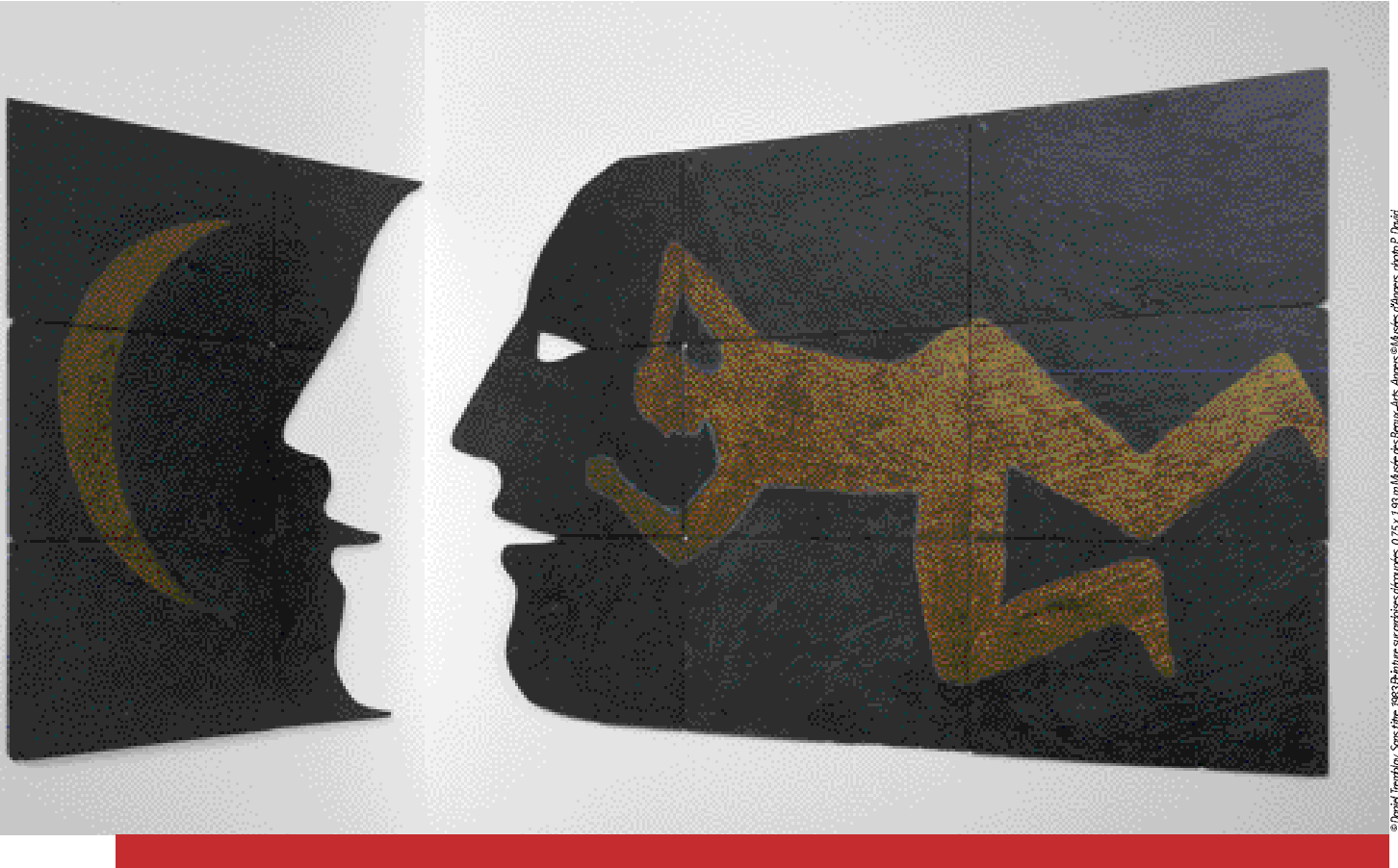


et après ?



© David Tremblay. Sans titre, 1982. Peinture sur bois : découpages 0,75 x 1,90 m. Musée des Beaux-Arts, Angers. Musée d'Angers, photo P. David

Ce dossier s'intéresse à ceux qui restent - parents, enfants, conjoint, collègues, amis... - après que l'un de leurs proches se soit suicidé. Comment porter avec eux ce traumatisme ? Comment repérer ses effets ? Comment accompagner leur besoin de comprendre ? Comment prévenir une contagion suicidaire chez les proches ? Comment écouter l'indicible ?

- 16 ▶ Décès par suicide : ceux qui restent... • Pr Guillaume Vaiva
- 21 ▶ Le deuil après un suicide • Michel Hanus
- 24 ▶ L'autopsie psychologique : pour quoi faire ? • M. Seguin, M. Parser, G. Turecki
- 31 ▶ Quelles modalités suicidaires ? • Philippe Lesieur, Vincent Faurie
- 36 ▶ Aspects philosophiques du suicide • Jean-Marie Brohm
- 40 ▶ « Ma dernière pensée... » • Dominique Friard
- 46 ▶ Lettres d'adieu... • N. Proia-Lelouey, H. Lechat, E. Thebault, F. Chastang
- 54 ▶ Accompagner les endeuillés familiaux • Karine Alarich, Céline Bonnaudet
- 58 ▶ Autour des traumatismes... • Marguerite Charazac-Brunel
- 60 ▶ S'écrouler sous le poids de sa vie... • Virginie Jardel
- 64 ▶ Suicide et responsabilité • Gilles Devers
- 68 ▶ Face au suicide d'un patient • Angella Castelli-Dransart
- 73 ▶ Pour en savoir plus • Ascodoopsy



Illustration : Philippe Brossier, 1997, en haut sur table, 2008

Pr Guillaume Vaiva,
département universitaire
de psychiatrie et pôle des
urgences, CHRU,
hôpital Michel Fontan, Lille (59).

Décès par suicide : ceux qui restent...

Deux questions devraient se poser systématiquement après un suicide ou une tentative de suicide : « existe-t-il un entourage » et « faut-il prévoir d'accompagner cet entourage ? ».

Chaque année, 10 000 Français mettent fin à leurs jours et presque 200 000 tentent de le faire. Rapportés au temps qui passe, les chiffres sont encore plus éloquents : un décès par suicide en France toutes les quarante minutes, une tentative de suicide (TS) toutes les deux minutes ! Pour un décès par suicide, on estime que l'on peut compter six endeuillés « directs » et vingt personnes au total en rapport plus indirect avec ce deuil (*Terra 2001, programme national de prévention du suicide*). Si l'on applique à l'entourage des sujets ayant fait une tentative de suicide la même arithmétique que celle décrite pour les endeuillés, on aboutit à ce qu'entre 1 200 000 et 4 000 000 de personnes soient concernées chaque année en France par le suicide ou la tentative de suicide d'un proche, soit un Français sur quinze.

■ Prévenir d'abord

Les lignes qui suivent abordent plus spécifiquement « l'après décès par suicide... » et donc l'entourage survivant, « ceux qui restent... » comme les dénomme le Professeur Michel Debout, auteur du rapport du Conseil Économique et Social sur le suicide. Bien sûr, soutenir et travailler avec l'entourage après un décès par suicide, c'est aussi apprendre sur le sujet suicidé, sur les dernières minutes, les dernières heures, les derniers jours de cet homme ou de cette femme. C'est là tout le champ d'étude et de prévention qu'apportent les « autopsies psychologiques » (*cf. article Monique Seguin, p. 24*). En reconstituant ces trajectoires de vie des sujets morts d'un suicide, nous pouvons définir ou ajuster nos pratiques ou nos politiques de prévention du suicide.

• Limiter l'accès aux moyens létaux

Isi apparaît clairement que la majorité de décès par suicide survient chez des sujets présentant, au moment de leur mort, un trouble psychique souvent non pris en charge. Cette donnée très importante doit déboucher sur des politiques de santé mentale moins timides, plus incisives dans leur communication « grand public ». Mais, les autopsies psychologiques mettent également l'accent sur l'accessibilité aux moyens létaux, l'accès aux armes à feu par exemple. Dans les moments ultimes d'un sujet décédé par suicide, la souffrance est telle que son raisonnement est très altéré : il ne

voit plus d'autre issue à son état que le geste suicidaire. Il suffirait de limiter l'accès aux moyens létaux pour diminuer le nombre de morts chaque année. Beaucoup de nations ont d'ailleurs montré l'exemple : la détoxification du gaz de ville en Angleterre, la limitation des armes à feu dans certains états américains et canadiens ont eu des effets directement mesurables sur la mortalité suicidaire. Des exemples plus quotidiens existent : les grilles de protection sur les quais du métro parisien, celles au sommet de la tour Eiffel ou sur le Golden Bridge à San Francisco, sur tous les ponts au-dessus des lignes de TGV, le conditionnement par petites quantités des médicaments psychotropes, l'équipement de certaines automobiles de détecteurs de monoxyde de carbone qui stoppent le moteur...

• L'aspect transgénérationnel

Mener ce travail d'autopsie psychologique, c'est rencontrer les proches du sujet décédé par suicide, et en particulier sa famille. Ainsi, certaines dimensions transgénérationnelles peuvent-elles apparaître. Néanmoins, il est clair qu'elles posent la question de la transmission génétique des conduites suicidaires. Des exemples célèbres viennent à l'esprit : la famille d'Ernest Hemingway et ses treize décès par suicide sur cinq générations ; l'étude des familles Hamish (côte Est des États-Unis) qui se tiennent à l'écart de la vie moderne et de ses violences, avec très peu de suicides sur cent ans d'analyse, les suicides survenant dans trois uniques familles...

Il est évident que le geste suicidaire est une résultante polyfactorielle, mais quelles en sont précisément les participations génétiques, comportementales ou culturelles ? Là encore, la recherche travaille sur tous ces domaines, de manière à apporter toujours plus de connaissances qui permettent ensuite de mieux définir les populations cibles qui bénéficieront alors de programmes d'intervention spécifiques.

• L'idée de la « postvention »

Les sujets survivants au geste suicidaire d'un des leurs sont eux-mêmes un groupe à risque pour les conduites suicidaires et constituent une population cible pour les programmes dits de « postvention ». Le terme de postvention a été introduit par Schneidman et l'association américaine de suicidologie (1998) : « la postvention est la prévention de la prochaine génération ».

C'est « la capacité et la possibilité d'intervention en situation de crise, permettant de soutenir et d'assister les personnes touchées par le décès par suicide d'un proche ». Les principaux objectifs de la postvention consistent donc à aider les survivants dans leur travail de deuil et à identifier les plus à risque de dépression, de troubles anxieux et de comportements suicidaires (*Gould & Kramer, 2001*).

L'imitation du comportement suicidaire, bien que rare, est au centre des préoccupations principales des programmes de postvention (*Phillips & Carstensen, 1986*). En conséquence, la plupart des protocoles mettent l'accent sur les stratégies visant à réduire les phénomènes d'identification à la personne décédée et donc à éviter de faire de son comportement suicidaire un modèle. Les objectifs supplémentaires incluent une information précise et appropriée sur le suicide (de manière à diminuer le phénomène de contagion) et la mise à disposition de structures qui facilitent les efforts de prévention.

Les attitudes et points de vue à l'égard du suicide sont culturellement très variables. Alors que certaines cultures voient le suicide comme un comportement approprié dans certaines circonstances, d'autres le sanctionnent fortement. La postvention doit donc être attentive à ces différences. Par exemple, le processus de deuil sera plus compliqué chez les individus animés de profondes convictions religieuses et/ou morales, considérant le suicide comme une grave erreur, voire un péché. Non seulement ces individus doivent faire face à leur chagrin, mais aussi subir les « sanctions » qui leur sont imposées par leur système de croyances. En contrepartie, le risque d'un comportement imitatif suicidaire dans un tel groupe est réduit. Inversement, lorsque l'on travaille avec des personnes qui ont une attitude plus « permissive » envers le suicide, le processus de deuil ne sera pas aussi compliqué, mais ce groupe peut être considéré comme plus à risque de contagion.

De toute évidence, tous les suicides n'ont pas le même impact et fournir une postvention lorsque cela n'est pas utile, c'est prendre le risque de « sensationnaliser » le comportement suicidaire. Si le défunt était bien connu (par exemple, un élève populaire ou un enseignant) et/ou si le suicide a été public (par exemple, survenant à l'école), alors une postvention sera nécessaire.

Si elle est appliquée alors qu'elle ne semble pas nécessaire, la postvention apportera une attention excessive sur le geste suicidaire et sera susceptible de véhiculer l'idée que le suicide est un moyen d'attirer l'attention.

Une fois la décision d'entamer une postvention, il faut s'efforcer de normaliser la colère souvent ressentie contre le défunt. Ne pas le faire peut conduire à un sentiment de culpabilité et à la dépression. En outre, il faut favoriser l'expression de la tristesse, et aider les survivants à supporter l'idée de la perte et le sentiment de vide laissé par la personne disparue. En fait, il faut distinguer les deux aspects complémentaires et opposés, de l'implication de l'entourage dans la survenue du geste suicidaire, puis de l'éventuel retentissement du geste sur l'entourage du suicidant.

■ Implication de l'entourage

En première analyse, nous dirions que les personnes les moins entourées sont les plus à risque de mort par suicide. Les chiffres du suicide de 2003 en France le montrent très bien : pour une mortalité moyenne par suicide de 17,8 pour 100 000 décès, on retrouve une moyenne de 58,8 pour 100 000 chez les veufs, 37,3 pour 100 000 chez les divorcés, 20,4 pour 100 000 chez les célibataires, 16,8 pour 100 000 chez les personnes mariées (*Inserm 2005*). En première analyse donc, l'entourage proche apparaît protecteur. En ce qui concerne les tentatives de suicide (suicidants), l'épidémiologie est plus contrastée. Dans la majorité des études de cohorte de suicidants, on retrouve environ la moitié des sujets mariés ou vivant en couple (*Vaiva BMJ 2006*). Pour l'autre moitié, les deux tiers sont des adolescents ou des adultes jeunes, encore souvent hébergés chez les parents. Ainsi donc, l'isolement relationnel n'est pas la règle chez les suicidants. Néanmoins, dans un cas sur deux, un conflit avec un proche est impliqué dans la survenue de la tentative de suicide. Notons que ce conflit relationnel est tout aussi souvent une trop grande proximité (physique ou affective), avec son lot de violences, qu'une trop grande distance, vécue très douloureusement par le suicidant (parents inattentifs ou inactifs, amoureux séparés...). Enfin, dans un pourcentage non négligeable de cas, le geste suicidaire signe une rupture réelle avec un proche : couple qui se sépare, enfant qui quitte le domicile familial ou

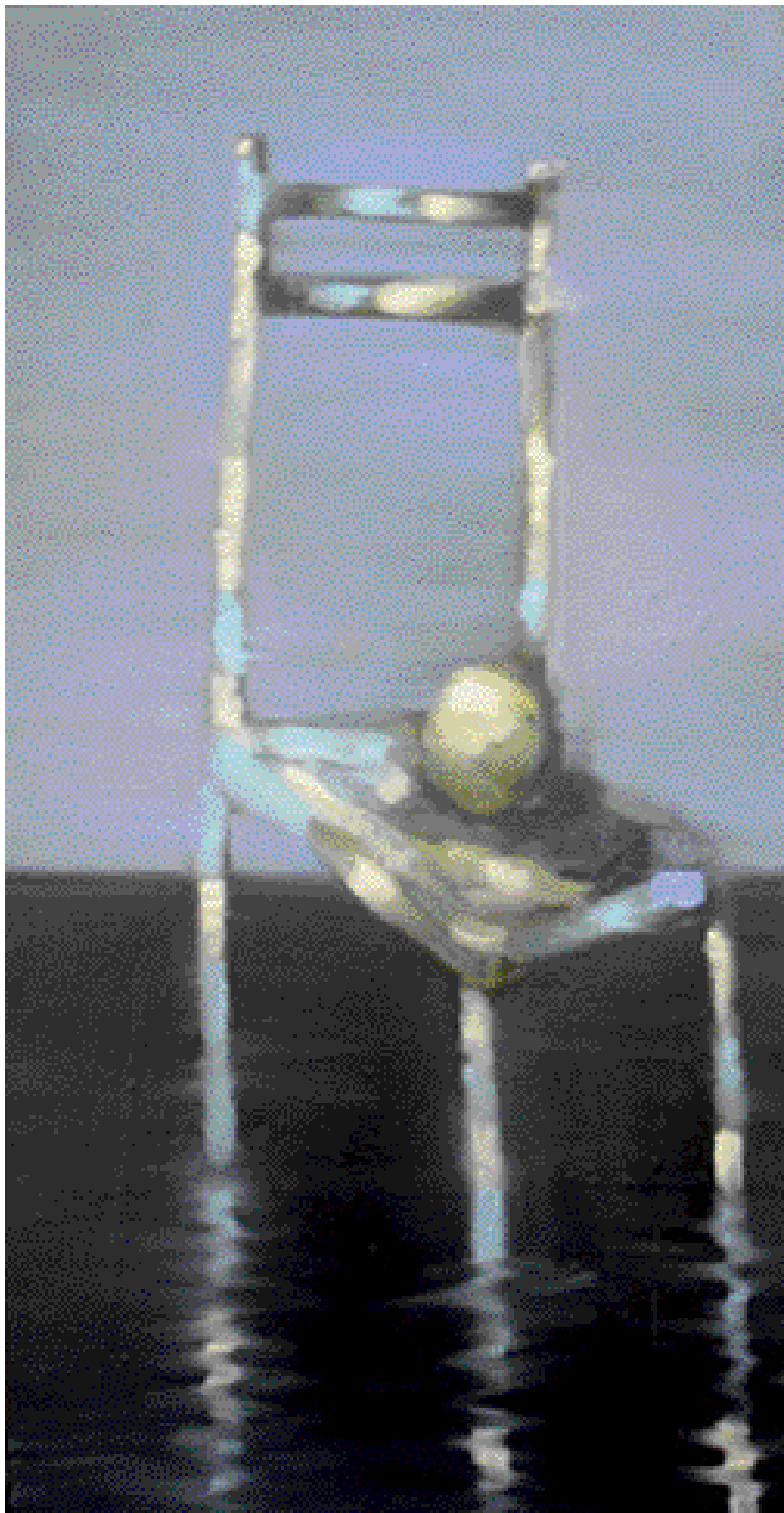


Illustration : Philippe Brossier - Un représentant, 1964, 120 x 80 cm, huile sur bois, 2006

celui d'un des parents, adolescent qui quitte son foyer d'accueil...

Dans les deux cas du suicide abouti et des tentatives de suicide, c'est souvent moins la qualité ou la quantité d'un entourage proche qui est trouvée significative dans le

contexte suicidaire, qu'une modification, un changement dans l'entourage existant (quel qu'il soit). C'est bien sûr le cas de la disparition d'un des proches, un décès ou une séparation. La période du deuil est à risque de comportements suicidaires, surtout si le

deuil est récent (moins d'un an), que la personne était proche du disparu, âgée, très isolée après la disparition de ce proche et que le disparu est mort suicidé. Dans les contextes de séparation, la même trame est en jeu, à ceci près que l'absence n'est pas toujours constante ou définitive. Dans ces cas, les moments où les deux protagonistes sont amenés à se rencontrer sont parfois autant de moments à risque. Notons également, qu'à un moindre degré, le risque ou la perspective de décès d'un proche, la menace d'une séparation, peuvent jouer un rôle équivalent dans le déclenchement d'un comportement suicidaire.

À côté de ces cas de disparition d'un des proches, nous retrouvons des situations de modification qualitative dans l'entourage d'un suicidant : un mari perdant durablement son emploi, un conjoint ou un parent sombrant dans l'alcoolisme, une personne âgée hébergée par ses enfants... C'est alors souvent le regard mutuel porté qui est mis en avant, la position affective : tel père qui ne regarde plus son fils de la même façon depuis qu'il a des doutes sur sa paternité, telle épouse qui apprend ou qui craint l'infidélité de son mari, tel adolescent qui se trouve bouleversé depuis qu'il a appris fortuitement le mois dernier qu'il a été adopté...

■ Retentissement du suicide

Les endeuillés suite à un suicide cumulent plusieurs des mêmes éléments de vulnérabilité retrouvés chez la personne suicidée (Séguin 1995). Le lien entre la psychopathologie familiale, l'adversité lors du développement et la psychopathologie personnelle font l'objet de plusieurs recherches (Bifulco 1998) : l'expérience du deuil par suicide conduit à des sentiments et à des réactions de choc, de culpabilité, de honte et d'embarras à l'égard du décès. Les endeuillés se sentent souvent rejetés et abandonnés par la personne qui s'est suicidée et ils interprètent ce suicide comme une preuve du peu de valeur qu'ils devaient avoir à ses yeux.

Dans certaines familles, on note des difficultés d'ajustement social suite au décès par suicide, des difficultés de cohésion familiale, moins de soutien affectif de la part de l'entourage et, par conséquence, des réactions émotionnelles douloureuses comme la honte, la culpabilité, l'auto-accusation et le sentiment de rejet et d'abandon. Les difficultés du deuil ne sont pas qu'une conséquence du suicide, il existait souvent

Un suicide ou une tentative de suicide va nécessairement retentir sur l'entourage proche qu'il faut prévoir d'accompagner.

une fragilité chez la majorité des personnes endeuillées avant même le décès (notamment une vulnérabilité dépressive). Les expériences de séparation durant l'enfance, souvent reliées à des difficultés familiales et à la mauvaise qualité des rapports parents/enfants, sont source de difficultés dans le développement des relations d'attachement et de l'estime de soi et dans la capacité à développer des relations intimes à l'âge adulte. Tous ces facteurs augmentent le risque de dépression et la perte par

suicide se rajoute ici à d'autres éléments de souffrance chez des personnes déjà vulnérables.

Le deuil est révélateur de la reconstruction des relations d'attachement puisqu'à ce moment, les ressources adaptatives d'un individu sont déployées au maximum. C'est dans cette perspective que les difficultés d'attachement augmentent la vulnérabilité aux épisodes dépressifs et influencent la probabilité d'un deuil difficile suite à une perte par suicide. En résumé, la littérature indique qu'il existe des difficultés considérables et un risque de développement de psychopathologie suite à un décès par suicide. Enfin, quelques travaux insistent sur les conséquences en termes de stress traumatique chez les proches ayant été directement exposés à la scène du suicide ou à l'activation de la chaîne des secours (James et Hawton 1985, Brent 1996).

Bien sûr le retentissement d'un décès par suicide ne peut pas être assimilé à celui d'une tentative de suicide. Dans ces derniers cas, le suicidant étant toujours là, l'entourage n'est pas complètement livré à lui-même et une partie de la problématique ressentie pourra être partagée avec le suicidant ou parfois projetée sur lui. Intervenir mieux et de manière plus précoce auprès de

À voir... À voir... À voir... À voir... À voir...

● L'âme de l'objet...



Philippe Brosse, dont les tableaux illustrent cet article et notre couverture, est le peintre de la matière et de la lumière. De l'obscurité, du magma originel, de la désespérance, filtre toujours une lumière, une lueur d'espoir, qui peut se transformer en aveuglante clarté. De la matière accumulée, en de nombreuses strates colorées plus ou moins sourdes, l'artiste fouille, creuse, gratte ce passé, cette mémoire venue du plus profond de cet espace-temps pour retrouver la vraie nature, l'âme même de l'objet ou de la figure qui finit toujours par émerger.

Philippe Brosse peint les natures mortes comme des visages et les visages comme des natures mortes car il ne représente pas leur réalité, mais leur quintessence. Avec lui rien n'est précisé, mais tout est dit, jusqu'au plus intime. Sous l'épaisseur de la matière, certaines traces du passé, non visibles, jouent un rôle important en participant à la force expressionniste du tableau. Philippe Brosse est né en 1966. Il vit et travaille, depuis 2001, en Normandie, au bord de la mer et aime recevoir le public à son atelier.

• **Contacts** : Tel: 06 62 34 12 73 ; www.philippe-brosse.com

• **Expositions à venir** :

- du 1^{er} au 31 mars 2009 : *Galerie Au Quai Dock, 23, Quai des Remparts, 14100 Lisieux. Tel 02 31 62 21 05*
- août 2009 : *Galerie de la Poterie du Mesnil de Bavent, 14860 Ranville. Tél. : 02 31 84 82 41.*

• **Galeries** : *Galerie de « l'atelier du génie », 28, passage du Génie. Paris 75012. www.galerie-atelierdugenie.com ; Galerie Be. (Bruxelles). Lagalerie.be/brosse/index.htm*

• **En permanence** :

- *Gallery 138, 4, place St Catherine, 14600 Honfleur. Tél. : 02 31 89 31 34.*
- *Au Quai Dock (Lisieux) (Voir adresse ci-dessus)*

ces familles peut alors prévenir des décès par suicide et la souffrance psychique.

Le seul travail à notre connaissance proposant un suivi sur le long terme de l'entourage du suicidant est celui de Magne Ingvar en 1999 en Suède. Une première partie de l'étude concernait 84 sujets, membre de l'entourage proche de suicidants, rencontrés au décours immédiat de la tentative de suicide (93 % d'une série consécutive d'admissions pour TS) (*Magne Ingvar 1999a*). Dans un second temps, les sujets étaient interrogés par téléphone sur leur bien être général à un an, ainsi que sur d'éventuels problèmes somatiques et psychopathologiques dans les deux semaines précédant l'interview (*Magne Ingvar 1999b*). La majorité d'entre eux (83 %) trouvait que leur bien être était satisfaisant à un an (« bon » ou « plutôt bon ») ; celui des conjoints était souvent moins bon que celui de parents ou d'amis proches. Parmi ces sujets « allant bien », certains rapportaient un ou plusieurs des symptômes suivants : inquiétude (34 %), fatigue (31 %), maux de tête (30 %), irritabilité (29 %), découragement (28 %), douleur épigastrique (28 %), sommeil altéré (25 %), tension psychologique (18 %), désespoir (18 %) et anxiété (14 %). Un tiers d'entre eux rapportait quatre symptômes ou plus. Parmi les sujets souffrant de troubles psychologiques, 32 % signalaient être aidés par un professionnel et/ou prendre un traitement, tandis que 16 % pensaient qu'ils auraient besoin d'une aide spécialisée. Parmi les quatre vingt quatre membres de l'entourage suivis, 17 % rapportait un mal être général, avec plus de quatre symptômes parmi la liste précédente.

Ce sous-groupe signalait plus volontiers d'importantes questions non résolues ou abordées en rapport avec la tentative de suicide du proche. Ces sujets avaient également un moins bon support social global. Les auteurs notaient qu'il n'y avait pas de corrélation entre la gravité du geste suicidaire ou la psychopathologie du suicidant et l'intensité du retentissement sur le bien être de l'entourage à un an. Ce travail de Magne Ingvar est malheureusement trop isolé. Il met en lumière la fréquence des éléments de détresse psychologique (au retentissement certes très variable), l'importance du soutien social et son pendant, les difficultés relationnelles intrafamiliales. Restent inexplorés : le rôle de la psychopathologie préexistante dans l'évolution de l'entourage, l'idéation suicidaire dans l'entourage,

les différences d'évolution entre proches ayant été témoins de la scène suicidaire et les autres (notamment en termes de stress traumatique), l'évolution chronologique de ce retentissement à court et moyen terme en fonction de la répétition ou non des gestes suicidaires... C'est pour tenter de répondre à certaines de ces questions qu'un programme hospitalier de recherche clinique est déployé en France métropolitaine depuis le printemps 2006 : quinze centres rencontrent des suicidants et leurs proches dans une enquête de suivi prospectif à trois mois et un an. En collaboration avec l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDÉS), cette cohorte de cinq cents familles sera comparée à la population française sur la période considérée, en terme de consommations médico-économique.

■ Pour conclure...

Des changements dans l'entourage d'un suicidant ou d'un suicidé peuvent souvent être retrouvés comme facilitateurs ou déclencheurs du geste suicidaire. Un suicide ou une tentative de suicide va retentir sur l'entourage proche. Cette interpellation de l'entourage du suicidant est une question centrale. Elle a rang de recommandation professionnelle pour la Haute Autorité de Santé (*Anaes 1998*) en ce qui concerne la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants. Ce critère semble néanmoins très susceptible d'être amélioré en France. Bouet et al. notaient en reprenant les résultats d'un audit national dans soixante-seize centres hospitaliers français (avec les recommandations de la HAS) que ce critère de l'interpellation de l'entourage était satisfait dans 44,6 % des cas au premier temps de l'audit et montait à 52,3 % après une simple sensibilisation au sujet (*Bouet 2005*). Dans les faits, une très grande majorité des tentatives de suicide dirigées vers les urgences hospitalières seront réadressées vers leur contexte de vie initial, moins de 24 heures après le geste. Pour d'autres, quelques jours après une hospitalisation dans une structure d'urgence ou dans un service de médecine, la sortie interviendra vers le circuit ambulatoire. Pour conclure et en prenant une position très pragmatique, deux questions devraient alors se poser systématiquement après un suicide ou une tentative de suicide : « existe-t-il un entourage » et « faut-il prévoir d'accompagner cet entourage ? ». ✨

● Bibliographie

- ▶ American Association of Suicidology (AAS). (1998). Suicide postvention guidelines : Suggestions for dealing with the aftermath of suicide in the schools. Washington, DC : Author.
- ▶ Bifulco, A.T., Brown G.W., Lillie, A. & Jarvis, J. (1996). Memories of childhood neglect and abuse. Corroboration in a series of sisters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 365-374.
- ▶ Bouet R, Glikman J, Terra JL, Mayault C. L'audit clinique appliqué à la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants : bilan d'une expérience auprès de 76 établissements. *L'Encéphale* 2005, 31 : 567-73.
- ▶ Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R. The impact of adolescent suicide on siblings and parents : a longitudinal follow-up. *Suicide Life Threat Behav* 1996, 26 (3) : 253-9.
- ▶ Gould, M.S., & Kramer, R.A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(Suppl.), 6-31.
- ▶ Haute Autorité de Santé (HAS/Anaes). Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, 1998. [http : /www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
- ▶ Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), 2005, Suicide, autopsie psychologique, outils de recherche et de prévention, Expertise Collective, 180 pages.
- ▶ James D, Hawton K. Overdoses : explanations and attitudes in self-poisoners and significant others. *Br J Psychiatry* 1985, 146 : 481-485.
- ▶ Magne-Ingvar U, Ojehagen A. Significant others of suicide attempters : their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999, 34/2 : 73-9.
- ▶ Magne-Ingvar U, Ojehagen A. One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999, 34/9 : 470-476.
- ▶ Phillips, D.P. & Carstensen, L.L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *New England Journal of Medicine*, 315, 685-698.
- ▶ Séguin M., Lesage A., Kiely M., (1995) Parental Bereavement after Suicide : A Comparative Study, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25,4, 489-498.
- ▶ Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, Goudemand M. Systematic telephone contacting of patients leaving the Emergency Department after a suicide attempt : does it affect the one-year outcome ? SYSCALL, a randomized controlled study. *British Medical Journal (BMJ)* 2006; 332: 1241-1245.