

**Université du Québec en Outaouais Groupe
McGill d'étude sur le suicide**

Paris, 25 et 26 novembre 2009

**Audition Publique organisée
par la Fédération Française
de Psychiatrie**

Les pratiques à proposer dans les suites
Monique Séguin Ph.D.

Audition Publique sur le thème «Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalité d'aide et de soutien»

Questions du comité de Pilotage : Le deuil, même difficile, n'étant pas une maladie doit-on après un suicide consulter un médecin ou un psy? Dans les associations spécialisées quels sont les endeuillés après suicide susceptibles de tirer profit d'un groupe de soutien? Quelles sont les meilleures règles de fonctionnement de ces groupes? Vers quels spécialistes orienter en cas de difficultés?

En l'absence d'une évaluation diagnostique précise, la question de l'intervention «la mieux adaptée et la plus efficace» ne peut pas être répondu. Il existe un large consensus dans la littérature scientifique quant au retentissement d'un deuil après suicide : choc, culpabilité, tristesse, difficultés sociales, isolement, souffrances, etc. Cependant, la présence des ces réactions n'entraîneront pas automatiquement le développement de troubles de santé mentale. Ainsi, les actions proposées doivent répondre aux besoins spécifiques des individus, tenant compte du fait que les personnes endeuillées ne constituent pas un groupe homogène nécessitant la même intervention, au même moment. Certaines personnes, entre autre celles qui ont des antécédents de maladies mentales (la dépression, des troubles anxieux, des troubles de toxicomanies, etc.) connues avant le décès (Bonanno & Wortman, 2004), seront plus à risque de développer un deuil complexe (deGroot, Keijser & Neeleman, 2006). Alors, il ne s'agit donc pas de proposer une aide à tous, mais d'identifier quels sont les sous-groupes de personnes endeuillées qui auront besoin d'une aide, de la spécifier et de déterminer à quel moment de leur deuil cette aide sera requise.

LES INDIVIDUS

Lorsqu'un événement tragique comme un décès survient, l'ampleur des réactions au deuil sera différente en fonction du niveau de proximité, du niveau d'attachement à l'autre, du niveau de vulnérabilité personnelle auxquels la personne endeuillée aura été exposée au cours de sa vie. Comme l'illustre le graphique suivant, le retentissement du décès peut varier en fonction de différences prédispositions, selon leur niveau de fragilité. Les individus qui sont les plus à risque peuvent être ceux ayant des troubles mentaux, suivi de ceux qui ont des vulnérabilités personnelles et enfin, ceux ayant des difficultés d'isolement ou d'ajustements.

De fait, il y a 15% des personnes endeuillées qui auront un trouble affectif majeur une année après la perte d'un proche (Hensley et al, 2009). Le processus de fragilisation n'est donc pas exclusivement relié à la nature du décès, mais également tributaire de diverses conditions, dont celles déjà présentes avant le décès (ex. : problèmes de santé mentale, nature et intensité de la relation avec la personne décédée, type d'attachement à la personne décédée, etc.). D'autres conditions sont quant à elles, associées aux circonstances du deuil (ex. : âge de la personne endeuillée, anticipation ou non du décès, etc.). Et finalement, il y a les conditions qui apparaissent après le décès (ex. : présence de relations conflictuelles avec des membres de la famille ou de l'entourage, difficultés de santé physique ou de santé mentale, mode de «coping», etc.). Le repérage de facteurs de risque ou des réactions complexes, identifiées de manière précoce, permettrait donc de proposer des interventions de deuil à certains sous-groupes spécifiques.

LES ACTIONS

En se basant sur la position théorique qui suggère la présence de sous-groupes différents chez les personnes en deuil après suicide, la variabilité du degré de vulnérabilité devrait signifier des types d'interventions différentes, en fonction de la sévérité de la symptomatologie. Cela dit, une

évaluation rigoureuse devrait permettre de distinguer les réactions de deuil douloureuses, intenses et qui demeurent dans les sphères de la normalité, de celles qui se complexifient par le développement de troubles de santé mentale. Les personnes ayant des difficultés de deuil complexes s'identifient clairement par la présence de troubles aigus ou chroniques de santé mentale et auront besoin d'encadrement de la part d'équipes spécialisées en santé mentale. Par contre, celles ayant des réactions de deuil «plus contenues» pourront souhaiter recevoir du soutien lors de cette période difficile de leur vie. Ainsi, certaines personnes pourraient avoir du mal à gérer certaines réactions de deuil, qui seraient qualitativement difficiles et le besoin d'avoir du soutien lors de certaines périodes du deuil. Pour ces raisons, il semble important de pouvoir assurer la présence et l'accès à un minimum de soutien, décliner sous différentes formes.

Différentes interventions peuvent être classifiées de la manière suivante :

- 1) Les interventions qui s'adresseront aux personnes qui vivront des deuils sans difficultés cliniques, et qui pourront, dans certains cas, avoir besoin d'interventions qui mobilisent le soutien social. On parle généralement ici de parrainage, de groupes d'entraide et de groupe de soutien, s'adressant en premier lieu, aux personnes qui se sentent seules et isolées à travers l'expérience du deuil.
- 2) Les interventions qui s'adresseront aux personnes ayant des deuils plus difficiles, pourront bénéficier d'interventions de psychothérapies plus classiques, individuelles ou familiales et qui s'adressent généralement aux personnes dont le deuil provoque l'émergence de deuil qualitativement difficile, de conflits personnels, etc. Les interventions de psychothérapies peuvent également s'adresser à quiconque souhaite réaliser une démarche personnelle.
- 3) Les interventions qui s'adresseront aux personnes qui vivent des deuils pathologiques auront besoin d'interventions dispensées par les équipes spécialisées en santé mentale. Ces équipes ciblent généralement des personnes ayant des troubles actuels et passés de santé mentale et qui ont un deuil complexe généralement associé à la présence de troubles comorbides. Une combinaison de plusieurs interventions effectuées dans un cadre simultanée ou séquentielle peut s'avérer efficace pour certaines personnes.

I. Parrainage, groupe d'entraide et groupe de soutien

Depuis plusieurs années, des interventions fondées sur la mobilisation du soutien social ou sur la création de nouveaux réseaux de soutien informels se sont développées pour venir en aide aux personnes endeuillées par suicide. Conçues à l'origine à l'intention de l'entourage immédiat des personnes suicidées, les activités de soutien à la suite d'un suicide occupent une place de plus en plus importante et se présentent sous plusieurs formes. Sans vouloir faire une description exhaustive de chacune de ces approches, il faut mentionner qu'elles ont en commun la mobilisation du soutien social lors de moments difficiles, souvent lors de moments de vie où les personnes en deuil souffrent de stigmatisation sociale, d'isolement et de solitude. Cette forme de soutien existe depuis plus de cinquante ans dans des situations de veuvage et a pris son envol dans des groupes associatifs, presque partout au monde. Les actions de ces associations s'articulent en général autour de plusieurs axes : la diffusion d'information et de publication, l'offre de lieux d'échanges entre individus, un encadrement de type psychoéducation pour les personnes en deuil, la formation auprès du grand public ou des intervenants professionnels, le travail de réseau entre différents organismes associatifs, le travail de sensibilisation et de défense d'intérêt, etc. (Séguin & Castelli- Dransart, 2006). Les interventions de parrainage se basent spécifiquement sur un jumelage d'individus récemment endeuillés avec d'autres individus ayant

eux-mêmes vécu et traversé un deuil et qui offre un soutien encadrée à la personne en deuil (Silverman, 1967). Cette forme de soutien peut être très utile dans un contexte éloigné des grands centres, où il est plus difficile d'offrir la tenue régulière de groupe.

Dans le cas des groupes d'entraide, le principe moteur de l'intervention de soutien est le même, à savoir qu'une personne ayant vécu ou vivant une difficulté est souvent mieux placée pour aider les autres affrontant la même situation. On parle aussi de groupe d'aide mutuelle ou de groupe de pairs. L'application de ce principe s'effectue en misant davantage sur la force du groupe que sur la rencontre entre individus. En effet, les groupes d'entraide réunissent plusieurs personnes affectées par un deuil. Ces groupes revêtent des formes et des structures variées, quoique leurs objectifs soient identiques. Les facteurs communs aux groupes d'entraide sont donc la mutualité, le partage collectif et l'affinité (Guay 1984; Hanus, 2004). Les rencontres sont structurées et contrôlées par les membres eux-mêmes. Le soutien que les gens y trouvent est issu de trois sources principales, dont l'une d'elles est la mise en présence d'autres endeuillés, qui viendra confirmer à la personne affligée qu'elle n'est pas seule à vivre la perte d'une personne significative dans sa vie. D'autre part, elle trouve un lieu permissif et ouvert à l'expression de toutes les réactions de deuil. Finalement, les endeuillés y trouvent des informations et de la documentation sur des sujets qui les intéressent. Quelques groupes d'entraide rejoignent périodiquement l'ensemble de leurs membres par l'intermédiaire d'un bulletin de liaison. Certains groupes d'entraide bénéficient aussi, de façon régulière ou occasionnelle, de professionnels qui rendent disponible leur expertise en matière de deuil.

Les groupes de soutien sont parfois confondus aux groupes d'entraide. Il faut souligner que les groupes de soutien diffèrent des groupes d'entraide en vertu de l'implication plus grande des professionnels et du soutien apporté aux cas individuels. Les objectifs des groupes de soutien penchent davantage du côté de la résolution de problèmes et de la relation d'aide, tout en reconnaissant le caractère bénéfique de l'entraide. Les groupes de soutien offrent des rencontres structurées où les endeuillés entreprennent une démarche facilitant la résolution du deuil. 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 consiste à coordonner la rencontre et à faciliter les interactions entre les participants. Malgré certaines différences de structures, ce type de soutien se base essentiellement sur la mobilisation du soutien social, sur l'échange et l'entraide que peuvent s'apporter les individus d'un même groupe qui ont vécus le même événement difficile.

Certains groupes offrent des rencontres fermées, c'est-à-dire qu'elles réunissent toujours les mêmes participants qui se revoient de semaines en semaines, alors que d'autres groupes optent pour des rencontres ouvertes dans lesquelles les participants se présentent régulièrement ou non, selon leurs besoins. La durée du soutien offert est également variable. Certains groupes offrent un nombre limité de rencontres, alors que d'autres groupes ne limitent pas le nombre de rencontres auxquelles un endeuillé peut participer. Dans la composition des groupes, il existe aussi des divergences quant à la nature de relation que l'endeuillé entretenait avec la personne décédée. Certains groupes préfèrent conserver une homogénéité de participants et le contraire amène certaines organisations à préconiser l'hétérogénéité des participants, parce que celle-ci favorise un dialogue plus ouvert entre les endeuillés.

Malgré qu'il y ait des groupes différents pour adultes et jeunes, les objectifs demeurent assez similaires. À notre connaissance, un seul groupe de jeunes endeuillés a été évalué et les résultats

démontrent des effets positifs, mais sans que les auteurs concluent à une efficacité du traitement (Daigle et Labelle, 2004). Les groupes de jeunes ou d'adolescents doivent être conduits avec prudence et les animateurs doivent tenir compte du stade de développement dans lequel les jeunes se situent et des défis inhérents à ce stade de développement. Ainsi, l'adolescence n'est pas la période la plus favorable à un dévoilement personnel trop intense devant un groupe, tout comme les plus jeunes pourront avoir du mal à soutenir l'expression de chagrin de leurs pairs. Plus d'études devraient évaluer le deuil et l'efficacité des interventions de deuil des jeunes et des adolescents.

Au cours des dernières années, une autre forme de soutien mutuel émerge : les groupes de soutien sur Internet. Pour plusieurs personnes, cette forme de soutien s'avère intéressant, compte tenu d'une accessibilité 24/7. Dans une étude comparative, Feigelman et coll. (2008) observent que les personnes endeuillées participant à un groupe d'entraide sur Internet se sentent, en général, plus stigmatisées et ont un niveau de dépression plus élevé que les personnes qui participent à des groupes sur un mode face à face.

L'efficacité du soutien et de l'entraide se traduit généralement par une évaluation de la satisfaction des participants. La plupart des participants disent en retirer plus qu'ils n'ont l'impression de donner, en dépit du principe de réciprocité dans l'aide. La majorité des aidés se sont sentis soutenus, reconnus et stimulés. Peu d'études ont réalisé une évaluation systématique de l'impact de ces groupes, cependant nous devons constater les limites méthodologiques importantes à ce type d'évaluations.

De façon générale et ce, malgré certaines différences de structures, les résultats font ressortir les trois points qui suivent: 1) Des effets positifs sans atteindre un seuil significatif. 2) Des bienfaits plutôt qualitatifs que quantitatifs. 3) Des résultats similaires d'un groupe à l'autre, quel que soit le type de groupes ou la durée. (Hopmeyer & Werk, 1994, Lund & Caserta 1992, Liberman & Borman 1986, Knight et al. 1980; Séguin, 2006; Daigle et Labelle, 2004).

Compte tenu de ces maigres conclusions, les professionnels qui dirigent ces types de programmes devront s'appuyer sur des principes cliniques pour guider les choix qu'ils feront. Par exemple, quant à la durée des programmes d'entraide, qui varient d'intervention très brève à des groupes permettant une implication sur plusieurs années. Sachant que l'adaptation au deuil se réalise généralement par un travail progressif, durant lequel la personne endeuillée apprend à vivre sans la présence de l'être aimé, la question de la durée du soutien doit être au centre des décisions cliniques. Étant donné l'investissement de temps et d'énergie que demande le maintien des programmes de deuil, il n'est peut-être pas justifié, compte tenu des données observées dans certaines études (Daigle et Labelle, 2004; Séguin et al. 2005), de maintenir des programmes très long. Cependant, les programmes courts et intenses ne sont peut-être pas efficaces pour soutenir le travail de deuil, qui s'étende sur une période beaucoup plus longue que quelques mois.

Il semble qu'il peut y avoir un espace pour chacune de ces approches : *groupe* vs *individuel*; *entraide* vs *soutien professionnel* ; *durée fixe* vs *durée flexible*, si l'on tient compte d'une adéquation entre les besoins de la personne endeuillée et de la compétence et la formation des animateurs. Il est important de reconnaître les limites de cette forme d'intervention et de ne pas tenter de répondre à tous les besoins par la mise en place de l'entraide et du soutien social.

II. Les approches de psychothérapies individuelles/ familiales et de groupe

Dans certains cas, le deuil après un suicide peut se révéler difficile, particulièrement pour les personnes présentant déjà certaines vulnérabilités avant le deuil (Castelli, 2004; McIntosh, 1992; Séguin, Lesage& Kiely 1995). Le décès après suicide pourra également, dans certaines circonstances où l'endeuillé aura été exposé à une scène traumatique, engendrer le développement d'un trouble de stress post traumatique.

Cependant, il faut noter qu'un deuil après suicide n'entraîne pas automatiquement un trouble de stress post-traumatique, car tous n'auront pas été exposés et témoin de la scène du suicide. Tout comme le fait d'avoir été témoin de la scène de suicide, n'amène pas automatiquement une complexification dans le processus de détachement du proche décédé. Cependant, l'exposition aux événements traumatiques peut générer des réactions de TSPT (Trouble de stress post traumatisant), susceptibles d'interférer avec le début du processus de deuil et ainsi, provoquer plus de détresse (Mitchell, 2004). Dans ce cas de figure, l'objectif thérapeutique devra considérer la superposition des difficultés, soit celle du traumatisme et celle du détachement de la personne aimée. Ainsi, la présence de problèmes concomitants lors de deuil traumatique, oblige le thérapeute à tenir compte du fait que les réactions de stress post-traumatique doivent être traitées en tant qu'entité différente de celle associée au deuil (Boelen, 2004).

Les études démontrent que les personnes ayant des difficultés psychologiques (Hawton et al., 2003) ou un cumul de facteurs de vulnérabilités personnelles (Murphy et al. 2003) pourront avoir plus de difficultés dans l'adaptation au deuil. Pour ces personnes, des interventions de psychothérapies peuvent s'avérer une bonne indication. Des psychothérapies individuelles, familiales ou de groupe peuvent être proposées et il restera à déterminer quel type d'intervention sera le mieux adapté pour chaque personne. À la suite d'une revue systématique de la littérature, qui évalue l'efficacité des interventions post suicide, McDaid et collaborateurs (2008) identifient trois études, dont le traitement a démontré un effet supérieur, lorsque comparé à un groupe contrôle sans traitement. Il s'agit ici d'une approche d'intervention cognitive-comportementale de type familiale, un groupe de psychothérapie pour enfants d'une durée de 10 semaines et d'un groupe de psychothérapie pour adulte d'une durée de 8 semaines.

Quant au cadre théorique, plus spécifiquement dans le cas de deuil compliqué, deux grands courants d'interventions émergent. D'une part, il y a des interventions centrées sur des dimensions interpersonnelles et dynamiques, basées sur l'exploration de la relation et l'interprétation des conflits (ex. : relationally focused treatment) et d'autre part, des interventions centrées sur des dimensions cognitivo-behaviorales, comme les approches basées sur la résolution de problème (Ogrodniczuk et al, 2002; Piper et al. 2002). Les résultats d'études récentes démontrent que ces deux types d'approches peuvent être efficaces, dans la mesure où elles s'adressent à des groupes distincts. Les personnes ayant moins d'habiletés et de capacités 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 (Mancini & Bonanno, 2006; Shear *et al*, 2001). Mitchell (2004) rapporte par contre un effet modeste d'une intervention de type *debriefing* auprès de personnes endeuillées par suicide. Constantino (2004) a évalué la différence entre deux types de traitements de groupe auprès de personnes endeuillées par suicide, assignées aléatoirement à une intervention sur l'exploration des émotions, comparativement à une intervention centré sur le soutien social. Les résultats indiquent une réduction des symptômes de détresse et de dépression pour les deux groupes. Murphy (2003) rapporte des résultats similaires auprès de parents ayant perdu un enfant par suicide. Les résultats démontrent peu de différences entre les parents inclus dans le groupe de traitement (thérapie de deuil) et ceux du groupe contrôle (soutien).

Lors d'évaluations, pratiquement toutes les études rapportent un niveau élevé de satisfaction chez les personnes endeuillées ayant eu recours à un traitement professionnel ou à un soutien associatif (Knight et al, 1992; Hopemeyer et al, 1994; Séguin et al, 2004). Selon McDaid (2008), malgré les effets positifs démontrés par les interventions post deuil, les résultats sont peu robustes. Généralement, les études d'efficacité de traitement indiquent des effets modestes chez les personnes qui ont des réactions de deuil en deçà du seuil de pathologie et des résultats 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 (Farberow, 1992; Murphy, 2003) et pour lesquelles les progrès en terme de symptomatologie seront également le plus significatifs. Certaines conclusions dissonantes émergent quant aux thérapies de deuil, qui dans certains cas, pourra contribuer à la fragilisation de certains individus (Bonnano, 2007). Shear (2001), évaluant un traitement de thérapie interpersonnelle avec des personnes endeuillées, conclut que le traitement n'est pas nécessairement supérieur à l'évitement, particulièrement pour les personnes ayant un deuil complexe et traumatisant. De fait, certaines études récentes suggèrent que l'évitement du travail de deuil serait, pour certains sous-groupes d'endeuillés, une meilleure stratégie que la confrontation active des sentiments douloureux et conflictuels du deuil (Fraley & Bonnano, 2004, Shear, 2001).

III. Interventions dispensées par les équipes spécialisées en santé mentale

Le deuil pathologique se distingue du deuil compliqué par la présence de troubles mentaux, souvent de troubles comorbides. Certains individus endeuillés par suicide peuvent développer des problèmes psychiatriques, tels qu'une dépression ou un trouble anxieux (Bailley, Kral & Dunham, 1999; Clark, 2001; Jordan & McMenamy, 2004; Mitchell, Kim, Prigerson & Mortimer-Stephens, 2004), entraînant des complications au niveau personnel, social, familial, professionnel, etc. Les études de notre groupe de recherche permettent de constater que les personnes ayant des antécédents de troubles mentaux, ou les individus ayant des troubles de santé mentale au moment du décès sont plus à risque de développer un deuil pathologique (Thériault & Séguin, 2009). Si bien que, le deuil d'un proche peut contribuer à l'émergence de troubles mentaux chez des personnes déjà vulnérables ou à la résurgence de troubles antérieurs chez d'autres. Pour des individus déjà vulnérables, la présence de dimensions traumatiques accompagnant le décès, pourrait amener ces individus à vivre le deuil comme une période de difficulté majeure. Dans de telles circonstances, il est clair que le tableau clinique est complexe et que le deuil devient une des difficultés, parmi les difficultés à traiter. Si les études indiquent peu d'efficacité de traitement chez les personnes qui ont des réactions de deuil en deçà du seuil de pathologie, les résultats sont plus probants et l'intervention nettement plus indiquée pour les personnes ayant des réactions de deuil pathologiques (Murphy et al, 2003). Les interventions associées à la prise en charge médicale ou psychiatriques, incluant les interventions de pharmacothérapies associées à des interventions de psychothérapie et des interventions de suivis intensifs, ont démontré une efficacité de traitement auprès des personnes ayant des troubles mentaux. Dans le cas de la prise en charge médicale ou psychiatrique, les équipes spécialisées interviendront sur l'ensemble des difficultés de santé mentale avec les approches connues en psychiatrie, après avoir réalisée une évaluation diagnostique précise.

IV. Conclusions et recommandations

Les interventions suggérées sont déclinées en fonction d'un niveau d'intervention plus léger à plus soutenus. Ces interventions ont été élaborées pour répondre à des besoins spécifiques et possiblement à des individus distincts. Cependant, certaines personnes pourront bénéficier d'interventions issues de deux niveaux simultanément, comme une intervention de psychothérapie individuelles conjuguée à la participation à un groupe de soutien, ce qui donnera lieu à des interventions qui seront proposées de manière séquentielle à d'autres personnes, allant d'interventions plus soutenues à des interventions plus légères, en fonction d'une amélioration de leur état.

De manière générale, les résultats actuels suggèrent que les personnes endeuillées peuvent toutes, à différents degrés, bénéficier d'intervention de deuil, sans que ce ne soit une condition essentielle à l'adaptation positive lors du deuil. Plusieurs personnes endeuillées pourront, avec le soutien de leurs proches, s'adapter adéquatement à ce deuil difficile. D'autres pourront choisir des interventions qui mobilisent le soutien social, l'échange et l'entraide pour faire face à ce deuil. Cependant il semble que les personnes vivant un deuil plus complexe bénéficieront davantage de thérapies de deuil. Les personnes ayant des conflits relationnels non résolus pourront bénéficier de thérapies centrées sur la relation d'objet, alors que les approches de type cognitivo-behaviorales semblent être efficaces pour les individus qui ont moins d'habiletés relationnelles. Enfin, les personnes ayant vécu des pertes traumatisantes et les personnes ayant des deuils pathologiques pourront avoir une augmentation de la symptomatologie et de la détresse

psychologique lors du traitement de deuil (Regehr, 2001) Ces personnes devront être prises en charge par des équipes spécialisées.

Indépendamment du type d'interventions proposées, certaines variables semblent démontrer plus d'efficacité ou plus d'impacts positifs que d'autres, dont la présence de thérapeutes bien formés (vs des thérapeutes non professionnels), l'utilisation de thérapie individuelle (vs la thérapie de groupe), un suivi plus régulier et soutenu (vs des interventions brève). Nous sommes forcés de constater qu'au delà de la satisfaction assez générale de personnes à l'égard d'une démarche thérapeutique, l'efficacité de ces interventions est loin d'être démontrée (Hawton, 2009).

En conclusion, nous recommandons que des efforts soient consentis, afin d'évaluer l'efficacité des différentes interventions, tout en tenant compte de leurs efficacités auprès de différents sous-groupes et à travers le temps.

Références

- Allumvaugh, D.L., & Hoyt, W.T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A Meta analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 370-380.
- Bailley, S.E., Kral M.J. & Dunham, K. (1999). Survivors of Suicide Do Grieve Differently: Empirical Support for a Common Sense Proposition. *Suicide and life threatening behavior*, 29, 265-271.
- Boelen, P.A., Van den bout, J., & De Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1339-1341.
- Bonanno, G., Neira, Y., Mancini, A., Coifman, K., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated Grief than Depression and Posttraumatic Stress Disorder? *Journal of Abnormal Psychology*, 11, 342,351.
- Bonanno, G., Wortman, C.B., & Nesse, R.M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology & Aging*, 19, 260-271.
- Castelli Dransart D. A. (2004). Le deuil à la suite d'un suicide: comprendre pour soutenir. *European Journal of Social Education*, 6, 65-73.
- Clark, S. (2001). Bereavement after suicide-How far have we come and where do we go from here? *Crisis*, 22, 102-108.
- Consantino, R. E., Sekula, F.L., Rubenstein, E. (2001) Group Intervention for Widowed Survivors of Suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31, 428-441.
- DeGroot ,M.H., De Keijser, J & Neeleman, J. (2006). Grief Shortly After Suicide and Natural Death. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 36, 418-431.
- Farberow, N., Gallagher, D., Gilewski, M., & Thompson, L. (1992). The Role of Social Support in the Bereavement Process of Surviving Spouses of Suicide and Natural Deaths. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 22, 107-124.
- Fraley, C., & Bonanno, G., (2004). Attachment and Loss: A test of Three Competing Models on the Association Between Attachment Related Avoidance and Adaptation to Bereavement. *Society for Personality and Social Psychology*, 30, 878-890.
- Hanus, M (2004). Le deuil après suicide. Maloine: Paris.
- Hopmeyer, E. et Werk, A. (1994). A comparative study of family bereavement groups. *Death Studies*, 18, 243-256.

- Jordan, J.R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and life-threatening behavior*, 31, 91-102.
- Knight, J. (1992). The suffering of suicide : the victim and the family. In PL Starck, J.P McGovern (Eds.). *The Hidden Dimension of Illness : Human Suffering*. National League of Nursing Press : New York (pp.245-268).
- Liberman, M.A., & Borman, L.D. (1986). The impact of self-help groups on the mental health of widows and widowers dans American journal of orthopsychiatry, no 56, p. 435-449.
- Lund, D.A., & Caserta, M. S. (1992). Older bereaved spouses participation in self-help groups, *Omega*, 25, 1, 47-61.
- Mancini, A.D., & Bonanno, G. (2006) Bereavement pp122-129 In J.E. Fisher & W.T.O'Donohue (Eds). *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*. New York: Springer.
- McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193, 438-443.
- McIntosh, J. L., & Kelly, L. D. (1992). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. *Crisis*, 13, 82-93.
- Mitchell, A.M., Kim, Y., Prigerson, H.G., Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated Grief in Survivors f suicide. *Crisis*, 25, 12-18.
- Murphy, S.A., Johnson, L.C., Wu, L., Fan, J.J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parent's 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.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.A., McCallum, M., Joyce, A.S., & Rosie, J.S. (2002). Interpersonal predictors of group therapy outcome for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 511-535.
- Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., Rosie, J.S., Ogrodniczuk, J.S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 525-552.
- Regehr, C. (2001). Crisis debriefings for emergency responders: reviewing the evidence. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1, 87-100.
- Séguin, M. , Lesage, A., & Kiely, M. (1995). Parental Bereavement after Suicide: a Comparative Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 4, 489-499.
- Séguin, M., Vinet-Bonin, A., Sénécal, I. (2004). Évaluation de quatre programmes de soutien de deuil auprès de personnes endeuillées suite à un suicide. *Psychologie Médicale*, 76, 17-24.
- Séguin, M, Castelli-Dransart, D.A.(2006) Le deuil suite à un suicide : symptomatologie et choix d'intervention. *Traité de Psychiatrie et de pédo-psychiatrie de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC)*. 37, 500-A-50, 1-8.
- Shear, M., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C., Vander Bilt, J., et al. (2001). Traumatic grief: A pilot study, *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506-1508.
- Silverman, P. (1967). Services for the widowed: first steps in a program of preventive intervention. *Community Mental Health*, 3, 37-39.