

# Les bases de traitement qu'induisent ces modèles ?

Dr Michel Botbol

## Remarques préalables

- ✓ La question du traitement du deuil après suicide est paradoxale puisqu'il s'agit d'une situation qui ne peut être considéré comme une pathologie en soi. Plusieurs auteurs insistent sur ce point qu'ils considèrent comme crucial pour éviter de culpabiliser ou stigmatiser les endeuillés après suicide. Cette situation ne constitue pas une entité nosographique dans les classifications en usage. Il en résulte que c'est seulement exceptionnellement qu'elle apparait directement comme une entrée dans les recherches inscrites dans un modèle biomédicale.
- ✓ On constate par contre un grand nombre de travaux portant sur les interventions psychosociales ou psycho éducatives. Dans certains cas ces interventions s'apparentent beaucoup à des actions thérapeutiques ; si bien que l'on pourrait considérer que la faveur que connaissent ces approches dans la littérature serait un artéfact lié au paradoxe déjà évoqué.

### 1) Doit on prescrire des antidépresseurs aux endeuillés après suicide ?

**a. Arguments empiriques :** Pour les raisons évoquées en préambule (le statut non pathologique du deuil en général, et du deuil après suicide en particulier), cette question ne paraît pas avoir été abordée sous cette forme par les études empiriques. Ceci est confirmé par la revue de la bibliographie réalisée en vue de cette audition publique qui relève qu'aucune étude pharmacologique n'explore les différences selon les causes du décès, ou les effets sur le deuil « normal ».

1. Les travaux pharmacologiques existants, en nombre d'ailleurs limité, n'abordent donc que le traitement des complications du deuil : dépression et deuil compliqué. Leur méthodologie repose sur la définition de ces entités et leurs différenciations (entre elle et avec le deuil normal) telles qu'elles sont proposées par les descriptions du DSMIV pour l'Episode Dépressif Majeur, ou par des échelles spécifiques (le TRIG – Faschingbauer J R 1981 ; l'ICG- Zisook et al 2001) pour le Deuil Compliqué (qui n'est pas une catégorie retenue dans le DSM IV). La pertinence de ces études est donc étroitement dépendante de la validité de ces différenciations (qui conduisent à donner une valeur moindre aux critères susceptibles d'être communs entre dépression et deuil). Elle dépend donc de la capacité de ces classifications et instruments à délimiter des catégories naturelles et cliniquement significatives.

Avec ces limites, plusieurs études ouvertes (Jacobs et al 1987 ; Pasternack et al 1991 ; Zisook et al 2001 ; Hensley et al 2009) et seulement deux études en double aveugles (comparant plusieurs traitements – Oakley et al 2002 ; ou contre placebo – Reynolds et al 1999) ont été réalisées ; elles aboutissent à des résultats convergents : Elles confirment que les traitements antidépresseurs ont des effets positifs sur les symptômes dépressifs des personnes endeuillées comme ils l'ont sur les épisodes dépressifs majeurs en général. L'étude la plus récente (Hensley et al 2009) montre même que cet effet sur l'EDM n'est pas significativement modifié par l'association à un Syndrome Post Traumatique (présent dans 60% des cas inclus dans l'étude), à un Deuil Compliqué (retrouvé chez 48% des sujets inclus), ou chez ceux confrontés à un deuil brutal (défini comme une maladie ayant duré moins de 4 jours et concernant 72% des cas).

Celles de ces études qui l'examinent retrouvent également un effet positif sur le Deuil Compliqué, les auteurs considérant que la baisse spécifique des scores aux échelles de Deuil Compliqué en témoigne. Mais cet effet apparait généralement moindre surtout dans les études réalisées à distance importante (plus de deux ans – Shear et al 2005) de la perte alors qu'ils sont plus nets dans les études réalisés sur des deuils plus récent (au cours de la première année suivant la perte- Henley et al 2009). Par ailleurs, les méthodologies adoptées ne permettent

pas de faire vraiment la part de ce qui revient à l'amélioration de la composante dépressive du tableau clinique présenté. Ces résultats sont confirmés par le premier essai randomisé contrôlé sur le traitement du Deuil Complicé Shear et al (2005) notamment

Tous les antidépresseurs étudiés (Nortriptyline, Paroxetine, Escitalopram ) ont démontré une efficacité comparable sur ces deux composantes (Dépression et Deuil Complicé) ce qui conduit les différents auteurs à recommander l'usage des inhibiteurs spécifique de la recapture de la sérotonine en raison de leur meilleurs tolérance et de leur moindre risque. Quelques données semblent montrer que l'efficacité des antidépresseurs sur le Deuil Complicé est amélioré si la durée du traitement est supérieure a 8 semaines et si le traitement est mis en place dans la première année qui suit la perte plutôt qu'après ; mais c'est données sont limitées et les comparaisons systématiques inexistantes rendant difficiles la validation et l'interprétation de ces résultats.

**On peut donc conclure de ces études** qu'il existe quelques arguments empiriques en faveur de la prescription d'antidépresseurs dans le deuil lorsqu'il existe une dépression consécutive au deuil ou un deuil compliqué. Bien que le deuil après suicide ne soit pas explicitement abordé, ces résultats ne font pas apparaitre de raisons d'exclure les personnes dans cette situation des indications d'un traitement antidépresseurs, dès lors que leur deuil s'accompagne de manifestations pathologiques sous forme de dépression ou de deuil compliqué. Les données épidémiologiques indiquant de façon convergente que les deuils après suicide sont particulièrement exposés à ces manifestations pathologiques, on peut donc en déduire que ce type de deuil serait, plus que d'autres, susceptible de bénéficier de ce type de traitement dans cette indication.

Ces conclusions se fondent sur des études limitées en nombre et de méthodologie discutable conduisant à des preuves de niveau faible notamment en ce qui concerne les deuils compliqués :

**b) Arguments théoriques :** Des débats théoriques, en référence aux conceptions

psychodynamiques, opposent ceux qui considèrent que les antidépresseurs sont contraindiqués dans le deuil car ils s'opposeraient à l'élaboration psychique de la perte et ceux qui estiment au contraire que de tels traitements peuvent constituer des appoints utiles dans ce travail de deuil.

La première position est fréquemment évoquée dans les échanges entre pairs mais n'a pas fait l'objet d'écrits théoriques argumentés dans les dernières années. Schématiquement les tenants de cette position considèrent qu'en réduisant les conflits mobilisés par la perte, les antidépresseurs sont susceptibles de « geler » le travail psychique en entretenant le déni et le clivage affectif tout en donnant à l'endeuillé l'illusion qu'il peut faire l'économie d'un travail de deuil. En favorisant la passivation du sujet et l'extériorité de ses ressources, ils pourraient fixer une organisation traumatique et favoriser le recours à l'agir

A l'inverse d'autres estiment qu'en réduisant la sidération psychique liée à la dépression et aux manifestations anxieuses du traumatisme, et à la douleur psychique, le traitement antidépresseur peut favoriser la reprise de l'élaboration psychique du deuil. Cette conception rejoint les travaux qui en référence à la différenciation entre douleur et souffrance (Ricoeur 1992) considèrent que la douleur « colmate... sans pitié toute possibilité » de suspendre de l'action dans la représentation (Jeanneau 2004). Dans la souffrance on constaterait le mouvement inverse, celui induit par une recherche de sens. **Du point de vue des mécanismes psychiques la souffrance serait donc l'inverse de la douleur (physique ou psychique).** Pour le clinicien, ce qui importe alors c'est de prendre en compte ce qui oppose douleur psychique et souffrance dans une dialectique entre mise en corps et représentation. Dans son abord thérapeutique de la dépression il ne pourra plus alors se limiter au traitement médicamenteux de la douleur psychique mais devra accorder une attention égale à l'élaboration psychique de la souffrance qui peut prendre la place de la douleur lorsque celle-ci a été apaisée. (Botbol 2005).

## **2) Une psychothérapie est elle nécessaire ou un soutien compétent est il suffisant ? Alors quel soutien ? Quelle psychothérapie ? La cure psychanalytique est elle indiquée ?**

Cette thématique pose des questions de délimitation entre psychanalyse et psychothérapie d'une part et entre psychothérapie et soutien compétent d'autre part. Les traitements psychanalytiques ne se limitent pas en effet à la cure type et les psychothérapies psychanalytiques peuvent prendre des formes très variables en raison même des conceptions psychanalytiques des mécanismes en jeu chez les sujets concernés. Il y a donc un continuum entre ces différentes formes de traitement. Par ailleurs il existe une incertitude analogue dans la délimitation entre psychothérapie de soutien et les soutiens compétents. Dans le domaine du soutien aux endeuillés par suicide, le flou est encore accru par le débat que nous évoquions en préambule donnant le sentiment que la qualification de l'action relève d'avantage de position de principe (ne pas médicaliser le deuil après suicide) que d'une caractéristique intrinsèque du processus. Pour sortir de cette difficulté nous avons choisi de regrouper dans un même chapitre cure psychanalytique et psychothérapie analytique ; nous avons également choisi de distinguer les autres psychothérapies des interventions de soutien en fonction de leur contexte plutôt qu'en fonction de leur contenu ou de la formation des personnes qui les mènent.

### **a) La cure psychanalytique est elle indiquée ?**

La revue de la littérature réalisée pour cette audition aborde cette question (D Goodwin) en reprenant les arguments avancés par un groupe d'auteurs qui préconisent la mise en place d'un travail d'orientation systémique avec les familles de suicidants (Obadia et al 2004). En conclusion de ce travail ceux-ci indiquent que « la psychanalyse semble ici inopérante, impuissante » puisque « le sujet mort ne peut plus déterminer dans l'après coup la signification inconsciente de son geste » ; selon ces auteurs, il en résulte que la psychanalyse ne peut rien faire pour permettre de dépasser « le court-circuitage du processus de deuil qui serait en partie lié au fait que la mort rende impossible la verbalisation de ces troubles par le défunt » ce qui « risque d'engendrer un retour de la violence de l'acte ». D Goodwin conclue comme ces auteurs qu'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 ». C'est ce point de vue qu'elle reprend dans la conclusion de son travail.

De son côté M Hanus (2008) indique: « Ajoutons qu'un deuil récent , y compris après suicide, est une contraindication absolue à la mise en route d'une psychanalyse dont l'indication pourra éventuellement être discutée secondairement chez certaines personnes, des années plus tard, lorsqu'elles auront dépassé le vécu de la période traumatique et suffisamment avancé dans leur travail de deuil pour pouvoir se confronter a leurs difficultés personnelles antérieures à la mort de leur proche » . Mais il ne précise pas sur quels arguments théoriques ou psychopathologiques il fonde ce point de vue.

Ces opinions contrastent partiellement avec le nombre de cas de deuil qui sont rapportés dans des articles psychanalytiques rendant compte de traitement psychanalytiques sous forme de cures types ou de psychothérapies psychanalytiques et venant appuyer des argumentations théoriques ou pratiques relatives à d'autres questions que celles posée par le traitement des endeuillés. Cette éventualité est également fréquente dans les observations rapportées lors de séminaires psychanalytiques ou dans la pratique des analystes. Il est vrai que dans la plupart de ces situations il s'agit de traitements analytiques à distance de la perte, dont certaines consécutives à un suicide. Il existe cependant certaines observations ou la perte d'un proche, parfois par suicide, survient durant le déroulement d'un traitement psychanalytique. Mais les éléments manquent dans la littérature pour apprécier les effets de la cure type dans ces situations.

Elles s'opposent plus directement avec l'opinion d'autres analystes comme G Bayle (1994) qui, dans un article qu'il consacre à la métapsychologie et au devenir des deuils pathologique indique, une fois encore sans se référer

directement à la situation de deuil après suicide : « Si l'impact traumatique est tel que des répétitions mortifères apparaissent précocement (silence maintenu sur la situation, activités compulsives de dérivations) il peut être utile en urgence<sup>1</sup>, d'inciter psychothérapeutiquement à des récits narratifs circonstanciés. » Il ajoute cependant : « On est ici à l'inverse de l'attitude analytique qui voudrait qu'on laisse le champ à la libre association du patient et à l'attention flottante du thérapeute. Tout au contraire, il faut conduire à des récits, voire dans certains cas à des reconstitutions psychodramatiques, comme le font certains groupes psychiatriques et psychanalytiques d'urgence dans les pays ravagés par la guerre ou par les catastrophes naturelles ».

L'auteur rejoint là la position de nombreux autres psychanalystes concernant le traitement des situations traumatiques. Par exemple R Debray qui dans un article au titre évocateur rapporte la cure psychanalytique d'une patiente « psychosomatique » dont le fonctionnement psychique paraît sidéré par la répétition de deuil traumatique. Elle y montre bien les deux temps bien différenciés de cette cure : le temps de la reconstruction psychanalytique de la réalité affective de cette patiente en procédant à une véritable réanimation psychique des capacités représentationnelles du préconscient de cette patiente, au travers de l'usage que l'analyste fait de ses propres capacités empathiques. C'est ce dont rend compte aussi la notion d'empathie métaphorisante proposée par S Lebovici (2002).

Ces travaux convergent donc vers l'idée qu'un traitement psychanalytique peut être indiqué dans les situations de deuil en général et de deuil traumatique en particulier, si les aménagements nécessaires sont apportés afin que le travail analytique traditionnel d'analyse des conflits de désir et de levé des refoulements et clivages fonctionnels soit précédé d'un temps suffisamment long durant lequel il s'agira pour le psychanalyste d'engager ses capacités empathiques et métaphorisantes pour appuyer un travail préalable de construction et de mise en affect pour et avec le patient. Ce préalable est nécessaire tant dans les abords analytiques entamés dans les suites rapprochées des situations associant deuil et traumatisme que dans les situations où le traitement analytique est engagé, à distance de la perte, devant le constat de la fixation d'une organisation traumatique.

Pour les raisons déjà évoquées, il n'existe ici aussi que peu de données empiriques pour orienter dans ce débat. Notons cependant une étude qui démontre l'efficacité d'une psychothérapie psychodynamique brève chez des endeuillés motivés disposant d'une « bonne organisation psychique » Horowitz (1990) et une étude contrôlée qui montre l'efficacité un peu supérieure de ce même abord thérapeutique sur celle d'un groupe d'entraide. Mais les biais sont nombreux et la conclusion prudente (Marmar C et al 1988)

On peut donc conclure qu'il existe un relatif consensus pour considérer qu'un traitement psychanalytique des endeuillés peut être indiqué à bonne distance de la perte si le sujet est suffisamment motivé pour un tel traitement. Les indications sont beaucoup plus discutées en ce qui concerne les périodes plus proches de la perte. Elles peuvent se justifier si la fixation traumatique interdit le travail de deuil, mais la technique de traitement psychanalytique doit être alors adaptée pour permettre la reprise de ce travail grâce aux constructions permises par un travail analytique s'appuyant sur les capacités empathiques et métaphorisantes du psychanalyste qui doit activement s'engager pour assurer cette suppléance psychique temporaire.

### **b) Une psychothérapie est-elle nécessaire? Quelle psychothérapie ?**

Plusieurs études (Provini 2000, Dyregrov 2002) ont montré que les personnes endeuillées après suicide expriment le besoin d'un suivi professionnel au long cours. Mais elles montrent également (Saarinen 1999) que seule la moitié de ceux qui expriment le besoin de service psychiatrique font effectivement la démarche d'aller le

---

<sup>1</sup> Souligné par moi

demander. Comme l'indique la revue de bibliographie réalisée par C Colliot-Thelene (2009), différents travaux insistent sur la nécessité d'aller au devant de cette demande qui ne s'exprime et de proposer l'intervention de professionnels sensibilisés ou formés au deuil à la suite d'un suicide (voir notamment De Groot 2006). Les travaux évaluent les différentes formes de thérapies proposées pour répondre à ce besoin :

➤ Les thérapies individuelles :

Augendbraum et al (1972) ont décrit le processus d'une psychothérapie de soutien engagés à la suite du suicide d'un proche survenu soit durant la thérapie soit quelques mois avant qu'elle ne s'engage. Gantz (1992) a décrit un modèle d'intervention cognitive protocolisée comportant 18 séances sur une année. Kleber et Bram (1987) ont développé une thérapie comportementale de désensibilisation auprès de personnes endeuillées développant des réactions phobiques.

➤ Les thérapies familiales

Peu d'articles les évoquent spécifiquement dans le deuil après suicide, mais on sait leur fréquente indication dans le traitement des réactions traumatiques. Obadia (2004) suggèrent la mise en place d'un travail d'orientation systémique dans lequel il donne une importance toute particulière aux entretiens avec la fratrie du suicidé. Il suggère également d'associer à ce travail aussi bien les professionnels de la santé mentale que les associations de bénévoles. Brent (1993) propose également une approche familiale dans la constellation familiale des adolescents suicidants.

➤ Les thérapies de groupe

C'est dans ce domaine que la limite est la plus floue avec les groupes d'entraide proposés par les associations de soutien. La revue de la littérature évoque le groupe de traitement pour endeuillés mis en place par le centre de prévention du suicide de Memphis, et rapporte les travaux de Battle (1984) qui en rendent compte. L'effet cathartique est recherché ainsi que les identifications croisées. Les professionnels intervenants et leader du groupe doivent rester le plus discret possible pour laisser se développer ces deux aspects. Par rapport à un groupe contrôle les résultats du groupe thérapeutiques sont dans l'ensemble peu probants. L'auteur conclut que l'expérience suggère qu'il est improductif de conduire un groupe de manière non directive en centrant la réflexion seulement sur les sentiments. Mais une large majorité des membres du groupe thérapeutique avaient une vision optimiste de l'effet du traitement.

C'est également le cas pour les travaux de Dunne (1987) qui plaident pour des interventions psycho éducatives accordant une part importante à une dimension informationnelle dans la thérapie. A partir de leur travail sur l'évaluation des interventions en direction des endeuillés, Castelli Dransart et Seguin (2008) concluent que les psychothérapies ne doivent pas être systématiques mais envisagées au cas par cas. Elles sont surtout indiquées dans les cas où le processus de deuil est compliqué notamment du fait des circonstances de la perte et de l'évaluation qui est faite du risque de développement d'un syndrome de stress post-traumatique. Ces thérapies peuvent prendre différentes formes (individuelles, groupales ou familiales) et se référer à différentes techniques (interpersonnelles ou cognitivo-comportementales). Les unes et les autres peuvent être selon elles efficaces, même si la méthode scientifique est encore incapable de le démontrer, dans la mesure où elles s'adressent à des groupes distincts : « Les personnes ayant moins d'habiletés et de capacités relationnelles bénéficieront plus de traitement centrés sur le soutien immédiat, la résolution de 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 thérapie centrées sur la remise en question de la relation ».

**c) Un soutien compétent est-il suffisant? Quel soutien ?**

Pour rendre compte de la grande diversité (Heilig 1985) des actions qui se sont développées autour du soutien des endeuillés (notamment après suicide), Castelli Dransart et al (2008) proposent un classement qui différencie **les interventions fondées sur la mobilisation du lien social** de celles qui relèvent de la thérapie définie sur les mêmes bases que celles que nous avons adoptées

Seules les premières rentrent dans la définition du soutien « non thérapeutique » même si cette différenciation est bien entendu plus heuristique que naturelle. Pour Castelli Dransart et al (2008) ces interventions fondées sur la mobilisation du lien social peuvent prendre les formes suivantes :

- ✓ Le parrainage qui met en relation deux personnes ayant vécu le même événement :.
- ✓ Les Groupes d'entraide : qui s'inscrivent dans une dynamique analogue mais en groupe. Relèvent de cette catégorie les groupes d'autoassurances ou d'entraide, qui insistent sur la dimension autonome réciproque et non professionnelle de l'aide, afin d'éviter ce que les membres de ces groupes seraient susceptibles de percevoir comme une culpabilisation ou une stigmatisation de la part de professionnels n'ayant pas la même expérience traumatique qu'eux (Maxim et al 1985).
- ✓ Groupe de soutien : Seguin et al les définit comme des groupe d'assistance et d'entraide qui s'appuient sur l'intervention de professionnel dans une logique qui reste compassionnelle et ne relève pas des institutions de soin. Ces groupes peuvent être ouverts ou fermés, plus ou moins structurés

Ces différentes formes d'intervention fondées sur le lien social ont en commun :

- ✓ de s'inscrire dans une logique compassionnelle d'aide et d'assistance en écart des dispositifs institutionnels de santé et des professionnels avec lesquels ils entretiennent des rapports ambivalents même lorsqu'ils font appel à leur expertise.
- ✓ d'être assez rarement ou assez pauvrement évaluées, pour ces raisons ou du fait de la difficulté méthodologique pour aborder de façon suffisamment fine l'évaluation de programmes complexes, très contextualisés et peu modélisés
- ✓ de donner lieu à des appréciations positives de leurs promoteurs et participants, au-delà des effets constatés empiriquement quand ils sont évalués.

On ne peut donc que confirmer les conclusion de Castelli Dransart et al (2008) qui estiment que, dans l'état actuel des données, il faut considérer qu'il existe un effet, modeste, similaire d'un groupe à l'autre. Ce constat est il attribuable aux insuffisances méthodologiques des études et aux résistances des terrains ou démontre-t-il que ce qui est ici le plus déterminant c'est l'effet de groupe lui-même (et non son contenu) qui serait susceptible d'apporter un soutien efficace aux personnes endeuillées en favorisant la mise en forme de leur expérience de deuil traumatique et leur confrontation à leurs affects. Ce point de vue pourrait trouver appui dans le constat, que, plus que le contenu de l'intervention, c'est sa durée (au delà de quatre mois) et la qualité du lien établi avec l'animateur qui constituent les variable les plus déterminante de l'efficacité du soutien. Si bien qu'il paraît raisonnable de faire notre la conclusion de l'étude de McDaid et al (2008) à partir de l'évaluation de 8 programmes de soutien : Bien qu'il soit évident qu'il y a quelques bénéfices aux interventions de soutien auprès des personnes endeuillées après suicide, ce bénéfice n'est pas prouvé scientifiquement.

### 3) **Conclusion :**

Les réponses aux questions posées ne peut donc être nuancées, dans la mesure où toutes les formes d'intervention proposées (de la psychanalyse aux interventions de soutien fondées sur la mobilisation du lien social) souffrent d'une insuffisance de preuves empiriques de niveau suffisant. Il semble clair que la psychothérapie n'est pas toujours nécessaire même si les données sont insuffisantes pour déterminer les cas dans lesquels elle devrait être favorisée chez les endeuillés par suicide. Les soutiens compétents paraissent bénéfiques, mais les données manquent pour considérer qu'ils sont toujours suffisants ou régulièrement plus indiqués que les thérapies (quasi absence d'études les comparant). La psychanalyse a également sa place à distance de la perte pour ceux qui réunissent les conditions personnelles pour bénéficier d'une cure ou d'une psychothérapie analytique. Dans certains cas, elle peut être indiquée, plus prêt du deuil traumatique, si sa technique est aménagée pour suffisamment respecter les défenses mobilisées par le deuil par suicide. Ces incertitudes ne

doivent pas cacher l'accord général qui se fait sur la nécessité de soutenir les endeuillés par suicide en se montrant plus pro actifs que dans d'autres situations de deuil ; mais les éléments manquent pour indiquer les formes à donner à ce soutien et plus encore pour déterminer les formes qu'il ne doit pas prendre, au point qu'elles devraient être refusées à une personne qui en ferait la demande spécifique.

Les choses sont plus claires en ce qui concerne les traitements antidépresseurs qui sont indiqués devant un épisode dépressif majeur consécutif au deuil après suicide au même titre qu'il l'est dans les autres épisodes dépressifs analogues. Il semble même que cette indication puisse être étendue aux deuils compliqués même en l'absence de dépression associés.

### **Bibliographie:**

- Augendbraum B, Neuringer C (1972) Helping survivors with the impact of a suicide in Cain A (ed) Survivors of suicide, Springfield IL , Charles C Thomas
- Gantz FE, Gallagher-Thompson D, Rodman JL (1992) Inhibited Grief in Freeman A et Dattilia FM : Cognitive Casebook of Cognitive Therapy, New York: Plenum Press 201-207
- Battle A O (1984) Group Therapy for Survivors of Suicide, Crisis 5/1, 45-58
- Bayle G 1994 : Métapsychologie et devenir des deuils pathologiques . in: AMAR, N., COUVREUR C. et HANUS M. (Dir.) - Le deuil Paris, Presses Universitaires de France, , pp. 109-125
- Botbol M , Hagmann V 2005: Douleur ou souffrance? A propos du point de vue de Paul Ricœur. Nervure- tome XVII
- Brent DA et al (1993) Psychiatric impact of the loss of an adolescent sibling to suicide. Journal of Affective Disorders , 28, 249-256
- Castelli Dransart DA, et Seguin M (2008) Besoins des personnes confrontées à un suicide et modalités de soutien disponibles :quelles interfaces ? Perspectives Psy, vol 47, 4 ,365-374
- Colliot-Thelene C 2009: Etat des lieux sur les interventions de soutien proposes et les meilleures pratiques de soutien à proposer en général dans la famille. Cellule bibliographique de l'audition publique « effets et conséquences du suicide sur l'entourage »
- Debray R 1990 : Quand trop de réalité fige la remémoration Revue Française de Psychanalyse, vol. 54, n° 4, pp. 931-945
- De Groot MH, De Keijser J, Neeleman J 2006: Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first degree relatives. Suicide an life threatening behavior, 36, (4) 418-431
- Dunne EJ (1987) Special needs of suicide survivors in therapy, in Dunne EJ , McIntoch JL et Dunne-Maxim K (eds) Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors , NY ,WW Norton
- Dyregrov K 2002 Assistance from local authorities versus survivors needs for support after suicide. Death Studies, 26, 647-668
- Faschingbauer J R 1981 : Texas Revised Inventory of Grief Manual. Honeycomb Publishing, Houston, Texas
- Goodwin D 2009 Une tentative de compréhension psychopathologique du deuil après suicide : Cellule bibliographique de l'Audition Publique sur les « effets et conséquences du suicide sur l'entourage »
- Hanus M (2008) Le deuil après suicide. Perspective Psychiatrique, vol 47 pp 350-357
- Heilig SM, (1985) Survey of 41 survivor groups in R Cohen Sandler (ed) Proceedings of the 18th meeting of the American Association of Suicidology , Ontario Canada , rapporté par C Colliot-Thélène in Cellule bibliographique
- Hensley P L , Slonimski CK, Uhlenjuth EH, Clayton P J 2009 : Escitalopram : An open label study of bereavement related depression and grief , Journal of Affective Disorders 113 142-149
- Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS, DeWitt KN, Rosenbaum R. 1984 Arch Gen Psychiatry: Brief psychotherapy of bereavement reaction. The relationship of process to outcome ;41(5):438-48.

- Jacobs , S C, Nelson JC, Zisook S, 1987 : Treating depressions of bereavement with antidepressants: a pilot study. *Psychiatr. Clin. North Am.* 10,501-510
- Jeanneau A 2004 : «Une douleur sans lieu : la question de la douleur psychique » *L'information Psychiatrique*, vol 80,n° 9
- Kleber RB , Bram D (1987) Psychotherapy and pathological grief: controlled outcome study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24, 99-109
- Lebovici S, Solis Ponton L, Barriguete JA , 2002: L'arbre de vie, l'empathie métaphorisante, l'énaction, in SOLIS PONTON, Leticia (dir.). - La parentalité : défis pour le troisième millénaire : un hommage international à Serge Lebovici Paris, Presses Universitaires de France, pp. 49-59
- Marmar CR, Horowitz MJ, Weiss DS, Wilner NR, Kaltreider NB. 1988 *Am J Psychiatry*.;145(2):203-9.
- Maxim K, Brooks C (1985) Multi impact family therapy: a therapeutic approach following a client's suicide in R Cohen Sandler (ed) *Proceedings of the 18th meeting of the American Association of Suicidology* , Ontario Canada , rapporté par C Colliot-Thélène in *Cellule bibliographique*
- McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A (2008) Interventions for people bereaved through suicide: systematic review, *The British Journal of Psychiatry*, 193, 438-443
- Oakley F, Khin N A, Parks R, Bauer L , Sunderland T 2002 : Improvements in activities of daily living in elderly following treatment for post bereavement depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 105, 231-234
- Obadia J et al (2004) Après un suicide dans une famille, pour une approche systémique. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, tome VII, n°76, 55-57
- Pasternack PE, Reynold III CF, Schlernitzauer M, Hoch CC, Buysse DJ, Houck PR, Perel JM, 1991: Acute open label trial of nortriptyline therapy of bereavement related depression in late life , *J Clin Psychiatry* 52,(7) , 307-310
- Provini C, Everett JR, Pfeffer C R 2000: Adult mourning suicide: self reported concerns about bereavement, needs for assistance and help-seeking behavior. *Death Studies*, 24, 1-19
- Reynolds III CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel J M, Cornes C, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, Kupfer DJ 1999: 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* 156 (2) 202-208
- Ricoeur P Juin 1992: « La souffrance n'est pas la douleur » ; *Psychiatrie Française*
- 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
- Shear K, Franck E, Houck PR, Reynolds III CF, 2005: Treatment of complicated grief : a case series using escitalopram . *Am. J. Psychiatry*
- Zisook S Shuchter S R, Pedrelli, P, Sable, J, Deaciuc, SC 2001 : Bupropion sustained release for bereavement : results of an open trial. *J. Clin. Psychiatry* 62 (4), 227-230