bonne connaissance de cette dernière. Le premier geste fut quand même d'apaiser la culpabilité en donnant un soutien à S. à travers la réassurance qu'elle avait fait tout ce qu'elle pouvait faire pour son père et qu'elle n'était en aucun cas responsable de sa mort. La thérapeute fournit également une assistance dans les soucis pratiques comme la préparation des funérailles. Ceci, afin de minimiser le sentiment d'abandon et d'isolement de la patiente. Puis la thérapeute l'encouragea à exprimer sa rage. La discussion montra que ses fantasmes de punition étaient irréalistes et dictés par des sentiments de culpabilité. Quand l'impact immédiat du suicide fut dissipé, la thérapeute permit à du matériel d'émerger qui fut utilisé pour l'exploration d'un trauma de la séparation profondément enraciné.

Dans le second cas, de loin le plus fréquent dans la thérapie des personnes endeuillées après suicide, la patiente, Mme D., était venue consulter suite au décès par suicide d'un proche. Augenbraun et Neuringer décrivent sa thérapie comme une thérapie de soutien à court-terme. Mme D. avait 43 ans lorsque son mari se suicida. Elle vint consulter 8 mois après son décès. Ceci, en conjonction avec une thérapie pour sa fille adolescente qui avait développé des phobies en réaction au décès de son père. M. et Mme D. étaient mariés depuis 23 ans et avaient 2 filles. Ces années de mariage avaient été difficiles, avec plusieurs séparations. M. D. buvait beaucoup, battait sa femme et l'accusait d'infidélité. 10 mois avant le suicide, Mme D. était partie et avait emménagé dans un autre Etat. M. D devait « se reprendre en mains » s'il voulait rejoindre sa famille. Il écrivit et téléphona de nombreuses fois durant les mois précédents, la suppliant de revenir. Peu avant, il menaça de se suicider. Au début de la thérapie, Mme D. souffrait par conséquent d'un intense sentiment de culpabilité.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

La thérapie consista à revisiter le mariage, à pointer du doigt le caractère sado-masochiste de la relation avec le mari. Le thérapeute réassura la patiente sur le fait qu'il était justifié de partir du domicile conjugal. Il fit valoir que rester n'aurait entraîné que la répétition des mêmes problèmes. Mme D. put alors exprimer sa rage envers son défunt mari. Fut également abordée en thérapie la grande solitude dans laquelle avait vécu la patiente. Le thérapeute l'encouragea, en ce sens, à se faire des contacts sociaux, et déculpabilisa le fait de se divertir. Les symptômes phobiques de la fille disparurent peu à peu, en même temps que la dépression de la mère.

La structure masochiste de la personnalité de Mme D, qui l'avait conduite à ces années de mariage avec un mari brutal et alcoolique, ne fut pas abordée durant la thérapie, sa culpabilité et sa rage furent travaillées sur un niveau de réalité et cela fut suffisant pour soulager la dépression. Certaines interprétations du suicide furent utilisées comme autant de défenses (par exemple le fait de n'avoir prévenu personne des menaces de suicide de son mari : cela ne fut pas interprété comme un désir de mort, mais comme découlant de l'impossibilité de savoir s'il allait réellement le faire ou non).

En conclusion, les auteurs de l'article affirment que si la personne endeuillée après suicide a une capacité de développer de bonnes défenses, en général il est peu besoin de thérapie. Ils remarquent que c'est généralement le cas lorsque la relation au suicidé était bonne, c'est-à-dire peu conflictuelle, et que son suicide résidait clairement en-dehors du champ d'action de celui qui restait. A l'inverse, lorsque la relation était conflictuelle, et que la personne endeuillée après suicide était impliquée d'une manière ou d'une autre dans le suicide, les défenses mises en place sont généralement très coûteuses. Alors, la psychothérapie est indiquée et peut fréquemment empêcher que ne se développent des problèmes psychologiques sévères. Une thérapie longue est même souhaitable si possible. Mais les auteurs constatent que, le plus souvent, le thérapeute ne verra le patient que quelques séances, avec le contenu de la thérapie concentré sur le suicide. Dans ce cas, la thérapie de soutien devra se concentrer sur *l'acceptation réaliste du décès et l'apaisement des sentiments de culpabilité*.

Il y a donc lieu, selon ces auteurs, concernant la psychothérapie des personnes endeuillées après suicide, de distinguer d'une part une thérapie déjà engagée lors du décès d'une thérapie commencée à l'occasion du décès, et d'autre part *une thérapie courte et « réaliste » ou de soutien, d'une thérapie*

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

longue et approfondie, souhaitable dans les cas où le deuil tend à se compliquer du fait de relations conflictuelles avec la personne décédée.

2.1.2.Les thérapies familiales

SCHUYLER présente, dans un article de 1973[11], le cas d'une famille prise en charge en thérapie après le suicide d'un adolescent de 16 ans, dans le cadre d'un centre de prévention du suicide. A l'appui de ce cas, Schuyler discute les bienfaits de la psychothérapie pour les personnes endeuillées après suicide. Ses conclusions sont les suivantes. Comme dans toute prise en charge psychothérapeutique, le patient amène sa constellation psychodynamique unique. Y a-t-il toutefois une spécificité des patients endeuillés après suicide ? L'auteur répond par l'affirmative. Ces éléments communs sont amenés en thérapie sans égard à, ou en addition aux pensées, sentiments et expériences singulières des patients. Ils semblent être partie intégrante de l'adaptation au décès par suicide d'une personne importante. Ces éléments communs sont les suivants :

- La personne endeuillée après suicide a besoin de trouver une explication au suicide qui préserve le sentiment de sa propre valeur et satisfasse sa quête de sens. Certains ne trouvent de repos que quand le blâme est attribué à quelqu'un (un autre qu'eux-mêmes éventuellement). Le thérapeute doit dans un premier temps écouter de manière non critique ces hypothèses, et une fois le processus thérapeutique bien engagé, peut suggérer des évaluations plus en accord avec la réalité.
- La personne endeuillée après suicide a besoin d'une opportunité d'exprimer ses sentiments dans une atmosphère indulgente. Une fois que le patient a pu constater que ses sentiments très négatifs étaient supportés par le thérapeute, ce dernier peut commencer à l'aider à « ordonner » ses sentiments, pointer du doigt les peurs irrationnelles, la culpabilité ou la honte.
- La personne endeuillée après suicide doit être encouragé à pleurer sa perte, à considérer la vie sans le décédé, pour que les considérations sur le suicide ne servent pas de défense au vécu de la perte.
- La vigilance et la réponse rapide et active aux idées de suicide de la personne endeuillée après suicide sont de mise : le thérapeute doit se rendre disponible à tout moment et donner à

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

considérer au patient les conséquences de son acte.

- Le thérapeute doit également se montrer vigilant quant au soutien des autres vis-à-vis du patient, car très souvent celui-ci peut être confronté à de la stigmatisation. Le soutien des autres est en effet nécessaire, en plus du soutien apporté par le thérapeute. D'une manière générale, il est essentiel, durant la thérapie, de renforcer toutes les capacités de résilience du patient.

Schuyler conclut donc qu'il est important que le thérapeute soit au fait des besoins spécifiques des personnes endeuillées après suicide ; qu'il soit conscient des problèmes qui semblent transcender les problèmes individuels dans ce cas ; et qu'il soit disponible pour fournir une assistance à *ces personnes devenues des patients par une action qui ne leur était pas propre*. Ce dernier point, qui n'est à notre connaissance abordé nulle part ailleurs tel quel dans la littérature, nous semble particulièrement important. Schuyler ne le développe cependant pas davantage, ce qui est dommage.

2.1.3.Les thérapies de groupe

La majorité des thérapies de groupe, d'après la littérature, sont proposées par les associations de soutien, auxquelles nous consacrons une partie spécifique. Nous ne verrons donc ici que les thérapies de groupe proposées hors du cadre des associations de soutien.

On peut ainsi évoquer le groupe pour endeuillés après suicide « *Survivors of Suicide* » mis en place en 1983-84 par le centre de prévention du suicide de Memphis, le « *Memphis Suicide Prevention and Crisis Intervention Service* ». BATTLE, dans un article de 1984[12], en décrit le fonctionnement. Il s'agit d'un groupe de thérapie. Le Centre de prévention du suicide de Memphis n'avait pas, lors de l'écriture de l'article, la possibilité de contacter les familles, mais recevait des appels. Il s'agissait alors la plupart du temps de personnes dont le deuil s'était déjà compliqué, suite à une attente passive de soins, datant parfois de plus d'un an. Il s'agissait donc, selon Battle, d'une population différente de celle décrite par les intervenants initiant un contact immédiatement avec les personnes endeuillées après suicide. Lors de l'écriture de l'article, le groupe fonctionnait depuis 8 mois. Les personnes endeuillées après suicide se rencontraient une fois par semaine pour des

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

sessions d'une heure et demi, durant les 4 premiers mois, puis une fois toutes les deux semaines (en réponse à la suggestion des membres). Le but des sessions était de comprendre la psychodynamique du suicide, de soi et de sa relation à la personne décédée. En addition on espérait un effet cathartique, que grâce au partage entre les membres, chacun profite de l'expérience de l'autre, qu'une forme d'identification se mette en place. Les intervenants/leaders du groupe devaient former un noyau tout en étant le plus discrets possibles.

Battle a mis en place un système de questionnaires pour évaluer l'efficacité de ce programme : un questionnaire a été rempli par chaque membre lors de la première réunion puis lors de son départ du groupe. Quant des membres cessaient de venir, on leur téléphonait pour savoir pourquoi et obtenir les réponses au questionnaire final. Il y avait un petit groupe contrôle de 12 personnes, le groupe ayant eu l'intervention étant lui-même composé de 36 membres. Les résultats de l'évaluation sont dans l'ensemble peu probants quant à l'efficacité de l'intervention. Les membres ressentiraient avant tout de la culpabilité et c'est pourquoi ils rechercheraient de l'aide. Les non-membres ressentiraient de la peine mais moins de culpabilité et c'est pourquoi ils ne rechercheraient pas d'aide. Les résultats sont discutables dans la mesure où le questionnaire montra que les membres du groupe contrôle avaient tendance à moins souffrir en général dans leur vie que les membres du groupe d'intervention. Ils étaient généralement moins émotifs. Par rapport aux groupe contrôle, les membres du groupe d'intervention se révélèrent par ailleurs davantage savoir ce qu'ils attendaient d'une prise en charge, en l'occurrence, majoritairement, d'être « libérés par la vérité » quant au suicide de leur proche. 26 des 36 membres avaient une vue plutôt optimiste des résultats. Des 36, plusieurs ont tenté ou réussi un suicide, pendant ou après le groupe. Enfin, l'expérience dans ce groupe suggérerait qu'il est improductif de conduire le groupe d'une manière non-directive, en mettant seulement en avant la réflexion sur les sentiments. L'aspect enseignement devrait constituer la moitié de l'effort et du temps. Il fut également signalé l'importance de prendre en compte la question de la religion des participants dès le début de l'intervention, car elle devint en l'occurrence problématique, n'ayant pas été discutée au départ.

Globalement, nous pouvons donc dire que cette expérience d'intervention a donné des résultats plutôt négatifs, malgré l'enthousiasme de Battle. Son étude présente toutefois le mérite d'avoir mis en place un système d'évaluation, même si la rigueur scientifique et la systématicité font défaut.

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Pour d'autres exemples d'études évaluatives, le lecteur peut se reporter à la partie spécifiquement consacrée à l'évaluation.

2.1.4. Conclusions sur les thérapies des personnes endeuillées après suicide

En conclusion, on peut présenter les remarques d'Edward J. DUNNE sur la thérapie des personnes endeuillées après suicide en général, remarques qu'il tire de son expérience de diverses formes de thérapie avec cette population. Dans son article « *Psychoeducational intervention strategies for survivors of suicide* » de 1992[13], Dunne dit avoir travaillé pendant plusieurs années avec plus de 20 individus et 12 familles. Il dit également être conscient qu'on ne peut conclure de données universalisables de cette expérience, mais il considère que c'est « un premier pas ». La plupart de ses patients sont venus non pas référés par des professionnels mais par des amis ou des groupes d'auto-assistance (l'auteur a en effet dirigé des groupes de ce type, il a assuré la supervision des intervenants, et il est lui-même une personne endeuillée après suicide). Les patients qu'il a reçus venaient généralement dans les premiers mois après le suicide. Souvent, ils venaient parce qu'ils s'inquiétaient de ne pas vivre le « travail de deuil » comme il était décrit dans les livres par exemple. Cependant, d'autres patients de Dunne étaient venus plusieurs années après le suicide.

L'auteur utilise, et recommande, *une approche « psycho-éducative »* ou informationnelle de la thérapie avec les personnes endeuillées après suicide. Il se réfère ce faisant à ANDERSON (1986)[14]. Un des principes de base de cette approche est le suivant : partir de l'hypothèse de la pathologie la moindre, en expliquant tout dysfonctionnement comme le résultat de l'expérience plutôt que comme résultant de processus psychologique morbides sous-jacents. Cela aiderait les personnes endeuillées après suicide en diminuant la culpabilité excessive qui souvent les submerge. De plus, cette approche pourrait diminuer la peur de devenir malade mental, ce qui est assez fréquent chez les familles endeuillées après suicide et surtout dans celles où le décédé souffrait de troubles psychiatriques.

Comment mettre en place cette approche psycho-éducative ? Dunne suggère d'ouvrir la thérapie par deux sessions semi-formelles où le thérapeute présente ce que la communauté des professionnels de la santé mentale sait actuellement sur l'expérience des personnes endeuillées après

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

suicide. Il faut cependant éviter d'avoir l'air, par là, de « prédir » ce que les personnes endeuillées après suicide vont et/ou doivent ressentir. Le but de cette thérapie est de rétablir l'équilibre entre deuil et fonctionnement normal, qui est menacé par le caractère accablant du suicide. En ce sens il semble judicieux de proposer aux patients, en début de thérapie, de conclure un accord établissant qu'on va travailler pour résoudre certains problèmes soulevés par l'épreuve qu'ils traversent. Le thérapeute, en l'occurrence lui-même endeuillé après suicide, doit dire sa propre expérience, ce qui pourra encourager les patients à parler et poser des questions. Dunne ne se prononce pas sur la question de savoir si un thérapeute non lui-même endeuillé après suicide pourrait conduire ce type de thérapie, ce qui nous paraît une question importante.

Suite à ces deux sessions, le thérapeute doit mener une investigation prudente pour déterminer les circonstances dans lesquelles se trouve actuellement le patient ou la famille. Cela pour :

- déterminer la présence ou l'absence de facteurs pouvant favoriser ou retarder la résolution du deuil
- déterminer si le patient ou d'autres membres de la famille ont des idées ou comportements suicidaires
- déterminer l'étendue et la nature de leur réseau social. Le cas échéant, du coaching pourra être recommandé pour reconstruire les relations sociales perdues avec l'évènement.

Pour résoudre de nombreux problèmes, la « résolution formelle de problème » de FALLOON, BOYD et MCGILL (1984)[15] pourra être appliquée dans une famille en thérapie. Cela consiste à éviter de placer la responsabilité sur un individu ou l'autre de la famille. L'accent est mis davantage sur les conséquences de comportements que sur le « problème sous-jacent ».

La thérapie d'approche psycho-éducative est compatible avec la participation à un groupe d'auto-assistance.

Enfin, le clinicien ne doit jamais entreprendre une thérapie avec la famille d'un patient à lui qui se serait suicidé. Dans ce cas, il serait en effet lui-même une personne endeuillée après suicide, et ce genre de cas doit être délégué à des collègues.

Quant au clinicien, il doit être formé lui-même à l'approche psycho-éducative. Les recherches sont malheureusement encore relativement pauvres sur le sujet. Le clinicien doit par ailleurs être vigilant quant à son contre-transfert, et être supervisé ou avoir une thérapie personnelle.

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Cette approche, rappelle Dunne, doit bien entendu être adaptée aux cas particuliers. Elle représente cependant, selon lui, le fondement pour une approche du traitement des personnes endeuillées après suicide dans des situations psychothérapeutiques formelles. Le défi que le thérapeute a à relever est double :

- examiner sa propre perspective sur le suicide et les personnes endeuillées après suicide pour éliminer tous les vestiges d'attitudes et de croyances susceptibles de perturber le travail thérapeutique
- devenir conscient des besoins des personnes endeuillées après suicide, pour être à même d'offrir un soin de santé mental compétent même si empathique.

2.2.Les interventions proposées par les associations de soutien

Une part très importante du soutien existant pour les endeuillés après suicide revient aux associations. Comme le notent à ce propos CASTELLI DRANSART et SEGUIN (2008) [5], « les interventions et/ou les différentes formes de soutien spécifiquement adressées aux personnes ayant été confrontées au suicide [...] quant à elles ont vu le jour le plus souvent dans les milieux associatifs et/ou de l'aide informelle (entraide) et ont précédé l'intérêt ou les données scientifiques » (p. 366). Plus loin, ces auteurs rajoutent :

« Historiquement, la postvention a été mise en place et a pris son essor essentiellement au sein des milieux associatifs, notamment les associations de défenses des intérêts des personnes directement concernées. Les actions de ces milieux ou organismes s'articulent généralement autour de plusieurs axes : le soutien direct aux endeuillés après suicide, par l'information (publication de documents sur le deuil), l'échange (au sein de groupes d'entraide par exemple), la psycho-éducation et la formation, le travail de réseau entre différents organismes associatifs et entre ceux-ci et les milieux professionnels, voire les chercheurs, le travail de sensibilisation et de défenses d'intérêts auprès des autorités et des personnes en charge de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques socio-sanitaires. » (pp. 371-2)

Il convient ici de subdiviser l'action de ces associations, suivant qu'elles mettent en place des groupes d'auto-assistance (« self-help groups), dont nous expliquerons le fonctionnement, à l'appui d'un article, dans un premier temps, ou que cette action prenne la forme de groupes d'entraide ou de soutien à l'intention des personnes endeuillées après suicide, dont nous présenterons trois exemples

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

dans un second temps. Enfin, c'est souvent à l'initiative des associations que se mettent en place des *groupes de travail*, qui oeuvrent à la coordination de l'action auprès des personnes endeuillées après suicide, et à la mise en place des politiques de postvention/prévention, mais nous traiterons de ces groupes de travail dans la partie sur la prévention.

2.2.1.Les groupes d'auto-assistance : principes et fonctionnement

L'article d'APPEL et WROBLESKI (1987)[16] analyse, en 1987, le phénomène américain des « self-help groups » ou groupes d'auto-assistance, qui se développent à l'époque depuis une dizaine d'années. Les auteurs définissent le terme, étudient le fonctionnement de ce type de groupes en général puis dans le cas particulier de groupes de personnes endeuillées après suicide. A ce propos elles se réfèrent à l'étude de HEILIG (1985)[17] qui montrait une grande divergence de fonctionnement dans les différents groupes, au point qu'il était difficile de dire à quel point il s'agissait, ou non, de groupes d'auto-assistance tels que définis plus bas.

L'article part du constat que se développent de plus en plus, pour tous les problèmes mais en particulier psycho-sociaux, des groupes d'auto-assistance (traduction littérale des « self-help groups », où l'accent est volontairement porté sur le *self/auto*, soi, accent qui n'apparaît pas dans la traduction plus commune de « groupes d'entraide »). Les auteurs se réfèrent à la définition de KATZ et BENDER (1976)[18] des groupes d'auto-assistance :

« Les groupes d'auto-assistance sont des structures volontaires de petits groupes pour l'aide mutuelle et l'accomplissement d'une finalité spéciale. Ils sont habituellement formés par des pairs qui se sont rassemblés pour s'assister mutuellement dans la satisfaction d'un besoin commun, pour surmonter un handicap ou un problème faisant rupture dans la vie, et qu'ils ont en commun, et pour amener un changement désiré, qu'il soit social et/ou personnel... Ils fournissent souvent une assistance matérielle, ainsi qu'un soutien émotionnel ; ils sont fréquemment orientés par une « cause », et promeuvent une idéologie ou des valeurs à travers lesquelles les membres peuvent atteindre un meilleur sens de l'identité personnelle. »

Les auteurs constatent par ailleurs que durant les dix dernières années, des groupes d'auto-assistance spécifiquement dédiés à des problèmes concernant le deuil et l'après-deuil, se sont développés aux Etats-Unis. Ils peuvent être divisés, selon elles, en deux catégories :

- les groupes qui concernent le deuil après une perte
- les groupes qui étendent l'aide aux endeuillés confrontés à un deuil exacerbé dû aux

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

circonstances du décès : suicide, homicide ou décès d'un enfant.

Ces groupes définissent leur fonction d'abord comme une fonction de soutien, mais certains y ont ajouté une finalité d'action juridique, politique ou sociale avec pour but de prévenir le type de décès qu'ils ont subi ou de soulager certains des aspects négatifs qu'ils ont endurés.

En quoi les groupes d'auto-assistance aident-ils ?

Peut-être parce qu'ils se sont développés à part des systèmes soignants et sont parfois en opposition idéologique avec le savoir professionnel issu de la théorie, Appel et Wroblewski notent qu'il y a peu de littérature sur le sujet (en 1987, lors de l'écriture de leur article). Les facteurs identifiés dans l'article ont été glanés dans la littérature grise/de terrain, à partir d'expériences de ce type de groupes. Les groupes d'auto-assistance donnent à leurs membres:

- a) l'opportunité d'une interaction personnelle basée sur une identification commune ou un statut partagé, dans laquelle l'interaction est véritablement réciproque; chacun donne et reçoit de l'aide tour à tour
- b) l'opportunité d'en apprendre davantage sur leur problème commun et d'accéder à des informations spécialisées qui peuvent prendre la forme d' « antidotes cognitifs ». Obtenir des informations peut permettre de recadrer la situation difficile dans laquelle on se trouve, ou son changement de statut, et dans ce travail contrecarrer des attitudes et des comportements sociaux qui peuvent contribuer de manière significative aux résultats qui dysfonctionnent. Ceci est particulièrement important dans le cas du deuil après suicide.
- c) l'opportunité de recevoir une aide donnée gratuitement. Il n'y a en effet pas de coûts pour ces services.
- d) l'opportunité de faire l'expérience du sentiment d'être pris en considération et soutenu, faire l'expérience de l'interdépendance des membres du groupe, basée sur le fait d'avoir partagé des mêmes problèmes et situations, de gagner un « sens de la communauté »
- e) l'opportunité de « normaliser » son expérience en découvrant que d'autres ont des réactions et des sentiments similaires et qu'on peut s'attendre à ces sentiments, qu'ils sont « typiques » dans une telle situation
- f) l'opportunité d'apprendre des stratégies pour faire face, basées sur des attentes réalistes

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

- g) l'expérience du renforcement du changement positif et des efforts pour maintenir ce changement
- h) l'occasion de s'engager dans une cause ou dans un mouvement social, et ainsi réduire le sens de la victimisation
- i) L'éducation fournie par le groupe vaut pour l'individu concerné aussi bien que pour des professionnels ou le public, en tant que ressource.
- j) Le soutien et la socialisation tendent à être continus, possibles même en-dehors des réunions, ce qui n'est pas le cas dans les offres de soin traditionnelles.
- k) l'opportunité de devenir soi-même utile. Les auteurs citent à ce propos ROBINSON et HENRY (1977)[19] : « C'est l'un des traits essentiels du travail du groupe d'auto-assistance : la reconstruction de la confiance en soi à travers l'aptitude à réellement aider les autres. Un membre des 'Proches du Dépressif' [un groupe d'auto-assistance en Angleterre] a dit que 'si tu as traversé l'enfer ça t'aide de savoir que tu peux employer cette expérience d'une manière ou d'une autre, que ça ne va pas être perdu. Savoir que tu es utile à quelqu'un d'autre est le meilleur médicament au monde.' »

Les endeuillés après suicide se sont, de manière évidente, d'abord rencontrés au sein de ces groupes d'auto-assistance pour endeuillés en général, qui se sont créés dans les années 60 et 70.

Les groupes d'auto-assistance pour endeuillés après suicide

Ces groupes se sont développés de manière explosive durant les six années précédant l'écriture de l'article (1987). Les auteurs se demandent si cela est à mettre en lien avec la dilution des tabous sociaux, à l' « épidémie sociale » des suicides parmi les adolescents, ou encore à une volonté de déstigmatiser le suicide. Dans tous les cas, elles constatent une conscience sociale accrue de l'existence et des besoins des personnes endeuillées après suicide.

La connaissance expérimentale et pratique générée par le mouvement des groupes d'auto-assistance a renforcé la compréhension professionnelle des conséquences néfastes du fait de cacher ou de taire ce type d'évènement à cause des tabous sociaux. D'autant que les personnes endeuillées après suicide manquent de soutiens sociaux informels à cause du sentiment d'impuissance que peuvent avoir leurs proches et voisins.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Les auteurs font remarquer que la spécificité du deuil après suicide réside dans le fait que les personnes endeuillées après suicide sont confrontées non seulement à la remise en question du sens de leur vie mais au le « non-sens » du geste de leur proche. La conséquence en est que, dans leur travail de deuil, ils vont aussi chercher à comprendre la crise qui a amené le suicide de leur proche. Dans le groupe, l'accent sera en ce sens mis sur la compréhension du geste suicidaire, et sa reconceptualisation, pour que la personne endeuillée après suicide se dise par exemple que son proche n'avait pas vu d'autre solution – ce qui peut rendre les choses plus sensées. Les personnes endeuillées après suicide peuvent également devenir plus indulgents envers eux-mêmes quand ils constatent que même des soignants peuvent passer à côté de « signes avant-coureurs » d'un geste suicidaire. Avec ces « antidotes cognitifs », la personne endeuillée après suicide fait l'expérience d'une attention et d'un soutien inconditionnels, quoi qu'il puisse exprimer, entre autres son agressivité. Lentement et douloureusement, la personne endeuillée après suicide peut donc apprendre à se pardonner.

Plus que tout, les groupes d'auto-assistance offrent la possibilité aux personnes endeuillées après suicide de retrouver une raison de vivre. En aidant les autres, en s'engageant socialement, ils quittent le rôle de la victime passive, et peuvent même se sentir « compétents » en tant qu'ils sont utiles.

Fonctionnement des groupes d'auto-assistance pour endeuillés après suicide

Les données fournies par les auteurs sont tirées des résultats d'une enquête sur les groupes de personnes endeuillées après suicide menée en 1984 par l'Association Américaine de Suicidologie. Ces résultats ont été rapportés par HEILIG (1985) [17], auquel se réfèrent ici les auteurs. 70 questionnaires furent envoyés et 41 furent retournés. Heilig note que les 41 groupes montrent une divergence considérable d'« idées, attitudes, méthodes et besoins » dans leurs réponses aux personnes endeuillées :

- a) 21 de ces groupes avaient été mis en place par des personnes récemment endeuillées après suicide. Les 20 autres avaient été mis en place par des personnes issues d'un cadre professionnel (dont un homme d'Eglise), et étaient majoritairement affiliés à des programmes de prévention du suicide ou des programmes de santé mentale. Au moins 8 des

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

leaders de groupe étaient des professionnels eux-même endeuillés après suicide. 65% des leaders avaient une formation en santé mentale (au moins un Master). 33 groupes avaient une affiliation communautaire. 22 avaient un comité de directeurs. L'affiliation communautaire majoritaire était avec un programme de prévention du suicide.

- b) Les structures et formats des groupes se sont révélés très variables : depuis des groupes très ouverts, sans agenda formel, jusqu'à des groupes très structurés, avec des sessions précises, presque comme des cours. Dans ce dernier type de groupe, le groupe initial restait ensemble du début à la fin du programme. Le public était à l'inverse fluctuant dans le cas des groupes ouverts, changeant au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles personnes endeuillées après suicide. Pour 17 des groupes, les réunions étaient mensuelles. La plupart des groupes étaient de structure souple, sans fin programmée, c'est-à-dire qu'il continuait de se réunir tant que des personnes en avaient le besoin.
- c) Dans 34 des groupes, des professionnels de la santé mental étaient engagés et exerçaient une fonction considérable de leadership. La réaction à leur présence était toutefois ambivalente de la part des membres, certains trouvant qu'il était irresponsable de ne pas avoir de professionnels dans le groupe, d'autres (9) se montrant en désaccord avec cette participation. Heilig, quant à lui, trouve cette participation nécessaire.
- d) En résumé, selon Heilig, il était donc difficile de dire lesquels des 41 groupes étaient réellement, ou non, des groupes d'auto-assistance.

Les professionnels et le mouvement d'auto-assistance

Appel et Wroblewski font remarquer que la « révolution de l'auto-assistance » a été caractérisée dès ses débuts par les tensions qu'elle entretenait avec les soignants professionnels : elle donnait lieu à des expériences de collaboration mais aussi de suspicion réciproque. Pour étayer leur propos, elles citent les constatations allant dans le même sens de nombreux collègues :

- MAXIM et BROOKS (1985)[20] notent qu'eux et leurs collègues ont été incités à développer leurs programmes de soutien par le fait que les personnes endeuillées après suicide ne cherchaient pas d'aide auprès des structures de soin traditionnelles. Ils étaient même résistants à leur appel. Ils émettent l'hypothèse que « des membres de la famille déjà stigmatisés voient leur

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

propre besoin d'une aide thérapeutique comme les labélisant comme « malades » et ainsi leur amenant une nouvelle stigmatisation. Les familles peuvent ressentir la communauté thérapeutique comme les blâmant pour le suicide, augmentant ainsi leur intense sentiment de culpabilité. »

- GARTNER et REISSMAN (1976)[21] ont remarqué également que la « révolution de l'auto-assistance » impliquait une critique du professionnalisme.
- SILVERMAN (1980)[22] et KLASS et SHINNERS (1982-83)[23] montrent également que ces groupes tentent d'opposer à la limitation des professionnels l'importance du savoir dérivant de l'expérience.
- BORKMAN (1976)[24] le note aussi, et montre que l' « insight » joue un grand rôle dans un tel savoir. L'insight peut en effet mener, selon lui, à une *expertise expérimentale* i.e. « une compétence ou une aptitude dans le maniement et la résolution d'un problème par l'utilisation de sa propre expérience ». Aptitude que les habitués du groupe peuvent transmettre aux nouveaux arrivants. C'est aussi ce qui permet aux membres du groupe de devenir par la suite eux-mêmes utiles. Klass et Shinners, dans le même ordre d'idées, notent qu'il ne s'agit pas, dans les groupes d'auto-assistance, de transfert d'une situation passée comme dans une psychothérapie, mais d'empathie entre pairs réels dans le présent.

Appel et Wrobleksi souligne que pour toutes ces raisons, le rôle des professionnels dans les groupes d'auto-assistance se trouve limité, et qu'ils doivent faire attention à garder leur place de coordonnateurs. Elles suggèrent par contre que les professionnels en général appuient les groupes d'auto-assistance par des travaux de recherche. Il s'agirait dans tous les cas de favoriser le fonctionnement indépendant des groupes d'auto-assistance, dans un contexte où professionnels et groupes d'auto-assistance ne soient pas concurrents, mais partenaires, ceci pour le bien des personnes endeuillées après suicide, qui ont besoin d'aide à la fois à court- et à long terme.

2.2.2.Les groupes d'entraide et de soutien : trois exemples

Là encore nous nous référons à l'article d'APPEL et WROBLESKI (1987)[16], qui fournit une étude rapprochée et comparée de trois groupes d'intervention associative auprès de personnes

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

endeuillées après suicide, du modèle le plus ouvert (c'est-à-dire se rapprochant le plus du fonctionnement des groupes d'auto-assistance) au modèle le plus structuré (se rapprochant le plus, on le verra, du fonctionnement des dits « groupes de soutien »). Le terme de « groupe d'entraide » est quant à lui plus généraliste, et peut désigner plusieurs formes de groupes.

Le modèle ouvert : le Groupe de Deuil pour Personnes Endeuillées après Suicide

Il s'agit d'un groupe constitué près de Minneapolis, aux Etats-Unis, au début des années 80. Il n'y avait presque pas de professionnels dans ce groupe. Une personne endeuillée après suicide, Adina Wroblewski (co-auteur du présent article, et qui a écrit en 1985 un article spécifiquement consacré à l'étude de ce groupe, auquel on peut se référer pour davantage de détails[25]), l'a créé. Ce groupe était ouvert à tous les membres de la famille, faisant le deuil d'un personne suicidée. Le public fluctuait avec les nouveaux arrivants. Il était recommandé de venir le plus tôt possible après le décès, pour éviter toute désinformation ou confusion venant de la part de personnes parlant du suicide. Les réunions étaient bi-mensuelles. Les problèmes étaient amenés par les participants pour être discutés. La seule « structure » consistait en une brève introduction : qui l'on est, qui l'on a perdu, comment et quand. Il ne s'agissait pas d'avoir recours à l'anonymat ou de cacher des détails dans la mesure où aucun des membres n'était vu comme ayant fait quelque chose de honteux.

Ce type de groupe soutenait le fait de se lier à l'intérieur du groupe et de mettre l'accent sur la reconnaissance du suicide et le type de deuil dont souffraient les membres. Si le groupe était ouvert, il offrait toutefois un soutien inconditionnel, une catharsis, un partage d'expériences et de techniques de résilience, et une aide pour recadrer le décès par suicide (par des recommandations de lectures et la disponibilité de matériels concernant le comportement suicidaire par exemple).

Il y eut de 8 à 14 participants. La plupart venait une ou deux fois. Un noyau dur pouvait rester jusqu'à 6 mois. Le fait de commencer à « rater » des réunions était vu comme une chose positive.

Appel et Wroblewski indiquent que dans le groupe, aucune d'affirmation n'était faite « en ce qui concerne ce que les personnes endeuillées après suicide ressentent ou devraient ressentir. *Les bénéfices principaux venant du groupe sont la réassurance quant à la normalité des sentiments et des expériences, la sortie de l'isolement imposé de manière interne et externe par la stigmatisation du suicide, et le soutien à la personne endeuillée après suicide durant la période où elle se sent*

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

fragile et dans le besoin d'un regard sur sa valeur personnelle. »(p. 121 ; nous soulignons)

Cette expérience n'a pas donné lieu à une évaluation, cependant les participants semblent en avoir donné un écho plutôt positif.

L'utilisation d'une facilitation professionnelle dans un modèle qui combine les aspects d'auto-assistance avec une approche groupale multiple de la famille : l'exemple du Projet des Personnes Endeuillées après Suicide

Ce projet a été mis en place en 1983 sous l'égide d'un centre de santé mentale de l'Université de Médecine du New Jersey. Pour une description complète de ce projet, on pourra se référer à l'article de BILLOW (1987)[26]. Trois cliniciens du centre (Dunne-Maxim, Billow, Hauser), eux-mêmes endeuillés après suicide, développèrent un modèle combinant des éléments des groupes d'auto-assistance et de la thérapie familiale multiple. Ils définissaient leur rôle principalement comme celui de facilitateurs, avec l'objectif de permettre aux personnes endeuillées après suicide de traiter leurs réactions de deuil compliqué, dont l'on sait que le suicide les génère. Ils souhaitaient également évaluer si le fait d'être eux-mêmes des personnes endeuillées après suicide aurait une influence thérapeutique.

Le groupe était ouvert, il ne fallait pas passer par un centre de santé mentale, ni payer le service. Il n'y avait pas de fin programmée, et le groupe était ouvert à tous. Les réunions avaient lieu une fois par mois, et duraient deux heures et demi. Les professionnels et les centres de santé mentale de la région pouvaient adresser des personnes au groupe. On encourageait les personnes à venir le plus tôt possible, répondant ainsi aux principes de l'intervention en situation de crise.

Le fonctionnement était globalement le même que dans le groupe de Minneapolis décrit précédemment, l'accent étant cependant davantage mis sur le développement d'un réseau entre les membres du groupe (par la disponibilité téléphonique par exemple). Les membres étaient également encouragés à informer les personnes extérieures au groupe de l'existence de ce dernier. L'accent était par ailleurs mis sur la prévention et l'étiologie du suicide. Lorsqu'une conférence eut lieu sur le deuil après suicide, les membres participèrent activement à son organisation. Le groupe envoya une pétition pour « protester vigoureusement contre l'utilisation abusive du suicide sous le masque de l'humour dans une émission nationale à la télévision ». Les cliniciens, dans un article de 1985 [20],

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

relèvent à propos de cette expérience que les groupes d'auto-assistance permettent avant tout de diminuer la stigmatisation. Le rôle des thérapeutes tient davantage en ce que les membres peuvent s'appuyer sur eux en ce qui concerne la connaissance compréhensive du suicide, leur compréhension du deuil après suicide, et leurs aptitudes au travail en groupe. L'expérience personnelle du deuil après suicide des cliniciens s'est révélée de moins en moins importante avec le temps, même si elle avait aidé au départ à installer leur crédibilité.

En conclusion, ce groupe a rendu *évidente la nécessité de se retrouver entre pairs, même si il est également apparu clairement qu'il était nécessaire de différencier les groupes suivant le statut familial des personnes endeuillées après suicide*. Au niveau du retour des membres sur le groupe : il a semblé très important que le groupe soit « toujours là », au cas où. *Le recours aux soins semble par ailleurs avoir été facilité par l'intermédiaire du groupe*, comme résultat de la participation au groupe.

Un programme très structuré : le Programme de Soutien aux Personnes Endeuillées après Suicide de Toronto

Ce programme s'est mis en place à la fin des années 1970, en association avec un centre de santé mentale. Pour davantage de détails, on peut se référer à l'article de ROGERS et al. (1982)[27]. Le groupe s'adressait aux adultes endeuillés après un suicide ayant eu lieu lors des deux années précédentes. Un directeur coordonnait la formation des bénévoles, la supervision et les aspects administratifs. L'intervention est décrite comme :

« un programme de soutien et d'assistance non professionnel, limité dans le temps, structuré, visant à la compréhension et la résolution des tensions spécifiques au deuil après suicide. Tous les membres intéressés d'une famille (à l'exclusion des jeunes enfants) rencontrent deux bénévoles (sélectionnés, formés et supervisés par des professionnels) pour 8 séances séquentielles de 2 heures. Les sujets des sessions sont : 'Se découvrir soi-même et se souvenir', 'Se comprendre : accepter et explorer les sentiments', 'Sentiments de perte, de stress et de résilience', 'Effets de la perte : les changements de rôle', 'Revivre et le renouveau de la famille', 'Les systèmes de soutien : les reconnaître et les utiliser', 'Résumer et aller de l'avant'. » (Rogers et al. (1982)[27], p. 445)

Les membres pouvaient également assister à quatre groupes bi-hebdomadaires après la conclusion des sessions. Leur but était d'offrir « une opportunité de partager les sentiments et les intérêts, de renforcer les suggestions pour traiter les problèmes comme un travail de deuil plus long

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

et divers problèmes psycho-sociaux et pratiques ». Pour ce qui était de l'équipe de bénévoles, on favorisait les binômes une personne endeuillée après suicide-une personne qui ne l'était pas.

Il y eut en tout 53 membres durant les deux premières années. Au début, ils remplissaient un questionnaire, une partie portant sur les circonstances du suicide, l'autre sur les attentes vis-à-vis du programme. On dirigeait alors les membres vers une équipe appropriée.

47 des 53 membres se révélèrent être des femmes. De plus, les membres faisaient partie essentiellement de la classe économique moyenne ou légèrement supérieure. Presque la moitié des membres étaient des veuves. Les parents endeuillés après le suicide de leur enfant constituaient quant à eux environ un tiers des membres.

Sur les 53, 33 retournèrent un questionnaire d'évaluation, à la fin du programme. Le format de ce dernier fut évalué très favorablement, beaucoup souhaitaient même devenir eux-mêmes bénévoles. D'après les membres, le programme leur avait permis de mettre en perspective le suicide, de se sentir mieux etc. Sur la base de ce questionnaire, Rogers et al. évaluent donc cette méthode comme efficace dans le soutien aux membres. Les auteurs insistent cependant sur la nécessité d'une collaboration professionnelle, mais font remarquer que ces ressources professionnelles rendent ce type de programme assez coûteux à mettre en place.

Table I
Eight Program Goals Ranked by Participants

Goal statements	Number of participants who ranked the statement among top three personal goals
Get suicide in perspective	38
Deal with family problems caused by suicide	24
Feel better about self	21
Talk about suicide	18
Get factual information about suicide and its effects	17
Have a safe place to express feelings	13
Understand and deal with reactions to suicide	11
Get advice on practical and social concerns	11

Illustration 1: Rogers et al. (1982), p. 446

Selon Appel et Wrobleksi, la diversité d'approches dont témoigne la description de ces trois groupes ne constitue pas une limite mais est le reflet de la diversité des préoccupations singulières. Les auteurs constatent toutefois que *ces programmes ont en commun le fait de ne pas sembler atteindre certaines populations à risque comme les hommes, les enfants, et les personnes des classes les plus pauvres et les plus riches.*

2.3. *Les interventions de soutien (tous types) auprès de membres spécifiques de la famille du suicidé : enfants, parents, conjoints*

2.3.1. *Interventions de soutien auprès d'enfants endeuillés après suicide*

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

HANUS (2004)[28] se penche sur la question de ce que les associations, comme la Fédération Européenne Vivre son deuil, peuvent apporter comme soutien aux enfants endeuillés après suicide. Il rappelle qu'une des particularités principales du deuil en général chez les enfants est que « le déroulement du deuil tant dans ses aspects comportementaux que dans son vécu intrapsychique est très fortement conditionné par celui de son entourage familial lui-même en deuil, et de ce fait, pas souvent en état de lui apporter toute l'aide dont il a besoin » (p. 13). Puis Hanus fait la revue de la littérature sur le sujet des troubles psychologiques rencontrés chez les enfants endeuillés après suicide (enfants actuels et adultes ayant vécu le suicide d'un proche durant leur enfance). Il conclut de cette revue de la littérature que globalement, les enfants endeuillés après suicide présentent plus de troubles psychologique, des arrêts dans leur développement émotionnel ou dans leur croissance au moment de l'évènement, davantage d'auto-agressivité, d'angoisse et de dépression, que la norme des enfants et même que les enfants endeuillés suite au décès non suicidaire d'un proche.

Selon Hanus, il faut donc suivre ces enfants, car ils sont doublement plus à risque :

- du fait que ce sont des enfants, ils risquent un deuil aggravé
- du fait que le suicide aggrave également le deuil

Il faut donc les suivre, mais comment ? Selon Hanus, le rôle des associations est, par rapport à cette question, triple :

- *informer* : par des conférences grand public, des congrès, des publications de document (articles, livres, brochures spécifiques, films dont certains passeraient à la télévision)
- *former* : pour tous les professionnels qui s'occupent d'enfants et d'adolescents dans les différentes domaines
- *soutenir* les enfants : l'aide aux enfants en deuil passe toujours par l'aide à la famille restante elle-même endeuillée

A propos des parents, Hanus note justement :

« Nous constatons souvent que le deuil de l'enfant mis en avant dans la demande d'aide sert de défense contre la prise en compte du deuil de l'adulte. Mais l'aide apportée à l'enfant va bientôt servir également à ses proches. Ce soutien spécifique est réalisé de deux manières qui ne s'excluent nullement : les entretiens de famille dans une perspective systémique et les groupes/ateliers pour les enfants et les adolescents en deuil. » (p. 14)

PFEFFER et al. (2002)[29] relatent comment ils ont mis en place et étudié un groupe

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

d'intervention pour enfants endeuillés après suicide. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'efficacité d'un groupe d'intervention pour personnes endeuillées basé sur un manuel, pour les enfants ayant perdu par suicide un parent ou un frère ou une sœur. La méthode consistait en un tirage aléatoire à partir de la liste d'un médecin. 52 familles/75 enfants furent tirés au sort et furent assignés, dans un ordre alternatif, d'un côté au groupe d'intervention (27 familles, 39 enfants), de l'autre au groupe contrôle (25 familles, 36 enfants). L'efficacité de l'intervention fut évaluée à partir des changements observés dans les symptômes présentés par les enfants : anxiété, dépression, stress post-traumatique, adaptation sociale, et les symptômes dépressifs des parents depuis la première jusqu'à la dernière séance. Les résultats de l'étude furent les suivants : les changements dans les symptômes d'anxiété et de dépression étaient nettement plus importants chez les enfants qui recevaient l'intervention que chez ceux qui ne la recevaient pas. On observa également davantage d'abandons de l'étude chez les enfants qui ne recevaient pas l'intervention. Ce qui, notent les auteurs, limita d'ailleurs la valeur scientifique des données analysées. En conclusion, les auteurs constatent qu'une intervention de groupe de deuil se concentrant sur les réactions à la mort et au suicide, et sur la perte des ressources personnelles et environnementales et renforçant les capacités de faire face à une situation difficile (des composantes psycho-éducatives et de soutien furent par ailleurs données aux parents pour les aider à comprendre le deuil après suicide des enfants, et on leur apporta à eux-mêmes du soutien) peut apaiser la détresse d'enfants endeuillés après suicide. Ils suggèrent que des interventions de ce type pourraient prévenir des passages à l'acte suicidaires ultérieurs.

TABLE 2
Psychosocial Variables of Assigned Children and Parents and Those Retained

Variable	Assigned		Retained			
	Intervention:		Intervention		No Intervention	
	T ₁	T ₂	T ₁	T ₂	T ₁	T ₂
Anxiety	36, 49.5 ± 9.6	28, 51 ± 10.1	31, 49.3 ± 9.9	30, 39.6 ± 10.6 ^d	8, 52.6 ± 6.5	6, 56.5 ± 10.2
Depression	37, 46.8 ± 8.9	27, 51.7 ± 13.1	32, 46.5 ± 8.7 ^e	31, 44.1 ± 8.7 ^e	9, 53.7 ± 11.8	8, 53.9 ± 7.8
Posttraumatic stress	36, 25.3 ± 12.2	21, 28.9 ± 13.6	31, 25.1 ± 12.4	31, 19.6 ± 11.4	9, 22.1 ± 7.0	8, 17.8 ± 9.1
Social adjustment	39, 1.5 ± 0.2 ^a	31, 1.7 ± 0.3	32, 1.5 ± 0.3 ^c	32, 1.6 ± 0.2	9, 1.9 ± 0.4	9, 1.8 ± 0.4
Parent depression	37, 14.7 ± 8.3	20, 15.4 ± 12.0	32, 14.6 ± 8.7	32, 11.1 ± 10.5	8, 14.9 ± 9.9	7, 9.7 ± 4.5

Note: Values represent n , mean ± SD.

^a T₁ assigned to intervention versus no intervention: $t_{68} = 2.9, p \leq .005$.

^b T₁ retained to intervention versus no intervention: $t_{39} = 2.0, p \leq .05$.

^c T₁ retained to intervention versus no intervention: $t_{16} = 2.3, p \leq .05$.

^d T₂ retained to intervention versus no intervention: $t_{34} = 3.6, p \leq .001$.

^e T₂ retained to intervention versus no intervention: $t_{37} = 2.9, p \leq .006$.

Illustration 2: Pfeffer et al. (2002), p. 509

2.3.2. Interventions de soutien auprès de parents endeuillés à la suite du suicide de leur enfant

HATTON et VALENTE (1981)[30] étudient le fonctionnement d'un groupe de deuil pour parents ayant perdu leur enfant par suicide. Il s'agit d'un groupe de six individus qui se sont réunis une heure et demi par semaine pendant huit semaines, puis lors de deux séances à 15 jours d'intervalle. Le groupe était constitué et clos après la première rencontre. Les parents avaient perdu leur enfant au moins trois semaines auparavant. Les auteurs voulaient appliquer la formule de la « resynthèse psychologique » (voir plus bas) de RESNIK (1972)[31], mais le délai après le décès excédait ce que cet auteur prévoit dans sa formule. Par conséquent, les auteurs durent adapter cette formule, ce qui donna une expérience d'une thérapie groupale de soutien de court-terme, à titre de postvention. Les résultats furent les suivants : les parents trouvèrent un soulagement dans le fait de se rendre compte de l'universalité de leur expérience de deuil, et se sentirent acceptés et compris. En trois mois, ils furent capables d'intégrer cette expérience dans leur réseau social élargi, et se sentirent plus adaptés. Si les résultats de cette étude sont optimistes, son niveau de preuve est très faible, et on ne peut en tirer de conclusions scientifiques.

2.4. Conclusion sur la question des interventions soutien proposées

Nous aimerions conclure cette partie en présentant le point de vue très éclairant de SEGUIN et CASTELLI DRANSART (2008)[32] sur la question des interventions. Ce point de vue est en effet en partie transversal au plan que nous avons proposé. Par d'autres aspects, on le verra, il le rejoint.

Ces auteurs distinguent en effet, parmi les différents types de soutien destinés aux personnes endeuillées après suicide, deux grands courants d'interventions :

- les interventions qui mobilisent le *soutien social* et permettent aux personnes en deuil de se sentir moins seules en ayant la possibilité de partager leurs expériences avec d'autres endeuillés. Les auteurs citent en exemples de ce type d'intervention le parrainage, les groupes d'entraide et les groupes de soutien.
- les approches de psychothérapie pour les personnes qui souhaitent amorcer une démarche de réflexion personnelle ou alors pour les personnes dont le deuil se complexifie

Les interventions fondées sur la mobilisation du lien social sont décrites comme suit par les auteurs :

« [elles] visent essentiellement à offrir aux endeuillés un lieu, un espace et un moment où il leur est permis d'exprimer leur peine et d'avoir des témoins à leur souffrance. Par la présence des autres, selon un phénomène de comparaison sociale, les endeuillés ont la possibilité de pouvoir valider leurs émotions, de se comparer subjectivement à d'autres et de cette manière de réaliser qu'ils ne sont pas seuls à vivre une situation tragique. Les participants ont l'occasion d'exprimer leurs sentiments, de partager et d'échanger entre eux des moyens et des stratégies qu'ils utilisent pour faire face à leur peine. » (p. 376)

Les auteurs soulignent également l'importance, dans les groupes mobilisant ce type de d'intervention, de l'échange d'informations. Enfin elles constatent qu'il s'agit d'approches essentiellement d'orientation psycho-éducative basée sur la prise en charge communautaire. Elles décrivent les trois formes principales que prennent ces interventions :

- a) **Le parrainage** : il met en relation deux personnes vivant le même évènement. Il s'agit d'une relation d'aide essentiellement dyadique, qui se base sur un jumelage d'individus (contrairement aux groupes d'entraide). Elle s'appuie sur l'approche développée par

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

SILVERMAN (1967)[33] auprès de veuves. Le principe en est qu'une personne ayant vécu une situation difficile est souvent bien placée pour aider une autre personne dans la même situation. Il s'agit, notent Séguin et Castelli Dransart, d'un geste de soutien en lien avec la solidarité humaine, pas d'un geste professionnel. La personne qui s'engage à aider de cette manière doit avoir des motivations personnelles altruistes. Elle devrait présenter les qualités suivantes : la capacité d'écouter, le respect de l'autre, la discréetion, la capacité de composer avec des expériences de vie différentes des siennes, le sens de l'humour, la connaissance et l'acceptation de soi-même, le sens du discernement, etc., ainsi qu'une disponibilité physique et un équilibre personnel qui permette d'être disponible intérieurement à la souffrance des autres. Ceci tend donc à mettre en évidence la nécessité d'une formation pour les « parrains ».

b) Les groupes d'entraide : le principe est le même, sauf que l'aide s'effectue en misant sur la force du groupe plus que sur la rencontre entre individus. Les formes et les structures de ces groupes sont variées mais les objectifs sont globalement identiques. Les facteurs communs aux groupes d'entraide sont, selon Séguin et Castelli Dransart qui se réfèrent à ce propos à GUAY (1984)[34] : la réciprocité, le partage collectif et l'affinité.

c) Les groupes de soutien : ils diffèrent des groupes d'entraide par l'implication plus importante des professionnels et par l'attention et le soutien apportés aux cas individuels. Le but en est de favoriser la résolution de problèmes et de la relation tout en reconnaissant le caractère bénéfique de l'entraide. Ces groupes font appel à des techniques misant à la fois sur la démarche individuelle et la démarche de groupe. Chaque rencontre est guidée par un professionnel dont le rôle est d'animer la rencontre et de faciliter les interactions entre les participants. La structure de fonctionnement est différente selon les groupes. On constate également des divergences d'opinions quant à la forme du soutien à proposer : certains groupes offrent des rencontres fermées, d'autres des rencontres ouvertes. La durée préconisée du soutien est également variable. Dans la composition des groupes, les auteurs notent aussi des divergences quant au statut des participants vis-à-vis de la personne décédée : certains groupes sont homogènes (groupes d'enfants, de conjoints, de parents, etc.), d'autres préconisent l'hétérogénéité parce qu'elle favoriserait un dialogue plus ouvert.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Enfin, Séguin et Castelli Dransart notent que les participants aux groupes de soutien peuvent devenir ainsi eux-mêmes des aidants (terme utilisé par les auteurs pour traduire les *helpers* en anglais, et que nous-mêmes avons généralement traduit par « personnes utiles ») les uns pour les autres, et que cela présente d'évidents bénéfices psychologiques.

Les **interventions de psychothérapie** quant à elles sont surtout indiquées, selon les auteurs, dans les cas où le processus de deuil est rendu difficile voire compliqué entre autres du fait que la perte est due à un suicide. Les auteurs citent à ce propos VAN DER WAL (1989)[35] , selon lequel le but de la thérapie de deuil est le rétablissement de soi, la capacité de trouver un sens à cet acte tragique, éventuellement de se reconstruire en retrouvant une identité qui permettra de créer une nouvelle vie. Les auteurs citent par ailleurs comme objectifs thérapeutiques : la reconnaissance et l'acceptation de la réalité associée à une perte après suicide ; la réalisation de la permanence de la perte ; la capacité de faire face à la présence de sentiments ambivalents et complexes dont la culpabilité, la colère, l'abandon, les souffrances et combien d'autres émotions ; la renonciation à la vie sans la présence quotidienne de l'autre ; la capacité d'internaliser les dimensions positives de l'autre ; la re-construction de sa propre identité ; et enfin le retour à un autre mode de vie.

La psychothérapie peut également être recommandée lorsqu'il y a un risque de développement d'un syndrome de stress post-traumatique. Alors l'objectif thérapeutique devra considérer la superposition des difficultés, soit celle du traumatisme et celle du détachement de la personne aimée.

La psychothérapie de deuil, notent Séguin et Castelli Dransart, peut être individuelle, familiale ou groupale. Parmi les approches les plus utilisées, elles mettent en exergue deux grands courants, plus spécifiques au deuil compliqué :

- des interventions centrées sur des dimensions interpersonnelles et dynamiques, basées sur l'exploration de la relation et l'interprétation des conflits
- des interventions centrées sur des dimensions cognitivo-behaviorales comme les approches basées sur la résolution de problème

D'après les auteurs, ces deux approches peuvent être efficaces dans la mesure où elles s'adressent à des groupes distincts : « Les personnes ayant moins d'habiletés et de capacités

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

relationnelles bénéficieront plus de traitements centrés sur le soutien immédiat, la résolution des conflits et la résolution des problèmes actuels. Par contre, les personnes ayant eu des relations plus complexes ou ambivalentes avec la personne décédée pourront bénéficier de thérapies centrées sur la remise en question de la relation. »

Les auteurs citent, comme exemples d'interventions cognitives de plus en plus développées :

- les interventions basées sur le modèle de GANTZ (1992)[36]. Ce modèle comporte 18 séances sur une année. Les 5 premières rencontres abordent l'histoire du décès, l'histoire de la relation pour faire découvrir le rôle que tenait l'autre dans la vie de la personne endeuillée. Puis 7 séances ont pour objet d'affronter la douleur associée à la perte afin d'aboutir à un souvenir plus réaliste sans idéalisation de la personne décédée. La phase finale de 6 séances a pour but d'amener la personne à l'acceptation de la perte et à se réinvestir auprès d'autres personnes, d'autres tâches et d'autres investissements.

- l'approche de psychothérapie pour deuil traumatique de HOROWITZ et al. (1990)[37]. Il s'agit d'une approche psychodynamique brève de 15 à 20 séances.

- l'intervention comportementale de KLEBER et BROM (1987)[38]. Il s'agit d'une approche de désensibilisation systématique (exposition et relaxation) auprès de personnes endeuillées qui ont développé une forme de réaction phobique suite au deuil.

3. Quelles pratiques ont donné lieu à évaluation ?

Nous envisagerons l'évaluation des pratiques telle qu'elle a été décrite par JORDAN et al. (2004)[2] dans un premier temps, et telle qu'elle a été envisagée par SEGUIN et CASTELLI DRANSART (2008)[32] dans un second temps.

3.1.L'analyse de l'évaluation des pratiques par JORDAN et al. (2004)

JORDAN et al. (2004) font une revue de la littérature sur les interventions auprès des personnes

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

endeuillées après suicide, en s'attachant à leur degré d'évaluation.

Ils commencent par faire une revue de la littérature sur les interventions auprès des personnes endeuillées en général. Ils en concluent que les personnes endeuillées après suicide seraient plus à même de bénéficier des interventions formelles que la population générale des personnes endeuillées.

A propos des interventions auprès de personnes endeuillées après suicide, les auteurs font remarquer que si de nombreuses descriptions positives de groupes ou de programmes pour personnes endeuillées après suicide existent, peu d'études empiriques ont été menées pour évaluer l'efficacité de ces programmes. « Étant donné la pauvreté de recherches méthodologiquement rigoureuses, nous avons inclus dans cette revue toute étude incluant une forme d'évaluation objective de l'efficacité de cette intervention, sans égard à l'utilisation de groupes de contrôle et d'échantillonnage randomisé. » La revue de la littérature de Jordan et al. se limite aux études sur les adultes. Ils décrivent ainsi les interventions de soutien mises en place et décrites par :

-FARBEROW (1992)[39] :

Il s'agit d'une étude contrôlée de 60 participants dans un programme de 8 semaines sous forme d'un groupe de soutien semi-structuré. Le groupe de contrôle était constitué de 22 personnes qui s'étaient inscrites au programme et/ou qui avaient participé à une session, puis avaient abandonné le programme. On demandait aux participants d'estimer, sur une échelle, l'intensité de neuf sentiments différents (colère, chagrin, culpabilité, etc.) à trois moments : moment du décès (évalué rétrospectivement), de la pré-intervention, et lors de l'immédiate post-intervention. Les résultats indiquaient que le groupe en traitement avait des niveaux de chagrin, de honte et de culpabilité significativement plus élevés au début de l'intervention que les membres du groupe contrôle. Sur l'échelle d'estimation de la post-intervention, 8 des ces 9 sentiments négatifs avaient toutefois baissé pour les participants au programme, pour 1 sur 9 chez les membres du groupe contrôle. De plus, les niveaux de sentiments négatifs du groupe en traitement avait décliné jusqu'au niveau de ceux du groupe contrôle pour ce qui était du chagrin, de la honte et la culpabilité, bien qu'ils aient développé par ailleurs des scores plus élevés dans les échelles de la dépression et de la confusion que les membres du groupe contrôle. Bien que manquant d'un échantillonnage randomisé, cette étude

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

suggère qu'un programme de traitement fourni pour des personnes endeuillées après suicide auto-sélectionnées avec des niveaux de souffrance initialement plus élevés peut réussir dans le fait de diminuer les grades de symptômes au niveau de ceux du groupe contrôle, moins en souffrance. Enfin, les participants signalèrent de hauts niveaux de satisfaction quant à ce programme.

-ROGERS (1982)[27]: il s'agit du groupe de soutien de Toronto dont nous avons parlé plus haut.

-RENAUD (1995)[40]:

L'auteur fait un compte-rendu d'un groupe de soutien pour personnes endeuillées après suicide, de dix sessions, qui combine le soutien mutuel/l'entraide, la discussion centrée sur des thèmes variés ayant trait au suicide, et un devoir à faire à la maison en-dehors de la session. Une session de contrôle cinq semaines après l'achèvement des sessions initiales était également incluse. Les critères de sélection n'apparaissaient pas clairement d'après le compte-rendu, mais apparemment les participants avaient été recrutés de manière sélective à partir des personnes qui appelaient un centre de prévention du suicide. Les personnes avec des troubles de la personnalité sévères ou des réactions de deuil pathologiques étaient exclues. Des estimations auto-évaluées de dépression et d'anxiété antérieures à l'entrée dans le groupe, et six semaines après son achèvement révélèrent une baisse significative dans les symptômes dépressifs et d'anxiété situationnelle. Le nombre total de participants et les statistiques descriptives des évaluations de pré- et de post-intervention n'étaient pas signalés. De plus, le programme ne mettait pas en place un groupe de contrôle ou un échantillonnage randomisé dans ses conditions d'application.

-CONSTANTINO et al. (1996)[41] et (2001)[42] font le compte-rendu de deux études comparant deux types de groupes de soutien pour les veufs endeuillés après suicide :

1. un groupe centré sur le deuil, ayant pour but explicite de faciliter le travail de deuil
2. un groupe d'activités sociales ayant pour but d'améliorer l'humeur, la confiance en soi et un sens de l'appartenance.

Les deux groupes consistaient en 8 sessions hebdomadaires de 90 minutes, et des

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

appréciations étaient faites sur les niveaux auto-évalués de dépression, de souffrance psychologique, de chagrin et d'adaptation sociale au début et à la fin de ces groupes, et à 6 et 12 mois après la fin. 32 participants dans le premier groupe et 47 dans le second ont été assignés de manière randomisée à un des formats du groupe.

La première étude trouva que, contrairement aux attentes, les deux groupes produisaient des réductions significatives de la dépression et des niveaux de souffrance psychologique. Les résultats de la deuxième étude, qui employait un échantillon plus important, mirent en parallèle les résultats avec ceux de la première étude. Les auteurs conclurent qu'à la fois le deuil et les formes de soutien social promettaient beaucoup, et se demandèrent si tout format de groupe qui permettrait aux personnes endeuillées après suicide d'interagir avec leurs pairs dans un groupe mené professionnellement ne serait pas bénéfique. Les auteurs reconnaissent cependant que l'absence de tout véritable groupe de « non-traitement »/groupe contrôle, rendait difficile de tirer des conclusions sur la supériorité d'interventions de groupe sur une non-intervention.

-KOVAC et RANGE (2000)[43], s'appuyant sur l'intervention basée sur l'écriture développée par PENNEBAKER et al. (2001)[44], ont fait le compte-rendu d'une intervention prometteuse auprès d'adolescents endeuillés après suicide. On leur a demandé d'écrire à propos du suicide de l'être aimé. 40 sujets étaient attribués de manière arbitraire, il s'agissait d'écrire soit sur la perte ou sur un sujet neutre 4 fois durant une période de 2 semaine. On donnait aux participants des échelles d'auto-évaluation concernant les réactions de chagrin générales ou spécifiques au suicide, des symptômes de trauma, et des indications sur l'usage des soins en santé mentale à trois reprises : juste avant et après l'intervention, et 6 semaines plus tard. Les résultats indiquaient des diminutions significatives dans le chagrin spécifique au suicide, bien que non dans le chagrin général, les symptômes de trauma, ou l'usage des soins de santé parmi le groupe traité. Les auteurs concluaient que les interventions d'écriture pourraient être particulièrement adaptées au deuil après suicide, notant que beaucoup de participants avaient mentionné spontanément que l'intervention les avait aidés à mieux comprendre le pourquoi de la mort et à commencer à parler aux autres de ce décès. Les auteurs suggèrent également que, sur la base de méta-analyses préalables d'interventions similaires, cette approche pourrait être particulièrement utile pour les personnes de sexe masculin

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

qui sont moins enclins à révéler leurs expériences traumatisantes à d'autres.

-MURPHY (2000)[45] et MURPHY et al. (1998)[46]:

Dans l'une des études les plus rigoureuses méthodologiquement à ce jour, MURPHY et al. (1998) ont fait le compte-rendu de l'efficacité d'un groupe d'intervention de soutien de 10 semaines pour 261 parents endeuillés. Ceux-ci avaient fait l'expérience de la mort soudaine de leur enfant (entre 12 et 28 ans) par suicide, homicide ou mort accidentelle, durant les 7 mois précédent le recrutement ; ils ont été identifiés grâce aux archives des décès et invités à l'étude. Tous les parents ont été assignés de manière aléatoire soit au groupe de traitement ou au groupe-contrôle. L'intervention consistait en un programme de groupe basé sur la théorie, qui divisait chaque session de 2 heures en une composante psycho-éducative centrée sur le problème et visant à construire une aptitude, suivie par une discussion de soutien centrée sur l'émotion. La composante centrée sur le problème avait pour but de fournir de l'information et des compétences pour réduire les conséquences négatives du deuil après une mort violente. La composante centrée sur l'émotion était structurée pour offrir un échange émotionnel et du soutien aux membres, ainsi qu'un recadrage (*reframing*) cognitif d'aspects de l'expérience de la perte. Les résultats de l'évaluation estimaient le niveau, chez les parents, de souffrance morale, de réactions post-traumatiques, d'adaptation à la perte (réponse de deuil), de santé physique, de stress dans le rôle conjugal. Les estimations étaient faites au début de l'intervention, à sa conclusion, et 6 mois après. Étant donné qu'hommes et femmes peuvent répondre différemment à ce type d'interventions, les données ont été analysées séparément pour pères et mères. En général, l'intervention ne se révéla pas être supérieure à la situation de contrôle, pour ce qui était de la réduction des symptômes associés à la perte. Ce qui était d'importance était l'interaction significative entre les sexes et le niveau de souffrance initial dans le groupe de traitement. Quand les participants étaient regroupés par niveau initial de souffrance, les mères endeuillées avec des niveaux de souffrance émotionnelle initialement hauts et des symptômes de chagrin avaient des niveaux plus bas de ces symptômes à la conclusion de cette intervention en comparaison avec les mères du groupe contrôle. De plus, la participation à l'intervention se révéla augmenter les symptômes de stress post-traumatique chez les pères du groupe de traitement. Comme pour la plupart des interventions, les participants ont généralement indiqué une grande

satisfaction avec le programme.

En addition à l'expérience clinique de cette intervention, MURPHY (2000) a présenté les données d'un suivi longitudinal à 2 et 5 ans qui combinait le groupe de traitement et le groupe contrôle. L'échantillon continua à montrer des niveaux très élevés de souffrance morale, des symptômes de traumatisme et des problèmes de santé à 2 et 5 ans, bien qu'il y ait eu un déclin constant dans les symptômes au cours de l'étude. Murphy note aussi que les parents qui s'étaient engagés dans certains comportements de protection de la santé (par exemple des exercices) présentaient de meilleurs résultats. Des différences de sexe furent également observées, avec des mères montrant en général un progrès dans la santé et le fonctionnement, et des pères montrant une détérioration dans les symptômes de stress post-traumatique et de santé au bout de la période des 5 ans. Murphy note aussi que les participants signalaient que la meilleure période d'adaptation à la perte eut lieu dans la 3ème et la 4ème année après le décès et non dans la première année, comme on le supposait communément.

-MITCHELL et KIM (2003)[47] font le compte-rendu d'une intervention de *debriefing* adaptée à des interventions précoces auprès de personnes endeuillées après suicide. Dans cette étude, 60 personnes endeuillées après un suicide récent (un mois ou moins) furent assignées de manière aléatoire soit à un groupe de debriefing d'une seule session ou à un traitement comme groupe usuel. Les participants remplirent des échelles d'auto-évaluation des niveaux de stress perçu, de deuil compliqué, de dépression, de syndrome de stress post-traumatique, de symptômes psychiatriques généraux et de la qualité générale de vie à 4 et 12 semaines après l'intervention. Les membres du groupe de traitement se révélèrent moins en souffrance avant l'intervention que les membres du groupe contrôle, et on trouva que cela était lié à la proximité du degré de parenté au décédé (les membres du groupe contrôle avaient des parentés plus étroites que les membres du groupe de traitement). Ceci fut contrôlé en utilisant des scores changés plutôt qu'en faisant une comparaison directe entre les groupes. Il y eut aussi une réduction significative de la participation au suivi, de sorte que les résultats finaux furent basés sur un nombre de 27 personnes. Les résultats montraient des tendances vers un plus grand progrès dans le travail de deuil et le stress perçu pour le groupe de traitement à 4 semaines. De la même manière, au bout de 3 mois le groupe de traitement montra un

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

plus grand progrès dans la santé mentale générale et une tendance vers un stress perçu moins grand. En dépit des problèmes méthodologiques, les résultats suggèrent donc qu'il y a une probabilité modeste pour que les effets d'une intervention précoce, de type CISIM, pour les personnes endeuillées après suicide, se révèlent positifs.

-PFEFFER et al. (2002)[29] : nous avons analysé cette intervention dans le cadre des interventions de soutien à l'intention des enfants

Recommandations et conclusions de JORDAN (2004), à partir de cette présentation de diverses interventions

La littérature montre que les interventions pour le deuil en général peuvent être d'une valeur incertaine, mais qu'il y évidence quant au fait que les interventions pour des populations à haut risque, tels que les personnes endeuillées après suicide, peuvent être plus efficaces. La littérature indique également que l'objectif de ces interventions a besoin de prendre en compte les différences de sexe, avec des hommes répondant différemment et/ou moins positivement que les femmes aux interventions typiques. Enfin, les études sur le deuil suggèrent que beaucoup des interventions sont simplement d'une intensité et d'une durée insuffisantes pour faire un impact mesurable. Ceci peut être particulièrement vrai pour les pertes traumatiques comme la perte par suicide, où l'expérience clinique et les besoins auto-évalués des personnes endeuillées après suicide suggèrent fortement que de brèves interventions fournies de manière précoce dans la trajectoire du deuil peuvent être insuffisantes face à l'importance de la rupture engendrée par un suicide (ici l'auteur se réfère à MURPHY (2003)[48]).

Les études ayant évalué empiriquement les interventions adressées spécifiquement aux personnes endeuillées après suicide sont plus prometteuses. Leurs résultats montrent ainsi des effets, même modestes, des interventions, et surtout de hauts niveaux de satisfaction des participants. Malheureusement la rigueur méthodologique de ces études laisse en général à désirer, avec beaucoup de chercheurs n'ayant pas utilisé d'assignation aléatoire et de groupes de contrôle appropriés. De plus, les études qui avaient employé les méthodes de recherche les plus soigneuses (KOVAC et RANGE (2000)[43], MURPHY et al. (1998)[46], PFEFFER et al. (2002)[29] tendaient

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

à trouver la confirmation la moindre que ces interventions étaient utiles.

« Ainsi, malgré l'évidence à première vue et une impression clinique générale que ces interventions sont utiles, on doit conclure que l'efficacité des interventions formelles pour les personnes endeuillées après suicide a encore à être établie scientifiquement. L'état de nos connaissances sur le comment, le quand et le avec qui intervenir après un suicide est encore assez primitif, suggérant un besoin pressant de davantage de recherches qui aborderaient plusieurs problèmes-clés. » (Jordan et al. (2004), p. 344)

Ces recherches auraient à étudier les particularités des réponses individuelles ou culturelles (suivant le sexe, la personnalité, la culture, le degré de risque présenté par la personne...) au deuil après suicide, ainsi que les capacités de résilience et les réseaux de soutien qu'utilisent ceux qui ne vont pas consulter ou participer à un groupe, pour mettre en place des stratégies de soutien plus actives et prenant davantage en compte les particularités de chacun. L'approche prônant l'uniformité dans les interventions, qui a prévalu depuis la création de la suicidologie moderne doit ainsi, selon Jordan, être rendue beaucoup plus fine.

Par ailleurs, il faudrait davantage d'études méthologiquement rigoureuses de l'efficacité pratique et théorique des interventions formelles pour les personnes endeuillées après suicide. Jordan suggère par exemple des études qui évaluerait les éléments (bénéfices, défauts) communs aux différents groupes d'intervention existants. Ceci pourrait aboutir enfin à des études plus contrôlées de techniques d'intervention spécifiques adaptées à des types spécifiques de personnes endeuillées après suicide.

Enfin Jordan met en avant les approches qui ont montré, dans le passé, au moins quelques résultats et suggère que les futures interventions s'en inspirent. Il cite à cet égard :

- les interventions utilisant l'écriture (KOVAC et RANGE (2000)[43]
- les programmes psycho-éducatifs et de construction d'aptitudes (MURPHY et al. (1998)[46]
- les combinaisons de soutien informel du type « de personne endeuillée après suicide à personnes endeuillée après suicide » et de groupes d'intervention plus structurés

Il suggère en outre qu'on étudie les interventions s'étant montrées efficaces dans d'autres types de pertes traumatiques, ainsi que divers types de thérapies, pour les adapter éventuellement aux interventions auprès de personnes endeuillées après suicide.

3.2. L'analyse de l'évaluation des pratiques par SEGUIN et CASTELLI DRANSART (2008)

Concernant l'évaluation de l'efficacité d'interventions auprès des personnes endeuillées après suicide, on peut également citer SEGUIN et CASTELLI DRANSART (2008)[32].

Ces auteurs restent réservées sur la qualité scientifique des évaluations. D'après elles, seules les études évaluant le niveau de satisfaction des personnes endeuillées ayant participé à une intervention de soutien et d'entraide vont dans le même sens et concluent à une satisfaction élevée des participants. Par contre, on pourrait difficilement mesurer les bienfaits d'une formule de d'intervention groupale par rapport à une autre, du fait de variables peu contrôlables et de la difficulté d'y appliquer des devis de recherche expérimentale classiques. Les auteurs citent comme exemples de dimensions pouvant devenir problématiques les difficultés à assurer la relève, les risques d'épuisement des animateurs et les difficultés financières, etc. Néanmoins les effets positifs des interventions groupales sembleraient être assez similaires d'un groupe à l'autre.

Les auteurs citent à ce propos SEGUIN et al. (2004)[49]. Ces auteurs ont comparé des personnes endeuillées après suicide ayant participé à quatre programmes de soutien différents : le premier d'une durée de 2 mois, le second d'une durée de 4 mois, le troisième d'une durée de 6 mois, enfin le quatrième d'une durée d'un an. 74 personnes acceptèrent de participer à cette étude. Elles furent évaluées à quatre reprises : avant et après la participation au groupe de soutien, 6 mois et 12 mois après la fin. Différentes dimensions de l'adaptation à la perte furent évaluées dont la dépression et les réactions de deuil. Les résultats furent les suivants : les programmes ayant une durée de 4 à 6 mois avaient une efficacité tout aussi importante que le programme d'une année, alors que le programme le plus court était celui qui démontrait le moins d'efficacité de traitement.

Séguin et Castelli Dransart citent également LABELLE (2006)[50], qui a évalué l'efficacité d'un groupe de soutien pour enfants endeuillés après suicide. Les résultats furent les suivants : le lien avec l'animateur du groupe semblait représenter la variable la plus importante dans la contribution au mieux-être de ces enfants.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Enfin, Séguin et Castelli Dransart se penchent sur la question de l'évaluation des interventions de psychothérapie. Elles notent que les études évaluatives ont été presque toutes menées auprès de groupes, et qu'elles se réalisent généralement sur des périodes brèves de 8 à 12 rencontres, allant jusqu'à 20 séances dans le cas de psychothérapie dynamique. Elles se réfèrent à ce propos à JORDAN (2004)[2], que nous avons longuement commenté plus haut. Leur commentaire rejoint celui de cet auteur, à savoir que les conclusions à tirer de ces études évaluatives demeurent plutôt vagues :

« En général les évaluations de thérapie de deuil reçoivent une évaluation positive quant au degré de satisfaction des participants, malgré l'effet modeste du traitement tel qu'évalué scientifiquement (souvent avec l'aide de questionnaires auto-administrés). » (p 380)

Les explications qu'en donnent Séguin et Castelli Dransart sont les suivantes :

- a) Les interventions sont généralement brèves par rapport à la durée du deuil, surtout si le deuil se complique. Les interventions offertes de manière précoce dans le travail de deuil pourraient être insuffisantes pour soutenir la personne dans la période intense de tristesse et de peine qu'elle traverse. Ainsi l'évaluation de suivi dans le temps ne pourrait pas démontrer de réel progrès quant à la symptomatologie du deuil.
- b) Les effets sont modestes pour les personnes qui ont des réactions de deuil en-deçà du seuil de pathologie. Mais les résultats sont plus positifs pour les interventions qui s'adressent aux personnes ayant des réactions de deuil pathologiques. « Les conclusions des études actuelles suggèrent que les personnes les plus à risque de vivre un deuil compliqué seront celles qui bénéficieront le plus d'interventions de deuil (...), et pour lesquelles les progrès en terme de symptomatologie seront également le plus significatifs. »
- c) Les évaluations devraient également être différentielles suivant les sous-groupes de personnes endeuillées après suicide.
- d) « Les interventions cliniques ne sont pas faciles à évaluer, les résistances tant de la part des participants que de la part des cliniciens eux-mêmes ne facilitent pas ce processus de recueil de données scientifiques. De plus, les nombreux écueils méthodologiques et le nombre restreint de participants limitent la portée des conclusions concernant l'efficacité de traitement. » (p. 381)

Enfin, comme exemple d'analyse de l'évaluation des pratiques, on peut citer l'étude récente, et très rigoureuse méthodologiquement, de McDAID et al. (2008)[51], évaluant l'efficacité de 8 programmes de soutien. Nous avons, à deux exceptions près, cité et commenté tous ces programmes dans cette revue de littérature, c'est pourquoi nous ne nous attacherons pas au détail de cette étude. Nous nous contenterons d'en citer les résultats, qui sont sensiblement les mêmes que ceux de Jordan (2004) : l'étude montre que bien qu'il soit évident qu'il y a quelques bénéfices aux interventions auprès des personnes endeuillées après suicide, ce bénéfice n'est pas prouvé scientifiquement. Des résultats étayés par plus de rigueur méthodologique seraient ainsi requis pour confirmer si les interventions sont utiles et, si oui, lesquelles et pour qui.

4. Les meilleures pratiques de soutien à proposer

Nous allons dans cette partie suivre globalement le plan qui était suggéré au départ, à savoir :

- *à proximité du drame* (cellules d'urgence médico-psychologiques, services médicaux d'urgence, médecins généralistes proches de la famille, associations de soutien, lieux de consultation spécialisés de proximité, soutien des professionnels impliqués)
- *dans les suites* (accueil associatif, groupes de soutien, prise en charge médicale, prise en charge spécialisée)
- la question de la *prévention* (communication grand public sur les sujets lourds : dépression, mort, suicide, accès aux documents 'informations, prévention auprès des personnes à risque)

4.1.A proximité du drame

CEREL et al. (2008)[52] ont fait une étude comparative du rôle joué d'un côté par la postvention traditionnelle passive, et de l'autre côté par un modèle actif de postvention. Les auteurs ont étudié les données d'archives de personnes endeuillées après suicide se présentant pour un traitement de 1999 à 2005 au Centre d'Intervention de Crise de Bâton-Rouge, aux Etats-Unis.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Ils notent que jusqu'à récemment, les efforts pour avoir accès aux personnes endeuillées après suicide étaient passifs et que la plupart avaient lieu plusieurs semaines après le décès. Ces modèles traditionnels passifs requéraient en fait que les survivants trouvent eux-mêmes les ressources disponibles dans leur communauté. Ces ressources étaient par exemple des brochures dans les maisons funéraires, des encadrés dans les journaux, des discussions publiques, des sites web des agences de référence. Ces ressources étaient d'autant moins accessible pour les personnes endeuillées après suicide qu'elles ne se reconnaissent pas forcément dans le terme « survivants » (*survivors*, terme employé aux Etats-Unis pour désigner les personnes endeuillées après suicide).

Selon les auteurs, « en fournissant des services le plus tôt possible après le décès, on augmente la possibilité d'identifier et d'aider tous les potentiels endeuillés après suicide. L'opportunité, pour les personnes endeuillées après suicide, de recevoir de l'information jugée utile par d'autres personnes endeuillées après suicide a également un potentiel pour diminuer les conséquences négatives. »

Le Centre d'Intervention fonctionne depuis 1970 comme ligne téléphonique locale de crise ouverte 24h/24h, et a accumulé 211 services d'information et de référence en plus d'entretiens de conseil en face-à-face pour les pertes soudaines et traumatiques. Les services de deuil incluent des services pour les enfants de 5 ans et moins, un groupe de deuil pour enfants entre 6 et 12, des services pour les adolescents en deuil, et un groupe de deuil après suicide pour adultes. La participation aux groupes requiert préalablement une session en face-à-face et peut mener à un suivi individuel en addition à l'orientation dans un groupe de soutien. Tous les services sont gratuits pour tout un chacun cherchant ce type d'aide.

En 1999 sous la direction du Dr Franck Campbell, le centre établit un programme de postvention active pour les personnes endeuillées après suicide qui complète les services des premiers répondants traditionnels (police, personnel médical d'urgence, coroner). L'Assistance Locale pour les Endeuillés après Suicide (LOSS) est constituée de membres du personnel du centre d'intervention, et de personnes endeuillées après suicide bénévoles ayant reçu une formation substantielle, pour répondre aux scènes de suicide.

Ce concept unique permet à une assistance de commencer pour les personnes endeuillées après suicide aussi près que possible du moment du décès ou de l'annonce du décès. De plus, ce modèle

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

actif de postvention sur la scène même du suicide fournit des services de soutien et des références à tous ceux qui sont identifiés comme des potentiels endeuillés après suicide, sans qu'il soit requis de ces personnes qu'elles aillent elles-mêmes chercher de l'aide.

Les membres de la LOSS donnent du réconfort aux personnes endeuillées sur la scène du suicide, ils expliquent les protocoles utilisés par ceux qui enquêtent sur la scène, et ils répondent aux questions qui émergent.

En tant que modèle de postvention actif, des programmes dérivés de la LOSS ont été mis en place dans toute l'Amérique, l'Australie et Singapour, mais il n'y a pas eu d'évaluation systématique de ces programmes jusqu'à maintenant. Il n'y a donc pas de données prospectives pour déterminer si sont associés à ces programmes de meilleurs résultats que pour les personnes qui n'en ont pas bénéficié. Cependant, des données ont été collectées au Centre d'Intervention depuis la création de la LOSS sur toutes les personnes endeuillées après suicide cherchant un traitement dans cette structure. A partir de ces données, l'étude présente cherche à déterminer si le temps passé entre le décès et la recherche d'un traitement pourrait être réduit par un modèle de postvention actif à la place des modèles passifs traditionnels de postvention. En outre, les auteurs ont pour objectif de déterminer s'il y a des différences entre les individus ayant reçu la postvention active et ceux qui n'en n'ont pas bénéficié, en termes de caractéristiques du suicide et du décédé, de problèmes cliniques depuis le décès, et d'engagement dans un traitement de groupe. Du point de vue méthodologique, cette étude a été menée très rigoureusement, sur la base des données fournies par 150 personnes endeuillées après suicide ayant bénéficié de la LOSS et 206 n'en ayant pas bénéficié.

Les résultats de l'étude sont les suivants :

- les personnes endeuillées après suicide ayant reçu la LOSS se sont présentées plus tôt pour un traitement (48 jours) que ceux qui n'en n'avaient pas bénéficié (97 jours)
- ceux qui ont eu la LOSS étaient davantage motivés pour aller à des réunions de personnes endeuillées après suicide, et ils étaient plus attachés à l'idée d'un traitement
- ces réunions, modérées par un enseignant et une personne endeuillée après suicide, seraient plus bénéfiques à ceux qui auraient reçu la LOSS, car ils auraient eu dès la scène un exemple d'une personne endeuillée après suicide utilisant sa perte pour aider les autres
- « Si cette étude ne peut affirmer s'il est plus utile pour les personnes endeuillées après

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

suicide de se présenter plus tôt au traitement, il semble que ces personnes qui cherchent des services plus tôt seraient plus aptes à résoudre des problèmes aigus avant qu'ils ne deviennent chroniques. L'opportunité de normaliser les effets du trauma et la stigmatisation associée au suicide pourrait également émerger comme un bénéfice d'une intervention précoce. » (p. 33)

- l'étude n'a pas montré de différence entre les troubles du sommeil, de la concentration, de l'appétit ou de l'exercice entre les deux groupes
- les personnes qui recevaient la LOSS étaient plus généralement des endeuillés après un suicide violent. Dans l'autre cas de figure en effet, le décès a souvent lieu à l'hôpital et alors le coroner n'est pas là pour appeler la LOSS.

Les auteurs mentionnent également une limitation majeure de cette étude, à savoir que les personnes endeuillées après suicide qui cherchaient de l'aide n'étaient pas forcément représentatives des endeuillés après suicide en général. Ils constatent ainsi qu'ils n'ont eu aucun cas de personnes non-caucasiennes par exemple. Ainsi, ils n'ont presque pas eu de cas de personnes afro-américaines, alors que cette population présente un taux de suicide élevé. Ils mettent cela en lien avec de probables barrières culturelles.

La recommandation finale des auteurs consiste à dire qu'il manque encore une étude prospective qui étudie les effets à long terme de programmes comme la LOSS.

CASTELLI DRANSART et SEGUIN (2008)[5] donnent également des recommandations concernant le soutien aux personnes endeuillées dans l'immédiat après le suicide. Elles constatent que les personnes souffrent alors généralement d'un stress aigu. Elles recommandent qu'on s'adressent à elles avec « calme et doigté ». Les personnes endeuillées après suicide ont également besoin de temps pour réaliser. Elles devraient alors pouvoir bénéficier de soutien « de premiers secours » : une présence soutenante, une « gestion de l'information respectueuse, correcte et pertinente » et éventuellement, après une évaluation attentive, un soutien médicamenteux. Les témoignages montreraient en effet l'importance des mots employés lors de l'annonce ou des mots échangés sur la scène du suicide. Les auteurs recommandent donc d'être vigilant à ce que disent et font les différents intervenants (policiers, ambulanciers, instances judiciaires, etc.). Les auteurs citent sans précision des « expériences pilotes » en Suisse et au Canada qui montreraient que « la

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

présence d'intervenants sensibilisés et formés à ces aspects est bien accueillie et est perçue comme utile par les endeuillés ». Castelli Dransart (2003)[53] montrerait également les conséquences néfastes d'une annonce irrespectueuse, et DE GROOT et al. (2006)[8] et PROVINI et al. (2000)[1] celles de l'existence du tabou lié au suicide même chez les professionnels de santé.

Les auteurs trouvent par ailleurs souhaitable que les informations concernant le décès et les démarches qui s'ensuivent soient données de manière claire et pertinente et si besoin est, répétée vu l'état de choc dans lequel se trouvent les personnes. « Cela permet aux personnes un certain cadrage cognitif (aide à se structurer) et de pouvoir prendre acte de ce qui s'est passé ou d'anticiper ce qui va se produire (ce qui aide souvent à diminuer l'angoisse) dans les heures ou les jours à venir. » Les auteurs notent que certaines personnes peuvent trouver ce type de cadrage intrusif : il faudra donc être attentif et éventuellement moduler son intervention. Elles soulignent là encore l'importance de prendre le temps. Elles mettent par ailleurs en avant la nécessité de respecter les sensibilités culturelles et religieuses des endeuillés. En effet, « les rites sont également l'occasion pour la famille de se sentir soutenue, d'actualiser et de mobiliser les réseaux de soutien ».

A ce propos, les auteurs soulignent l'importance de l'entourage dans le travail de deuil des personnes. Elles constatent ainsi que les proches actifs lors des funérailles tendent à être présents par la suite (Castelli Dransart (2003)[53]). Elles mettent en évidence l'existence fréquente d'un « tiers tampon ou relais », c'est-à-dire d'*« une personne suffisamment proche de la famille pour prendre en charge un certain nombre de tâches ou de besognes sans pour autant être « en première ligne »*. Ce tiers jouerait donc le rôle d'une interface entre la famille et le monde extérieur. Les professionnels doivent le prendre en compte sans le considérer comme un concurrent.

Enfin, il s'agit d'éviter à la personne endeuillée une exposition ultérieure à la scène du suicide : le rangement et le nettoyage doivent être confiés à des étrangers si le suicide a eu lieu à domicile. Ceci, afin de limiter l'un des facteurs d'un possible stress post-traumatique.

DUNNE-MAXIM et al. (1987)[54], à propos des interventions auprès des enfants endeuillés après suicide, donnent également des recommandations concernant les mesures de postvention précoces. A propos de leur échantillonnage, ils disent avoir vu beaucoup d'enfants, sans avoir toutefois étudié les interventions de manière systématique. Ils disent avoir une meilleure idée de ce

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

qui semble anti-thérapeutique, que de ce qui est véritablement thérapeutique. Les auteurs partent de l'hypothèse, peu défendue parmi leurs pairs, que les enfants font leur deuil de la même manière que les adultes, seulement que leur deuil ne s'exprime pas de la même manière.

Ils font remarquer, à propos des efforts de postvention précoce à mettre en place :

- La postvention initiale auprès des enfants doit idéalement être faite par leurs parents. Mais si ceux-ci sont eux-mêmes des proches de la personne qui s'est suicidée, ils sont alors psychologiquement indisponibles pour les enfants. Voire, ils ont eux-mêmes besoin d'un soutien à ce moment-là, qu'il faut alors leur procurer. Car si les parents sont eux-mêmes soutenus, ils seront capables par la suite de procurer à leur enfant un climat émotionnel propice à l'expression et la résolution du deuil.
- Pour les intervenants qui sont en premier en contact avec les parents, les auteurs recommandent de les coacher sur les problématiques de deuil après suicide spécifiques aux enfants. Il faut ainsi, selon les auteurs, informer les enfants sur le suicide, d'une manière honnête et directe. Ils doivent être mis au courant de la cause du décès dès le début. D'après l'expérience des auteurs, les enfants finissent en effet toujours par découvrir la vérité, et souvent dans de mauvaises conditions. Les enfants sont, de plus, très sensibles aux ambiances affectives, et s'ils s'aperçoivent qu'on leur cache quelque chose, ils peuvent penser que c'est parce qu'on essaie de les protéger parce qu'ils seraient en partie responsables du décès. De plus les enfants ont souvent des idées complexes sur la mort. Leur cacher la vérité pourrait amener à une relation fausse entre parents et enfants, avec le temps. Et cacher la vérité pourrait contribuer à mélanger les faits et l'imaginaire, les mythes et la réalité.
- Souvent les enfants sont tenus à l'écart des rituels funéraires à cause des tabous liés au suicide. Dans la mesure du possible ils devraient, selon les auteurs, être encouragés à participer à ces rituels, en y contribuant de manière propre. « L'inclusion dans ces rituels pose la base pour une participation ultérieure dans un travail de deuil plus privé au sein de la famille. »
- Les parents doivent être conscients de la nécessité de fournir et de maintenir une atmosphère au sein de la famille qui promeut la communication ouverte et autorise l'expression des sentiments à propos du suicide. Là encore, les enfants peuvent en effet se sentir responsables de la mort du suicidé, comme conséquence par exemple de la pensée magique. Des discussions

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

sur les causes du suicide peuvent apaiser ces sentiments de culpabilité. Ces discussions permettraient également de « démystifier » le suicide comme solution magique aux problèmes de la vie.

- L'enfant peut cacher la colère qu'il ressent, à l'égard du parent restant par exemple. Cette colère doit être formellement permise dans la famille.
- En fait, que les sentiments puissent être exprimés de manière générale dans la famille empêchera qu'ils soient tournés contre soi et aboutissent à des comportements auto-destructeurs ou des passages à l'acte. Si la famille ne peut s'en charger parce que trop éprouvée, les auteurs recommandent que la jeune personne puisse parler à des individus de confiance en-dehors de la famille : groupes de parole, pour les adolescents, par exemple.
- Les parents doivent être coachés sur les manières de minimiser le stress auquel leur enfant va être confronté en-dehors de la famille. On doit aider les enfants à anticiper les préjugés que les autres, camarades, etc. pourraient avoir. Dans le cas des jeunes enfants, il peut être bon de prendre contact avec des personnes clés de l'école.
- Il faut aider les enfants à ne pas s'isoler : les encourager à revenir à leurs activités, fréquenter, éventuellement plus, leurs camarades, etc. Si cela fonctionne mal et que par exemple les résultats scolaires baissent, il ne faut pas les mettre sous pression tout de suite, car il faut respecter le temps du travail de deuil.

4.2. Les meilleures pratiques de soutien à proposer dans les suites

Pour ce qui est du soutien à moyen et à long terme à offrir aux personnes endeuillées après suicide, CASTELLI DRANSART et SEGUIN (2008)[5] reviennent à la littérature et font des recommandations.

Elles citent d'abord l'étude de PROVINI et al. (2000)[1], qui montrait qu'un tiers des personnes interrogées avait l'impression de pouvoir faire face à la situation sans aide spécifique. Cependant, vu le risque, même si non majoritaire, de développement d'un syndrome de stress post-traumatique, les auteurs trouvent pertinent de « mettre en place des dispositifs d'accompagnement, même à bas seuil

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

(quelques visites/contacts sur les premiers mois) ». Ce, ne serait-ce que pour pouvoir diagnostiquer la survenue de ce trouble et offrir des traitements adéquats dans les meilleurs délais.

Le problème noté par les auteurs est que dans la plupart des pays, il y a un manque de centralisation des données et de monitoring, ce qui ne permet pas d'intervenir de cette manière. Il s'agirait donc selon elles de trouver d'autres modalités d'accès : en sensibilisant à cette problématique l'ensemble des professionnels ou des bénévoles susceptibles de rencontrer des personnes endeuillées après suicide par exemple.

L'accompagnement thérapeutique professionnel spécifique n'est indiqué que dans les cas des deuils pathologiques ou compliqués, ce qui représente une minorité de deuils après suicide. D'autres formes de soutien peuvent toutefois se révéler utiles et nécessaires dans le cas de deuils non pathologiques. En particulier dans trois domaines, spécifiques au deuil après suicide :

- le domaine de la quête de sens
- la question de l'implication personnelle
- le problème de l'impact familial et social du suicide

De plus, les auteurs notent que les résultats de plusieurs études (elles citent en fait essentiellement DE GROOT et al. (2006)[8]) montreraient que les personnes endeuillées après suicide ont davantage de symptômes dépressifs, que leur fonctionnement général est moins bon les trois premiers mois après le décès, et qu'elles ressentent plus le besoin d'un soutien professionnel. Ceci pourrait, selon les auteurs, justifier des offres d'accompagnement et de soutien dans une optique préventive.

A moyen terme, le soutien le plus souvent demandé serait de type socio-éducatif : « Il s'agit de pouvoir recevoir des indications utiles sur la manière dont les personnes vont pouvoir réorganiser leur vie tant matérielle que relationnelle d'une part, et d'autre part de soutenir les endeuillés dans leur parcours de reconstruction. » Les auteurs citent à ce propos DUNNE (1992)[13]: les personnes endeuillées après suicide auraient souvent affaire à des professionnels insuffisamment formés à ce sujet.

Les auteurs, citant AMBROSE (1998)[55] et BARLOW et MORRISON (2002)[56], suggèrent la mise en place d'un espace protégé où pouvoir mettre de la distance.

Quelques études qualitatives montreraient par ailleurs que les personnes endeuillées après

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

suicide parviennent à se reconstruire et à intégrer le suicide dans l'économie générale de leur trajectoire de vie : les auteurs citent à ce propos CASTELLI DRANSART(2003)[53] et FIELDEN (2003)[57]. La critique des auteurs consiste à se demander : certes, mais à quoi cela est-ce dû ? A une capacité personnelle de résilience ou à des soins ? Par rapport à la question de la stigmatisation, les auteurs recommandent d'en parler, en groupe ou en face-à-face. Elles citent à ce propos CVINAR (2005)[58] et suggèrent un travail de sensibilisation auprès de l'entourage, de l'opinion publique, qui devrait être fait par des professionnels, des représentants des associations des endeuillés, et soutenu par des élus avertis (et non seulement des associations).

Selon les auteurs, une attention particulière devrait être portée aux conjoints endeuillés après suicide avec des enfants en bas âge. Il s'agit là en effet d'un besoin exprimé par les personnes endeuillées après suicide de l'étude de DYREGROV (2002)[3], qui ont exprimé le souhait d'un soutien dépassant les 6 mois.

L'accompagnement individuel semblerait particulièrement apprécié, sous forme de rencontres régulières lors des premiers mois, et plus ponctuel par la suite, offert par un professionnel ou un bénévole formé (ROGERS et al. (1982)[27].

Les auteurs suggèrent en outre que les policiers et autres intervenants sur la scène du suicide puissent fonctionner comme des « sentinelles » référant les endeuillés à des professionnels plus spécifiquement aptes à détecter et à diagnostiquer les troubles.

En conclusion, les auteurs trouvent souhaitable qu'une palette d'offres de soutien soient envisagée et disponible pour les personnes endeuillées après suicide : des services d'information et des lieux de rencontre ; parmi les offres indirectes : la sensibilisation voire la formation des professionnels de première ligne qui rencontrent les endeuillés.

DUNNE (1987)[59], dans ses recommandations concernant la thérapie avec les personnes endeuillées après suicide, offre également des vues intéressantes sur les meilleures pratiques de soutien à proposer dans les suites. Les considérations générales de cet auteur sont les suivantes :

Le thérapeute :

- doit analyser ses attitudes quant au suicide et reconnaître ses limitations dans le fait de traiter ce problème particulièrement difficile

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

- se garder de réponses contre-transférrentielles de type blâmer le patient ou pactiser avec lui en faisant de quelqu'un d'autre le bouc émissaire (en particulier le thérapeute de la victime)
- se garder de blâmer la famille par rapport aux troubles de santé mentale du suicidé
- Les thérapeutes eux-mêmes endeuillés après suicide doivent faire attention à ne pas projeter leur propre culpabilité ou leur colère sur le patient. Il est même préférable qu'ils s'ouvrent de leurs sentiments au patient plutôt que de rester dans la neutralité du thérapeute.
- Le thérapeute doit être respectueux du travail de deuil du patient, même si ce travail limite parfois le processus de dévoilement du matériel inconscient.

Le patient :

Il faut une thérapie ou non selon les cas. D'une manière générale, l'indication de thérapie ne doit pas être systématique, mais avoir lieu quand le deuil dure plus longtemps ou est plus sévère qu'il ne devrait. La thérapie peut être individuelle ou familiale (en particulier dans les cas où il y a des problèmes de bouc-émissaires, etc.), ou encore individuelle et familiale, ou bien de couple, selon les cas.

Le timing :

Pour la thérapie, il n'y a pas de donnée permettant de dire le moment optimal où commencer une thérapie. Une généralisation prudente voudrait que « le plus tôt le mieux ». Mais le plus souvent la question se pose moins en termes de savoir si le patient vient assez tôt mais plutôt s'il ne vient pas trop tard.

La thérapie :

- Si la thérapie familiale peut sembler préférable, elle n'est pas toujours possible.
- Pour ce qui est des groupes, les groupes peuvent être difficilement supportables lorsqu'ils incluent des personnes non-endeuillées après suicide.
- En se référant à Freud, l'auteur déconseille la psychanalyse « standard » dans le cas du deuil.

Les thèmes cliniques suggérés par l'auteur sont les suivants :

- « Le fait de survivre à un suicide établit chez la personne endeuillée après suicide un besoin incessant de rechercher des indices à la fois physiques et psychologiques qui constituerait les

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

raisons pour le suicide. » Le thème de cette recherche peut être fructueux en thérapie, tant qu'il ouvre vers l'exploration des motivations conscientes et inconscientes de soi et d'autrui ; en ce sens, cette recherche peut être encouragée ; elle doit par contre être réduite lorsqu'elle ne vise qu'à clore le débat sur l'évènement douloureux. L'auteur donne à ce propos l'exemple d'un patient qu'il a suivi.

- « Que cela soit irrationnel ou approprié, le fait de survivre à un suicide laisse un héritage de culpabilité inexorable. » En thérapie, cela peut devenir le point central ou être mêlé à d'autres sources de culpabilité, exagérant ou masquant leur signification. Le patient peut chercher une exonération auprès du thérapeute. Ou bien au contraire il peut projeter la responsabilité sur le thérapeute. Enfin le patient peut croire que le thérapeute peut « voir au travers » de son système de défense soigneusement élaboré, ce qui peut conduire à un rejet de la thérapie. L'auteur donne à ce propos l'exemple d'un patient qu'il a suivi.

- « Le fait de survivre à un suicide altère profondément les relations sociales, conséquence d'une stigmatisation réelle ou imaginée. » En tant que représentant de ceux qui ne souffrent pas de stigmatisation, le thérapeute peut être en position de stigmatiser lui-même ; en tant que professionnel du soin, il peut au contraire lever la stigmatisation. Cette dualité peut être difficile à vivre pour le patient. L'auteur donne à ce propos l'exemple d'un patient qu'il a suivi.

- « Le deuil après suicide est toujours complexe et a des chances d'être incomplet. » Le thérapeute doit accepter le caractère non linéaire de la thérapie avec la personne endeuillée après suicide. Il doit être capable de s'adapter à ses brusques retournements, à réintroduire une dimension de soutien alors que la thérapie s'avancait vers quelque chose de l'ordre de la découverte. Le thérapeute doit également faire attention à ses réactions contre-transférrentielles de colère et de rejet lorsque le patient ne se remet pas malgré les meilleurs efforts du thérapeute. L'auteur donne à ce propos l'exemple d'un patient qu'il a suivi.

- « L'idée du suicide comme solution à un problème devient implantée dans l'esprit de la personne endeuillée après suicide. » Pour les personnes endeuillées après suicide, le « voile » de la mort a été levé, et ils sont obligés de se confronter à la réalité existentielle. Il faut que ce thème soit abordé en thérapie, ne serait-ce que pour évaluer le risque suicidaire du patient. L'auteur donne à ce propos l'exemple d'un patient qu'il a suivi.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

- « Le suicide érode la capacité à faire confiance aux autres. » Cela touche directement la thérapie dans la mesure où la méfiance peut mettre à mal l'établissement d'une relation thérapeutique. L'auteur donne à ce propos l'exemple d'un patient qu'il a suivi.
- Autres thèmes : des thèmes concernant la famille, comme le fait de faire d'un membre le bouc-émissaire, une tendance à l'isolement social, ou encore l'absence de communication dans la famille. En thérapie, la famille est un facteur puissant de guérison du deuil après suicide. Son absence au contraire peut le rendre très difficile. Le thérapeute doit donc être vigilant quant aux évolutions de la dynamique familiale même dans les familles qui paraissent aller bien. L'auteur donne à ce propos l'exemple d'un patient qu'il a suivi.

Si cette étude de Dunne ne répond pas aux exigences méthodologiques qui lui donneraient un bon niveau de preuve scientifique, la multiplicité des exemples thérapeutiques qu'il donne lui confère une grande crédibilité, et à ses recommandations une valeur certaine.

DUNNE-MAXIM et al. (1987)[54], pour ce qui est des efforts de postvention secondaires auprès des enfants endeuillés après suicide, renvoient à l'article de Dunne dont nous venons de parler. Les efforts de postvention secondaires pour les adultes, décrits par Dunne, vaudraient en effet, selon ces auteurs, également pour les enfants. Simplement, si le groupe peut être un format adapté aux enfants plus âgés, les auteurs tendraient à le déconseiller pour les enfants plus jeunes. Dans le groupe résiderait en effet pour ceux-ci la possibilité d'un trauma supplémentaire, dans la mesure où ils peuvent y être exposés à une variété d'« histoires d'horreur ».

4.3. Un exemple de programme de soutien à court-, moyen- et à long terme : la « resynthèse psychologique » (psychological resynthesis) de Resnik

Cette formule de soutien aux personnes endeuillées après suicide développée par RESNIK (1972)[31] va des premières heures suivant le suicide, à la première date anniversaire du suicide, et forme un tout. L'article ne présente cependant aucun exemple récent à l'appui de cette formule. Les cas cités, qui sont au nombre de 7 et sont tous des cas de parents endeuillés après le suicide d'un(e)

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

adolescent(e), sont tirés d'un travail antérieur de RESNIK, qu'il avait mené avec le Dr HERZOG en 1969[60]. Ce matériel clinique leur avait permis de proposer, à l'époque, ce concept de réponse systématique au suicide qu'est la « la resynthèse psychologique ». Resnik et Herzog avaient en effet constaté l'importance du déni dans les réponses que leur opposaient les familles. Ces familles projetaient par exemple leur hostilité sur la société, en critiquant le médecin, le policier... Cette défense leur permettait d'extérioriser leur mal-être. Les auteurs trouvaient que cela pouvait être temporairement positif, mais que leur réaction était le plus souvent prolongée et exagérée. Beaucoup persistaient à voir le suicide comme un accident. Ce, pour s'extirper du « déshonneur » lié au suicide, tombant sur le nom et la famille. Plus profondément, les parents refusaient une quelconque implication dans l'événement. Durant les 18 mois que dura leur étude, les auteurs virent peu de changements à ce niveau. Ils donnent comme exemple un père qui voulait poursuivre en justice les propriétaires de la maison du haut de laquelle sa fille de quinze ans s'était jetée. Toutes les familles déniaient, même contre l'évidence, une histoire personnelle ou familiale de suicides ou de tentatives de suicide. Plusieurs fois, les auteurs ont été violemment rejetés ou menacés par les familles, qui leur défendaient de s'approcher d'eux, en les menaçant le cas échéant de procès pour harcèlement.

Cependant, parmi les familles que les auteurs ont pu rencontrer, toutes les familles sauf une dirent qu'elles auraient apprécié l'aide d'un professionnel qui aurait parlé avec elles juste après le suicide. Aucune de ces familles, sauf une, n'avaient cherché de l'aide, et il est clair que ce sont les familles qui ont refusé la rencontre avec les auteurs qui en avaient le plus besoin. Les auteurs notaient le grand isolement social dans laquelle se trouvaient ces familles. Deux familles avaient même déménagé immédiatement après le suicide, pour ne pas avoir à faire face au regard des autres.

Resnik (1972) recommande par conséquent qu'un professionnel soit envoyé auprès des familles dans les 24 heures après le suicide. Ce professionnel serait distinct des enquêteurs officiels. Il constate que peu de temps après le suicide, les familles sont plus ouvertes au dialogue. La rencontre, alors, avec un professionnel peut constituer une expérience cathartique et thérapeutique, d'après ses observations. Cela permettait de plus d'établir une relation avant que les défenses psychiques ne se mettent en place, ce qui favoriseraient le suivi ultérieur du travail de deuil.

La « *resynthèse psychologique* » représente, dans ce contexte, une tentative de conceptualiser les différentes séquences de la réparation psychique après le suicide. Il s'agit d'une technique

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

reconstructive et thérapeutique. Elle comprend trois composantes :

1. La « *resuscitation psychologique* » (*psychological resuscitation*) : c'est le contact initial qui « insuffle la vie » aux personnes endeuillées après suicide, autrement dit les « premiers secours » psychologiques. Elle doit avoir lieu dans les 24 heures, sous forme d'une visite de soutien. Plutôt par un professionnel de la santé mentale qui n'est pas identifié comme un membre de l'équipe médicale de l'enquête. Resnik constate que souvent les frères et sœurs étaient « protégés » du thérapeute, alors qu'ils avaient également besoin d'aide. Une fois que la relation d'aide a été établie, une seconde visite dans les jours qui suivent doit avoir lieu. En général les familles parlent alors de responsabilité, de culpabilité. Cette phase peut se poursuivre durant plusieurs semaines. La resuscitation psychologique est la réponse immédiate à la crise psychologique.
2. La « *réhabilitation psychologique* » (*psychological rehabilitation*) : elle constitue le processus qui aide les personnes endeuillées après suicide dans leur travail de deuil afin d'apprendre de nouvelles manières de faire face à la perte. Cela peut durer deux mois. Des consultations sont durant ce temps proposées aux familles, individuellement et à la famille en tant qu'unité. Durant cette période, on se concentre sur l'intégrité et la psychopathologie de l'équilibre familial. On explore les sentiments de culpabilité. Les visites doivent être régulières et non structurées. Le besoin des visites se relâche généralement à partir de la 6ème-8ème semaine.
3. Le « *renouveau psychologique* » (*psychological renewal*) : cela désigne l'abandon du deuil et de ses liens au suicide, avec la substitution partielle de nouveaux objets relationnels et l'établissement de nouveaux contacts. Cette phase peut commencer à partir du 6ème mois. A partir de là, les rencontres se font seulement à l'initiative et sur le souhait des familles. Cette phase se termine avec la communication du thérapeute sur l'anniversaire du décès. Cette communication rouvre la plaie mais seulement pour un temps bref. Le fait que le thérapeute ait indiqué qu'il savait que cette date était importante et qu'il était disponible ce jour-là peut être très important pour la famille. L'accès possible sans restriction au thérapeute est affirmé, alors que la phase du renouveau psychologique passe entièrement entre les mains des proches du suicidé. Un suivi plus long est indiqué dans les cas difficiles.

Nous sommes très réservés par rapport à ce programme, tant il manque d'exemples pour l'étayer. Par ailleurs, il n'est fait mention nulle part d'une quelconque velléité d'évaluation de ce programme.

A propos de cet article, HANUS (2004)[61] note que son expérience diffère de celle de Resnik : les personnes endeuillées après suicide qu'il a rencontrées ne commençaient pas à aller mieux dès le 6ème mois. Il souligne qu'il faut à cet égard être attentif aux différences culturelles et historiques, qui font que « les endeuillés après suicide dans les années 60 aux USA ne sont pas les mêmes que ceux que nous voyons à Paris au tournant du siècle ».

4.4. La prévention

La question de la prévention, dans la problématique du deuil après suicide, ne fait pas, à notre connaissance l'objet d'un article spécifique. Par contre elle est très souvent traitée au sein d'articles sur la postvention, sur les interventions de soutien, ou dans les recommandations des auteurs. Ce qui a un sens d'après la formule souvent citée de SHNEIDMAN (1981)[62], définissant son concept de « postvention » : « la postvention est la prévention pour la prochaine génération ». A cet égard, on peut considérer les formules d'intervention précoce décrites plus haut comme autant de mesures de prévention.

Les groupes de travail

Par ailleurs, de nombreuses associations mettent en place des *groupes de travail* dont l'activité contribue pour beaucoup au développement de politiques publiques de prévention/postvention.

On peut citer, comme exemple de groupe de travail, le programme national pour les personnes endeuillées après suicide mis en place et développé par le groupe de travail flamand pour les personnes endeuillées après suicide en Flandres belges, et décrit par ANDRIESSEN (2008)[63].

L'auteur part du constat que si, face à l'augmentation du nombre de suicides, des budgets politiques sont alloués au développement du champ de la prévention, la *postvention* demeure négligée. Il remarque également la « double peine » à laquelle sont confrontées les personnes

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

endeuillées après suicide : supporter leur perte *et* souffrir d'une stigmatisation qui restreint le soutien professionnel et social. Ce, alors que des groupes de soutien sont disponibles pour divers problèmes de santé physique, mentale ou sociale. D'où, selon lui, la nécessité d'améliorer le soutien aux personnes endeuillées après suicide.

Il met donc en place, en 2000, un groupe de travail pour les personnes endeuillées après suicide, qui comprend 15 membres actifs. L'objectif de ce groupe est de coordonner, de soutenir et d'initier des activités pour les personnes endeuillées après suicide. Voici la liste des activités mises en place, en ce sens, par le groupe :

1. Création d'un répertoire des groupes de soutien pour les personnes endeuillées après suicide, sous forme de brochure qui a été très largement distribuée aux médecins généralistes, hôpitaux, centres de santé, ligne de téléphonie sociale, groupes d'entraide, centres d'aide aux victimes, services sociaux, pompes funèbres, et annoncé dans les médias à l'attention du grand public. Ce répertoire est accessible également sur divers sites web. Il en est, en 2008, à sa cinquième édition, avec 70 000 exemplaires.

2. Mise en place d'une supervision bi-annuelle (buts : informer, éduquer, offrir du soutien) entre pairs, qui a lieu avec les animateurs de groupes. Un programme de formation de trois jours est offert aux animateurs.

3. Développement du lien avec les centres de santé mentale et sociale. Ainsi un responsable de prévention du suicide dans les centres de santé mentale est devenu, pour chaque province, membre du Groupe de Travail et sert d'antenne locale pour le groupe. Ceci permet de faire valoir l'utilité de la postvention dans les structures de soins et les organismes sociaux au niveau local et régional. Mise en place, par ailleurs, d'une politique active de relations publiques par l'intermédiaire des journalistes.

4. Réalisation d'un manuel des bonnes pratiques en indiquant les différents types de groupes de personnes endeuillées après suicide, à l'intention des futurs groupes de soutien. Ce manuel a été publié en 2005.

5. Création de la « Charte des droits des endeuillés après suicide », lancée en 2002. But: élargir le réseau, attirer l'attention, renforcer les possibilités de soutien et la position sociale des personnes endeuillées après suicide. Résultat : actuellement plus de 4000 personnes dans la mailing-list. La

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

Charte a récemment été traduite en finlandais. Cf. plus bas le tableau de cette Charte.

Tableau I. Les droits des endeuillés après suicide.

L'endeuillé après suicide a le droit de :
1) faire son deuil à sa manière et dans le temps qui lui convient
2) connaître la vérité sur le suicide, de voir le corps du défunt et d'organiser les funérailles selon ses propres convictions et ritualités
3) considérer le suicide comme le résultat de plusieurs causes connectées qui conduisent à une souffrance insupportable pour le défunt : le suicide n'est pas un libre choix
4) vivre pleinement dans la joie et la tristesse, libre de toute stigmatisation et de tout jugement
5) respecter sa propre intimité comme celle du défunt
6) trouver su soutien auprès de ses proches, de ses amis, de ses collègues, des autres endeuillés après suicide aussi bien qu'auprès des aidants professionnels qui ont des connaissances et de l'expérience dans le domaine du deuil, des facteurs de risque et des conséquences pratiques
7) être contacté par le médecin ou le soignant qui s'occupait du défunt
8) ne pas être considéré comme un candidat au suicide ni comme un malade
9) mettre sa propre expérience au service des autres endeuillés après suicide ; des acteurs de soins et de tout un chacun qui cherche à mieux comprendre le suicide et le deuil après suicide
10) n'être plus jamais comme avant : il y a une vie avant le suicide et une vie après.

Illustration 3: Andriessen (2008), p. 386

6. A la fin de la première année, organisation d'une Journée Nationale Flamande pour les Endeuillés après suicide. Cette Journée a eu lieu 16 novembre 2002. But : mise en place d'une plateforme où les personnes endeuillées après suicide, les soignants et les politiques puissent s'écouter les uns les autres et en tirer profit + sensibiliser le grand public, les soignants, les médias et les politiques. Résultat : 180 personnes de toute la région Flamande y ont assisté. Évaluation très positive des participants. Depuis lors, tous les ans en novembre, la Journée nationale des endeuillés après suicide a été tenue sous les auspices de l'Association Internationale de Prévention du Suicide et en relation avec la Journée mondiale de prévention du suicide. 400 personnes environ y assistent chaque année (2005-2008).

7. Création d'une pièce de théâtre sur le deuil après suicide écrite par le Groupe de Travail. Cette pièce a été jouée durant deux années, en tournée dans la région flamande.

8. Mise en place d'une récompense aux médias parlant adéquatement du suicide et des personnes endeuillées après suicide. La première a eu lieu en 2004.

9. Mise en place d'un site web du Groupe de Travail. Ce site donne des informations, et un forum d'échanges pour personnes endeuillées après suicide est en projet.

10. Inclusion des activités coordonnées pour les personnes endeuillées après suicide dans le

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

Programme flamand de prévention du suicide, soulignant la nécessité d'une reconnaissance au niveau politique. La ratification par le Parlement a eu lieu en 2007, ce qui constitue une étape majeure pour l'inclusion de la postvention dans la politique officielle de prévention du suicide.

Ce Programme, en préparation depuis 2002, a été rendu public en 2006. Il inclue cinq groupes d'actions. Le cinquième se concentre sur les groupes spécifiques dont les groupes pour personnes endeuillées après suicide. Le Programme demande au Groupe de Travail de développer davantage trois accents spécifiques dans son programme de soutien aux personnes endeuillées après suicide :

1. le soutien aux enfants et aux adolescents
2. des standards professionnels pour les groupes de soutien
3. la mise en oeuvre de recommandations et de lignes directives pour les médias

En conséquence, le Groupe de Travail a mis en place les activités suivantes :

1. pour les enfants et les adolescents, 3 initiatives ont été développées :
 - le site web du Groupe a été remodelé pour inclure des pages séparées spécifiques pour les enfants et les adolescents
 - une série de romans a été publiée, s'adressant spécifiquement aux moins de 10 ans, 10 à 12 et plus de 12 ans
 - davantage d'ateliers et de rencontres pour les mineurs vont être facilités
2. développement, par le Groupe de Travail, d'un « label de qualité » pour les groupes de soutien. Pour l'obtenir, ils doivent remplir les critères suivant : le groupe-cible doit être clairement défini, la méthode et les coûts pour les participants précisés ; les modérateurs doivent être formés et participer aux supervisions de pairs ; les membres du groupe doivent être à même d'évaluer les méthodes du groupe, et ce dernier doit être relié à un centre communautaire de santé mentale. Ce label de qualité existe depuis 2007.
3. les recommandations existantes, dont on a constaté qu'elles étaient ignorées des journalistes, ont été réactualisées, discutées et distribuées en 2007-08 via des personnes influentes des media et des éditeurs en chef.

Résultats et évaluations

Après ces 7 ans et demi d'activités du Groupe de Travail :

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

1. Les groupes de soutien sont passés de 5 à 15 en région flamande. Ils sont mieux connus, en particulier par les soignants de référence. La qualité des animateurs de groupes a été augmentée par les supervisions, les formations et le « label de qualité ». Une aide financière a pu être apportée aux groupes.
2. L'espoir s'est accru d'entamer le tabou social du deuil après suicide et de générer un climat plus favorable aux personnes endeuillées après suicide.
3. Le Groupe de Travail a permis de développer un réseau entre personnes endeuillées après suicide et soignants, bénévoles et personnels administratifs, services de prévention du suicide et politiques.

La Fédération Européenne Vivre son deuil, en coordonnant l'action de diverses associations travaillant auprès de personnes endeuillées après suicide, en France, en Belgique et en Suisse, fournit un travail similaire à celle du Groupe de Travail Flamand, à un échelon international. Cette fédération a ainsi eu l'initiative de la rédaction d'une brochure intitulée « Vous êtes en deuil après un suicide », qui a été publiée par l'Union Nationale pour la prévention du suicide (UNPS). Cette brochure, selon CASTELLI DRANSART et SEGUIN (2008)[5], « aborde, par un propos clair, essentiel et empathique, les aspects spécifiques et difficiles d'un deuil à la suite d'un suicide et fournit également des indications sur les principales ressources existantes » (p. 372).

« *Help is at Hand* »[64] est un guide similaire à celui publié par le Groupe de Travail Flamand. Il a été lancé en septembre 2006 à l'intention des personnes endeuillées après suicide et autres morts violentes au Royaume-Uni. Il est le fruit d'une collaboration entre des chercheurs, des représentants de milieux associatifs et des représentants de professionnels (*Compassionate Friends*, police, association des directeurs funéraires, associations de prévention du suicide, etc.).

Comme exemple de recommandations publiques, on peut enfin citer le document publié par l'O.M.S. en 2002, « Deuil et suicide. Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent »[65], à l'intention de groupes professionnels et sociaux particulièrement concernés par la question du suicide.

Les inventaires des ressources disponibles en postvention pour les personnes endeuillées après suicide vont également dans le sens de la prévention. On peut citer à cet égard l'inventaire publié par

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

l'International Association of Suicide Prevention (IASP), qui a été compilé et publié à deux reprises (1998 et 2002).

Les groupes de travail sont ainsi souvent à l'origine de la communication entre interventions pour personnes endeuillées après suicide et grand public, par le biais des média ou de politiques de santé publique. Ces groupes de travail occupent ainsi une place centrale dans la prévention pour ce qui est du deuil après suicide. On peut à cet égard citer l'*American Association of Suicidology*, qui comprend une division spécifique consacrée au deuil après suicide (*Survivor Division*). Cette division est très dynamique en ce qui concerne la prévention, et a ainsi publié par exemple un manuel sur le deuil après suicide à l'usage du grand public[66]. En France, on peut citer l'action de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS), association faîtière qui réunit une vingtaine d'associations actives en prévention et postvention du suicide en France.

En matière de prévention, outre l'activité de ces groupes de travail, et en tenant compte du fait que de nombreux documents de politiques de santé publique ne sont pas accessibles au lecteur et que nous ne pouvons donc pas en traiter, on peut citer le livre de FAURE (2007)[67], qui offre un exemple d'ouvrage publié à l'intention des personnes endeuillées après suicide, ayant pour but de les soutenir dans leur souffrance.

Enfin des articles comme celui de RUDESTAM (1977)[68] montrent que les personnes endeuillées après suicide vont rarement chercher de l'aide auprès du réseau psychiatrique ou psychologique disponible dans leur communauté, mais qu'elles consultent par contre davantage leur médecin généraliste, dans les mois qui suivent le suicide. Rudestam en conclut qu'il faut informer les médecins généralistes sur la question du deuil après suicide, pour qu'eux puissent faire de la prévention auprès de leurs patients.

Ces différentes aspects sont bien résumés par BELL FOGLIA (1977)[69]:

« (...) les efforts de postvention devraient également se centrer sur un programme d'éducation sur le suicide pour le grand public. Dans une approche plus immédiate, l'éducation est cruciale pour les individus qui, dans la communauté, sont les plus susceptibles de rencontrer et peut-être d'influencer les personnes endeuillées après suicide – les professionnels de la santé, les professeurs, les membres du clergé, de la police, les travailleurs sociaux, etc. » (p. 160)

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

Conclusion

On peut conclure cette revue de la littérature sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer aux personnes endeuillées après suicide dans la famille et en général en traçant quelques lignes de recommandations ressortant fortement de la littérature.

Ainsi, une grande majorité d'articles mettent en avant la nécessité :

- d'encore davantage de recherches sur la question du deuil après suicide
- que ces recherches soient plus rigoureuses méthodologiquement
- qu'elles prennent en compte les spécificités culturelles et individuelles
- qu'elles comprennent des études longitudinales, qui suivraient les personnes endeuillées après suicide sur plusieurs années
- qu'elles utilisent plusieurs types de groupes-contrôle : groupes-contrôle de personnes endeuillées après suicide ne recevant pas de traitement, groupes-contrôle de personnes endeuillées après un décès non suicidaire, groupes-contrôle de personnes non endeuillées.

Par ailleurs, la plupart des études mettent en avant le besoin :

- de davantage d'offres de soutien et de ressources mises à disposition des personnes endeuillées après suicide
- que ces offres soient le cas échéant pro-actives, car beaucoup de personnes endeuillées après suicide ne vont pas chercher d'aide

Plus spécifiquement :

- la postvention devrait être reconnue comme un domaine à part entière de la suicidologie, tant au niveau des autorités politiques que des milieux professionnels (CASTELLI DRANSART et SEGUIN (2008)[5])

Il est aussi régulièrement recommandé que les différents milieux tels que pouvoirs publics, milieux associatifs, professionnels, société civile, collaborent entre eux pour fournir aux personnes endeuillées après suicide le meilleur soutien possible.

On peut mentionner enfin que par rapport à la question des intervenants, la plupart des articles font apparaître clairement que professionnels et bénévoles doivent recevoir une formation spécifique

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

sur le deuil après suicide, et qu'ils soient supervisés, voire qu'ils puissent être soutenus pour le cas où ils seraient, ou deviendraient, eux-mêmes endeuillés après suicide. Il est regrettable que les articles décrivant des programmes de soutien faisant intervenir des professionnels endeuillés après suicide ne mentionnent pas, pour la plupart, si ces programmes seraient susceptibles de fonctionner avec des professionnels non endeuillés après suicide.

En dernier lieu, on peut rappeler que la grande majorité des études que nous avons répertoriées portent sur une population géographiquement, culturellement et économiquement définie et homogène : des personnes de la classe moyenne européenne et nord-américaine se trouvant d'une manière ou d'une autre dans un réseau de soins. Il s'agirait donc d'élargir les études aux populations non occidentales et/ou souffrant d'exclusion sociale.

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

- 1 PROVINI, C., EVERETT, J. R., PFEFFER, C. R. (2000), Adults mourning suicide : self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior, *Death Studies*, 24, 1-19.
- 2 JORDAN, J. R., McMENAMY, J. (2004), Interventions for Suicide Survivors : A Review of the Literature, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 337-349.
- 3 DYREGROV, K. (2002), Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies*, 26, 647-668.
- 4 SAARINEN, P., IRMELI, H., HINTIKKA, J., LEHTONEN, J. & LOENNQVIST, J. (1999), Psychological symptoms of close relatives of suicide victims. *European Journal of Psychiatry*, 13, 33-39.
- 5 CASTELLI DRANSART, D.A. et SEGUIN, M. (2008), Besoins des personnes confrontées à un suicide et modalités de soutien disponibles : quelles interfaces ?, *Perspectives Psy*, vol. 47, n°4, oct.-déc. 2008, 365-374.
- 6 GRAD, O., CLARK, Sh., DYREGROV, K. et ANDRIESSEN, K. (2004), What Helps and What Hinders the Process of Surviving the Suicide of Somebody Close ?, *Crisis*, 25(3), 134-139.
- 7 WILSON, A. et CLARK, Sh. (2005), South Australian Suicide Postvention Project, *Report to Mental Health Services Departement of Health*.
- 8 DE GROOT, M. H., DE KEIJSER, J., 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.
- 9 ROY, A. (1992), Are there genetic factors in suicide ? *International Review of Psychiatry*, 4, 169-175.
- 10 AUGENBRAUN, B., NEURINGER, C. (1972), Helping survivors with the impact of a suicide, in CAIN, A. (Ed.)(1972), *Survivors of suicide*, Springfield, IL, Charles C. Thomas, 178-185.
- 11 SCHUYLER, D. (1973), Counseling suicide survivors : issues and answers, *Omega*, vol. 4, n°4, 313-321.
- 12 BATTLE, A. O. (1984), Group Therapy for Survivors of Suicide, *Crisis* 5/1, 45-58.
- 13 DUNNE, E. J. (1992), Psychoeducational intervention strategies for survivors of suicide, *Crisis*, 13/1, 35-40.
- 14 ANDERSON, C., REISS, D., HOGARTY, G. (1986), *Schizophrenia and the Family*, Guilford Press, New York.
- 15 FALLOON, J., BOYD, J.L., McGILL, C. (1984), *Family care of schizophrenia*, Guilford Press, New York.
- 16 APPEL, Y.H. et WROBLESKI, A. (1987), Self-help and support groups mutual aid for survivors, in DUNNE, E.J., McINTOSH, J.L. Et DUNNE-MAXIM, K. (Eds.) (1987), *Suicide and its aftermath : Understanding and Counseling the Survivors*, New York, W.W. Norton, 215-233.
- 17 HEILIG, S. M. (1985). Survey of 41 survivor groups [Abstract]. In R. COHEN-SANDLER (Ed.), *Proceedings* (18th annual meeting of the American Association of Suicidology, Toronto, Ontario, Canada), 110-113.
- 18 KATZ, A., BENDER, E. I. (1976), *The Strength in us*. New York : New Viewpoints.

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

- 19 ROBINSON, D., HENRY, S. (1977), *Self-help and health*. London : Martin Robertson
- 20 MAXIM, K., BROOKS, C. (1985), Multi-impact family therapy : a therapeutic approach following a client's suicide [Abstract]. In R. Cohen-Sandler (Ed.), *Proceedings (18th annual meeting of the American Association of Suicidology, Toronto, Ontario, Canada)*, 106-109.
- 21 GARTNER, A., REISSMAN, F. (1976), Self-help models and consumer intensive health practice. *American Journal of Public Health*, n° 66, 783-786.
- 22 SILVERMAN, P. R. (1980), *Mutual help groups : Organization and development*. Beverly Hills, CA : Sage Publications.
- 23 KLASS, D., SHINNERS, B. (1982-83), Professional roles in a self-help group for the bereaved. *Omega*, 13, 361-375.
- 24 BORKMAN, T. (1976), Experiential knowledge : a new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 50, 445-456.
- 25 WROBLESKI, A. (1984-85), The Suicide Survivors Grief Group, *Omega*, vol. 15(2), 173-183.
- 26 BILLOW, C.J. (1987), A Multiple Family Support Group for Survivors of Suicide, in DUNNE, E.J., McINTOSH, J.L. Et DUNNE-MAXIM, K. (Eds.) (1987), *Suicide and its aftermath : Understanding and Counseling the Survivors*, New York, W.W. Norton, 208-214.
- 27 ROGERS, J., SHELDON, A., BARWICK, C., LETOFSKY, K. et LANCEE, W. (1982), Help for Families of Suicide : Survivors Support Programm, *Can. J. Psychiatry*, vol. 27, oct. 1982, 444-449.
- 28 HANUS, M. (2004), Impact du suicide d'un proche sur les enfants. Le rôle des associations, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, tome VII*, n°76, mai 2004, 13-15.
- 29 PFEFFER, C.R., JIANG, H., KAKUMA, T., HWANG, J., METSCH, M. (2002), Group Intervention for Children Bereaved by the Suicide of a Relative, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41:5, mai 2002, 505-513.
- 30 HATTON, C.L. et VALENTE, S. McBride (1981), Bereavement Group for Parents Who Suffered a Suicidal Loss of a Child, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 11(3), automne 1981, 141-150.
- 31 RESNIK, H.L.P. (1972), Psychological Resynthesis : a Clinical Approach to the Survivors of a Death by Suicide, in CAIN (1972), *Survivors of Suicide*, 167-177.
- 32 SEGUIN, M. et CASTELLI DRANSART, D.A. (2008), Possibilités et modalités de soutien auprès pour les personnes endeuillées par suicide, *Perspectives Psy*, vol. 47, n°4, oct.-déc. 2008, 375-383.
- 33 SILVERMAN, P. (1967), Services to the widowed : first steps in a program of preventive intervention, *Community Mental Health*, 3, 37-39.
- 34 GUAY, J. (1984), *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Gaetan Morin éditeur, Montréal.
- 35 VAN DER WAL, J. (1989), The Aftermath of Suicide : a Review of Empirical Evidence, *Omega*, 20, 149-171.
- 36 GANTZ, F.E., GALLAGHER-THOMPSON, D. et RODMAN, J.L. (1992), Inhibited

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

- Grief. In FREEMAN, A. et DATTILIA, F.M., *Cognitive Casebook of Cognitive Therapy*, New York : Plenum Press, 201-207.
- 37 HOROWITZ, M. (1990), A Model of Mourning ? Change in Schemas of Self and Other, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 297-324.
- 38 KLEBER, R.B. et BRAM, D. (1987), Psychotherapy and pathological grief : controlled outcome study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24, 99-109.
- 39 FARBEROW, N.L. (1992), The Los Angeles Survivors-After-Suicide Program. An Evaluation, *Crisis* 13(1) 1992, 23-34.
- 40 RENAUD, C. (1995), Bereavement after a Suicide : A Model for Support Groups, in MISHARA, B. (Ed.) (1995), *The impact of suicide*, Springer, 1995, 52-63.
- 41 CONSTANTINO, R.E. et BRICKER, P.L. (1996), Nursing postvention for spousal survivors of suicide, *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 131-152.
- 42 CONSTANTINO, R.E., SEKULA, L.K. et RUBINSTEIN, E.N. (2001), Group Intervention for Widowed Survivors of Suicide, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), hiver 2001, 428-441.
- 43 KOVAC, S. et RANGE, L.S. (2000), Writing projects : Lessening undergraduates' unique suicidal bereavement, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 50-60.
- 44 PENNEBAKER, J.W., ZECH, E. et RIME, B. (2001), Disclosing and sharing emotion : Psychological, social and health consequences, in STROEBE, M.S., HANSSON, R.O., STROEBE, W. et SCHUT, H. (Eds.), *Handbook of bereavement research : Consequences, coping, and care*, Washington, DC : American Psychological Association, 517-544.
- 45 MURPHY, S.A. (2000), The use of research findings in bereavement programs : A case study, *Death Studies*, 24, 585-602.
- 46 MURPHY, S.A., JOHNSON, C., CAIN, K.C., GUPTA, A.D., DIMOND, M., LOHAN, J. et BAUGHER, R. (1998), Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12- to 28-year-old children : A randomized controlled trial, *Death Studies*, 22, 209-235.
- 47 MITCHELL, A. et KIM, Y. (2003), Debriefing approach with suicide survivors, *Paper presented at the Survivors of Suicide Research Workshop, Washington, DC. Sponsored by the American Foundation for Suicide Prevention and the National Institute of Mental Health*.
- 48 MURPHY, S.A., JOHNSON, L.C., WU, L., FAN, J.J., et LOHAN, J. (2003), Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide or homicide : A comparative study demonstrating differences, *Death Studies*, 27, 39-61.
- 49 SEGUIN, M., VINET-BONIN, A. et SENECA, I. (2004), Évaluation de quatre programmes de soutien de deuil auprès de personnes endeuillées suite à un suicide, *Psychologie Médicale*, 76, 17-24.
- 50 **LABELLE (2006)**
- 51 McDAID, C., TROWMAN, R., GOLDER, S., HAWTON, K. et SOWDEN, A. (2008), Interventions for people bereaved through suicide : systematic review, *The British Journal of Psychiatry* (2008), 193, 438-443.
- 52 CEREL, J. et CAMPBELL, F.R. (2008), Suicide Survivors Seeking Mental Health

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

- Services : A Preliminary Examination of the Role of an Active Postvention Model, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), fév. 2008, 30-34.
- 53 CASTELLI DRANSART, D.A. (2003), *Vivre après ? Reconstructions identitaires de proches de personnes décédées par suicide*, Thèse de Doctorat, Université de Fribourg, Faculté des Lettres, Fribourg.
- 54 DUNNE-MAXIM, K., DUNNE, E.J. et HAUSER, M.J. (1987), When Children Are Suicide Survivors, in DUNNE, E.J., McINTOSH, J.L. Et DUNNE-MAXIM, K. (Eds.) (1987), *Suicide and its aftermath : Understanding and Counseling the Survivors*, New York, W.W. Norton, 234-244.
- 55 AMBROSE, J.A. (1998), After suicide. Reweaving the web. In LEENAARS, A.A. et al. (Eds.), *Suicide in Canada*, Toronto, University of Toronto, 385-405.
- 56 BARLOW, C.A., MORRISON, R.N. (2002), Survivors of Suicide. Emerging Counseling Strategies. *Journal of Psychosocial Nursing*, 40 (1), 28-39.
- 57 FIELDEN, J.M. (2003), Grieg as a transformative experience : Weagin through different lifeworld after a loved one has completed suicide, *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 74-85.
- 58 CVINAR, J. (2005), Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma : A Review of the Literature. *Perspectives in Psychiatrics Care*, 41, 14-21.
- 59 DUNNE, E.J. (1987), Special Needs of Suicide Survivors in Therapy, in DUNNE, E.J., McINTOSH, J.L. Et DUNNE-MAXIM, K. (Eds.) (1987), *Suicide and its aftermath : Understanding and Counseling the Survivors*, New York, W.W. Norton, 193-207.
- 60 HERZOG, A. et RESNIK, H.L.P. (1969), A clinical study of parental response to adolescent death by suicide, *British Journal of Social Psychiatry*, 3:144.
- 61 HANUS, M. (2004), *Le deuil après suicide*, Maloine, Paris, 2004.
- 62 SHNEIDMAN, E.S. (1981), Postvention : the Care of the Bereaved, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11, 349-359.
- 63 ANDRIESSEN, K. (2008), Comment améliorer le soutien aux endeuillés après suicide ? Expériences issues du Programme national pour les endeuillés après suicide en Flandres belges, *Perspectives Psy*, vol. 47, n°4, oct.-déc. 2008, 384-389.
- 64 « *Help is at Hand. A ressource for people bereaved by suicide and other sudden, traumatic death* », NHS, Department of Health, 2008. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_087031?IdcService=GET_FILE&dID=180418&Rendition=Web
- 65 Organisation Mondiale de la Santé – OMS, programme SUPRE. *Deuil et suicide : indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent*. WHO/MNH/MBD/00.6, Genève, 2002, 38 p. http://www.who.int/mental_health/media/en/625.pdf
- 66 JACKSON, J., SOS A Handbook for Survivors of Suicide, American Association of Suicidology.
- 67 FAURE, C. (2007), *La vie après le suicide d'un proche – vivre le deuil et se reconstruire*, Paris, Albin Michel, 2007.
- 68 RUDESTAM, K. (1977), Physical and psychological responses to suicide in the family, *Consulting Clin. Psychol.* 45(2), 162-170.
- 69 BELL FOGLIA, B. (1977), Survivor-Victims of Suicide, in HATTON, C.L., VALENTE,

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

État des lieux sur les interventions de soutien proposées et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général et dans la famille – Céline Colliot-Thélène – 15/5/2009

S.M.B., RINK, A. (Eds.)(1977), *Suicide : Assessment and Intervention*, Appleton-Century Croft, New York, 149-162.

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 15/5/09

Démarche bibliographique

Catherine Lavielle

Sommaire

- Introduction
- Recrutement des lecteurs
- Modalités et calendrier de travail
- Présentation de la démarche d'audition publique et du sujet
- Cadre d'analyse de la littérature
- Répartition des axes
- Diffusion des listes bibliographiques
- Sélection des références par les lecteurs et envoi personnalisé
- Recherches bibliographiques menées : sources consultées, mots-clefs utilisés

Introduction

Le Comité d'organisation lors de sa réunion du 24 juin 2008 a confié à Catherine Lavielle, responsable de la Bibliothèque médicale Henri Ey du Centre hospitalier Sainte-Anne, et à Michel Hanus, président du comité d'organisation de l'audition publique, la responsabilité de la cellule bibliographique.

Au vu de l'argumentaire initial recouvrant 4 grands axes de réflexion, il a été convenu d'avoir recours à 5 lecteurs.

Recrutement des lecteurs

Les membres du Comité d'organisation qui connaissaient des professionnels sachant lire l'anglais et ayant un bon esprit de synthèse ont été invités à communiquer leurs noms et coordonnées à Catherine Lavielle afin qu'elle les invite à une 1^{ère} rencontre qui a eu lieu le 24 septembre 2008.

Modalités et calendrier de travail

Le travail de la cellule bibliographique a été rapporté régulièrement auprès du Comité d'organisation, lors de ses réunions des 24 septembre et 27 novembre 2008 et des 12 février et 28 avril 2009. La cellule bibliographique s'est réunie les 24 septembre, 30 octobre et 18 décembre 2008 et le 4 mars 2009 et les PV de ces réunions ont également été transmis au Comité d'organisation. Les différents points suivants ont été abordés :

Présentation de la démarche d'audition publique et du sujet

Les documents de référence ont été indiqués aux lecteurs et Michel Hanus a présenté les enjeux principaux de la question du deuil après suicide.

Cadre d'analyse de la littérature

Le guide de l'Anaes a été distribué et son contenu explicité.

Répartition des axes

L'argumentaire initial présente 4 axes de travail dont les sous questions ont été réparties entre les 5 lecteurs en fonction des connaissances initiales, souhaits et proximité avec le sujet de chacun des lecteurs. Un équilibre a été recherché dans la répartition du volume de littérature à analyser La répartition détaillée figure au PV de la réunion du 4 mars 2009.

Diffusion des listes bibliographiques

Les listes bibliographiques ont été diffusées aux lecteurs au fur et à mesure de leur réalisation. La bibliographie de l'ouvrage de Michel Hanus, celle de l'article de Séguin et Castelli Dransart dans l'EMC, celle du dossier publié en janvier 2009 par la revue *Santé mentale* ont également été utilisées.

Sélection des références par les lecteurs et envoi personnalisé

Chaque lecteur a établi sa propre sélection dans chacune des listes. Les textes des articles, ouvrages et autres documents demandés ont été envoyés aux lecteurs au fur et à mesure de leur disponibilité. Certains documents ont été difficiles à localiser et à acquérir, les derniers envois ont été effectués le 3 avril.

Recherches bibliographiques menées : sources consultées, mots-clés utilisés, limites

Compte tenu de la mise à disposition par Michel Hanus de la bibliographie complète de son ouvrage de synthèse publié en 2004, la recherche a porté sur la période s'étendant de janvier 2004 à février 2009.

Aucun document de recommandations relatif au soutien à apporter aux personnes en deuil après le suicide d'un proche n'a été repéré dans la littérature. Les sources consultées étaient les suivantes :

Haute autorité de santé : HYPERLINK "http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil" http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

Rubriques consultées : Médecine d'urgence et santé mentale : aucune recommandation professionnelle ne traite de la prise en charge des personnes endeuillées.

Bibliothèque Médicale A.F. Lemanissier : HYPERLINK "<http://www.bmlweb.org>" <http://www.bmlweb.org>

Rubriques consultées : Médecine préventive, psychiatrie et santé publique : aucun consensus ne concerne le deuil, y compris celui portant sur la crise suicidaire.

CisMef : HYPERLINK "<http://doccismef.chu-rouen.fr/servlets/CISMeFBP>" <http://doccismef.chu-rouen.fr/servlets/CISMeFBP>

Mots-clés utilisés : deuil (1 référence, ne concerne pas spécifiquement le deuil après suicide), suicide (1 référence concernant l'autopsie psychologique)

National Guideline Clearinghouse : [HYPERLINK "http://www.guideline.gov"](http://www.guideline.gov) <http://www.guideline.gov>
Mots-clefs utilisés : Mourning (0 référence), Grief ou Bereavement (21 références, dont 2 évoquent le deuil dans le cadre de la prise en charge d'un stress post-traumatique sans référence au suicide d'un proche)

Les listes bibliographiques diffusées auprès des lecteurs afin d'y réaliser leur sélection de documents à analyser ont été établies en interrogeant les sources suivantes :

[HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed"](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed) [Pubmed](#) (United States National Library of Medicine)

Mots-clefs utilisés : grief treatment, bereavement counselling, suicide survivor

Psychology and Behavioural Sciences Collection (Ebsco Publishing) (disponible en ligne sur abonnement)
Mots-clefs utilisés : grief treatment, bereavement counselling, suicide survivor

[HYPERLINK "http://www.bdsp.tm.fr/Base/Qbe.asp"](http://www.bdsp.tm.fr/Base/Qbe.asp) [BDSP](#) (École des hautes études en santé publique, EHESP)

Mots-clefs utilisés : deuil

Cochrane : [HYPERLINK "http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_search_fs.html"](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_search_fs.html)
http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_search_fs.html

Mots-clefs utilisés : grief, bereavement, suicide survivor (aucune « review », 6 références de « clinical trial » déjà repérées dans Pubmed)

Aucune recherche active n'a été effectuée auprès des associations proposant des actions d'accompagnement de personnes endeuillées après suicide. Quelques documents de littérature grise font cependant partie du corpus, ils ont été fournis spontanément par des membres du Comité d'organisation.

[HYPERLINK "http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/description-des-methodes-utilisees-pour-elaborer-des-recommandations-professionnelles"](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/description-des-methodes-utilisees-pour-elaborer-des-recommandations-professionnelles) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/description-des-methodes-utilisees-pour-elaborer-des-recommandations-professionnelles

Haute autorité de santé. Guide méthodologique : Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. Janvier 2006. [HYPERLINK "http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf"](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf) <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf>

Anaes. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000. [HYPERLINK "http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf"](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf) <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>

[HYPERLINK "http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/description-des-methodes-utilisees-pour-elaborer-des-recommandations-professionnelles"](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/description-des-methodes-utilisees-pour-elaborer-des-recommandations-professionnelles) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/description-des-methodes-utilisees-pour-elaborer-des-recommandations-professionnelles

Haute autorité de santé. Guide méthodologique : [HYPERLINK "http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf"](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf) [Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf). Janvier 2006.

Anaes. [HYPERLINK "http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf"](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf) [Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf). Janvier 2000.

Michel Hanus. *Le deuil après suicide*. Paris : Maloine, 2004, 411 p.

Séguin Monique, Castelli-Dransart D.A. *Le deuil suite à un suicide : symptomatologie et choix d'intervention*. EMC Psychiatrie (Elsevier Masson SAS, Paris) 37-500-A-50, 2008, 8 p.

Le suicide... et après ? [dossier]. *Santé mentale*, n° 134, janvier 2009, p. 15-74.

opus cité

[HYPERLINK "http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/confsuic.html"](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/confsuic.html) [La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge](#) - Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de psychiatrie - 19 et 20 octobre 2000.

Société Canadienne de Pédiatrie. [HYPERLINK "http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn01-02.htm"](http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn01-02.htm) [Des directives pour les professionnels de la santé qui soutiennent des familles après un décès périnatal](#). 2001.

[HYPERLINK "http://ist.inserm.fr/basisrapports/autopsie.html"](http://ist.inserm.fr/basisrapports/autopsie.html) [Autopsie Psychologique Mise en oeuvre et démarches associées](#). Expertise opérationnelle, Inserm, 2008.

Veterans Health Administration, Department of Defense. [HYPERLINK "http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=5187&nbr=3569"](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=5187&nbr=3569) [VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Version 1.0](#). Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense; 2004 Jan. Various p. [479 references]

National Collaborating Centre for Mental Health. [HYPERLINK "http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=6850&nbr=4204"](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=6850&nbr=4204) [Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care](#). London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2005. 167 p. [69 references]

Démarche bibliographique – Catherine Lavielle - 30/04/2009

PAGE

PAGE 1

Audition publique « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » - Cellule bibliographique – Version soumise au comité d'organisation – 30/4/09

Annexe 2 : Auditeurs

s.d.kipman@wanadoo.fr
Kahina.Yebbal@ch-montbert.fr
maurocynthia@aol.com
laure_guillemain2000@yahoo.fr
marc-aurel@noos.fr
claudine.dahan@laposte.net
m.durcos@sfr.fr
franck.dorso@justice.fr
lamoine@ocirp.fr
thierry.fouet@ch-niort.fr
florence.fouillon@interieur.gouv.fr

mlonguet001@rss.fr
mchikh@epe-idf.com
greis.brigitte@wanadoo.fr
guy.grandcoureaubasfresne@ifr.aphp.fr
pevaur@orange.fr
Jean.Ruellan@OGF.fr
fbaudier@urcam.org
albailly@free.fr
glongui@noos.fr

Annexe 3 : Experts

michel.botbol@blackberry.orange.fr
christian.baudelet@ens.fr
antoine.lazarus@smbh.univ-paris13.fr
mishara.brian@uqam.ca
Monique.Seguin@uqo.ca
jean-louis.terra@ch-le-vinatier.fr
[unps@wanadoo.fr \(Michel Debout\)](mailto:unps@wanadoo.fr (Michel Debout))
christophefaure75@yahoo.fr
maja.perret@hcuge.ch
Angela.Castelli@hef-ts.ch
xavier.pommereau@chu-bordeaux.fr

michel.walter@chu-brest.fr
louis.jehel@orange.fr
anne.allemandou@orange.fr
francoise.facy@vesinet-inserm.fr
patrice.louville@ccl.aphp.fr
[cps@preventionsuicide.be \(Axel Geeraerts\)](mailto:cps@preventionsuicide.be (Axel Geeraerts))
philippe.peyron@justice.fr
catherinebonifas@wanadoo.fr
pr-jp-soubrier@mail.com

Annexe 4 : comité d'organisation

julie.barrois@sante.gouv.fr
emmanuelle.bauchet@sante.gouv.fr
bcadeac@epe-idf.com
jj.chavagnat@ch-poitiers.fr
marcgrohens@gmail.com
halley@CCR-Jussieu.fr

therese.hannier@phare.org
michel@hanus.fr
s.d.kipman@wanadoo.fr
c.lavielle@ch-sainte-anne.fr
olehembre@nordnet.fr
veronique.pajanacci@justice.gouv.fr