

Audition publique :

Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien.  
Paris 25 et 26 novembre 2009

L'impact du suicide sur l'entourage :

Etat des lieux sur les interventions de soutien proposées en Suisse ;  
L'expérience du centre de prévention du suicide de Genève comparée au  
programme « L'autre Temps » du CPS de Bruxelles. -

**Maja Perret-Catipovic**

Psychologue – spécialiste en psychothérapie FSP

Responsable du Centre d'Etude et Prévention du Suicide

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

**Hôpitaux Universitaires de Genève - Projet Children Action**



20 av Beau-Séjour  
CH - 1205 Genève

[Maja.perret@hcuge.ch](mailto:Maja.perret@hcuge.ch)

Dans le temps imparti je me centrerai essentiellement sur le travail du Centre d'Etude et de Prévention du Suicide (CEPS) à Genève qui n'est de loin pas représentatif de l'ensemble des interventions de soutien proposées en Suisse. Il s'agit plutôt d'un projet phare qui suscite toujours un grand intérêt mais n'a pas encore été répliqué. Conformément au mandat, le fonctionnement du CEPS sera comparé à celui du programme « *L'autre Temps* » tel que décrit dans la documentation de ce programme Bruxellois. ( <http://www.preventonsuicide.be/view/fr/activitesCPS/Deuil.html>)

Le CEPS est né à Genève en 1996 parallèlement à la création d'une structure d'accueil hospitalier pour adolescents suicidants qui prenait modèle sur le centre Abadie de Bordeaux. Il est le fruit d'un partenariat entre les Hôpitaux Universitaires de Genève et la fondation Children Action. Les réflexions suivantes ont précédé sa création :

Après un colloque en 1994 qui avait pour thème : Le suicide des adolescents : au-delà de l'épidémiologie, quelles perspectives thérapeutiques ? (Ladame et al, 1996) nous étions convaincus que la communauté scientifique détenait les moyens thérapeutiques pour venir en aide aux adolescents suicidants (traitement pharmacologique ; différents types de traitements individuels et de groupe ; traitements hospitaliers à temps plein et temps partiel etc). Toutefois, une question centrale demeurait non posée: celle de la participation des adolescents à ces soins efficents.

Quelles que soient les études sur la suicidalité des adolescents, où qu'elles aient été menées, une différence consternante saute aux yeux. La comparaison entre les études en population générale et celles en milieu clinique met en évidence que seuls 10% des adolescents suicidants sont connus des services de soins (Gasquet et al, 1999; Gould et al, 2004). C'est à ces 10% que les soins seront proposés et, selon l'approche, seuls 10, ou au mieux 20% de ces 10% accepteront les soins au-delà de ceux prodigués dans l'urgence.

Dès lors, nous avons considéré qu'une unité hospitalière qui visait à mieux soigner les adolescents suicidants preneurs de soins ne devait pas laisser dans l'ombre les 90% d'adolescents qui souffrent tellement qu'ils ne peuvent accéder aux soins.

Nous avons créé le CEPS en ayant pour objectif de minimiser le risque suicidaire des adolescents suicidants qui refusent les soins.

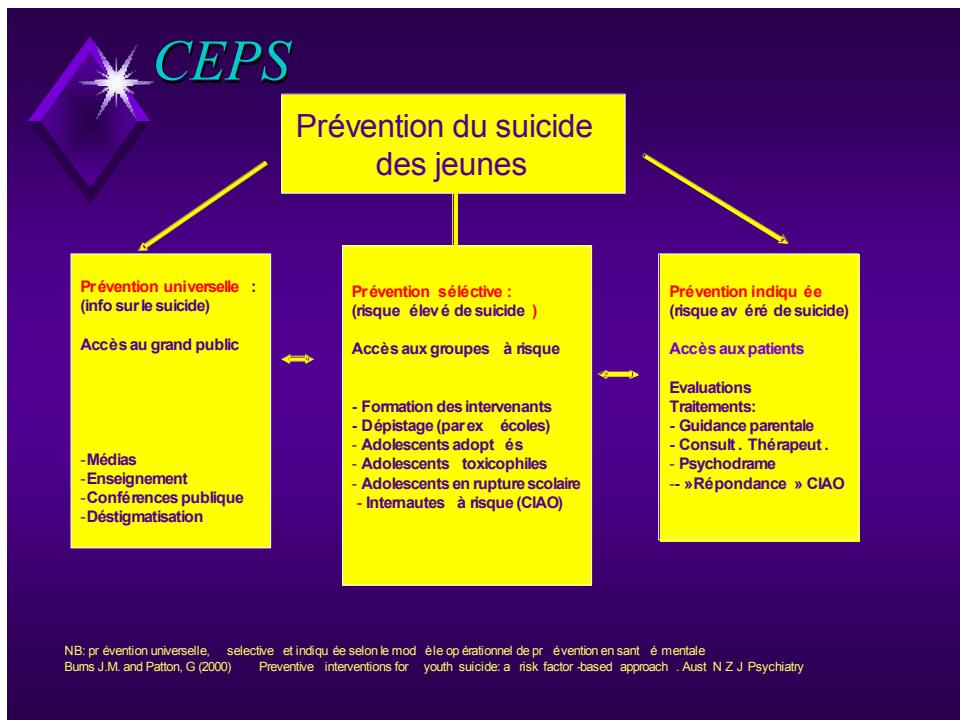
Notre centre se limite à une population définie : les adolescents et jeunes adultes et à une problématique spécifique : le suicide

*En comparaison, le programme l'Autre temps du CPS de Bruxelles s'adresse aux plus de 18 ans et la problématique spécifique est le deuil après suicide. C'est l'un des programmes du Centre de Prévention du Suicide qui décline ses activités de façon plus large.*

Nous avons décliné notre activité de prévention en trois volets :

Prévention 1) universelle ; 2) sélective ; et 3) indiquée – selon la proposition du

modèle opérationnel en santé mentale proposé par Burns et Patton (2000).



Notre but est d'éviter des passages à l'acte suicidaires en améliorant par tous les moyens la possibilité de recourir à l'aide lorsque celle-ci est nécessaire. Qu'en est-il suite à l'exposition à un suicide qui a abouti à la mort ? Quel soutien offrir et surtout, compte tenu de notre spécificité, comment le rendre accessible et acceptable pour les adolescents ?

Nous pensons que les activités de « postvention » doivent se décliner dans les trois zones de prévention.

### **1) Prévention Universelle :**

Elle consiste à informer le grand public sur la problématique du suicide et à former les intervenants. Tous les canaux de diffusion sont utilisés, en particulier les Médias. Un des objectifs visés est la déstigmatisation des suicidants. Quel intérêt cela peut-il avoir pour les adolescents ?

La recherche récente met en évidence que, en comparaison avec des adolescents dont un des parents est décédé d'une autre cause le point commun aux enfants et adolescents dont un des parents est décédé par suicide concerne surtout les réactions sociétales et la stigmatisation du suicide.

Selon plusieurs études qui font encore débat (revues par Kuramoto et al, 2009), les deux groupes ne différeraient pas sur la plupart des variables psycho-sociales étudiées. Ils ne seraient pas plus suicidaires, plus déprimés, ne développeraient pas plus de PTSD etc. Quelques particularités caractériseraient néanmoins le groupe

« parent suicidé ». Les enfants dont l'un des parents est décédé par suicide souffrent bien plus du sentiment de honte et de culpabilité, éprouvent bien plus de colère et ont une tendance à blâmer : soi-même, autrui ou encore la société. Ces deux derniers points pourraient éclairer une autre découverte surprenante ; ces adolescents dont un des parents s'est suicidé développeraient plus de conduites délictueuses, (comme autant de manifestations de colère et d'accusation ???).

Toutefois, ces rares travaux qui ont étudié de façon spécifique l'impact du suicide de l'un des parents sur l'enfant se sont heurtés à des difficultés méthodologiques de taille. Ainsi par exemple, la portée des études est limitée par le fait que l'évaluation concernant le fonctionnement psychique de l'adolescent a souvent été faite au cours d'entretiens avec le parent survivant (ou son substitut). Or, il est apparu que dans bon nombre de situation il n'était pas même sûr que les enfants/adolescents savaient de quoi est décédé le parent suicidé.

Le poids du tabou et de la stigmatisation du suicide rend incontestablement difficile toute revendication, fût elle d'aide, de la part des enfants/adolescents qui ont survécu au suicide d'un de leurs parents. La honte et la culpabilité déploient leurs effets délétères d'autant plus lorsque leur expression est réprimée.

Nos actions de prévention « universelle » s'adressent à la population générale par le biais des médias mais aussi par l'intermédiaire des intervenants habituels auprès d'adolescents (auxquels nous proposons des sensibilisations et formations) comme le sont les enseignants, les éducateurs, les ecclésiastiques, mais aussi les amis et voisins, les médecins etc...

Le but en est de permettre une meilleure reconnaissance de la problématique suicidaire afin de lui garantir un meilleur accueil dans la société en général. Nous pensons qu'un accueil moins stigmatisant peut favoriser les demandes d'aide voire l'acceptation de l'aide lorsque celle-ci est nécessaire.

Dans cette optique, le CEPS est partenaire de l' « alliance contre la dépression » (<http://www.eaad.net/fra/network-partners-1.php>) que le Canton de Genève a placé parmi ses priorités de santé publique pour les années à venir.

*En comparaison, le programme l'Autre temps ne gère pas la prévention universelle. Elle est en revanche assumée par le Centre de Prévention du Suicide de Bruxelles dont un des volets est constitué par le programme l'Autre temps.*

## **2) Prévention indiquée.**

La prévention indiquée vise à contenir le risque de passages à l'acte suicidaires et de suicides en identifiant et ciblant de façon spécifique les groupes à risque.

Est-ce que les adolescents dont un des parents s'est suicidé constituent un groupe à risque ? Il peut paraître choquant de poser la question tant la réponse nous semble évidente.

Mais la recherche récente (Kuramoto et al, 2009) nous oblige à nuancer la manière d'aborder tant la question que la réponse.

### Adolescents endeuillés par suicide

Le groupe d'adolescents qui ont perdu un des parents par suicide s'avère très hétérogène. L'impact des circonstances qui entourent le suicide priment sur celui de la cause particulière du décès. Peu de points communs semblent regrouper les adolescents dont le parent suicidé vivait séparé de ses enfants et les adolescent qui ont retrouvé eux-mêmes le corps du parent décédé au domicile familial. La qualité des interactions après le décès est bien entendu importante dans la capacité de l'adolescent de gérer ce traumatisme, mais cette qualité de l'environnement était sans doute déjà présente avant le décès et permettait une élaboration psychique de la conflictualité, préparant en quelque sorte l'adolescent à faire face aux surcroits d'excitation ou de frustration, le protégeant de réactions « pathologiques ».

Comme pour d'autres populations, le deuil de l'adolescent suite à un suicide dépendra surtout des qualités des interactions avant et après le décès ainsi que des circonstances associées aux conditions du décès.

Ces adolescents ne représentent pas un groupe suffisamment homogène, à notre avis, pour pouvoir se trouver un dénominateur commun dans l'élaboration de leur deuil. Par essence à la recherche de leur identité, les adolescents témoignent répétitivement à quel point il leur est problématique de se sentir définis par l'action d'un autre, en l'occurrence par le suicide d'un parent. S'ils recherchent à cet âge des étagages groupaux, c'est pour se construire une identité autre que « enfant de... ». Nous avons bien sûr été associés à plusieurs tentatives à Genève pour créer des groupes de parole pour adolescents endeuillés par suicide (à l'initiative de la Croix Rouge, de Caritas ou d'autres associations) mais ces groupes n'ont jamais vu le jour faute de participants, mais peut-être aussi faute de gestion adéquate de l'offre. Nous avons renoncé à un groupe de parole pour adolescents dont un des parents s'est suicidé.

*En comparaison, le programme l'Autre Temps gère un groupe de parole pour endeuillés par suicide, que nous assimilons à la prévention indiquée. L'âge minimum pour y participer est 18 ans.*

### Le groupe face au suicide

Le suicide d'un adolescent interpelle ses groupes d'appartenance (famille, école, sport, loisirs...) et exige un temps de réflexion pour intégrer ce décès traumatique dans la réorganisation inévitable des groupes et structures. Il en est de même lorsqu'un adulte membre du groupe d'appartenance se tue (un parent, un professeur, un entraîneur, un prêtre etc...)

Par le biais de nos partenaires (intervenants en milieu scolaire ; médecins généralistes, pédiatres, légistes ; pompes funèbres ; police ; églises ; associations ; etc) nous sommes sollicités pour intervenir dans ces groupes.

Nous y assumons essentiellement des interventions de type « ventilation ». Nous veillons particulièrement à placer en priorité les interventions auprès du groupe d'adultes afin de leur permettre de rétablir leur cadre (de la famille, de l'institution, de groupe de loisir).

Même dans le cas de groupes qui ont établi leurs stratégies d'intervention de crise (certaines écoles ont par exemple des directives claires) les règles qui régissent les

groupes et institutions ont inévitablement été mises à mal par le drame du suicide qui invalide temporairement le cadre établi. Les enseignants, par exemple, n'osent plus noter les travaux de leurs élèves ; les parents prennent les enfants adolescents dans leur lit pour tenter d'éponger les angoisses nocturnes ; n'osent plus leur poser d'interdits.... Le rétablissement du cadre, si essentiel, est souvent difficile du fait des culpabilités et blâmes tues, exprimées, et parfois jetées à la figure de l'autre.

Dans ce contexte, nos interventions ont toujours une part de « ventilation » et une part de « psycho-éducation » ; leur durée est variable en fonction des demandes. Nous veillons particulièrement à ne pas intervenir auprès d'adolescents en l'absence de leurs référents habituels. Ce choix est discutable, mais ce que nous ont enseigné les postventions menées en milieu scolaire (Hazell P ; Lewin T., 1993), c'est que les pièges délétères sont nombreux, notamment le risque de désorganiser encore plus le cadre habituel et disqualifier les adultes significatifs.

Comme toute autre prévention sélective, ce type d'interventions permet le dépistage des individus qui présentent un risque suicidaire immédiat, et/ou qui montrent une fragilité psychique particulière et nécessiteraient une « prévention indiquée », c'est-à-dire un traitement.

Celui- ci peut être bref et immédiat, ou alors différé dans le temps.

*En comparaison, le programme l'Autre Temps n'assure pas d'intervention de ventilation et/ou de psychoéducation auprès des groupes d'appartenance des jeunes touchés par un suicide. Ces activités sont assumées par d'autres volets du CPS de Bruxelles.*

### **3) Prévention indiquée**

Par prévention indiquée Burns et Patton (2000) entendent toutes les actions thérapeutiques qu'elles visent à soigner un problème déclaré, à en prévenir la récidive ou encore à en soigner les conséquences.

Dans le cas d'adolescents qui ont été exposés au suicide d'un proche, il est toujours possible que le deuil traumatique décompense la santé psychique. Dans ce cas – et presque exclusivement dans ce cas, une évaluation individuelle de la situation s'impose. L'approche individuelle – psychodynamique pour ce qui nous concerne - déployera son cadre et ses spécificités, avec toutefois une sensibilité particulière à la question du suicide et au risque suicidaire.

Dans notre centre, ce travail porte essentiellement sur l'aménagement des conditions qui rendent le travail thérapeutique possible ou non. Notre orientation psychodynamique nous permet de travailler sur les résistances au traitement et au changement, ainsi que sur les écueils narcissiques et les identifications mélancoliques.

Dans ce cadre nous avons développé les consultations de « guidance parentale », des consultations face à face ou à distance avec les personnes de l'entourage des adolescents, ainsi que des consultations « à distance » avec l'adolescent lui-même, que ce soit par téléphone ou internet.

Nous utilisons ces moyens également pour identifier, constituer ou réactiver un réseau d'aide et de soutien autour d'un adolescent à risque suicidaire. Nous nous positionnons alors en deuxième ligne, en restant à disposition et encadrant si

nécessaire les interventions des personnes professionnelles ou non avec qui l'adolescent a déjà un lien de confiance.

Lorsqu'un traitement individuel devient possible, l'adolescent est référé aux services et thérapeutes compétents, dans le service public ou en pratique libérale, selon ce que l'évaluation indique comme optimal.

Le CEPS fait partie de l'Unité de Crise pour Adolescents qui offre un programme de soins hospitaliers spécifiques pour adolescents en crise et à risque suicidaire, ainsi que depuis peu un programme de soins ambulatoires intensifs pour cette même population.

Tout comme le CPS de Bruxelles, le CEPS fait partie d'un réseau d'acteurs de santé mentale local, national et international.

En conclusion, le CEPS est un sous-ensemble du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hôpitaux Universitaires de Genève. Il développe des stratégies pour prévenir le suicide des jeunes par des actions de prévention universelle – sélective et indiquée.

L'aide aux « survivants » d'un suicide n'est qu'un des volets de ses actions. Elle se décline dans les niveaux de prévention avec un intérêt marqué porté aux résistances aux soins.

De son côté, le programme l'Autre Temps est un sous-ensemble du Centre de Prévention du Suicide de Bruxelles. Il est prévu pour des adultes au-delà de 18 ans et gère un groupe de parole spécifique pour les endeuillés par suicide.

Tout comme le Centre de Prévention du Suicide de Bruxelles, après un suicide nous intervenons au niveau collectif et au niveau individuel et/ou familial. Le travail sur la déstigmatisation du suicide est une trame de fond de l'ensemble de nos actions.

## Bibliographie

Gasquet I, Ledoux S, Chavance M, Choquet M, (1999) Consultation of mental health professionals by French adolescents with probable psychiatric problem, **Acta Psychiatr Scand** 99:126-134

GOULD, M. ; VELTING, D. ; KLEINMAN, M; LUCAS, C.; THOMAS, JOHN G; CHUNG, M. Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**: September 2004 - Volume 43 - Issue 9 - pp 1124-1133

Hazell P, Lewin T (1933) An evaluation of postvention following adolescent suicide. **Suicide and Life Threatening Behaviour**, 23, 343-358.

Kuramoto J; Brent D., Wilcox H. (2009) The impact of Parental suicide on child and adolescent offspring, **Suicide and life threatening behaviour** 39 (2).

Ladame F, Ottino J, Pawlak C eds (1996) **Adolescence et suicide.**? Paris: Masson.

Perret-Catipovic M. (1999) Suicide prevention in adolescents and young adults : the Geneva University Hospital's Program, **Crisis** 1/20, p36-40.

Perret-Catipovic Maja (2004) **Le suicide des jeunes Comprendre, accompagner, prévenir**, St Augustin, St Maurice.