

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

Question 1a : « Deuil normal, deuil difficile, deuil compliqué, deuil pathologique »

Dr Christophe FAURÉ - Psychiatre

Dr Christophe Fauré, psychiatre libéral – consultant extérieur à la Maison Médicale Jeanne Garnier (soins palliatifs) - auteur de « Vivre le deuil au jour le jour » Editions Albin Michel, « Vivre ensemble la maladie d'un proche » Editions Albin Michel, « Après le suicide d'un proche » Editions Albin Michel – responsable éditorial du site www.traverserledeuil.com (mise en ligne le 1er octobre 2009)

Le processus de deuil :

Le deuil (survenant après le décès d'un proche) désigne la souffrance psychique qu'engendre cette perte et le processus évolutif prolongé dans le temps qui fait suite à la disparition. Le deuil peut se dérouler :

- soit **de façon « normale »** en suivant les étapes d'un processus désormais bien identifié,
- soit **avec difficulté** mais avec finalement une bonne résolution du deuil,
- soit être émaillé de **complications tant psychiques que somatiques**,
- soit enfin devenir **pathologique**.

Les étapes du deuil « normal »

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.

La 1^{ère} étape : choc et sidération

Elle est caractérisée par l'état de choc et de sidération où la personne est saisie par la stupéfaction et l'incrédulité. Elle peut exprimer un refus de croire à la réalité de la mort, voire manifester un déni transitoire. Elle se trouve brutalement plongée soit dans un état de torpeur et d'engourdissement, soit dans un état d'agitation quasi hypomaniaque dans lequel elle continue à vivre et à agir mais de façon automatique. Cet état d'anesthésie affective ou d'agitation la préserve des émotions intenses que soulève l'annonce du décès. Cette 1^{ère} étape dure de quelques heures à quelques jours.

2^{ème} étape : étape de « fuite » et de « recherche » :

Juste après le décès, même si la personne décédée n'est plus là, la dynamique relationnelle qui existait auparavant entre elle et la personne aujourd'hui en deuil

continue sur sa lancée pendant des mois après son décès. Cette 2^{ème} étape se caractérise par :

- Des attitudes (inconstantes) de « fuite » de la souffrance, comme pour tenter d'annuler la réalité de la perte. Cela se traduit par exemple par une agitation intérieure où la personne en deuil se sent sans cesse sous tension pour retrouver au plus vite une vie « normale » (réaction caractéristique : les hommes par exemple s'immergent dans le travail « pour ne pas penser »)
- Des attitudes (quasi constantes) de « recherche » où la personne en deuil tente de préserver le lien interrompu : besoin de porter les vêtements de la personne disparue, de sentir son odeur, de regarder ses photos, d'entendre sa voix (sur le répondeur de sa messagerie téléphonique). Cela s'accompagne du besoin irrésistible de parler d'elle, encore et encore.

Ces comportements perdurent de façon normale durant la première année, ce qui est mal perçu par les proches qui y voient, à tort, une complaisance morbide dans la souffrance.

La 3^{ème} étape : étape de déstructuration

La survenue de cette étape marque un tournant dans le vécu du deuil. C'est le temps d'une prise de conscience pleine et entière de la dimension irrémédiable de la perte. Il s'en suit une majoration de la souffrance qui devient plus sourde et plus lancinante. Le manque et la conscience aigüe de l'absence atteignent des niveaux que les personnes en deuil ne s'attendaient plus à connaître. Elles sont très souvent déroutées par cette recrudescence de leur peine, alors qu'elles pensaient que le plus gros de leur douleur était derrière elle, 6 à 10 mois après le décès. Il est donc essentiel, au cours de l'accompagnement du deuil, de souligner auprès de ces personnes le caractère normale, prévisible et incontournable de cette majoration dépressive.

De fait, cette étape se caractérise par un « vécu dépressif » 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 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. À cette période du deuil, il n'est pas toujours simple de faire le diagnostic différentiel avec une authentique dépression clinique.

La 4^{ème} étape : l'étape de restructuration

C'est une étape d'intégration et d'apaisement progressif. Elle passe par une redéfinition de la personne en deuil à 3 niveaux :

- *Redéfinition de son rapport au Monde et à autrui* : la personne retrouve le

goût pour ses intérêts habituels avec le désir de s'engager dans de nouvelles relations et dans de nouveaux projets. Globalement, on assiste à une pacification du rapport à autrui.

- *Redéfinition de son rapport à la personne disparue* : la personne en deuil parvient à évoquer le souvenir de la personne disparue sans douleur excessive. Là encore, le lien se pacifie et les identifications positives et autres « gains » du processus de deuil sont valorisés. Certes, la douleur surgit à certains moments ou à des occasions particulières, comme par exemple aux anniversaires et à la période des Fêtes, mais ceci est normal même des années après le décès.
- *Redéfinition de son rapport à elle même* : cette étape marque un retour à un mieux être psychique et somatique. C'est aussi l'occasion de profonds remaniements dans la façon de percevoir l'existence et de donner un sens à sa vie.

La durée du processus de deuil « normal » :

Il persiste dans les esprits de nombreuses incompréhensions sur la durée du processus de deuil. La plupart du temps, les « délais » rapportés dans la littérature sont extrêmement courts et ne correspondent pas à l'expérience clinique (ex : au delà d'un an, le processus deviendrait pathologique, ce que contredit la clinique. Cette méconnaissance conduit notamment à la prescription inappropriée de traitements antidépresseurs sur le long court).

Chaque individu est unique mais, au delà des variations individuelles, les étapes du deuil semblent obéir à une chronologie assez précise. En voici les fourchettes approximatives :

- ***L'étape initiale de choc et de sidération*** dure de quelques heures à quelques jours (Moins de 10 jours selon Colin Parkes du Saint Christopher's Hospice)
- ***La 2ième étape (« fuite/recherche »)*** dure entre 6 et 10 mois, parfois jusqu'à 12 mois)
- ***La durée de la 3ième étape (déstructuration avec vécu dépressif franc)*** est variable et est souvent conditionnée 1. par la nature du lien avec la personne disparue et 2. Par la nature du décès. Ainsi, elle peut durer de 1 à 1 an et demi pour un parent ayant accompagné son enfant décédé d'un cancer jusqu'à 2 ans pour un parent ayant découvert le corps pendu de son enfant. Une personne ayant perdu son conjoint par cancer traversera généralement cette étape en 6 à 8 mois.
- ***La 4ième étape (restructuration)*** est difficile à évaluer en termes de temps car elle s'inscrit dans la nouvelle identité que l'endeuillé développe au fil du temps. Même 10 ans après le décès de son enfant, un père peut faire part de l'impact de la mort de sa fille sur la manière de mener son existence, sans que cela soit pathologique.

On observe donc un **temps cumulé allant de 1 an et demi à 3 ans** (si on fait abstraction de la 4ième étape) pour une perte significative. J'ai bien conscience que ces délais vont à l'encontre de ce qui est généralement accepté comme la durée « normale » du deuil.

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.

Le deuil « difficile »

Le deuil difficile est une catégorie à part qui reste dans l'axe du deuil normal. Dans le deuil difficile, c'est le vécu des différentes étapes ou l'élaboration du travail de deuil qui est difficile, dans le sens où il est plus douloureux et plus lent que dans un deuil normal. Néanmoins, en dépit de cela, on observe in fine un déroulement satisfaisant du processus de deuil et une résolution harmonieuse. Ce type de deuil bénéficie grandement d'un accompagnement professionnel ou associatif.

Différents paramètres ou facteurs de risque de deuil difficile sont à souligner :

- *La personnalité de la personne en deuil* (tempérament introverti, difficulté à nommer et à exprimer les émotions, difficulté à solliciter les réseaux de soutien... etc. – Egalement, antécédents de ruptures précoces, d'abandon... etc.)
- *La nature et le type de liens entre la personne en deuil 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 social, perte d'un patrimoine ou de revenus, etc.). Une relation conflictuelle ou complexe peut également avoir une incidence sur le vécu du deuil.
- *La cause du décès* : exposent à un deuil difficile les morts brutales, violentes, traumatiques (le deuil après suicide entre donc d'emblée dans la catégorie des deuils difficiles, sans préjuger des éventuelles complications qui pourraient en découler)
- *La qualité de l'environnement social et relationnel* : pauvreté des liens sociaux, isolement... etc.
- *L'existence de deuils multiples* (à partir de trois deuils significatifs dans l'année)
- *La précarité socioprofessionnelle* (ex : période de chômage)
- *Le fait d'avoir à charge un proche très dépendant* (ex : maladie d'Alzheimer) ou au moins deux enfants en bas

Le deuil « compliqué »

Il n'existe pas de définition universellement reconnue du deuil compliqué. Selon Marie Frédérique Bacqué (« Deuil et santé » Odile Jacob), « le deuil compliqué implique des symptômes qui dépassent ce qui est de l'ordre de l'adaptation à une situation nouvelle ». Le deuil compliqué est l'impossibilité de recouvrer les performances et le bien être connus avant la perte.

De nombreux travaux ont isolé le concept de deuil compliqué et ont montré qu'il

se différencie 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]).

La notion de deuil compliqué recouvre une série de critères symptomatiques suffisamment sévères pour perturber le fonctionnement professionnel, affectif, relationnel de la personne en deuil, au delà des délais « normaux » des différentes étapes du processus de deuil. Associés à des pensées envahissantes avec des souvenirs, des émotions intenses et un désarroi profond lié à l'absence, on retrouve des symptômes de détresse traumatique dont 7 sont, selon Prigerson et al. (1995), caractéristiques des deuils compliqués (persistance au delà de 6 mois après la perte) :

- 1) Refus d'accepter le décès
- 2) Recherche active de la personne disparue
- 3) Langueur, désir ardent de l'autre
- 4) Préoccupations constantes au sujet de la personne disparue
- 5) Incapacité à croire vraiment à la disparition
- 6) Sentiment d'être toujours assommé, frappé de stupeur par le décès
- 7) Pleurs incoercibles

Dans ce cas, un accompagnement psychologique, voire psychiatrique, est le plus souvent indispensable.

• ***Les complications en fonction du temps : deuils différés, deuils inhibés, deuils chroniques***

Le deuil différé renvoie à un temps de latence « asymptotique » entre le moment du décès et l'émergence des réactions de deuil, comme un décalage entre la réalité perçue (la personne *sait* que son proche est décédé) et l'expression émotionnelle : la personne en deuil fait comme si rien s'était survenu dans son existence. Il y a persistance dans le temps du déni initial de la mort et cela correspond à un refus *inconscient* de reconnaître la réalité.

L'absence de dépression réactionnelle et le refus de la réalité deviennent rapidement intenable pour la personne en deuil et pour ses proches. Néanmoins, la dépression du deuil survient inévitablement mais à retardement. Un événement extérieur mineur suffit parfois à enclencher le processus.

Le deuil inhibé correspond à une absence des symptômes normaux du deuil dans un premier temps. Les perturbations affectives s'effacent au profit de nombreux troubles somatiques. Ce type de deuil est fréquent chez l'enfant et chez les personnes dont les capacités verbales et mentales sont faibles.

Le deuil chronique est le « deuil sans fin ». Il traduit une fixation morbide sur le souvenir du défunt, faisant obstacle au réajustement nécessaire de la personne en deuil à une vie sans lui. Le deuil chronique se caractérise par une dépression chronique. Très souvent, on retrouve, sous jacent au deuil chronique, une très forte ambivalence « haine – amour » dans la relation antérieure à la personne disparue, le deuil chronique révélant une sorte d'auto-punition inconsciente face à la haine éprouvée envers le défunt aujourd'hui idéalisé.

Néanmoins, il existe aussi des situations de deuil chronique qui font suite à des

décès très traumatiques (accident ou suicide par exemple). L'intrication avec un syndrome de stress post traumatique (PTSD) doit systématiquement être recherchée dans ce cas car le PTSD peut être moteur dans l'installation du deuil chronique.

• **Les complications somatiques du deuil**

Les complications somatiques du deuil peuvent entrer dans la catégorie des deuils compliqués. Elles s'inscrivent dans la logique du stress biologique chronique qu'induit le processus de deuil. Ces complications somatiques recouvrent :

- Une augmentation de la mortalité chez les personnes en deuil
- Une décompensation ou une aggravation d'une pathologie chronique préexistante au décès
- Une recrudescence des pathologies cardiovasculaires
- Une possible (mais controversée) recrudescence de pathologies cancéreuses, pathologies auto-immunes et maladies inflammatoires (type rectocolite hémorragique)

Le deuil pathologique

Plus rares que les complications du deuil abordées précédemment, 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 clinique et les troubles anxieux sont les plus fréquents. Les décompensations de trouble de la personnalité ne sont pas rares non plus (par exemple, 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). En fait, tous les tableaux de la sémiologie psychiatrique peuvent se manifester comme réaction au deuil (par exemple : deuil à tonalité hystérique ou à tonalité obsessionnelle), ce qui rend la lecture diagnostique pas toujours aisée tant les signes du deuil et les signes cliniques des comorbidités peuvent être intriqués.

Les décompensations dépressives

Le vécu dépressif « normal » du deuil peut se compliquer d'une authentique dépression clinique. On observe l'installation d'une dépression chronique chez 10 à 15 % des personnes. 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. De nombreuses publications mettent en évidence des corrélations entre l'existence d'un deuil compliqué et la survenue d'un épisode dépressif. Le risque suicidaire est alors important, dans un désir ambivalent de mettre fin à la souffrance du deuil et de retrouver dans la mort la personne disparue.

Les troubles anxieux

Le deuil peut aussi favoriser la survenue de troubles anxieux comme l'anxiété généralisée, le trouble panique, etc. Le deuil est alors un facteur précipitant lié à

l'anxiété de séparation. Ces troubles sont à distinguer du syndrome de stress post traumatique qui constitue une entité clinique spécifique à part.

Les deuils psychiatriques :

Plus rarement encore, on peut observer soit des deuils des décompensations psychotiques au cours du deuil : idées délirantes, hallucinations (autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt – qui sont des manifestations fréquentes et « normales » dans les premiers temps du deuil), comportements maniaques (manie du deuil), deuil mélancolique avec risque majeur de passage à l'acte suicidaire... etc.

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

Question 1b : « Particularités des deuils après suicide »

Dr Christophe FAURÉ - Psychiatre

Le deuil après suicide a des particularités, mais pas de singularités, c'est à dire qu'il ne comporte pas d'éléments qu'on ne retrouverait pas dans d'autres types de deuils (après d'autres types de décès). Cet article souligne les particularités du deuil les plus fréquemment rencontrées dans l'exercice clinique.

- **Les circonstances spécifiques du suicide :**

Il faut tout d'abord relever l'impact potentiellement traumatisant sur les proches de l'enquête menée systématiquement après la découverte du corps, ceci afin d'écartier un homicide déguisé en suicide. Même si cette enquête est menée avec tact et même s'ils en comprennent le sens, beaucoup de proches la vivent comme une agression, alors qu'ils sont déjà en état de choc.

Dans un même ordre d'idée, découvrir que l'assurance vie ou les autres garanties d'emprunt ne s'appliquent pas en cas de suicide représentent également un choc, notamment quand il implique une réduction du pouvoir d'achat par nécessité de rembourser seul(e) un emprunt (suite au décès du conjoint par exemple).

Mais le deuil après suicide est avant tout un *deuil traumatique*. Dans environ 50% des cas, le suicide se déroule au domicile et ce sont les proches (conjoint, parents ou enfants) qui découvrent le corps. On sait que ces personnes sont beaucoup plus sujettes que les autres (qui n'ont pas découvert le corps) à l'apparition d'un **syndrome de stress post-traumatique (PTSD)**. Si c'est le cas, deux processus complexes entrent alors en synergie : le *processus de deuil* par lui même et le *processus traumatique* (compliqué parfois d'un PTSD). En effet, le PTSD parasite et freine le bon déroulement du processus de deuil. Il nécessite donc un diagnostic précoce et la mise en place d'un traitement adapté (type EMDR par exemple) pour « désengager » le processus de deuil de son emprise.

- **L'impact intérieur du deuil après suicide :**

A. La culpabilité

La culpabilité dans le deuil après suicide revêt une intensité considérable chez les proches. Elle renvoie directement à la question de leur éventuelle responsabilité dans le passage à l'acte. On constate qu'il faut « travailler » cette culpabilité avec les proches pendant des mois, voire des années, avant que finalement ils parviennent (et avant qu'ils *acceptent*) de s'en départir.

Il serait intéressant d'explorer la dimension paradoxalement structurante de la culpabilité dans ce deuil : en effet, on pressent parfois que le fait de se désigner soi-même comme responsable du suicide est une sorte de *garde-fou psychique* face à la dimension trop effrayante et déstructurante de l'absurdité d'un passage à l'acte que rien ne peut expliquer. Face à l'angoisse de ce vide, le proche se positionnerait comme responsable pour introduire un semblant de cohérence. Dans cette perspective, il serait donc important de respecter le cheminement du proche en deuil dans les méandres de sa culpabilité.

Trois conséquences à la culpabilité :

1. La quête du « pourquoi » est un aspect essentiel du deuil après suicide.

Quasiment aucun proche n'échappe à cette quête. Elle les pousse à lire et à étudier tous les livres et articles écrits autour du suicide ou encore à étudier en détail les moindres écrits laissés par la personne disparue. Derrière cette question se trouve évidemment l'espoir de trouver quelque chose qui viendra mettre un terme à cette conviction qu'ils sont d'une façon ou d'une autre responsables du suicide.

Cette recherche couvre les raisons du suicide, mais elle est aussi une tentative de s'approcher au plus près possible de l'état d'esprit de la personne suicidée, au moment de son passage à l'acte, pour mieux comprendre son geste.

Cette quête obsédante perdure parfois pendant des années, sans jamais totalement s'achever pour certains. Il est vain de s'y opposer au cours de l'accompagnement du deuil car elle semble faire partie intégrante du travail de deuil. On constate d'ailleurs que les personnes ont besoin de cheminer par elles-mêmes vers l'acceptation du fait qu'elles ne trouveront jamais de réponses définitives. Parvenir à cette acceptation (et à ce renoncement) marque souvent une étape favorable dans le déroulement du deuil.

Par ailleurs, un des aspects du travail de deuil consistant à développer un lien intérieur le plus apaisé possible avec la personne disparue, on constate que le suicide et la culpabilité qui en découle rendent cette tâche difficile car la personne en deuil procède souvent à une relecture de tout ce qui a été vécu avec le défunt à *la seule lumière du suicide*. Le risque est alors de réduire à son seul suicide l'histoire de vie de la personne disparue.

2. La culpabilité renforce cette tendance au retrait social et à l'isolement qui est propre au vécu du deuil.

Le sentiment d'indignité issu de la culpabilité majore également le vécu de solitude. La personne en deuil par suicide va en effet avoir **tendance à s'auto-exclure des réseaux de soutien** (amicaux, associatifs ou professionnels psy) sur la base d'un raisonnement du type : « Je ne suis pas digne d'être aidé – je ne le mérite pas car moi-même je n'ai pas su aider mon proche en souffrance »

3. La culpabilité favorise l'émergence de « punitions » que s'inflige plus ou moins consciemment la personne en deuil pour expier ce qu'elle perçoit être sa « faute »

La culpabilité porte étymologiquement l'idée de « faute » et l'idée de « faute » implique donc l'idée de « punition » et d'« expiation ». Ainsi, il est très fréquent d'observer **la mise en place d'interdits** qui peuvent considérablement restreindre le champ de vie de la personne en deuil : elle s'interdit d'être heureuse, ne s'autorise aucun plaisir, aucun succès, aucune gratification. Elle se condamne si elle se surprend à prendre du bon temps (« Je n'ai pas le droit car mon fils/mon conjoint/mon parent... s'est tué »).

Une manière d'expier la faute du suicide peut se traduire par l'enfermement de la personne en deuil dans un **statut de victime** où elle se structure au fil du temps dans un vécu très mortifère. L'accès au soin devient alors très difficile.

Enfin, l'ultime « punition » qu'une personne en deuil après suicide peut s'infliger est la mort elle-même : « je mérite de mourir à mon tour ». Ce désir de mort n'est cependant pas univoque : on l'a déjà dit, il peut refléter le désir de s'approcher au plus près du ressenti de la personne disparue ; mais il peut également être la conséquence d'une dépression clinique, complication du « vécu dépressif » réactionnel normal.

B. Des décompensations dépressives plus fréquentes

De fait, le vécu dépressif « normal » qui survient au cours du processus de deuil entre six mois et un an après le décès a plus tendance à se compliquer d'un authentique syndrome dépressif chez les proches en deuil par suicide. Plusieurs facteurs favorisant entrent en jeu :

- Le geste suicidaire entraîne chez les proches **une baisse parfois très sévère de l'estime de soi** avec une remise en question de la qualité de l'amour donné à la personne décédée (« Mon amour ne sert à rien ; il n'a pas su retenir à la vie la personne que j'aime ; il n'a aucune valeur ; je n'ai aucune valeur »). Ce désaveu violent nourrit un sentiment d'échec personnel.
- Le suicide est parfois perçu comme **un rejet ou un abandon délibéré** de la part de la personne suicidée. Ce ressenti majoré toutes les failles narcissiques et autres carences préexistantes au suicide.
- Le suicide entraîne un *vécu de perte de sens* plus marqué qu'au cours d'autres deuils plus « classiques ». Beaucoup de proches en deuil font part d'un **sentiment de futilité de l'existence et de perte de repères** par rapport aux axes qui guidaient auparavant leurs choix et leurs décisions. Il peut en résulter pour certains l'abandon de projets avec une plus grande difficulté à réinvestir leur existence après le temps du deuil.

- Enfin, il est reconnu unanimement que le deuil après suicide est un facteur de risque **d'augmentation du risque suicidaire**. Sans pour autant aller jusqu'au passage à l'acte, il est toujours important d'identifier les « **équivalents suicidaires** » **ou autres comportements à risque** auxquels s'expose la personne en deuil plus ou moins consciemment avec une réelle ambivalence quant au désir de mort et/ou d'auto-agression : mise en faillite personnelle, abus d'alcool, de drogues, mise en situations de danger (sports extrêmes)... etc. **L'identification négative** au comportement suicidaire et au destin de la personne suicidée est parfois massive.

C. La honte et la stigmatisation :

En lien direct avec la culpabilité, la honte est un ressenti caractéristique du deuil après suicide, même si toutes les personnes en deuil ne l'éprouvent pas. Elle s'accompagne généralement d'un vécu de stigmatisation sociale, héritage du traitement social très négatif du suicide (et des personnes d'une personne suicidée) dans les siècles passés.

La honte expose notamment à deux complications :

- La **sous utilisation** par la personne en deuil des ressourcements et réseaux de soutien au cours du deuil. Souvent, la personne en deuil se plaint et souffre de la pauvreté de son réseau de soutien, alors qu'elle est elle-même à l'origine de cet appauvrissement.
- La honte enferme fréquemment la personne en deuil dans **le silence**. Ainsi, elle n'ose pas parler des circonstances du décès de son proche et elle peut même construire un autre scénario où le décès fait suite à un accident ou à une maladie foudroyante. Ce silence peut se transformer en « **secret de famille** » dont on connaît les effets potentiellement délétères dans une perspective trans-générationnelle.

De façon plus anecdotique, on observe parfois des attitudes des proches visant à se « racheter » aux yeux d'autrui, comme pour tenter d'annuler le jugement négatif qu'on pourrait porter sur eux ou sur la personne suicidée. Certains se positionnent en « sauveur » face à la détresse d'autrui : telle femme ne se lie qu'à des hommes souffrant d'alcoolisme, comme son conjoint suicidé ; tel adolescent s'impose d'être irréprochable en tout et pour tout pour, dit-il, « laver l'honneur de mon père disparu » et « prouver aux gens que c'était un homme bien ». Ce désir de réparation et de restauration de l'image sociale de la personne disparue conduit parfois le proche à négliger ses propres besoins ainsi que les exigences de son propre travail de deuil.

D. La colère :

Le suicide fait violence à la personne en deuil et celle-ci riposte souvent à cette violence par la colère. Les cibles de cette colère sont multiples :

- **La colère peut se focaliser sur autrui** dans une recherche de boucs émissaires qui pourraient endosser la responsabilité du geste suicidaire (et donc en affranchir le proche en deuil...).

- **La colère est parfois dirigée contre soi.** Dans ce cas, la frontière entre colère et culpabilité est très floue.
- **La colère contre la personne disparue** : c'est une spécificité de ce deuil après suicide. Comme le souligne Michel Hanus dans son ouvrage « Le deuil après suicide », « *la spécificité première de ce deuil est d'avoir été provoqué par celui ou celle dont on est en deuil* ». Celui qui tue et celui qui est tué se confondent : que devient alors la haine de la personne en deuil contre le meurtrier qui est en même temps la victime ?... Pour contourner cette difficulté, cette colère est parfois niée ou refoulée, le risque étant de la retourner contre soi avec l'apparition de complications somatiques qui en seraient l'expression déguisée. Parfois elle est revendiquée avec force, même si elle est toujours empreinte d'une douloureuse culpabilité. L'accompagnement du deuil doit faire une large place à l'identification et à l'expression de cette colère.

D. Le soulagement et l'ambivalence

Il est parfois difficile pour les proches en deuil d'« avouer » leur soulagement après le décès de la personne suicidée. Dans certaines situations un peu extrêmes de perturbations majeures du cours de la vie au quotidien (alcoolisme sévère, comportements chaotiques de la personne suicidaire avec TS à répétition mettant en danger l'équilibre familial, vécu traumatisant pour les proches face aux hospitalisations multiples en psychiatrie, fugues... etc.), le suicide est perçu comme la fin d'un calvaire, tant pour la personne disparue que pour les proches. Ce constat est néanmoins extrêmement difficile à admettre et il est pétri d'ambivalence. L'accompagnement aide à mettre des mots sur cette ambivalence douloureuse.

F. Le vécu de peur et d'anxiété

De nombreuses personnes en deuil après le suicide d'un proche font part de **l'ébranlement de leur sentiment de « sécurité fondamentale »** à exister dans le monde. A côté de l'hypervigilance au quotidien qui est davantage un critère diagnostique du syndrome de stress post-traumatique et du stress chronique qui l'accompagne, on retrouve un cortège de peurs nouvelles engendrées par le suicide dont voici quelques exemples significatifs :

- Beaucoup de proches reconnaissent vivre dans **la peur d'un nouveau suicide** dans leur entourage. Ils redoutent un nouveau décès ou une nouvelle catastrophe. Ils font part d'un vécu d'angoisse, d'insécurité où tout devient imprévisible. Ceci est source d'une plus grande fragilité et vulnérabilité face à l'existence.
- **Lorsque le compagnon ou la compagne s'est suicidée**, certains conjoints en deuil parlent d'une méfiance à aimer à nouveau, d'une peur à s'engager à nouveau dans un lien qui pourrait potentiellement être source de souffrance, si le nouveau conjoint venait lui/elle aussi à se suicider. D'autres parlent encore de la peur d'être abandonné à nouveau. Même si la plupart sont conscients de l'irrationalité de ces peurs, elles font

néanmoins obstacle à de nouveaux engagements et investissements affectifs. Elles peuvent freiner le retour à une vie affective apaisée.

- **Les parents en deuil après le suicide** d'un des leurs enfants sont confrontés à une sévère remise en question de l'éducation prodiguée à l'enfant disparu. Happés par la peur que tout recommence et qu'un de leurs enfants restants passent lui aussi à l'acte, certains oscillent entre une « rigidification » du cadre éducatif s'ils estiment avoir été laxistes auparavant ou, à l'inverse, un assouplissement de ce cadre s'ils sont convaincus avoir exercé une trop grande rigueur sur l'enfant disparu.

Dans certains cas, on observe même une démission plus ou moins radicale du rôle parental tant les parents se sentent incompetents (voire même « dangereux ») dans l'exercice de leur rôle. Ces changements sont évidemment déstabilisants pour le reste de la fratrie. Les parents peuvent également développer des attitudes de surprotection (parfois étouffantes) à l'égard des autres enfants. Ceci est également source de désorganisation au sein de la cellule familiale.

En conclusion...

Au regard de ce qui précède, on peut avoir une image très sombre du deuil après suicide. Il est vrai qu'il s'agit là d'un deuil générateur d'une immense souffrance sur le long cours. Néanmoins, toutes les personnes en deuil après suicide ne présentent pas heureusement l'ensemble des éléments du tableau clinique général qui vient d'être exposé.

Quoi qu'il en soit, si un doute persistait dans les esprits sur la pertinence d'une aide spécifique au cours de ce deuil si particulier, j'espère que les différents enjeux présentés ont éradiqué ce doute. Tous ces enjeux justifient une réflexion de fond sur les modalités d'aide à apporter aux personnes endeuillées par suicide.

Mon expérience de l'accompagnement du deuil après suicide m'a montré combien l'approche plurielle donne de bons résultats :

- Un suivi de deuil individuel avec un professionnel psy (ou un bénévole correctement formé) qui connaît *dans le détail* les enjeux du deuil après suicide
- Un diagnostic et un traitement précoce des éventuelles complications post-traumatiques (PTSD)
- Un diagnostic et un traitement précoce d'une possible décompensation dépressive
- Le recours aux ressources associatives d'accompagnement du deuil (« Vivre son deuil », « Phare Enfants Parents », « Jonathan Pierres Vivantes »... etc) : groupes de paroles, suivis individuels, éducation des proches aux dimensions particulières de ce deuil, actions de sensibilisation autour du suicide et de la prévention du suicide.