

UNIVERSITE DE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

La postvention auprès des endeuillés par suicide :
revue de la littérature, perspectives

Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 2018 à 16 heures
au Pôle Formation
Par Sébastien Dambry

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Christophe DEBIEN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AFSP	American Foundation for Suicide Prevention
ARS	Agence Régionale de Santé
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CPP	Code de Procédure Pénale
DCP	Deuil Complexe Persistant
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 th edition
ESA	Etat de stress aigu
IML	Institut médico-légal
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONS	Observatoire national du suicide
SKA-2	Spindle and kinetochore-associated protein 2
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UNPS	Union Nationale de Prévention du Suicide

Table des matières

Résumé	11
Introduction	13
Partie I: Le suicide et son impact sur les proches.....	15
I. Le suicide.....	16
A. Définition et terminologie	16
B. Épidémiologie du suicide	17
1. Épidémiologie du suicide dans le monde	17
2. Épidémiologie du suicide en France.....	18
3. Facteurs de risques du suicide et facteurs protecteurs	19
a) Les facteurs de risque individuels :	19
b) Les facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés.....	21
c) Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations	22
d) Les facteurs de protection contre les risques de suicide.....	22
II. Le suicide et les proches	23
A. Epidémiologie	23
B. Parcours médico-judiciaire	25
1. Aspects réglementaires	25
2. Aspects scientifiques	26
a) 2.1. Levée de corps et examen de corps	26
(1) Généralités	26
(2) Objectifs de la levée de corps	27
b) L'autopsie médico-légale ou judiciaire	27
(1) Généralités	27
(2) Les objectifs de l'autopsie médico-légale	27
C. Impact du suicide.....	29
1. Deuil	29
a) Le deuil non pathologique	29
b) Le deuil complexe persistant	31
2. Réactions de stress et impact traumatique	33
a) État de stress temporaire	33
b) Impact traumatique	34
(1) Etat de stress aigu (ESA).....	35
(2) Trouble stress post-traumatique (TSPT)	35
3. Deuil et psychotraumatisme.....	36
4. La détresse psychologique	37
5. Réactions de crise suicidaire.....	41
6. Comorbidités	44
Partie II: La postvention auprès des endeuillés par suicide.	46
I. Le concept de postvention	47
A. Définition.....	47
1. Histoire et terminologie	47
2. Objet.....	50
3. Modélisation systémique	52
4. Champs d'application	55
B. Autopsie psychologique.....	56
C. Les dispositifs existants	57
D. Recommandations.....	58

II.	Revue des études évaluant les activités de postvention auprès des endeuillés.....	60
A.	Méthodologie	60
B.	Flow chart de la revue	62
C.	Tableau des études évaluant les activités de postvention auprès des endeuillés.....	63
D.	Résultats.....	67
1.	Caractéristique des études	67
2.	Types d'interventions.....	68
3.	Types d'intervenants.....	68
4.	Durées des programmes	68
5.	Durée de suivi	69
6.	Mesures.....	69
7.	Résultats concernant l'efficacité des programmes de postvention pour les endeuillés par suicide.....	70
E.	Discussion autour de l'efficacité des programmes de postvention pour les endeuillés par suicide.....	72
1.	Efficacité des programmes de postvention sur les réactions associées au stress.....	72
2.	Efficacité des programmes de postvention sur le deuil	75
3.	Efficacité des programmes de postvention sur les idées et comportements suicidaires ...	77
4.	Impact des programmes de postvention sur les autres comorbidités	78
5.	Discussion autour des intervenants	79
6.	Discussion autour de la satisfaction, du suivi et des groupes cibles.....	80
7.	Discussion autour des types d'intervention et de la temporalité.....	81
8.	Limites	83
F.	Conclusion autour des études.....	84
	Partie III: Perspectives	86
I.	Stratégies d'intervention	87
A.	La population cible	87
B.	Logique d'intervention	87
C.	Objectifs et moyens.....	88
II.	Etat des lieux	94
III.	Considérations éthiques autour du contact auprès des familles endeuillées.....	96
IV.	Composantes d'une stratégie nationale de postvention.....	97
1.	Engager les parties prenantes	99
2.	Surveillance.....	99
3.	Restriction des moyens	100
4.	Médias.....	100
5.	Accès aux services	101
6.	Formation et éducation.....	101
7.	Traitement.....	102
8.	Sensibilisation	104
9.	Lutte contre la stigmatisation.....	104
10.	Mener des activités d'évaluation et de recherche	105
11.	Supervision et coordination	105
	Conclusion	110
	Références bibliographiques	112
	Annexes	126

RESUME

Introduction : En 2014, le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès estimait à 8 885 le nombre de décès par suicide en France. Environ 6 endeuillés directs et 20 endeuillés indirects seraient impactés. Le décès par suicide est associé chez l'entourage à des réactions pathologiques fréquentes de deuil, de stress et de crise suicidaire. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'efficacité des stratégies de postvention auprès des endeuillés par suicide.

Méthodes : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en utilisant les bases de données Medline et PsychINFO avec l'algorithme de mot clés suivant : « SUICIDE » AND (« POSTVENTION » OR « BEREAVEMENT » OR « SURVIVOR »). N'ont été inclus que les articles écrits en anglais et évaluant des programmes de postvention pour les endeuillés par suicide. La période d'investigation n'était pas limitée.

Résultats : Dix articles cohérents avec l'objectif de la revue ont été identifiés. Les programmes de postvention axés sur la famille inclus dans cette analyse comprenaient essentiellement des interventions de groupe de soutien. Les principaux résultats retrouvés étaient une amélioration à court terme et à long terme des symptômes dépressifs, une réduction à court terme et à long terme des symptômes d'anxiété, une réduction à court terme de la détresse psychique, l'amélioration à court terme et à long terme des expériences de deuil et une amélioration significative de l'adaptation

sociale. Les participants ont également exprimé leur satisfaction à l'égard de l'aide offerte par les groupes de soutien. Nous retrouvons une diminution à long terme des idéations et comportements suicidaires, de la dépression, de l'anxiété, du trouble stress post-traumatique et un meilleur ajustement social chez les enfants et les adolescents. Les activités de sensibilisation sur le lieu du suicide ont permis d'augmenter la fréquentation d'un groupe de soutien et de demander de l'aide dans un centre de crise.

Conclusion : La postvention a ainsi été identifiée comme une composante essentielle de la prévention du suicide, même si d'autres modalités d'interventions que le groupe de soutien sont essentielles à mettre en place par des professionnels formés, et que davantage de recherches sont nécessaires afin d'appuyer empiriquement son efficacité. Une stratégie d'intervention est importante à mettre en place et à inclure dans une stratégie globale de prévention du suicide.

INTRODUCTION

Le suicide est un problème majeur de santé publique avec environ un mort par suicide toutes les quarante secondes à travers le monde.(1) L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime en effet que près de 800 000 personnes se donnent la mort chaque année, ce qui en fait la 15e principale cause de mortalité, alors même que celle-ci est évitable. En 2014, le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc – Inserm) estimait à 8 885 le nombre de décès par suicide en France, soit près d'un suicide par heure. (2) L'impact économique annuel des tentatives de suicide et des suicides est très lourd, étant estimé à 5 milliards d'euros (3). La prévention du suicide repose en grande partie sur l'identification des facteurs de risque du suicide propres à une population, un mode de vie, un contexte sociodémographique, une culture afin de mener par la suite des actions appropriées et cohérentes. Dans environ 50% des cas, le suicide se déroule au domicile et ce sont les proches qui découvrent le corps (4). En France, on estime qu'il y a environ chaque année 50 000 endeuillés directs et 180 000 endeuillés indirects (5). Le décès par suicide est associé chez l'entourage à des réactions délétères fréquentes associées au stress, à la crise suicidaire et au deuil, nécessitant des prises en charge spécifiques. Shneidman a défini la postvention comme un ensemble d'interventions contribuant à diminuer les impacts traumatiques des morts violentes sur les survivants (6). Le but de la postvention est de prévenir le risque de suicide chez ces endeuillés et de les aider à retrouver une qualité de vie.

Il apparaît que dans la plupart des pays, les services de postvention sont sous-développés (). Cependant, pour l'OMS, la postvention est une des composantes

essentielles d'une stratégie nationale de prévention du suicide (1). On constate une pénurie de recommandations s'appuyant sur des études ayant évalué des activités de postvention par suicide pour les endeuillés, allant de la phase immédiatement après le suicide jusqu'au long terme.

Afin d'apporter des éléments de réponse à ce constat, nous tenterons de définir dans une première partie le parcours des proches et l'impact du suicide sur ces derniers.

Dans un second temps, nous tenterons de définir les activités de postvention auprès des endeuillés et étudierons l'efficacité de ces stratégies à partir d'une revue de littérature.

Enfin, dans une troisième partie, nous tenterons de définir une stratégie d'intervention à partir de notre étude et d'en dégager une stratégie de postvention pour les endeuillés qui pourrait être décliné au niveau national à partir des recommandations de l'OMS.

PARTIE I : Le suicide et son impact sur les proches

I. Le suicide

A. Définition et terminologie

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le suicide comme « l'acte de se donner délibérément la mort »(1). La définition du suicide implique une multiplicité des points de vue et donc des interventions possibles, selon son appartenance professionnelle, philosophique et spirituelle. Le suicide suscite un sentiment de violence, ne serait-ce que par sa terminologie même : littéralement, « se tuer », du latin « sui » (se, soi-même) et « caedere » (tuer). L'expression « se suicider » est donc tautologique, le pronom réfléchi « se » étant déjà contenu dans le « sui ». Il s'agit donc d'une proposition complexe, restant néanmoins vraie en vertu de sa forme, selon la formule wittgensteinienne consacrée (7). En effet, cette figure de style relève moins d'une sophistique ou figure de rhétorique que de la répétition d'une idée déjà exprimée parfois difficilement représentable qu'est le suicide.

Cette difficulté de représentation est importante à souligner, nous permettant de mieux appréhender les questionnements spécifiques au suicide d'un proche, enraillant le processus de deuil. En outre, ce qui amène à se suicider se trouve indissociable de l'interpellation de l'autre, et cette dialectique sous forme d'onde de choc concerne l'autre comme personne, groupe ou entité. Comme le rappellent Christian Baudelot et Roger Estabiet : « *Par les interrogations qu'il suscite et du fait de son caractère exceptionnel, chaque suicide interpelle directement un grand nombre de personnes. L'évènement rare ne passe pas inaperçu. Il impose sa présence par les jalons qu'il pose dans la trame de la vie quotidienne* » (8).

« *Après un suicide, rien n'est fini... Tout commence...* »

Henri Gallot (9)

B. Épidémiologie du suicide

1. Épidémiologie du suicide dans le monde

L'OMS estime que près de 800 000 personnes se suicident chaque année ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes). En 2012, le suicide comptait pour 1,4 % de tous les décès du monde, ce qui en faisait la 15^e principale cause de mortalité (10). Le suicide est donc considéré comme un problème majeur de santé publique avec environ un mort par suicide toutes les quarante secondes à travers le monde. Les pays ayant des revenus faibles ou intermédiaires représentent 75% des suicides mondiaux, pour plus de 80% de la population mondiale. Le pourcentage de tous les décès imputables au suicide est plus élevé dans les pays à revenu élevé (1,7 %) que dans les pays à revenu faible et intermédiaire (1,4 %) (1). Le sex-ratio hommes-femmes varie selon les pays. Dans les pays de faible revenu il est de 1.6 et de 3.5 dans les pays à revenu élevé (1). Dans le monde, le suicide représente 50 % des morts violentes chez les hommes et 71% chez les femmes (1).

Le pourcentage de tous les décès par suicide ainsi que l'importance de ce dernier en tant que cause de mortalité varient largement selon l'âge. Les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 70 ans ou plus, tous sexes confondus, dans quasiment toutes les régions du monde, à quelques exceptions près, où les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les jeunes (1). Dans le monde, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans, comptant pour 8,5 % de tous les décès et arrive en deuxième position des causes de mortalité (après les accidents de la route). Chez les adultes entre 30 et 49 ans, il représente 4,1 % de tous les décès et constitue la cinquième principale cause de mortalité (1). Dans les pays à

revenu élevé, la pendaison est utilisée dans un suicide sur deux et les armes à feu, employées dans 18 % des cas, constituent la deuxième méthode la plus courante. Ce dernier pourcentage, relativement élevé, est principalement dû au fait que dans les pays à revenu élevé des Amériques, les armes à feu comptent pour 46 % de tous les suicides, contre seulement 4,5 % dans les autres pays du même niveau de revenu (1). L'auto-intoxication par des pesticides est l'une des méthodes de suicide privilégiées dans les pays ayant des revenus faibles ou intermédiaires, en particulier dans ceux dont une grande partie des habitants des zones rurales travaillent dans l'agriculture à petite échelle (11).

2. Épidémiologie du suicide en France

En 2014, le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc – Inserm) estime à 8 885 le nombre de décès par suicide en France, soit près d'un suicide par heure (2). Le taux de suicide est plus élevé en France que dans les autres pays de l'union européenne avec un taux de 15.3 pour 100 000 habitants contre 11.72 pour la moyenne européenne (2). On retrouve des disparités régionales avec en tête de classement, entre 2012 et 2014, la région Bretagne, puis la région Normandie et enfin la région Hauts-de-France. (2) L'impact économique annuel des tentatives de suicide et des suicides est très lourd. Il est estimé à 5 milliards d'euros (2). Le décès par suicide touche davantage les hommes que les femmes. Le taux de décès standardisé est de 23,1 pour 100 000 pour les premiers contre 6,8 pour 100 000 pour les secondes, soit un sex-ratio de 3,4. (2) Si le suicide concerne tous les âges, le taux de suicide est nettement plus élevé chez les personnes âgées, notamment chez les hommes. Pour l'année 2014, alors que le taux de décès par suicide des 15-24 ans est de 7,5 pour 100 000 hommes, c'est entre 45 et 54 ans et après 74 ans qu'il est le

plus important, respectivement 33,4 et 59,4 pour 100 000 hommes. (2)

Toutefois, bien que le taux de suicide entre 15 et 24 ans soit relativement faible comparativement aux autres tranches d'âge, il n'en constitue pas moins la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et représente 16 % des décès de cette tranche d'âge en 2014. (2) Les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (57 %), l'utilisation d'armes à feu (12 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modalités diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 61 % des suicides et l'utilisation d'armes à feu de 16 %. Les femmes, elles, ont majoritairement recours à la pendaison (42 %), à la prise de médicaments et autres substances (24 %) et aux sauts d'un lieu élevé (13 %) (2).

3. Facteurs de risques du suicide et facteurs protecteurs

La prévention du suicide repose en grande partie sur l'identification des facteurs de risque du suicide propres à une population, un mode de vie, un contexte sociodémographique, une culture afin de mener par la suite des actions appropriées et cohérentes. Ces facteurs de risques sont pour la plupart partagés par l'entourage, soit avant soit au décours de tentative du proche ou de décès par suicide. (12)

a) Les facteurs de risque individuels :

- Le sexe et l'âge : comme décrit précédemment, le fait d'être un homme et de se situer dans certaines périodes de vie comme l'adolescence ou un âge avancé sont des facteurs de risque naturels de suicide, lorsqu'ils sont associés aux autres facteurs de risque.
- Les antécédents personnels de tentative de suicide : les antécédents de tentative de

suicide constituent le meilleur indicateur de risque futur de suicide, même un an après une tentative de suicide (13).

- Les troubles psychiatriques : dans les pays à revenu élevé, près de 90 % des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux (14) ou ont eu un diagnostic de pathologie psychiatrique posé au cours de leur vie (15). Plusieurs études ont montré que parmi les patients décédés par suicide, 59% présentaient un épisode dépressif majeur (16) avec un risque de faire une tentative de suicide trois fois plus élevé, et deux fois plus élevé en cas de trouble stress post-traumatique (17). Le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4 % chez les patients atteints de troubles de l'humeur (18), 8 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire (19, 20) et 5 % chez les personnes schizophrènes (21).
- Les addictions : la consommation de substances psychoactives augmente le risque de suicide (22). Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50 % de tous les cas de suicide (23). Le risque de suicide augmente encore si l'addiction est comorbide d'un trouble psychiatrique. La consommation d'alcool est incriminée dans près de 22 % des décès par suicide (24). La dépendance au cannabis, l'héroïne ou la nicotine, constitue également un facteur de risque du suicide (25).
- Les traits de personnalité : impulsivité, rigidité de la pensée, tendance au désespoir (26), colère, agressivité, faible estime de soi...
- La présence d'idées suicidaires
- Les antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide : le décès par suicide peut faire naître un sentiment de stress, de culpabilité, de honte, de colère, d'anxiété et de détresse chez les proches et la stigmatisation peut décourager les personnes

concernées de demander de l'aide et les autres de la leur fournir (27). Les personnes touchées par le suicide présentent un risque accru de suicide ou de trouble mental (28).

- La présence de troubles somatiques chroniques invalidants associés : la douleur et les maladies chroniques constituent d'importants facteurs de risque des comportements suicidaires (29,30).
- Les facteurs génétiques : des biomarqueurs génétiques et épigénétiques ont été identifiés dans les conduites suicidaires comme les gènes du système sérotoninergique ou encore le gène SKA-2 impliqué dans la réponse au stress. (31)

b) Les facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés

Les systèmes de santé et les sociétés peuvent aider à prévenir le suicide en faisant face aux tabous, à la stigmatisation ou encore aux sentiment de honte et de culpabilité :

- Les obstacles à l'accès aux soins de santé : l'accès aux soins de santé est primordial pour réduire le risque de suicide (32), et s'y retrouver constitue parfois un véritable défi pour les personnes ne disposant que de peu de notions de base concernant la santé mentale (33), sous oublier la stigmatisation associée.
- L'accès aux moyens : l'accès direct aux moyens, ou leur proximité, dépendant du contexte géographique et culturel, augmente le risque de suicide. (34)
- La couverture médiatique et l'utilisation des médias sociaux inappropriées : l'exposition à des exemples de suicide augmente le risque de comportement suicidaire chez les personnes vulnérables (effet Werther) (35, 36). Des sites Internet facilement accessibles sont également susceptibles de véhiculer une image erronée du suicide

(37). Des programmes de collaboration avec les médias tels que le programme Papageno ont pour objectif de prévenir cette contagion suicidaire « de masse ». (188)

- La stigmatisation, associée aux troubles mentaux et au suicide, dissuade de nombreuses personnes de demander de l'aide. Par ailleurs, par peur d'être à leur tour stigmatisés, les amis et les familles des personnes vulnérables pourraient ne pas leur apporter le soutien dont elles ont besoin voire même choisir d'ignorer totalement leur situation. (1)

c) Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations

Au niveau mondial, divers facteurs culturels, religieux, juridiques et historiques ont façonné le statut et la compréhension du suicide, et influent également sur son risque.

- Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits (38).
- Les difficultés liées à l'acculturation et au déplacement (39,40,41).
- Les traumatismes ou les agressions sexuelles (42,43)
- Le sentiment d'isolement et le manque de soutien social (41) : précisons que se sentir en sécurité et en phase avec son entourage en entretenant des relations étroites et durables permet par ailleurs de donner un sens à sa vie (44).
- Le conflit relationnel, la mésentente et la perte (45).
- Une situation socio-économique ou professionnelle difficile

d) Les facteurs de protection contre les risques de suicide

À l'inverse des facteurs de risques, les facteurs de protection prémunissent les

individus contre les risques de suicide en intensifiant la résilience et les liens sociaux (46) :

- Des relations personnelles solides : le cercle social le plus proche d'une personne a la plus grande influence et peut soutenir la personne concernée en période de crise, en amortissant l'impact des facteurs de stress extérieurs (47).
- Les croyances religieuses ou spirituelles : la valeur protectrice de la religion et de la spiritualité pourrait s'expliquer par l'accès à une communauté qui assure une cohésion et un soutien social et partage des valeurs communes.

Cependant, en raison de leurs prises de position morale sur le sujet, qui peuvent décourager la demande d'aide, de nombreuses croyances et pratiques religieuses et culturelles ont également contribué à la stigmatisation associée au suicide. (48)

- Un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être (44).

Si de nombreuses interventions sont axées sur la réduction des facteurs de risque dans le cadre de la prévention du suicide, il est tout aussi important de connaître et de renforcer les facteurs protecteurs. (1)

II. Le suicide et les proches

A. Epidémiologie

Shneidman a proposé une approximation clinique du nombre d'impactés par le suicide d'un proche à une "demi-douzaine" (6). Cette estimation du nombre moyen de six survivants a été répétée en continu au cours de ces dernières décennies (9). Une

étude récente a estimé qu'un décès par suicide impliquait environ six proches directs et vingt proches avec un rapport plus indirect (5).

En 2014, pour une estimation de 8 885 décès par suicide en France métropolitaine (2), on peut déduire qu'il y aurait eu environ 50 000 endeuillés directs et 180 000 endeuillés indirects seulement pour cette année.

Cependant, le dénombrement objectif du nombre de survivants est rendu difficile car d'une part, comme nous le verrons, il n'existe pas à ce jour de définition consensuelle de ce qu'est un "survivant du suicide", et d'autre part, déterminer les tendances temporelles et les différences culturelles conditionnant le dénombrement des survivants du suicide est rendu difficile. En effet, les repères sociétaux, la répartition par âge, le nombre moyen de membres de la famille ou encore la sphère socioprofessionnelle sont en constante évolution. Ces facteurs sont important à prendre en considération dans l'estimation du nombre moyen de survivants du suicide afin d'en déterminer l'évolution. En outre, l'estimation de six survivants par suicide en Occident n'est pas systématiquement transposable à d'autres cultures. En effet, on ne sait presque rien des survivants des pays d'Europe de l'Est, d'Amérique du sud, des pays asiatiques ou africains (49). Dans une étude portant sur 17 survivants du suicide âgés de 26 à 54 ans, 11 d'entre eux avaient connu le suicide d'un parent et six d'entre eux se sont donnés la mort. (51) Crosby et Sacks ont constaté quant à eux que 7% de la population américaine a déclaré connaître quelqu'un dans son réseau social qui s'était suicidé au cours de la dernière année et environ 1,1% ont déclaré avoir perdu un proche ou un membre de leur famille élargie au cours de la dernière année.(52) Dans une méta-analyse estimant la prévalence des personnes suicidées, les auteurs ont calculé que 4,3% de la population a été exposé à un suicide au cours de l'année

écoulée et 22% au cours de leur vie. (53) De plus, dans une étude de Berman, les parents d'enfants décédés par suicide estimaient que plus de 80 individus auraient été directement et indirectement affectés par le suicide de leur propre enfant (54). Les besoins d'informations épidémiologiques, par le biais notamment de l'autopsie psychologique, sont un défi majeur pour le développement du champ postventif.

B. Parcours médico-judiciaire

Dans environ 50% des cas, le suicide se déroule au domicile et ce sont les proches (conjoint, parents ou enfants) qui découvrent le corps (55). Le suicide est considéré comme une mort violente, suspecte ou subite. Il existe donc un obstacle médico-légal à l'inhumation. En effet, le permis d'inhumer n'est délivré qu'après examen médico-légal.

1. Aspects réglementaires

Une enquête de police ou de gendarmerie est menée systématiquement après la découverte du corps. Selon les articles 60, 77-1 et 74 du code de procédure pénale (CPP), les parquets adressent leurs réquisitions judiciaires directement à leur structure de rattachement (56). Il appartient ensuite à l'établissement public de santé de désigner le médecin, relevant de son autorité, qui exécutera personnellement la mission judiciaire prévue dans la réquisition (57). Même si cette enquête est menée avec tact et même s'ils en comprennent le sens, beaucoup de proches la vivent comme une agression. La médecine légale est cependant un outil indispensable d'aide à l'enquête, nécessaire au bon fonctionnement du service public de la justice et à la manifestation de la vérité (58). Les autorités judiciaires attendent des expertises médico-légales d'apporter à la justice des éléments de nature médicale déterminants.

Le médecin légiste est un auxiliaire de la justice, un expert technique (59). Les constatations médico-légales ont plusieurs intérêts (60) :

- apporter des éléments de réponse sur la qualification et le déroulement des faits.
- aider à l'identification d'un corps à partir des éléments médicaux et/ou odontologiques, ainsi que des prélèvements à visée génétique.
- apprécier la cause du décès.

Les rapports des médico-légaux sont des éléments clés pour les magistrats : « ...*en cette matière, nous invitons le magistrat du parquet...à mettre en place une politique pénale médico-légale qui ait vocation le plus souvent possible à fermer toutes les portes* ». (61)

2. Aspects scientifiques

Dans son activité thanatologique, dans le cadre d'une suspicion de suicide, le médecin légiste va s'appuyer sur plusieurs examens afin de répondre aux autorités judiciaires.

a) Levée de corps et examen de corps

(1) Généralités

Lors de la découverte d'une personne décédée, tout médecin thésé et inscrit au tableau de l'ordre des médecins est amené à faire un constat de décès afin de vérifier que la mort est « réelle et constante » (60). Il rédige ensuite un certificat de décès obligatoire qu'il signe, permettant la délivrance d'un permis d'inhumer par l'officier d'état civil ou par l'autorité judiciaire (article 78 et 81 du Code civil (60), article 74 du Code de procédure pénale (56)). Le suicide est considéré comme une mort violente,

subite et suspecte. Le certificat de décès est donc signé avec un obstacle médico-légal. Le procès-verbal est dressé par un Officier de Police Judiciaire et demande un constat : c'est la levée de corps, qui est un examen obligatoire avant tout permis d'inhumer dans le cas de mort violente (article 81 du Code Civil) (60). Il fournit aux enquêteurs les éléments médicaux qui, associés aux constatations matérielles effectuées sur les lieux et au contexte, permettront d'orienter l'enquête. C'est à partir des éléments obtenus sur place que le procureur de la République peut prendre la décision de poursuivre les investigations ou de clore une enquête; elle permet d'éviter les autopsies inutiles comme les inhumations hâtives (61,62).

(2) Objectifs de la levée de corps

La levée de corps a pour but (62) : de constater le décès ; de rechercher des traces suspectes ; d'apporter des éléments d'identification du corps ; de déterminer le délai post-mortem ; de déterminer la forme médico-légale de la mort. Le médecin légiste rédige ensuite un rapport qu'il remet aux autorités judiciaires l'ayant requis et rempli le certificat de décès. Lorsque l'examen sur les lieux de découverte du corps n'est pas réalisable, le corps peut être transporté vers un Institut Médico-Légal (IML) pour un examen externe : c'est l'examen de corps.

b) L'autopsie médico-légale ou judiciaire

(1) Généralités

L'autopsie médico-légale est réalisée sur réquisition du procureur de la République ou sur ordonnance du juge d'instruction lorsque les examens décrits précédemment ne suffisent pas à répondre aux questions du magistrat. L'entourage ne peut s'opposer à sa réalisation, le corps étant considéré comme une pièce à conviction.

(2) Les objectifs de l'autopsie médico-légale

Toute autopsie doit être précédée d'un examen externe du corps (62). L'autopsie médico-légale devrait être réalisée dans « tous les cas de mort non naturelle évidente ou suspectée » (61), soit : suicide ou suspicion de suicide ; homicide ou suspicion d'homicide; mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson ; violation des droits de l'homme, telle que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement; suspicion de faute médicale ; accident de transport, de travail ou domestique ; maladie professionnelle ; catastrophe naturelle ou technologique ; décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires ; corps non identifié ou restes squelettiques.

L'autopsie médico-légale a pour but (62): de déterminer la cause et la modalité du décès ; de déterminer le délai post-mortem ; de recueillir des éléments permettant l'identification du sujet ; de prélever des échantillons pour des analyses toxicologiques, anatomopathologiques ou biologiques ; de rechercher des éléments suspects faisant évoquer notamment l'intervention d'un tiers.

Comme pour la levée de corps, le médecin légiste rédige un nouveau certificat de décès sans obstacle. Il rédige son rapport qu'il transmet au procureur de la République ou au juge d'instruction (59), qui délivre le permis d'inhumer et l'autorisation de restitution du corps.

Par ailleurs, une récente étude montre que seulement un IML sur six estime que la réalisation d'une autopsie est systématique ou très fréquente en cas de suspicion de suicide, en opposition à la recommandation européenne R (99)³ en matière d'autopsie médico-légale (62). Une part non négligeable de magistrats a la conviction que la réalisation d'une autopsie constitue toujours une épreuve pour les proches et qu'il est

préférable de leur éviter dès que possible, avec l'idée que l'autopsie constitue un traumatisme s'ajoutant à celui de la mort. Cependant, la réalisation d'une autopsie sera finalement très utile aux proches lorsqu'ils commenceront à réaliser le travail de deuil car ils ont un immense besoin de savoir ce qu'il s'est réellement passé. (63)

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).

C. Impact du suicide

Les conséquences du suicide d'un proche sont multiples pour les endeuillés, que ce soit d'un point de vue psychologique, social ou encore spirituel. Nous nous attarderons à décrire les réactions associées à ce type d'évènement.

1. Deuil

Le deuil et la perte d'un être cher font inévitablement partie de l'expérience humaine. Cette expérience est moins fréquente chez les personnes âgées de moins de 18 ans (3 à 4% ont perdu un parent), que chez les populations âgées de plus de 65 ans (64). Perdre un proche est considéré comme l'un des événements les plus stressants de la vie. Voir apparaître des réactions de deuil est donc physiologique, réactions qui peuvent persister durant plusieurs mois même si, pour la majorité des individus, le deuil se résoudra de manière naturelle au fil du temps (Stroebe, Stroebe et Hansson,

1993) (65).

a) Le deuil non pathologique

Le deuil peut être perçu comme une fonction d'expression sociale des réactions de chagrin à la suite d'une perte, mais également remplir une fonction d'adaptation qui sert à gérer le stress induit par la mort. (Hanus, 2004) (66) Le deuil peut également assurer une fonction de transformation des rôles sociaux, ce qui est devenu nécessaire pour l'adaptation des endeuillés à la nouvelle réalité dans laquelle ils auront à évoluer suite au décès. La perception du travail de deuil varie en fonction de la perspective théorique et historique que l'on adopte. Les principaux modèles élaborés, psychodynamiques ou d'interactions sociales s'appuient sur la notion de transitions, généralement une succession d'étapes durant lesquelles l'individu en deuil s'adapte à la perte de la personne chère. Il existe un consensus quant à l'évolution progressive du deuil selon de grandes étapes (Stroebe *et al.*, 2007 (64); Zhang, El-Jawahri et Prigerson, 2006 (67)), dont le nombre varie en fonction du modèle conceptuel (Bowlby, 1961 (68); Deutsch, 1937 (69); Flatt, 1987 (70); Kavanagh, 1990 (71)).

Retenons le modèle proposé par Bowlby en 1961, qui décrit les étapes du travail de deuil (Gratton, 1999) (72) :

- *La protestation* : l'endeuillé vivra un état de choc initial, que le deuil ait été anticipé ou non. Le choc initial inclut une période d'engourdissement, d'irréalité et d'incompréhension. Lors de cette première étape, le déni devient le mécanisme de défense privilégié. Il y a graduellement reconnaissance cognitive de la perte, la personne proteste contre l'événement, pleure.
- *La désorganisation* : l'endeuillé réalise le caractère permanent de la perte, vit

de la colère, de la rage, de l'anxiété, de l'impuissance et, parfois, de la dépression. La personnalité de l'endeuillé se désorganise, il doit se redéfinir et redéfinir sa vie sans la personne décédée.

- *La réorganisation* : l'endeuillé accepte peu à peu la perte, se réajuste à l'environnement, retrouve de l'intérêt pour reformer de nouvelles relations, son image de soi se modifie pour permettre de nouveaux attachements.

Toutefois, il faut demeurer prudent avec de telles catégorisations puisque les étapes ne sont jamais aussi circonscrites dans la réalité et ne sont certainement pas vécues de la même manière par toutes les personnes endeuillées. (72) L'évolution du processus de deuil ne se réalise pas selon un déroulement aussi linéaire et prévisible. Ce processus, par définition, est une expérience d'apprentissage qui prend du temps et peut ainsi progresser sur une période de plusieurs mois. Il est important de ne pas confondre ce processus avec un trouble de santé mentale comme un trouble de l'humeur.

b) Le deuil complexe persistant

Lorsque les réactions de deuil restent intenses, se prolongent et interfèrent avec le fonctionnement quotidien, on parle alors de deuil complexe persistant (DCP). Le DCP est un syndrome psychologique principalement caractérisé par la présence persistante d'un sentiment d'ennui (ou de nostalgie) de la personne décédée et par un désir intense de « reconnecter » avec cet être cher qui, le plus souvent, occupait une place importante dans la vie de l'endeuillé. Les personnes qui présentent un DCP ont de la difficulté à accepter la mort de l'être aimé et à faire confiance à d'autres depuis le décès. Elles peuvent ressentir de l'amertume ou de la colère en lien avec le décès ou

avoir l'impression que la vie ne peut avoir de sens sans la présence de la personne décédée. La définition proposée dans le DSM-5 (73) est précisée dans l'annexe 1. Précisons toutefois que le DCP a été inscrit dans le DSM-5 comme un syndrome à l'étude nécessitant plus de données. Certains auteurs invitent toutefois à la prudence face aux critères du DCP proposés qui nécessitent davantage de données scientifiques. À titre d'exemple, certains auteurs dénoncent le fait que l'on doive attendre au moins un an suivant le décès pour poser le diagnostic de DCP (Prigerson *et al.* (75); Shear *et al.* (74)). Ces chercheurs soutiennent que les symptômes, lorsque présents six mois après le décès, demeurent souvent stables par la suite. Selon les communautés étudiées et les critères utilisés, entre 1 et 9% de la population générale présente ce type d'ajustement plus problématique suite au décès d'un proche (Forstmeier et Maercker, 2007 (76); Fujisawa *et al.*, 2010 (77) ; Kersting, Braehler, Glaesmer et Wagner, 2011(78); Middleton, Burnett, Raphael et Martinek, 1997 (79)). Cette prévalence est plus élevée lorsque le décès du proche est survenu dans des circonstances potentiellement traumatiques comme le suicide (Boelen, 2015 (80); Kristensen, Weisæth et Heir, 2012 (81)). Selon d'autres auteurs, la plupart des processus de deuil après le suicide ne sont pas pathologiques (Cleiren et Diekstra, 1995 (82) ; Farberow, 2001 (83)).

Il y aurait également plus de similitudes que de différences entre le deuil après suicide qu'avec les autres types de décès (Clark & Goldney, 2000 (84); Cleiren & Diekstra, 1995). Les différences tendent à diminuer après 2 ans (Farberow, 1992 (85), 2001). La relation de parenté, la proximité et la qualité de la relation, et le temps écoulé depuis le suicide semblent être importants pour le processus de deuil (Chapman, 2007 (86) ; Grad, 1996 (87) ; Cleiren & Diekstra, 1995; Mitchell, Kim, Prigerson et Mortimer-Stephens, 2004 (79)). Les facteurs de risques sont le sexe féminin, être non-

caucasien, perdre un enfant, avoir de faibles ressources (faibles revenus, moins éduquées, faible soutien social), une relation de dépendance excessive avec la personne décédée et dont le style d'attachement était insécure (Mitchell et al., 2004 (88) ; Burke et Neimeyer, 2013(89)). Les personnes qui ne se sentaient pas préparées à la mort de leur proche sont également plus à risque de développer un DCP (Barry, Kasl et Prigerson, 2002 (90); Tsai *et al.*, 2016 (91)). Bénéficier du soutien de son entourage semble protéger du DCP (Tsai *et al.*). Ce type d'endeuillés est également susceptible de développer des réactions de stress post-traumatique ou un trouble dépressif majeur (Neria *et al.*, 2007 (92); Simon *et al.*, 2007 (93)). Plusieurs études ont démontré que le DCP constitue une entité à part entière, distincte du deuil non pathologique (Boelen et Van den Bout, 2008 (94)), de la dépression majeure (Boelen et van den Bout, 2005 (95); Boelen et al., 2010 (96); Prigerson *et al.*, 1996 (75)) et du TSPT (Barnes, Dickstein, Maguen, Neria et Litz, 2012 (97); Bonnano *et al.*, 2007 (98)). Le clinicien doit donc porter attention au processus de deuil tout en tâchant de départager les réactions de DCP des symptômes post-traumatiques et dépressifs comme nous le verrons par la suite.

2. Réactions de stress et impact traumatique

Il semble important de différencier les réactions de stress par leur niveau de sévérité. Il convient de faire la distinction entre un état de stress temporaire, de stress aigu (ESA) et le trouble stress post-traumatique (TSPT). La plus grande distinction se réfère à l'exposition directe ou indirecte à l'évènement traumatique et à leur durée respective. (99)

a) État de stress temporaire

Lorsqu' un sujet est confronté à une situation traumatique ou à l'exposition indirecte d'un événement dramatique (comme l'annonce de la nouvelle), il peut développer des réactions de stress temporaires. Les réactions de stress temporaires sont des réponses normales lors de situations d'adversité et diffèrent de celles du stress aigu ou du TSPT dans leur intensité et leur durée. À la suite du suicide d'un proche, l'atmosphère familiale peut être caractérisée par un climat de fébrilité et une possible déformation de la réalité, en dénaturant, par exemple, les circonstances du suicide et le moyen utilisé pour le passage à l'acte. Ce climat contribue à maintenir un niveau de stress élevé. Un début de désorganisation peut également émerger, notamment chez les sujets présentant une vulnérabilité préalable (99).

b) Impact traumatique

Lorsque la perte de l'être cher survient dans des circonstances où la mort est violente, on parle alors de *perte traumatique*, puisque l'individu doit à la fois s'adapter à la perte et aux circonstances horribles dans lesquelles celle-ci est survenue. Ce terme implique que les circonstances mêmes du décès amènent une confrontation brutale avec la mort et peuvent générer une réaction traumatique chez le proche (Raphael, Martinek, Wooding, 2004 (100)), provoqué par l'annonce du suicide, par la découverte du suicidé et par des images traumatiques au sujet du suicidé (réelles ou imaginées). Dans plus de la moitié des cas, le suicide se déroule au domicile et ce sont les proches (conjoint, parents ou enfants) qui découvrent le corps (4). Quelques travaux insistent sur les conséquences en terme de stress traumatique chez les proches ayant été directement

exposés à la scène du suicide (Brent, 1996 (101), James et Hawton, 1985 (102)). La confrontation à l'évènement traumatique peut amener à développer un Etat de Stress Aigu (ESA), qui s'il perdure au-delà d'un mois constitue un Trouble Stress Post-Traumatique (TSPT). Les définitions proposées dans le DSM-5 (73) sont rappelées en annexes (annexes 2 et 3 respectivement).

(1) Etat de stress aigu (ESA)

L'ESA survient généralement rapidement après une exposition directe à un évènement traumatique, ou dans une situation où l'individu a vu son intégrité ou celle d'autrui menacée. Cet état se manifeste lorsque l'individu n'arrive plus à regagner l'état d'équilibre et que les réactions de stress temporaire se prolongent. Le fait d'être témoin de la scène traumatique comprend plusieurs situations possibles, comme être témoin visuel, avoir assisté, participé contre son gré à un suicide, en ayant tenté ou pas d'empêcher la survenue de l'évènement. Les symptômes peuvent se manifester dans les quatre semaines qui suivent cet évènement (DSM 5).

(2) Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Dans l'éventualité où le trouble de stress aigu perdure plus d'un mois, il est possible de voir apparaître un trouble stress post-traumatique (TSPT). La sévérité, la durée et la proximité de l'exposition à l'évènement traumatique sont des facteurs importants dans la probabilité de développer un TSPT, associés ou non à des facteurs de vulnérabilité (99). Plusieurs études révèlent qu'il est plus difficile de se remettre de la perte d'un proche à la suite d'une mort violente qu'à la suite d'une mort naturelle (Boelen, 2015 (80); Kristensen et al., 2012 (104)). À titre d'exemple, Kaltman et Bonanno (2003)(105) rapportent un taux de TSPT trois fois supérieur chez les endeuillés six mois après le décès à la suite d'une mort violente (50%) qu'à la suite

d'un décès d'une cause naturelle (15%). Dans une étude longitudinale auprès de parents ayant perdu un enfant dans un contexte traumatique, 28% des mères et 13% des pères répondaient aux critères du TSPT et ce, cinq années après le décès de leurs enfants (Murphy Johnson, Chung et Beaton, 2003 (106)). On peut toutefois se demander si c'est le caractère soudain de la perte ou l'aspect de violence qui cause le plus de dommages psychologiques. Bien qu'il existe encore beaucoup de résultats contradictoires, il apparaît que ce sont les situations de violence, plutôt que la soudaineté, qui augmente le risque de TSPT chez l'endeuillé (Kaltman et Bonanno, 2003) (105).

3. Deuil et psychotraumatisme

Le parallèle qui peut survenir entre le TSPT et le deuil par suicide est bien documenté (Von Dongen, 1990 (107), dans Hanus, 2004 (66)). L'utilisation du terme *deuil traumatique* pour désigner la perte d'un proche survenue dans des circonstances traumatiques a été récemment abandonnée (et remplacée par le terme *perte traumatique*), puisqu'elle créait une confusion entre deuil et trauma. Le terme *deuil traumatique* est maintenant réservé aux individus dont le deuil survient dans des circonstances traumatiques et qui développent un deuil pathologique accompagné de symptômes post-traumatiques (Barlé, Wortman et Latack, 2015 (108); Smid et al., 2015 (109)). Ainsi, le décès d'un proche, même s'il survient dans des conditions violentes, n'est pas obligatoirement « traumatique » pour l'individu au sens d'un stress post-traumatique tel que présenté dans le DSM-5. Le deuil pourra suivre son cours normal ou bien devenir complexe et persistant, sans la présence d'un TSPT. À l'inverse, la perte d'un proche dans ces mêmes conditions peut engendrer un TSPT sans que le deuil ne soit problématique. La perte d'un proche à la suite d'une mort

violente semble produire deux types de détresse, soit la détresse de séparation liée à la perte de la relation (associée aux sentiments de nostalgie et au désir de retrouver la personne décédée) et la détresse traumatique (en réaction aux circonstances du décès) qui peut se traduire par des images intrusives du décès, un sentiment de peur ou d'horreur persistant (Rynearson, Schut et Stroebe, 2013 (110)). Lorsqu'elles persistent, ces deux types de détresse peuvent mener au développement d'un DCP, d'un TSPT ou des deux troubles en comorbidité. On estime qu'entre 20% et 50% d'endeuillés présentant un DCP souffrent de TSPT (Bryant et al., 2014 (111) ; Rosner et al. (112) ; Shear et al., 2014 (113), 2016 (114); Simon et al. (92)). Il apparaît que les décès en lien avec un homicide sont associés à une prévalence plus élevée de DCP, suivis par les suicides et les accidents (Rynearson et al., 2013) (110). Une étude met également en évidence que la prévalence du DCP peut être aussi élevée, sinon plus, que celle du TSPT lorsque la perte survient dans des circonstances traumatiques. (Dyregrov, Dyregrov et Kristensen, 2015) (115). Ce constat est confirmé par une étude récente effectuée auprès de 312 endeuillés à la suite du meurtre d'un proche : alors que le tiers des participants présentait un TSPT, la prévalence de DCP dépassait les 80% (Van Denderen, Keijser, Huisman et Boelen, 2016) (116). Lorsque la perte est traumatique, on peut se demander si le trauma influence le processus de deuil. Comme le soulignaient récemment Raphael, Jacobs et Looi (2013) (117) dans leur revue de littérature sur le sujet, il existe très peu de données qui permettraient de répondre à cette question, même si des débats ont eu cours quant aux liens conceptuels entre deuil et trauma (Golden et Dalgleish, 2010 (118) ; O'Connor, Lasgaard, Shevlin et Guldin, 2010 (119)). Il a été suggéré que certains symptômes du TSPT, comme les flashbacks et l'évitement des émotions et souvenirs associés au décès, nuiraient à l'intégration de la perte et, ce faisant, contribueraient à l'apparition

du DCP (Kristensen *et al.*, 2012 (104); Nakajima *et al.*, 2012 (120)).

4. La détresse psychologique

Le suicide d'un proche, généralement considéré comme un acte qui se situe en dehors de la norme sociale, pourra ainsi provoquer des réactions de deuil intense où domine la question du sens. Cet événement est d'une ampleur telle qu'il peut engendrer des remises en question personnelles et relationnelles qui pourront avoir un retentissement à plusieurs niveaux (55):

- sur le plan *affectif*, par des sentiments de désespoir, de colère, de honte, de culpabilité, d'abandon, de rejet, de solitude et par une diminution possible de l'estime de soi ;

La culpabilité dans le deuil après suicide est d'une intensité considérable chez les proches et est directement liée à la question de leur éventuelle responsabilité. Il existe une dimension paradoxale structurante de la culpabilité dans ce deuil, car le fait de se désigner soi-même responsable du suicide est une protection psychique face à la dimension déstructurante d'un passage à l'acte que rien ne peut expliquer. Etre responsable apporterait un semblant de cohérence face à l'angoisse de vide (121). 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. La honte peut entraîner la personne en deuil à la sous-utilisation des réseaux de soutien, alors même qu'elle peut mettre en avant son isolement. La honte enferme fréquemment la personne en deuil dans le silence, qui peut se transformer en « secret de famille » dont on connaît les effets transgénérationnels potentiellement délétères.

Le sentiment de colère est le reflet de la violence de la mort par suicide. Comme le souligne Michel Hanus (66) : « 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, le responsable est aussi victime. Un sentiment d'ambivalence peut s'installer, entre colère et sentiment d'abandon. La colère peut également se focaliser sur autrui dans une recherche de responsable autre que le suicidé. Elle est parfois dirigée contre soi, avec des complications dépressives et psychosomatiques. Dans ce cas, la frontière entre colère et culpabilité est mince.

- sur le plan *cognitif*, par la recherche de sens, la recherche d'un responsable, dans certains cas, le déni sous ses différentes formes (déni de la mort, de la cause de la mort, des conséquences sur soi de cette mort). La question du « pourquoi s'est-il suicidé? » est spécifique au deuil par suicide et demeure un tourment, une source de culpabilité et de honte pour les endeuillés(121). Derrière cette question se trouve évidemment l'espoir de trouver quelque chose qui viendra mettre un terme à leur culpabilité. Cette quête obsédante perdure parfois pendant des années, sans jamais totalement s'achever pour certains et fait partie intégrante du travail de deuil, en cheminant vers l'acceptation du fait qu'elles ne trouveront peut-être jamais de réponses définitives. Pour certains auteurs (Séguin & Castelli-Dransart, 2006) (122), la recherche de sens et les sentiments de honte et de culpabilité seraient parmi les traits qui caractérisent le plus le processus de reconstruction à la suite d'un suicide.

- sur le plan *comportemental*, par un repli sur soi, un isolement, une diminution ou un arrêt d'activités, parfois par des comportements suicidaires. 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. Cela peut conduire à l'enfermement de la personne en deuil dans un statut de victime où elle se structure au fil du temps dans un vécu mortifère. L'accès au soin devient alors très difficile.

- sur le plan *relationnel et social*, par des difficultés à s'engager dans de nouvelles relations, par un cumul de relations conflictuelles avec l'entourage, par la présence de sentiments de stigmatisation, de honte, de crainte et de peur du jugement social, ainsi que par d'éventuelles ruptures sociales. Les proches des suicidés sont plus souvent stigmatisés ou blâmés à la suite du décès par suicide et reçoivent moins de soutien émotif et social de leur entourage que ceux qui sont endeuillés à la suite d'une mort causée par un accident ou une maladie. La culpabilité renforce cette tendance au retrait social et à l'isolement qui est propre au vécu du deuil. (121) Jordan (2007) (123) observe trois grandes différences chez les personnes vivant le deuil par suicide, soit le contenu et les thèmes du deuil, l'impact du décès sur le système familial et enfin le contexte social entourant le décès par suicide.

Il n'est pas rare de constater que le décès par suicide provoque des perturbations dans les communications familiales et au niveau des relations familiales, d'autant plus que chaque membre de la famille aura un rythme différent quant à la progression et l'intensité des symptômes de deuil et ces variations quant à la progression du deuil pourront engendrer des conflits familiaux. Le questionnement autour de la responsabilité d'autrui peut également acutiser ces conflits. Cvinar a noté que « l'acte de suicide a un impact profond sur la famille survivante et les amis de la victime » (124). Des études rapportent des difficultés d'ajustement social suite au décès par suicide, des difficultés de cohésion familiale avec moins de soutien affectif de la part de l'entourage (125). Les personnes en deuil après un suicide rapportent souvent ressentir un sentiment de jugement social qui peut influencer le processus de deuil.

Plusieurs chercheurs ont démontré que la stigmatisation joue un rôle important dans le deuil après un suicide. Dans une étude portant sur 17 survivants du suicide âgés de 26 à 54 ans, on constate que la majorité des répondants ont déclaré avoir le sentiment d'être stigmatisé (51). De plus, le suicide survient parfois dans un milieu déjà stressé par des difficultés où le soutien social est précaire, ce qui entraîne des situations particulièrement compliquées (Rudestam, 1992) (126), puisqu'il existait une fragilité chez la majorité des personnes endeuillées avant même le décès (facteurs de risque partagés). Une étude démontre que le tabou autour de la mort par suicide persiste par rapport aux autres causes de morts subites. (127)

5. Réactions de crise suicidaire

Rappelons la définition de la crise proposée par Caplan (128) : « *Un état de crise se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit, période d'inconfort durant laquelle différentes tentatives de solution sont utilisées en vain. Éventuellement, une certaine forme d'adaptation se produit, qui peut ou ne peut pas être dans le meilleur intérêt de la personne et de ses proches.* »

L'état de crise est une période de déséquilibre suffisamment intense pour amener des idéations suicidaires. À ce moment, le suicide peut être envisagé par la personne comme une solution qui pourra devenir l'ultime façon de mettre fin à sa souffrance. (99)

Lorsque les réactions décrites précédemment ne sont pas prises en charge, et s'ajoutent à un milieu de plus en plus désorganisé, il y aura un plus grand risque de contagion quant aux idées suicidaires et à la reproduction du geste suicidaire (Johnson et Maile, 1987 (129)). Hanus (2004) (66) a décrit les impacts délétères du suicide sur les endeuillés comme le phénomène de contagion (imitation du geste suicidaire). Le suicide en grappes localisés (point cluster) est la survenue d'un nombre excessif de suicides rapprochés dans l'espace et dans le temps. La contagion se réalise par exposition directe (la personne exposée connaissait ou a vu le suicide princeps) ou par exposition indirecte (via les médias, les conversations, les réseaux sociaux ou la rumeur). Cette imitation suicidaire localisée est très fortement associée au suicide en grappes de masse via les médias (effet Werther).

Des études rapportent une prévalence de conduite suicidaire 4 à 6 fois plus élevée chez les apparentés au premier degré de patients présentant des antécédents de comportements suicidaire que chez des sujets témoins (Brent *et al.*, 1996 (101) ; Krysinska, 2003 (130), Maple *et al.*, 2016 (131), Campos *et al.*, 2018 (132)). D'autres études retrouvent que les survivants de suicide présentent souvent un risque accru de suicide entre 2 et 10 fois supérieur à celui de la population générale (par exemple, Kim *et al.*, 2005 (133), Runeson & Aßberg, 2003 (134) ; Crosby et Sacks, 1994 (52) ; Agerbo, 2005 (135)). Dans une étude, les adolescents survivants étaient cinq fois plus susceptibles de penser au suicide que les pairs qui éprouvaient des difficultés en raison d'une autre perte (Prigerson, 2003) (136). Dans une autre étude, les membres de la famille des personnes décédées par suicide avaient un risque accru de suicide indépendamment des antécédents familiaux de maladie mentale (Qin, Agerbo et Mortensen, 2002) (28). Ce taux de suicide chez les endeuillés par suicide est plus élevé que pour une autre cause de décès (Runeson & Aßberg, 2003). Le deuil lié au

suicide peut donc être lié à un risque accru d'idées et de comportements suicidaires. (137)(138) Le deuil est un événement de vie stressant qui augmente le risque de nombreuses causes de décès (139), y compris le suicide. (140) La proximité de la relation est facteur un déterminant (Ho *et al.*, 2000 (141)). Il semblerait par ailleurs que la phase initiale est la plus critique. Par exemple, le suicide diminue chez les veuves et les veufs après la première année jusqu'à ce qu'il soit similaire au taux de suicide de ceux qui ne sont pas veufs. (140)(142) Les facteurs de risques décrits sont un milieu familial instable, l'identification à la personne décédée, la présence d'une situation de crise ou de crise suicidaire, la culpabilité intense et persistante des membres de l'entourage (Ashton et Donnann, 1981 (143); Callahan, 1996 (144); Hazell et Lewin, 1993 (145); Robbins et Conroy, 1983 (146)) On retrouve également des facteurs sociaux comme la grande crédibilité de la personne qui s'est suicidée, la désinformation et la banalisation du geste, la glorification, le romantisme ou la dramatisation du suicide ou encore la « suridentification » avec risques d'imitation (Sacks et Eth, 1981) (147). Cohen (148) a défini l'identification non seulement comme la tendance à partager les émotions ou les perceptions de quelqu'un, mais aussi celle d'adopter son identité et ses perspectives, avec une perte temporaire de conscience de soi, ce qui peut expliquer ces identifications pathologiques décrites par Sacks.

L'identification peut être « verticale » (149) : plus le suicidé est considéré comme socialement supérieur et socialement approuvé, plus cette identification de type *admiration* est forte (ex : les célébrités). Ce phénomène peut être considéré comme un *biais de prestige*.

L'identification peut également être « horizontale » : elle recouvre les similarités (d'âge, de genre, de culture...) entre le cas index et les autres cas, ce qui facilite l'imitation. Cette identification est de type *projection*. Ce phénomène peut être considéré comme

un *biais de similarité*.

Lorsque sont en jeu à la fois des phénomènes d'identifications « verticales » et « horizontales », on parle d'identification *différentielle* (150). Des auteurs reprennent cette idée pour expliquer l'effet Werther qui résulterait de cette double identification (151)(152). Ces phénomènes sont également en jeu au sein des groupes familiaux, avec une plus grande vulnérabilité des enfants et des adolescents face à ces mouvements identificatoires et donc à la contagion suicidaire.

6. Comorbidités

Saarinen, Viinamäki, Hintikka, Lehtonen et Lönnqvist (1999) (153) ont examiné la santé mentale de 104 survivants 6 mois après un suicide. La dépression et la culpabilité ont été rapportées dans la moitié de l'échantillon. Le DCP quant à lui a des conséquences graves. Il est bien démontré que le fait de développer un DCP peut avoir des conséquences sur la santé physique (Séguin, 1999 (154); Hanus, 2004 (66)) et psychologique et être associé à une détérioration de la qualité de vie et à une surconsommation de soins (Boelen et Prigerson, 2007 (155) ; Prigerson *et al.*, 1997 (156) ; Silverman *et al.*, 2000 (157); Stroebe *et al.*, 2007 (64)). De façon plus précise, une revue exhaustive de littérature publiée par Shear *et al.* (2011) (158) rapporte que le DCP est associé à un risque accru de problèmes cardiaques, de cancer et de haute pression sanguine. Un risque accru de difficultés psychologiques (dépression, troubles du sommeil, idées suicidaires, abus de substances) a également été rapporté, de même qu'une altération du fonctionnement professionnel et social. Comme nous l'avons vu, le DCP est un trouble distinct, notamment de la dépression, et il apparaît que les difficultés observées vont au-delà de celles expliquées par les troubles comorbides comme la dépression ou le TSPT (Shear *et al.*). Cette question est encore

plus pertinente lorsque le décès du proche est survenu dans des circonstances violentes, puisque ceci augmente à la fois la possibilité d'un DCP, d'une dépression persistante et d'un trouble stress post-traumatique (TSPT) (Kristensen *et al.*, 2012) (104). Le taux de comorbidité peut dépasser les 75% chez les endeuillés qui participent aux études de traitement du DCP (Rosner, Kotoucova et Hagl, 2014 (112); Simon *et al.*, 2007 (93)). De façon plus précise, plusieurs études cliniques ont rapporté qu'environ 50 à 60% des endeuillés qui ont un DCP répondent aussi aux critères de la dépression (Melhem *et al.*, 2001 (159); Neria *et al.*, 2007 (92); Bellini *et al.*, 2018 (160)). Il est à noter que les symptômes dépressifs seraient aussi plus persistants chez les individus en deuil à la suite d'une mort violente qu'à la suite de la mort naturelle de leur proche (Kaltman et Bonanno) (161). Dans une étude de suivi d'un échantillon finlandais durant 10 ans, les auteurs ont conclu que les survivants avaient connu plus de problèmes de santé mentale que la population générale, et seulement 17% de l'échantillon a déclaré avoir reçu soutien psychosocial (Saarinen *et al.*, 2000) (153). Le deuil est donc un événement de vie stressant qui augmente le risque de nombreuses causes de décès (139). Des études retrouvent des parents plus à risque de morbidité psychologique et de problèmes de santé physique après la mort par suicide de leur enfant, par rapport à d'autres causes de décès (161)(163). En Irlande, une étude retrouve dans la population endeuillée par suicide un taux de dépression estimé à 24%, 18% d'anxiété et 27% pour le stress. (164) On sait par ailleurs que le deuil chez les jeunes après la mort d'un parent est associé à un taux d'obésité plus important. (165) Les consommations de tabac (159) (166) et d'alcool (165) sont également plus importantes.

PARTIE II : La postvention auprès des endeuillés par suicide

III. Le concept de postvention

A. Définition

Shneidman a défini la postvention comme un ensemble d'interventions contribuant à diminuer l'impact traumatique des morts violentes sur les survivants. (167) Le but de la postvention est de prévenir le risque de suicide chez ces endeuillés et les aider à retrouver une qualité de vie satisfaisante. En effet, c'est davantage sous l'angle du suicide que du traumatisme que Shneidman s'est intéressé à cet impact. Le terme de postvention est abondamment utilisé dans la littérature. Cependant, son objet d'étude apparaît hétérogène, se référant à la fois au suicide et à la tentative de suicide, entraînant une confusion sémantique. Actuellement, le mot postvention est principalement utilisé par rapport au suicide, mais il n'y a pas de consensus sur une définition de la postvention. Il semble important de rappeler son épistémologie et de définir son champ d'application afin d'apporter de la clarté dans notre propos.

1. Histoire et terminologie

Sur le plan étymologique, *post* signifie « après » en latin, par antonymie à *præ* signifiant « avant », *inter* signifiant quant à lui « entre » ; et *venire*, signifiant « venir ». En découlent *prævenire* signifiant « prévenir », littéralement « venir avant » et *intervenire* signifiant « intervenir », littéralement « venir pendant ». Le néologisme postvention serait donc l'action de « postvenir » signifiant littéralement « venir après ».

Si l'on essaie de se dégager de toute temporalité, comment alors définir l'action même de *postvenir*, qui ne serait ni l'action de prévenir ni d'intervenir ?

Il existe une définition officielle de la postvention proposée par l'autorité de santé des États-Unis : « Stratégie ou mise en place dès la survenue d'une crise ou de tout

événement traumatique. » (168) Cette définition est cependant généralisante et souffre de limites. Elle n'est pas sans rappeler celle que proposa Shneidman en 1968 lors de la première conférence de l'American Association of Suicidology. En effet, il proposa le néologisme de postvention qu'il définira comme "les activités utiles qui se produisent...après un évènement stressant ou une situation dangereuse " (6).

L'objectif initial était de s'écarter des trois étapes connues de prévention en santé publique définies par l'OMS (169) :

- la prévention primaire, désigne les actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas.

- la prévention secondaire, désigne les actions visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes.

- la prévention tertiaire, désigne les actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en des mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de la réhabilitation.

Dans le cadre de la prévention du suicide, si on simplifie les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire au concept temporel linéaire (matrice de Haddon)

(170) : "avant l'événement" - "l'événement" - "après l'événement", on se trouve confronté à des approches différentes. En effet, selon l'appartenance à une certaine discipline (santé publique, psychiatrie ou sciences humaines), l'événement de référence pris en compte ne sera pas le même. Il existe donc des variations entre l'approche "médicale" et l'approche "de santé publique" dans le cadre du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Un décalage existe entre les deux approches : dans une perspective de santé publique, la prévention primaire commence déjà lorsque l'individu est encore en situation de bien-être, puisqu'elle vise à renforcer les facteurs protecteurs ; dans une perspective médicale, la prévention primaire s'intéresse aux individus à risque souffrant d'une pathologie mentale. En outre, l'utilisation même du terme prévention (primaire, secondaire et tertiaire) est délicat en suicidologie où celle-ci porte à la fois sur les décès, les tentatives de suicide et les idées suicidaires. (171) C'est ainsi que la prévention du suicide fut catégorisée en suicidologie par : prévention du suicide avant l'acte, intervention en cas de crise, et postvention. Cette catégorisation permet de définir les sujets impliqués : le sujet suicidaire, qui risque d'attenter à sa propre vie ; le sujet suicidant qui commet une tentative de suicide ; et le sujet suicidé décédé par suicide.

Le tableau 1 ci-dessous regroupe ces notions.

CLINIQUE	SUJET	SUICIDOLOGIE	APPROCHE MEDICALE	SANTE PUBLIQUE
Totalement non suicidaire				Prévention primaire
Idéations suicidaires	Suicidaire	Prévention	Prévention primaire	Prévention secondaire
Comportement suicidaire indirect				
Intention suicidaire				
Comportement suicidaire non fatal	Suicidant	Intervention	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Suicide complété	Suicidé	Postvention	Prévention tertiaire	

Tableau 1. La diversité des nomenclatures en prévention du suicide selon le type d'approche.

2. Objet

Comme nous le verrons par la suite, le suicidé est davantage l'objet d'intérêt de l'autopsie psychologique que de la postvention. Qu'en est-il pour cette dernière ?

Dans son ouvrage, Shneidman définit la postvention comme les « activités qui se produisent après un événement suicidaire »(6). L'objet d'intérêt initial de la postvention comprenait donc les suicidants. Avant de préciser plus spécifiquement que "la postvention vise principalement à apaiser les séquelles psychologiques d'un décès par suicide des survivants "(171).

En 1973 dans un chapitre intitulé « Postvention and survivors victims », on peut lire la remarque historique : « La postvention peut être envisagée comme la prévention pour la prochaine décade ou pour la prochaine génération ». (173)

Désormais, le terme de postvention du suicide ne s'appliquera uniquement qu'au

soutien et à l'approche de ceux que nous appelons aujourd'hui « ceux qui restent ». (174) Habituellement, les personnes cibles sont appelées survivants ou survivants du suicide (175). Ce terme peut aussi être utilisé pour désigner des personnes qui ont survécu à une tentative de suicide, conduisant ainsi à nouveau à des confusions (176)(177). Afin d'en sortir, le mouvement des survivants a adopté plusieurs autres noms, tels que les personnes endeuillées après le suicide, survivants après le suicide (83), et soutien au deuil. Des auteurs proposent d'ailleurs l'introduction du concept de "soins post-tentative" pour le suicidant et son environnement, afin de les distinguer clairement de la postvention (177).

Retenons donc le terme de « survivant » qui intègre trois aspects :

- La référence au comportement de quelqu'un d'autre (et non à sa propre tentative de suicide).
- La mort et l'absence de cet autre.
- L'impact sur les autres personnes.

Un survivant est généralement considéré comme une personne qui a perdu un autre significatif par suicide, et dont la vie est changée à cause de la perte. Il n'y a cependant pas de définition consensuelle car la notion de significativité de la relation interpersonnelle est difficile à mesurer. Perdre un autre significatif ne signifie pas nécessairement que cette personne était un être cher. Le suicidé et le survivant peuvent être inconnus l'un de l'autre, néanmoins le survivant pourrait être impacté par le suicide. Les phénomènes d'identifications, notamment l'identification horizontale, sembleraient jouer un rôle important (147). Par ailleurs, des travaux mentionnent que d'être exposé à un suicide, ou ayant perdu un membre de la famille par suicide, n'est pas une condition suffisante pour être un survivant.

Non seulement la parenté, mais la qualité de la relation serait être important dans l'expérience de la perte (Chapman, 2007 (86); McIntosh, 2003 (177)). Se pose la question donc de l'identification d'un survivant. Il s'agirait de combiner jugement clinique, évaluation de l'impact de la perte et mécanisme d'autosélection (178).

Le modèle des cercles de vulnérabilité peut aider à déterminer l'ampleur des conséquences affectives d'un suicide sur les membres d'une communauté. Les individus les plus exposés au risque englobent ceux qui se trouvent dans la proximité géographique, sociale et psychologique de la personne qui s'est suicidée. (179)

- La proximité géographique fait référence à la distance physique avec l'incident, aux témoins oculaires ou aux personnes exposées à l'incident immédiatement après celui-ci.
- La proximité psychologique fait référence aux personnes qui entretiennent des liens avec la victime, notamment celles qui ont des liens culturels avec elle, les compagnons d'infortune victimes d'intimidation, les membres de l'équipe, les camarades de classe et les personnes qui ont l'impression de vivre la même chose.
- La proximité sociale fait référence aux relations que l'on a avec la personne qui affiche un comportement suicidaire (les membres de la famille, les amis, les membres du cercle social ou un amoureux).

3. Modélisation systémique

L'incomplétude des modèles décrits précédemment procède de la conceptualisation temporelle linéaire (matrice de Haddon) (170). La modélisation systémique par représentation graphique (figure 1) permet de communiquer des ensembles de

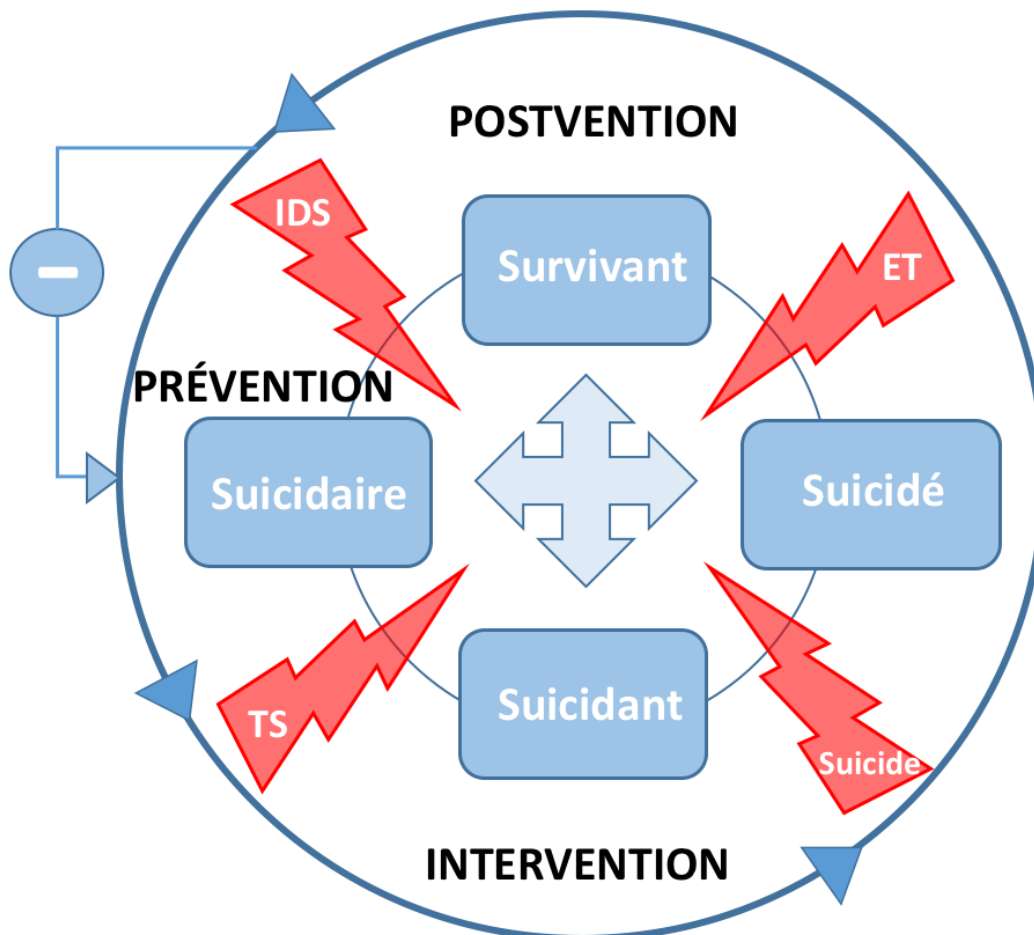
données qu'il serait contre-intuitif de présenter de manière linéaire, discursive. En effet, nous comprenons que par sa définition même, la postvention est en interrelation avec la prévention et l'intervention. Cette interrelation est transposable à l'objet d'intérêt. Comment envisager par exemple l'indépendance du suicidé et du survivant ? La modélisation systémique permet de penser la totalité, et de l'organiser, car si un système est d'abord un ensemble d'éléments, il ne s'y réduit pas. (181) Cette représentation laisse une place moins anecdotique au survivant et au champ postventif en suicidologie. La complexité de cette modélisation systémique tient de par ses éléments constitutifs, d'une limite qui sépare la totalité des éléments de son environnement et des réseaux de relations. Ce prérequis est indispensable pour penser la rétroaction, en particulier la boucle de rétroaction négative qui permet une régulation. (182) Cette régulation du suicide permet de sortir du fatalisme de la linéarité, de « passer du cercle vicieux au cercle vertueux ». Shneidman (1993) met lui-même mis en interrelation ces éléments en définissant la postvention comme « un ensemble d'*interventions* contribuant à diminuer les impacts traumatiques des morts violentes sur les survivants. Le but de la *postvention* est de *prévenir* le risque de suicide chez ces endeuillés et les aider à retrouver une qualité de vie » (167). Il s'agit donc de trouver le meilleur agencement entre ces composantes.

Une représentation circulaire du temps permet d'assurer une continuité, une liaison entre les générations : « La postvention peut être envisagée comme la prévention pour la prochaine décade ou pour la prochaine génération » (Shneidman (1993) (167)). Cette représentation permet d'inscrire la postvention dans *la longue durée* (180), remarque d'importance dans la mise en place et l'évaluation de mesures de santé publique, qui ne peuvent s'inscrire dans l'immédiateté.

Pour conclure, retenons que la postvention correspond à « ces activités développées par, avec ou pour les survivants du suicide, afin de faciliter l'après suicide, et pour prévenir les résultats indésirables, y compris le comportement suicidaire » (Andriessen, 2005) (178).

Il apparaît important de conserver cette terminologie afin d'affirmer la singularité de ce type d'approche.

Figure 1 : modélisation systémique des différentes composantes en suicidologie.



IDS : idées suicidaires ; TS : tentative de suicide ; ET : évènement traumatique

4. Champs d'application

La postvention est donc un processus dont l'objectif est d'atténuer les effets du suicide et d'aider les survivants à faire face à la perte qu'ils viennent de subir. Elle s'est développée à plusieurs niveaux :

- *Les interventions auprès des proches endeuillés* (présence d'un lien d'attachement). Cette partie sera développée dans un prochain chapitre.
- *Les interventions dans le milieu* auprès des individus qui ont été exposés (école, entreprise, institutions, milieu pénitentiaire, armée...). La littérature concernant la postvention en milieu scolaire est abondante et décrit divers programmes tels que le counseling (dirigé vers les amis proches), le débriefing psychologique (dirigé vers l'école entière) et la formation de crise auprès des intervenants scolaires (184) (185).
- *Les interventions communautaires* : à partir d'une approche socio-écologique, soulignons l'importance d'utiliser une approche holistique, ce qui implique d'inclure toutes les parties prenantes pertinentes au sein de la communauté. Les partenaires communautaires généralement impliqués dans l'élaboration de politiques et de protocoles de prévention du suicide comprennent les centres de crises, les écoles, la police, les bureaux de protection de l'enfance, les services d'urgence hospitaliers et les services de santé mentale. (186) Enfin, il existe un certain nombre de recommandations sur la façon de traiter du suicide dans les médias afin d'en rendre compte de façon responsable. (188)

B. Autopsie psychologique

L'évolution de la postvention du suicide est une conséquence directe de la pratique de l'Autopsie Psychologique qui correspond à une « investigation ou étude des circonstances qui ont conduit à la mort d'une personne », dont le suicide pourrait être une possibilité. (171)

Cette méthode a été développée aux Etats-Unis à Los Angeles dans les années 1950 lorsque le bureau des « coroners » s'est retrouvé confronté à une augmentation du nombre de décès liés à la consommation de médicaments pour lesquels il était difficile de conclure à une mort accidentelle ou à un suicide (189). Ils vont donc faire appel au centre de prévention du suicide de Los Angeles (190), notamment à Robert Litman, Norman Farberow et Edwin Shneidman afin de reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques associées au décès. Une collaboration va donc émerger entre le bureau des « coroners » et le centre qui a mis au point une méthode afin de déterminer les causes potentielles de la mort. Edwin Shneidman sera le premier à employer le terme d'autopsie psychologique pour décrire cette évaluation. L'objectif est de tenter de comprendre ce qui, dans un passé plus ou moins récent, a pu conduire au geste suicidaire, sans prétendre expliquer la décision unique d'un sujet face à un phénomène aussi complexe. (63) Cette méthode sera ensuite adaptée à la recherche médicale afin d'aider à définir les facteurs de risques du suicide.

Et c'est en rencontrant les familles, et en constatant les difficultés de l'institution judiciaire à faire face à cette souffrance qu'est née la postvention : « *Cette procédure sert aussi à apaiser certains des sentiments de culpabilité et de honte des survivants, et a un effet thérapeutique sur la santé mentale générale dans la communauté* ». Shneidman (1968) (191)

C. Les dispositifs existants

L'enquête de Farberow réalisée en 1998 (192) sur 31 pays du monde a suggéré que plusieurs pays d'Europe de l'Est (Russie, Lituanie, Roumanie, Bulgarie, Grèce, et Yougoslavie), ainsi que certains pays orientaux (Iran, Inde, Corée du Sud, Japon et Chine), n'avaient pas mis en place de services de soutien. En revanche, les pays anglo-saxons (États-Unis, Canada, Australie, Angleterre et Irlande) et les pays scandinaves (Suède, Norvège et Danemark) proposaient un service de soutien aux endeuillés. Une enquête réalisée en 2002 pour le répertoire européen (193) a retrouvé des activités postventives dans 20 pays européens. Le soutien auprès des survivants manquait principalement dans l'Europe de l'Est et du Sud. Ainsi, l'Autriche, l'Allemagne et la Suisse rapportaient un nombre modéré à faible de services, tandis que la Belgique, France, Irlande, Norvège, Suède, Pays-Bas, et le Royaume-Uni ont signalé un plus grand nombre de services. Récemment, le plan national de prévention du suicide en Allemagne a été lancé, comprenant le réseau des survivants de suicide. Des pays comme la Finlande, la Slovaquie, ou encore la Turquie ont rapporté la présence d'un service dans leur capitale. Il n'y avait pas d'activité en cours mais des initiatives étaient prévues au Danemark, en Estonie, en Lituanie, en Russie, en Italie (Scocco *et al.*, 2006) (194), et au Brésil (D'Oliveira, 2006)(195).

La Hongrie, la Yougoslavie et l'Espagne n'ont pas signalé d'activité en cours. Parmi les 10 pays signalés par Farberow en 1998 n'ayant pas de services de survivants de suicide, seulement deux pays, l'Espagne et la Yougoslavie, ont continué leur activité au moment de cette enquête européenne de 2002. L'OMS précise dans son rapport que les groupes de soutien aux personnes endeuillées seraient présents dans 38 (42 %) des 90 pays ayant répondu à leur enquête, des groupes d'entraide avaient été

créés pour les personnes endeuillées à la suite d'un suicide. Cela concernait 20 pays dans la région de l'Europe et aucun dans la région de la Méditerranée orientale. (1)

Il apparaît que dans la plupart des pays, les services de postvention sont sous-développés. En France, les modalités de soutien des endeuillés semble reposer essentiellement sur les groupes de soutien, organisés en grande partie par le milieu associatif. (197)

D. Recommandations

Selon Shneidman, « *le plus grand problème de santé publique n'est ni la prévention du suicide ni la gestion des tentatives de suicide, mais l'atténuation des effets du stress chez les survivants dont la vie est altérée pour toujours.* » (190) Pour l'OMS, la postvention est une des composantes d'une stratégie nationale. En effet, pour être efficaces, les objectifs nationaux de prévention du suicide doivent viser à (1):

- renforcer la surveillance et la recherche ;
- identifier et cibler les groupes vulnérables ;
- améliorer l'évaluation et la prise en charge des comportements suicidaires ;
- promouvoir les facteurs de protection individuels et environnementaux ;
- sensibiliser le public en l'éduquant ;
- améliorer les attitudes et les croyances sociétales et éliminer la stigmatisation envers les personnes atteintes de troubles mentaux ou qui manifestent des comportements suicidaires ;
- réduire l'accès aux moyens de suicide ;
- encourager les médias à adopter de meilleures politiques et pratiques pour la couverture du suicide ; et

- **soutenir les personnes endeuillées suite à un suicide.**

La postvention a ainsi été identifiée comme une composante essentielle de la prévention du suicide. (1) Néanmoins, les modalités d'intervention ne sont pas explicitées. L'observatoire national du suicide (ONS) propose en 2014 un état des lieux des connaissances et les perspectives de recherche (195). Y est rappelé l'axe 1 du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014: *« en matière de postvention, une des actions du programme consiste à former les professionnels à la prise en charge des proches de personnes décédées en établissement de soins, notamment par suicide....Une autre action de postvention consiste à soutenir les associations portant des projets d'information et de communication autour du suicide. Une subvention de la DGS a été attribuée à la fédération « Vivre son deuil » pour des actions spécifiques au soutien de personnes endeuillées par suicide : groupes de parole, entretiens individuels, actions de formation et d'information (séminaires, congrès). L'action de la fédération européenne « Vivre son deuil » s'inscrit ainsi dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. »* (196)

L'amélioration des connaissances sur les interventions de santé publique et les dispositifs de prévention est également mentionnée. Dans son deuxième rapport (197), l'ONS mentionne à nouveau la nécessité de développer des actions de postvention : *« les actions de prévention peuvent être sélectives, visant des sous-populations à risque (par exemple, formation de personnes sentinelles en contact avec des populations à risque, dispositifs de postvention visant l'entourage endeuillé, etc.) »*; le troisième et dernier rapport mentionne quant à lui la nécessité de développer des actions de postvention en milieu scolaire. (198)

La Fédération Française de Psychiatrie a publié en 2009 des recommandations reprenant les grandes lignes de modalités d'aide et de soutien (183).

Sur le plan international, nous retrouvons plusieurs guidelines concernant notamment les activités de postvention en institution, selon les possibilités organisationnelles et réglementaires de ces pays. (185) (186) (99) Les instances s'accordent sur la nécessité de développer des actions de postvention, notamment auprès des endeuillés du suicide. Aucune recommandation n'est cependant explicitée s'appuyant sur des données de la littérature.

IV. Revue des études évaluant les activités de postvention chez les endeuillés.

Dans cette partie, nous réaliserons une revue des études évaluant les activités de postvention pour les endeuillés du suicide d'un proche.

Nous discuterons par la suite les résultats des études évaluatives retenues.

A. Méthodologie

Ce travail a consisté en la réalisation d'une revue de la littérature en utilisant les bases de données Medline et PsycINFO, avec l'algorithme de mot clés suivant :

« SUICIDE » AND (« POSTVENTION » OR « BEREAVEMENT » OR « SURVIVOR »)

La période d'investigation n'était pas limitée et était étendue jusqu'à Avril 2018.

Initialement, le processus de sélection a été réalisé à partir des titres des articles issus de notre recherche. Les articles qui n'étaient pas écrits en anglais et dont le titre n'était pas en lien avec l'objet de notre étude étaient exclus.

Dans un second temps, les articles sélectionnés étaient lus en intégralité. Seuls les articles originaux portant sur l'évaluation des stratégies de postvention auprès des endeuillés par le suicide d'un proche étaient retenus.

Les critères d'exclusions étaient les suivants :

- absence de rapport direct avec l'objectif de notre étude
- absence de données originales
- absence d'évaluation
- articles concernant la postvention en institution ou en communauté.
- revues de littérature

10 articles ont été inclus. Parmi eux, 8 ont été identifiés via Pubmed et 9 via PsychINFO, dont 7 doublons.

Les 10 articles retenus seront détaillés dans le tableau 2 et repris dans la discussion.

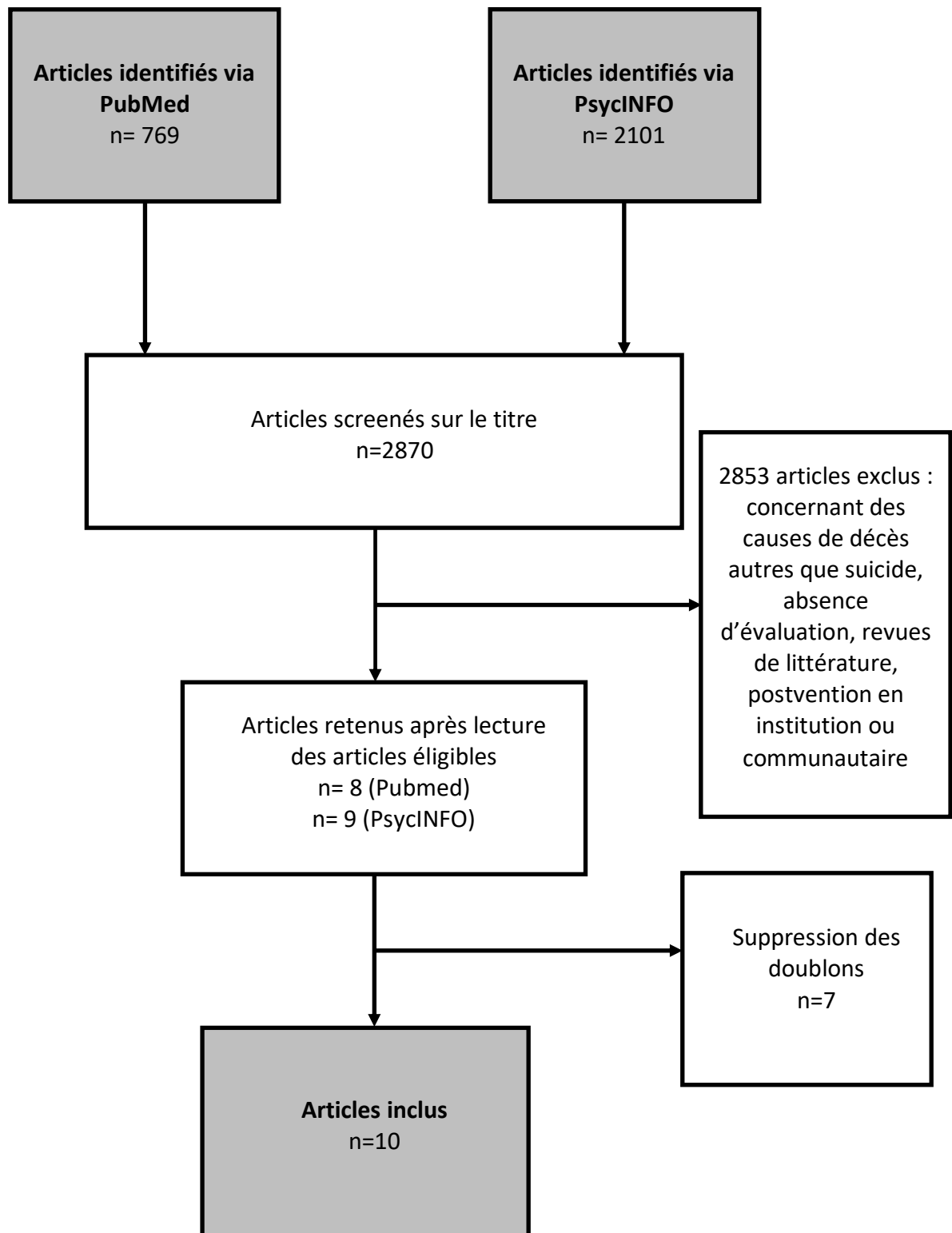
B. Flow chart de la revue

Figure 2. Diagramme de flux concernant la sélection des articles décrivant les études évaluant les activités de postvention des endeuillés par suicide.

C. Tableau des études évaluant les activités de postvention auprès des endeuillés

AUTEURS ET ANNEES	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	TECHNIQUES EMPLOYEES	PRINCIPAUX RESULTATS
Rogers et al. 1982	53 adultes membres de la famille immédiate endeuillés au cours des deux années précédentes Contrôle : non	Groupe de soutien 2h / 1 semaine x 8 semaines + 4x sessions bihebdomadaires Mesures : Symptom Checklist-90 (SCL-90) Questionnaire satisfaction	Non significatif. Diminution de l'intensité des symptômes psychosomatiques environ de quatre à six semaines après la fin de l'intervention. Degré de satisfaction de participation au programme positif
Battle 1984	36 survivants adultes Groupe contrôle : 13 sujets non endeuillés	Groupe de soutien 1.5hr / semaine pour 4 mois puis 1.5hr / 2 semaines pour 4 mo Mesures : 1: nombre de sessions suivies 2: raison de l'arrêt / croyance	1 : n = 17 ont assisté à 1-4 sessions ; n = 8 ont assisté à 5-9 séances ; n = 10 ont assisté à 10-14 sessions; n = 1 a participé à 15 sessions 2 : 61% ont déclaré avoir été aidés par le groupe de soutien; 27% ne pensaient pas que le groupe pouvait les aider davantage mais souffraient encore; 12% n'ont pas du tout été aidés
Farberow 1992	82 survivants adultes Contrôle : traitement (n=60) vs témoins (n=22)	Groupe de soutien 1.5h / 1 semaine x 8 semaines + réunions mensuelles facultatives par la suite Mesures : A t1 (rétrospectif) dans le mois suivant le décès; à t2: pendant traitement; t3: fin de traitement	1 : plus de "dépression" et de "perplexité" dans le groupe traitement par rapport aux témoins à t3 (pas de différence à t2); moins de "Chagrin", "honte" et "culpabilité" à t3 chez le groupe traitement 2: 92% d'expériences favorables ; 50%

		1 : "Sentiments" = dépression, chagrin, anxiété, honte ou stigmatisation, culpabilité, colère envers soi-même, colère contre la victime, perplexité, suicidaire ("estimation de l'intensité des sentiments: élevée, modérée, faible") 2: satisfaction	souhaiteraient plus de sessions; 89% recommanderaient le programme à d'autres
Constantino & Bricker 1996	32 conjoint(e)s de suicidés 2 groupes : Thérapie de groupe (1) de deuil (Yalom) (n=16) ; et groupe (2) de socialisation (n=16)	Thérapie de groupe de deuil (Yalom) et groupe de socialisation 1.5h/ semaine x 8 semaines Mesures : 1: BDI ; 2 : Brief Symptom inventory ; 3 : Social Adjustment Scale ; 4 : Grief Experience Inventory t1: immédiat; t2: 6 mois; t3: 12 mois	1: baisse dépression dans les deux groupes 2: Groupe 1 : baisse TOC; Groupe 2: baisse TOC, dépression, anxiété, anxiété phobique 3: groupe 2 : augmentation dans l'échelle d'ajustement social 4: Groupe 1 : diminution du désespoir, la colère / l'hostilité, la culpabilité, la rumination, la dépersonnalisation; Groupe 2 : diminution du désespoir, la rumination, la dépersonnalisation
Murphy et al. 1998	261 parents endeuillés par la mort violente d'un enfant (24% de suicide) Contrôle : Traitement vs soins standards	Soutien à l'information et à l'acquisition de compétences + groupe de soutien axé sur les émotions 2-7 mois après la perte 2h/semaine x 12 semaines	1: t1: détresse mentale globale significativement plus faible chez mère - non soutenue à t2; pas de résultats positifs chez pères t2: plus faible détresse mentale globale chez pères

		Mesures : 1 : Global Severity Index ; 2 : Traumatic Experiences Scale; 3 : Grief Experiences Scale ; 4 : Health status/health behaviors scale ; 5 : Dyadic Adjustment Scale t1 : fin de traitement; t2 : 6 mois	2: t1: score de PTSD significativement plus bas chez mère - non maintenu à t2; pas de résultats positifs chez pères; 3: t2: score de réponse au chagrin significativement plus bas chez père; pas de résultats chez pères 4 et 5 : pas d'effets
Constantino et al. 2001	60 conjoint(e)s de suicidés Contrôle : oui (mais combiné pour l'analyse, pas d'écart-type entre les groupes sur les mesures, groupes combinés pour l'analyse t1 versus t2 et t3)	Groupe de soutien : 1.5h/1 semaine x 8 semaines Mesures : 1: BDI; 2: Brief symptom inventory ; 3 :Social Adjustment Scale; 4: Grief Experience Inventory	Pas de différence entre les deux groupes 1: diminution dépression à t3 2: diminution TOC, dépression, anxiété, anxiété phobique, idéation paranoïaque à t3 3: différence sur la plupart des sous-ensembles de l'échelle d'ajustement social à t3 4 : différence significative pour le désespoir, perte de contrôle, rumination, dépersonnalisation, somatisation, anxiété de mort à t3
Pfeffer et al. 2002	52 familles dont 75 enfants Groupe contrôle : traitement (n=39) vs non traitement (n=36)	Groupe de soutien de deuil 1.5h/semaine x 10 semaines Mesures : 1: Childhood Post-traumatic Stress Reaction Index; 2: Children's	1: Aucune différence 2: Moins de dépression dans le groupe traitement. 3: Anxiété plus faible dans le groupe traitement. 4: Aucune différence

		Depression Inventory; 3: Revised Children's Manifest Anxiety Scale; 4: Social Adjustment Inventory for children and adolescents	
Cerel & Campbell 2008	397 survivants adultes Contrôle : Postvention active (n = 150) vs postvention passive (n = 206); 41 exclus	Sensibilisation aux survivants sur les lieux d'un suicide Mesures : 1: Temps écoulé entre le décès et l'admission pour les services de soutien; 2: Participation aux réunions du groupe de soutien; 3: Intensité de la présence; 4: Appétit, exercice, sommeil, concentration; 5: idéation suicidaire actuelle	1: le groupe postvention active se présente plus tôt 2: le groupe postvention active participe davantage au groupe de soutien 3: le groupe postvention active est davantage présent 4: Aucune différence 5 : Aucune différence
Daigle & Labelle 2012	8 enfants endeuillés (âge 6-12) Comparaison en avant/après	Thérapie de groupe 1 séances 2 h/semaine x 12 semaines Mesures : 1. estime de soi 2. anxiété, TSPT 3. dépression 4. colère 5. Troubles du comportement 6. Etat émotionnel (intrapersonnel / interpersonnel / gestion du stress / adaptabilité / humeur générale) 7. niveau d'espoir t1 : 2 semaine avant intervention; t2 : 2	Pas de statistiques réalisés (faibles effectifs) t2 : Amélioration de l'adaptation sociale et diminution des symptômes de stress post-traumatique

		semaines après fin d'intervention	
Sandler et al. 2016	244 enfants et adolescents (âge 8-16) Contrôle : Groupe thérapeutique (n=135) vs groupe autoformation (n=109)	Thérapie de groupe FBP 12 séances + 2 séances individuelles Mesures : 1 : Idéation et comportement suicidaire (YABCL, YASR, DISC) 2 : chagrin (échelle) 3 : Difficultés d'intériorisation (CBCL) 4 : dépression (inventaire dépression de l'enfant) 5 : anxiété (échelle de Richmond) t1 : pré-test ; t2 : post-test t3 : 11 mois ; t4 : 6 ans ; t5 : 15 ans	Résultats significatifs pour diminution des IDS et TS à 6 ans et 15 ans dans le groupe thérapie de groupe

D. Résultats

1. Caractéristiques des études

Dix articles répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés pour l'analyse afin de déterminer l'efficacité des programmes de postvention. Les évaluations comprenaient quatre essais contrôlés randomisés (Constantino et Bricker, 1996,(199) ; Constantino, Sekula et Rubinstein, 2001(200), Murphy *et al.*, 1998(201), Sandler et al., 2016(202)), et cinq essais pré/post-test (trois avec des groupes de contrôle (Cerel et Campbell, 2008 (203); Farberow, 1992 (85); Pfeffer *et al.*, 2002 (204)) et deux sans (Rogers *et al.*, 1982 (205) ; Daigle & Labelle 2012 (206)), ainsi qu'un rapport de cas (Battle, 1984 (207)).

2. Types d'interventions

Les programmes de postvention axés sur la famille inclus dans cette analyse comprenaient essentiellement des interventions de groupe de soutien aux survivants du suicide, généralement pour les adultes (Battle, 1984, Rogers *et al.*, 1982), ainsi que des interventions visant spécifiquement les veuves / veufs (Constantino & Bricker, 1996, Constantino *et al.*, 2001), les parents (Murphy *et al.*, 1998), et les enfants (Pfeffer *et al.*, 2002; Daigle & Labelle, 2012 ; Sandler *et al.*, 2016).

3. Types d'intervenants

Les intervenants comprenaient le personnel de centre de crise (Battle, 1984), des bénévoles (Rogers *et al.*, 1982), des infirmiers psychiatriques (Constantino et Bricker, 1996, Constantino *et al.*, 2001, Sandler *et al.*, 2016), un psychologue clinicien (Pfeffer *et al.*) et des équipes de cliniciens composées de psychologues, d'infirmiers et de thérapeutes familiaux (Murphy *et al.*, 1998).

4. Durées des programmes

La durée du programme variait de 1,5 heures par semaine pendant huit semaines (Constantino et Bricker, 1996) à 1,5 heures par semaine (quatre premiers mois) et 1,5 heures toutes les deux semaines (quatre mois suivants) (Battle, 1984).

Une étude a évalué un programme de « postvention active » géré par un centre de crise qui a fourni une aide ponctuelle aux survivants sur les lieux du suicide (Cerel et Campbell, 2008).

5. Durée de suivi

La durée du suivi allait d'immédiatement après l'intervention (Battle, 1984, Constantino et Bricker, 1996, Farberow, 1992, Pfeffer *et al.*, 2002) à 15 ans après (Sandler *et al.*, 2016).

6. Mesures

Ces programmes de postvention du suicide axés sur la famille étaient évalués par des mesures objectives de santé mentale, comme la dépression (Inventaire de la dépression de Beck (Constantino et Bricker, 1996, Constantino *et al.*, 2001) et l'Inventaire de la dépression chez l'enfant), l'anxiété (échelle d'anxiété manifestée chez les enfants (Pfeffer *et al.*, 2002, Daigle & Labelle, 2012 ; Sandler *et al.*, 2016)), les symptômes psychologiques (somatisation, traits obsessionnels compulsifs, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïaque et psychotisme) (Constantino & Bricker, 1996; Constantino *et al.*, 2001; Farberow, 1992) et Global Severity Index (Murphy *et al.*, 1998)), les symptômes de stress post-traumatique (Scale Traumatic Experiences Scale) (Murphy *et al.*, 1998), Daigle & Labelle, 2012), l'indice de réaction au stress post-traumatique (Pfeffer *et al.*, 2002), l'idéation suicidaire (Cerel et Campbell, 2008, Farberow, 1992 ; Sandler *et al.*,

2016) et les difficultés d'intériorisation (CBCL) (Sandler *et al.*, 2016) ; des mesures subjectives (auto-évaluation) de santé mentale concernant la dépression, l'anxiété et le sentiments de chagrin (Farberow, 1992); des mesures de l'adaptation sociale (Constantino et Bricker, 1996, Constantino *et al.*, 2001, Murphy *et al.*, 1998, Pfeffer *et al.*, 2002); la santé physique autodéclarée (appétit, exercice, sommeil et concentration (Cerel et Campbell, 2008)); l'état de santé et l'échelle de comportements sanitaires (Murphy *et al.*, 1998); ainsi que la participation (Battle, 1984, Cerel et Campbell, 2008) et la satisfaction (Battle, 1984).

7. Résultats concernant l'efficacité des programmes de postvention pour les endeuillés par suicide

Les résultats rapportés dans les évaluations des programmes de post-suicide axés sur la famille comprenaient des améliorations à court terme (Constantino et Bricker, 1996, Pfeffer *et al.*, 2002) et à long terme (12 mois) des symptômes dépressifs (Constantino *et al.*, 2001), une réduction à court terme (Constantino et Bricker, 1996, Pfeffer *et al.*, 2002) et à long terme (Constantino *et al.*, 2001) des symptômes d'anxiété; une réduction à court terme (Constantino et Bricker, 1996) et à long terme (Constantino *et al.*, 2001) d'autres symptômes psychologiques comme les troubles obsessionnels compulsifs, l'anxiété phobique, les idéations paranoïaques ; la réduction à court terme (Murphy *et al.*, 1998) de la détresse psychique; l'amélioration à court terme (Constantino et Bricker, 1996) et à long terme (Constantino *et al.*, 2001, Murphy *et al.*, 1998) des expériences de deuil; les participants ont également exprimé leur satisfaction à l'égard de l'aide offerte par les groupes de soutien (Battle, 1984, Farberow, 1992, Rogers *et al.*, 1982). Les activités de sensibilisation sur le lieu du suicide a permis d'augmenter la fréquentation d'un groupe de soutien et de demander

de l'aide dans un centre de crise (Cerel et Campbell, 2008). En effet, les endeuillés par suicide qui ont eu une intervention proactive et rapide font plus souvent appel aux services d'aide et plus tôt (43 jours) que les endeuillés qui n'ont pas bénéficié de ce type d'intervention (4 ans et demi). Le suivi intensif (groupe de soutien de deuil) et le contact minimal (groupe social) pour les survivants du suicide ont entraîné une réduction significative des symptômes de dépression, des traits obsessionnels compulsifs, de l'anxiété et de l'anxiété phobique (désespoir, colère / hostilité, culpabilité, rumination et dépersonnalisation) immédiatement après l'intervention, avec une amélioration significative de l'adaptation sociale (Constantino & Bricker, 1996, Daigle & Labelle, 2012). Les mères endeuillées par le suicide de leurs enfants participant à un traitement de groupe avaient des scores significativement meilleurs à court terme (immédiatement après l'intervention) sur les mesures de détresse mentale globale et de stress post-traumatique. L'amélioration de l'échelle des expériences de deuil apparaît d'abord lors du suivi (Murphy *et al.*, 1998). Les pères participants présentaient des scores de détresse psychologique globalement significativement plus faibles immédiatement après traitement que ceux du suivi effectué au suivi de six mois. Cependant, aucun effet du programme sur les scores du TSPT des pères ou les réponses au deuil n'était évident. Une évaluation a rapporté des résultats contradictoires de « sentiments » significativement plus élevés de dépression et de perplexité chez les participants adultes d'une intervention de groupe par rapport au contrôle, associés à une réduction de la sévérité du deuil, de la honte et des sentiments de culpabilité de l'inclusion à l'intervention parmi les participants (Farberow, 1992). Aucun effet des programmes sur l'état de santé physique des participants n'a été observé.

Les enfants et les adolescents participant à une intervention de groupe pour le deuil d'un parent présentaient des scores significativement plus faibles sur les échelles de dépression et d'anxiété par rapport au groupe témoin immédiatement après l'intervention (Pfeffer *et al.*, 2002), et diminution des réactions de stress post-traumatique et meilleur ajustement social (Daigle & Labelle, 2012). Nous retrouvons une réduction à long terme des idéations et comportements suicidaires (Sandler *et al.*, 2016).

E. Discussion autour de l'efficacité des programmes de postvention pour les endeuillés par suicide

1. Efficacité des programmes de postvention sur les réactions associées au stress

Dans notre étude, les interventions menées en groupe permettaient une réduction à court terme (Constantino et Bricker, 1996, Pfeffer *et al.*, 2002) et à long terme (Constantino *et al.*, 2001) des symptômes d'anxiété, et une réduction à court terme (Murphy *et al.*, 1998) de la détresse psychique. Il semble que peu de programmes incluent l'évaluation et la prise en charge de l'état de stress aigu et du TSPT de façon spécifique, et ce en dehors de groupes de soutien. L'équipe de Shear a mené une étude où 39% des participants endeuillés après une mort violente présentaient un TSPT au début de l'étude (Shear *et al.*, 2016(114)). Bien que 83% des participants ayant bénéficié de la thérapie se soient améliorés de façon significative, il n'est pas précisé combien parmi ceux-ci avaient vu leur diagnostic de TSPT disparaître après la thérapie. Il est toutefois possible que l'exposition au souvenir du décès ou du défunt, fortement inspirée de la thérapie pour le TSPT, traite simultanément les réactions de

deuil compliqué et les réactions de stress post-traumatique. Une étude pilote effectuée auprès de 16 Japonaises endeuillées à la suite de la mort violente d'un proche (homicides, accidents, suicides) s'est intéressée à cette question (Asukai, Tsuruta et Saito, 2011(209)). Toutes les participantes répondaient aux critères du TSPT et la presque totalité présentaient des réactions de DCP. Les participantes ont bénéficié de 15 séances d'une forme légèrement modifiée de la thérapie pour le deuil compliqué de Shear. Les séances d'exposition au souvenir du trauma ont été allongées (90 min.) et la composante du travail sur les buts personnels a été éliminée. Les résultats obtenus montrent une diminution importante des symptômes de DCP, équivalente à celle rapportée dans les études qui ont examiné l'efficacité de la thérapie pour le DCP (Boelen et *al.*, 2007 (155); Shear et *al.*, 2005 (74)). En outre, la majorité des participantes (85%) ne répondaient plus aux critères diagnostiques du TSPT. Cette première étude suggère qu'une version adaptée de la thérapie pour deuil compliqué pourrait être à la fois efficace pour le DCP et le TSPT.

Il semble qu'il y ait également une différence de genre dans la réponse au traitement par groupe concernant le stress et le psychotraumatisme. En effet, les mères endeuillées avaient des scores significativement meilleurs de détresse mentale globale à court terme et de stress post-traumatique immédiatement après l'intervention non maintenus à 6 mois). Les pères participants présentaient des scores de détresse psychologique globalement significativement plus faibles seulement à six mois. En revanche, on ne retrouve pas d'effet sur le TSPT chez les pères. Une étude de Mitchell & Terhorst (2016)(210) retrouve également que les femmes ont signalé des symptômes d'intrusion significativement plus élevés et un stress total que les hommes avec cependant, aucun effet du programme sur les scores du PTSD ou les réponses au deuil chez les pères. Les hommes seraient moins à risque de développer un TSPT,

ce qui correspond aux données épidémiologiques, mais seraient moins sensibles que les femmes au traitement du TSPT par groupe. Notre étude retrouve des résultats contradictoires concernant les enfants et les adolescents : on ne retrouve aucun effet du programme sur les réactions de stress post-traumatique dans l'étude de Pfeffer *et al.*, contrairement à l'étude de Daigle & Labelle qui retrouve une diminution. Aucun programme ne précise si les survivants étaient témoins, directs ou indirects, de l'acte suicidaire. Aucun programme n'évalue la composante de stress à la phase immédiate, à risque d'état de stress aigu (Guay et Marchand, 2006)(211). Certains auteurs affirment qu'il est important d'intervenir rapidement pour empêcher le développement de troubles stress post- traumatique (Rank *et al.*, 1997)(212). Pour Battle (1984), l'intervention auprès des proches doit se faire le plus tôt possible ou même dans les 24 premières heures suivant le décès, ceci afin de prévenir les réactions traumatiques reliées au décès par suicide, et ce, en particulier chez les enfants. Cette intervention proactive permet également de repérer les personnes en état de désorganisation ou de crise suicidaire et de les référer vers les services appropriés. Campbell (2004)(213) a élaboré un modèle de postvention, appelé LOSS Program, où une équipe d'intervenants se déplace immédiatement sur les lieux du suicide, au même moment que la police. Cette rapidité de contact a pour but de diminuer les effets traumatiques du suicide sur les endeuillés les plus vulnérables. Le déplacement d'un intervenant sur les lieux du drame permet, selon Campbell, de normaliser les effets du trauma du suicide. Concernant le type d'intervention, Rose, Bisson et Wessely (2002)(214) ont recensé onze recherches empiriques portant sur l'efficacité du débriefing appliqué à différents contextes d'intervention. Les conclusions tirées à partir de ces études mettent en évidence, d'une part, leur faiblesse méthodologique et, d'autre part, qu'une seule séance de débriefing n'est pas suffisante pour prévenir le trouble de stress post-

traumatique (TSPT) et ce, à court comme à long terme (un an) après l'exposition à l'événement traumatique. La postvention ne devrait donc pas se résumer à une séance de débriefing, mais être planifiée et comprendre un ensemble d'interventions s'étendant sur une longue période de temps suivant le traumatisme (Callahan, 1996 (144); Leenaars et Wenskstern, 1998(215), 1999(216)). Finalement, il est aussi important de mettre en place d'autres stratégies d'interventions associées aux réactions de stress, telles que, l'annonce de la nouvelle, le recadrage de l'information et la ventilation (154). Par ailleurs, sur la base de l'expérience et des travaux de recherche effectués jusqu'à maintenant, il semble que les sessions de ventilation soient généralement appréciées par les participants qui y trouvent du réconfort (Alexander *et al.*, 2000 (217); Valente & Saunders, 2002 (218)), surtout pour les proches du suicidé. Certains auteurs (Séguin *et al.*, 2006 (219), Prieto et Lebigot, 2003 (220)) nomment ce type d'intervention le *defusing*, qui correspond à une rencontre ponctuelle visant le traitement du stress aigu auprès des témoins directs ou indirects. Les objectifs du *defusing* sont de favoriser la décharge, de lier le vécu traumatique par le langage, de permettre l'intégration de l'événement et de fournir de l'information sur les symptômes susceptibles de survenir et sur les services d'aide existants. Enfin, la prise en charge du TSPT non compliqué d'un DCP doit relever de psychothérapies structurées individuelles.

2. Efficacité des programmes de postvention sur le deuil

Dans notre étude, les interventions menées en groupe permettaient d'améliorer les expériences de deuil à court terme (Constantino et Bricker, 1996) et à long terme

(Constantino *et al.*, 2001, Murphy *et al.*, 1998). Les expériences de chagrin (désespoir, perte de contrôle, rumination, dépersonnalisation, somatisation et anxiété de mort) et la plupart des ajustements sociaux ont été maintenus après le suivi à un an (Constantino *et al.*, 2001, Daigle & Labelle, 2012). La durée du suivi allait d'immédiatement après l'intervention à 15 ans après, même si l'étude de Sandler *et al.* (2016) ne précise pas les résultats concernant l'échelle de chagrin à long terme. Cependant, aucune étude n'évalue les interventions précoces de deuil à la phase immédiate, ni le DCP de façon précise à plus long terme. Notons que peu d'étude propose un suivi à long terme. D'après Doering et Eisma (2016) (221), pendant longtemps, la plupart des interventions proposées pour le DCP ont obtenu des résultats mitigés lorsqu'elles n'étaient pas simplement jugées inefficaces. Il est vrai que plusieurs obstacles ont limité l'apport de connaissances fiables dans ce domaine. D'abord, l'absence d'une définition commune du DCP nous a donné une série d'études dont les participants ont été identifiés à partir de critères différents, ce qui a limité les comparaisons d'une étude à l'autre et la généralisation des résultats. Ensuite, plusieurs études ont porté sur des interventions universelles (tous les endeuillés) et non seulement sur ceux qui avaient développé une forme de deuil pathologique, ce qui pourrait expliquer l'absence de résultats positifs. Une méta-analyse récente (Wittouck *et al.*, 2011)(222) s'est donné pour objectif de vérifier l'effet à court et à long terme des interventions spécifiquement conçues pour le DCP. Dans l'ensemble, ces études ont montré une diminution significative des symptômes de DCP immédiatement après le traitement et un maintien des gains jusqu'à six mois après les interventions qui s'adressent aux personnes qui ont développé un DCP (thérapie cognitive-comportementale combinée ou non à des éléments de thérapie interpersonnelle). Depuis la publication de la méta-analyse de Wittouck *et al.* (2011),

plusieurs études randomisées et contrôlées ont été publiées (Bryant *et al.*, 2014 (111); Eisma *et al.*, 2015 (223); Papa *et al.*, 2013 (224); Rosner *et al.*, 2014 (112); Shear *et al.*, 2014 (113); Supiano et Luptak, 2014 (225)), chacune démontrant l'efficacité d'une forme d'intervention cognitive-comportementale lorsque qu'on la compare à une thérapie non-spécifique (ex. : thérapie de soutien). À ce jour, le protocole de traitement proposé par Shear et son équipe en 2005 (Complicated Grief Therapy) (2005) (74) est celui qui dispose du meilleur appui empirique. Schut, Stroebe, Van Den Bout, et Terheggen (2001)(226) signalent par ailleurs que plus le deuil est grave, plus il y a de chances que les interventions thérapeutiques aient des résultats positifs. Selon Campbell (203), une démarche proactive par le déplacement d'un intervenant sur les lieux du suicide permettrait de créer un lien important avec l'endeuillé, d'offrir un soutien, d'informer sur les ressources existantes, et ainsi d'aider le survivant dès le début du processus de deuil.

3. Efficacité des programmes de postvention sur les idées et comportements suicidaires

Dans notre étude, les interventions menées en groupe permettent une réduction à long terme des idéations et comportements suicidaires (Sandler *et al.*, 2016) chez une population d'adolescent. Cependant, aucune étude n'a mesuré ce phénomène à la phase aigüe. Certains auteurs considèrent qu'il est nécessaire d'intervenir rapidement après le suicide lorsque c'est possible (Shneidman, 1981 (227); Leenars & Wenckstern, 1998 (215)), afin de diminuer les risques de contagion. En effet, le repérage initial des personnes vulnérables est une étape primordiale à l'intervention de crise, d'où l'importance de la formation des intervenants (Pruett, 1990 (228)).

L'intervention de crise devrait être utilisée auprès des personnes vulnérables qui n'arrivent pas à retrouver un état d'équilibre satisfaisant (Kirk, 1993(229)), ce qui suppose que le repérage se fasse sur la durée, à plus ou moins long terme, puisque la crise peut apparaître après un certain temps à la suite de l'événement traumatisant.

4. Impact des programmes de postvention sur les autres comorbidités

Dans notre étude, les interventions menées en groupe permettaient une amélioration à court terme (Constantino et Bricker, 1996, Pfeffer *et al.*, 2002) et à long terme (12 mois) des symptômes dépressifs (Constantino *et al.*, 2001). Une étude a rapporté des résultats contradictoires avec un taux significativement plus élevés de dépression et de perplexité chez les participants adultes d'une intervention de groupe par rapport au groupe contrôle, associés à une réduction de la sévérité du deuil, de la honte et des sentiments de culpabilité (Farberow, 1992). Spino *et al.* soutiennent dans leur étude l'idée qu'une disponibilité accrue du soutien peut diminuer les symptômes de la dépression, résultats que l'on retrouve dans d'autres études (230).

Une étude a noté qu'il y aurait une différence dans la persistance des symptômes de dépression et d'anxiété chez les enfants et les adolescents : les jeunes enfants (6 ans) et jeunes adolescents (14 ans) seraient plus à risque que les enfants d'âge intermédiaire (11 ans) (Pfeffer *et al.*, 2002). Bridge *et al.* (2003) ont constaté que les adolescents qui avaient été exposés à un suicide, qui avaient des antécédents familiaux de dépression et se sentaient responsables du suicide, étaient 28 fois plus susceptibles de développer une dépression majeure 1 mois après le suicide (231). Cleiren et Diekstra (1995) retrouve un taux d'inadaptation chez 18% à 34% des

survivants entre 1 et 4 ans après la perte, et chez 2% des survivants, on retrouve des séquelles psychiatriques, principalement un état dépressif, 1 an après perte (82). Notre étude retrouve également une réduction à court terme (Constantino et Bricker, 1996, Pfeffer *et al.*, 2002) et à long terme (Constantino *et al.*, 2001) d'autres symptômes psychologiques (TOC, anxiété, anxiété phobique). Notons également une diminution de l'intensité des symptômes psychosomatiques de quatre à six semaines après la fin de l'intervention (Rogers *et al.*, 1982).

5. Discussion autour des intervenants

Dans notre étude, les interventions étaient menées par plusieurs types d'intervenants : le personnel du centre de crise (Battle, 1984), des bénévoles (Rogers *et al.*, 1982), les infirmiers psychiatriques (Constantino et Bricker, 1996 ; Constantino *et al.*, 2001, Sandler *et al.*, 2016) un psychologue clinicien (Pfeffer *et al.*) (203) et des équipes de cliniciens composées de psychologues, d'infirmières et de thérapeutes familiales (Murphy *et al.*, 1998).

Selon Pruett (1990), la clef du succès des interventions de postvention repose sur la formation des intervenants (228). En effet, ces derniers doivent posséder les connaissances nécessaires pour reconnaître les facteurs de risque qui peuvent amener à une augmentation des intentions suicidaires. Ils doivent être en mesure de discerner ces intentions, de reconnaître les signes, les symptômes et les antécédents (telles que les tentatives de suicide) et d'identifier tous les éléments pouvant vraisemblablement influencer le processus. Selon Farberow (1992), les interventions de groupes d'endeuillés tireraient davantage profit d'une équipe d'animateurs combinant un professionnel et une personne-ressource qui a vécu un deuil par suicide

(85). Dans les cas d'idéations suicidaires et de dépression sévère, le professionnel possède l'autorité et les compétences nécessaires pour gérer la situation. Pour l'animation des autres interventions de postvention, bien qu'il n'y ait pas d'indications spécifiques dans la recherche, Séguin *et al.* (2004) recommandent des ressources formées en intervention de crise suicidaire et en postvention dans chaque milieu et que toutes les personnes concernées reçoivent l'information et la formation appropriée en lien avec le rôle qu'on leur demande de jouer (99). Les cliniciens et les professionnels de la santé mentale qui connaissent la mort d'un patient sont dans une position importante pour aider les survivants, d'autant plus que peu de survivants du suicide demandent de l'aide professionnelle après leur perte (153). La prise en charge du psychotraumatisme relève également de compétences spécifiques.

6. Discussion autour de la satisfaction, du suivi et des groupes cibles

Les activités de sensibilisation sur le lieu du suicide étaient significativement plus susceptibles d'entraîner une augmentation de fréquentation d'un groupe de soutien et de demander de l'aide dans un centre de crise pour les survivants du suicide (Cerel et Campbell, 2008). La littérature suggère que seulement un survivant sur quatre cherche spontanément de l'aide (Farberow, 1992, Rogers *et al.*, 1982). Néanmoins, le degré de satisfaction de participation aux programmes semble positif (Rogers *et al.*) avec 61% des participants ayant déclaré avoir été aidés par le groupe de soutien et 92% d'expériences favorables (Farberow, 1992). Dans la littérature, on retrouve des scores similaires, avec 65% (Provini *et al.*, 2000) (232) à 88% (Dyregrov, 2002) (234) de participants à des services de postvention qui trouvent ces expériences utiles.

Concernant l'identification de groupes cibles, il n'est pas pris en considération dans ces études le fait d'être témoin du suicide, direct ou indirect, en connaissance des possibles conséquences exposés précédemment. Il apparaît également qu'il y a peu de données sur les différences selon le sexe ou l'âge sur la réponse aux stratégies d'intervention. Notre étude retrouve que le sexe féminin serait un facteur de réponse favorable concernant le TSPT malgré une incidence du trouble plus fréquente comme précisé précédemment. Concernant l'âge, une différence dans la persistance des symptômes de dépression et d'anxiété chez les enfants et les adolescents : les jeunes enfants (6 ans) et jeunes adolescents (14 ans) seraient plus à risque que les enfants d'âge intermédiaire (11 ans) (Pfeffer *et al.*, 2002). Ces résultats sont à mettre en perspective avec le risque de contagion suicidaire plus importante chez l'adolescent comme rapporté dans un précédent chapitre. Néanmoins, il apparaît nécessaire de multiplier les études afin de confirmer cette tendance.

7. Discussion autour des types d'intervention et de la temporalité

Notre étude retrouve des interventions essentiellement sous forme de groupe de soutien. Ces derniers peuvent offrir un refuge pour comparer et normaliser les expériences, en apprendre davantage sur le suicide, et recevoir un soutien sans jugement. La forme de postvention la plus couramment proposée et suggérée est le groupe de soutien aux survivants (Reed, 2006) (237). Il s'agit d'une activité dite de counseling, pouvant être proposée en individuel. Le counseling est une relation d'aide en situation. Sa première caractéristique est d'apporter une aide, une facilitation, une médiation à un groupe ou une personne dans son contexte propre. (238)

Les contacts avec d'autres survivants, le plus souvent en participant à des groupes de soutien dirigés par des pairs ou dirigés par des professionnels, semblent offrir une ressource précieuse à de nombreux survivants. Les survivants du suicide trouvent les efforts de postvention efficaces parce qu'ils fournissent un exutoire sécuritaire à la souffrance psychique et aux émotions négatives (Jackson, 2003 (239), Myers & Fine, 2006 (240)). Joiner (2005)(241) a proposé que le sentiment d'appartenance est un facteur de protection contre le suicide.

Cerel *et al.* (2009) soulignent qu'en raison du manque de recherche et d'évaluation, on sait peu de choses sur la façon dont des facteurs particuliers (comme la taille du groupe ou encore le nombre de séances) influent sur l'efficacité des groupes de soutien (235). Dyregrov (2002) a étudié 128 parents ayant perdu un enfant (âgé de 11 à 22 ans) par suicide. Environ 26% des survivants avaient assisté à des groupes de soutien. Lorsqu'on leur a demandé quelle serait « l'aide idéale », 22% ont suggéré le soutien par les pairs. Seule une minorité (environ 25%) des survivants se saisissent des thérapies de groupe dans les pays où ce soutien est disponible (Dyregrov, 2002; Provini *et al.*, 2000; Saarinen *et al.*, 1999 (236)).

De plus, une thérapie individuelle peut être indiquée quand aucun groupe de soutien n'est disponible, ou lorsque le survivant hésite à participer à une intervention de groupe de soutien.

De toute évidence, de nombreux autres formats de soutien sont nécessaires.

Les interventions ciblant les survivants du suicide devraient offrir une approche flexible et personnalisée qui tienne compte de la variabilité extrême de la détresse ressentie par chaque individu (194). Nous avons vu précédemment que certaines réactions associées au suicide d'un proche nécessitent des prises en charge individuelles

spécialisées. De plus, aucune étude n'évalue les stratégies d'intervention à la phase immédiate.

8. Limites

Notre revue de littérature présente plusieurs limites. En effet, il existe un biais de recherche, car bien que plusieurs bases de données aient été utilisées, les mots clés choisis ne permettent pas de colliger toutes les études évaluant l'efficacité des stratégies de postvention pour les endeuillés par suicide. Plusieurs publications ont comme critère principal l'évaluation d'une entité clinique unique (ex : dépression seulement), sur des populations hétérogènes (pas seulement endeuillés, ou encore des causes de décès autres que le suicide). Or cela induit la possible absence de mots clés concernant l'objectif de notre étude. Nous pouvons suspecter également un biais de publication en faveur d'une surestimation de l'efficacité de la postvention pour les endeuillés par suicide. Il est possible que des études n'ayant pas présenté de résultats positifs, quant à l'intérêt de la postvention pour les endeuillés par suicide, n'aient pas été publiées. Des limitations potentielles existent également en raison de la nomenclature non standardisée et de l'inclusion en anglais seulement, ce qui favorise intrinsèquement la recherche dans les pays à revenu élevé. Concernant la qualité des études, si l'on se réfère à l'échelle de l'Oxford Levels of Evidence-Based Medicine (243), le niveau de preuve des études retenues est faible.

Szumilas et Kutcher (2011) (184) suggère que la littérature concernant la postvention reste limitée et est principalement descriptive ou théorique. Bien qu'il existe une quantité importante de documentation sur les interventions en cas de décès, il semble y avoir peu de recherches axées spécifiquement sur l'évaluation des programmes de postvention. Dans l'ensemble, il semble que l'évaluation actuelle des groupes de

soutien fasse défaut et que d'autres recherches soient nécessaires pour mieux comprendre l'impact des groupes de soutien sur les personnes endeuillées par suicide (Cerel *et al.*, 2009; Andriessen et Krynska, 2012 (242)). À l'heure actuelle, les preuves de l'efficacité des interventions auprès des personnes endeuillées par suicide sont faibles (244)(245). Notre revue présente également une limite quantitative. Dans une revue de littérature récente, Maple *et al.* précisent que depuis 1965, les activités de recherche dans le domaine du deuil et de la postvention sont d'environ 8,86 articles par an dans le monde (246). Il y a toujours un manque d'études d'évaluation sur les effets des interventions et programmes, la majorité des articles étant de nature explicative. Plusieurs domaines d'études dans ce domaine restent négligés. Cette stratégie postventive nécessite des informations supplémentaires (247)(248). Enfin, les efforts d'évaluation devraient utiliser une approche méthodologique mixte. Comme l'ont souligné Jordan et McMenamy (2004) et Jordan (2001), les études méthodologiques mixtes ont été plus efficaces grâce à des entretiens qualitatifs pour identifier les nuances manquées dans les méthodes quantitatives.

F. Conclusion autour des études

Notre revue a permis de mettre en évidence des résultats positifs concernant l'efficacité des activités de postvention pour les endeuillés par suicide.

La sensibilisation sur les lieux du suicide a été utile pour encourager les survivants à fréquenter un groupe de soutien et demander de l'aide pour faire face à leur perte. Tout contact avec une activité de postvention de groupe à l'intention des survivants conjoints du suicidé a contribué à réduire la détresse psychologique à court et à long terme (un an). Le traitement de groupe pour les parents endeuillés par la mort violente de leurs enfants a eu des effets différentiels sur les mères et les pères. Les mères ont

bénéficié d'effets positifs sur les mesures de détresse psychologique globale et sur les symptômes de TSPT à court terme et sur l'échelle des expériences de deuil après six mois de suivi. Les pères participants ont démontré des scores de détresse mentale globalement significativement plus bas à court et à moyen terme (six mois). Les interventions menées en groupe permettent une réduction à long terme des idéations et comportements suicidaires chez une population d'adolescent. Dans l'ensemble, il existe des preuves prometteuses que la sensibilisation des membres de la famille immédiatement après le suicide et des groupes de soutien au deuil dirigés par des animateurs formés peut être utile pour certaines personnes, malgré la faible puissance empirique des études retrouvées. Divers auteurs ont souligné le besoin de recherches plus approfondies et d'évaluations méthodologiquement solides concernant la postvention des endeuillés (Andriessen et Krysinska, 2012, Jordan et McIntosh, 2011, Szumilas et Kutcher, 2011 ; Jordan et McMenamy, 2004). En effet, à ce jour, l'évaluation fait défaut (Goldsmith *et al.*, 2002, et Maris, Berman et Silverman, 2000).

Malgré le manque de soutien empirique contrôlé, l'expérience clinique a mis en évidence un certain nombre d'interventions ou de programmes qui pourraient être utiles aux survivants du suicide. Dans une perspective de coûts et bénéfices, il est conseillé de poursuivre ces activités étant donné l'importance de prévenir les conséquences néfastes possibles liées au suicide d'un proche ou d'un membre de l'entourage. La postvention est un sujet complexe de par la diversité des activités d'intervention, les groupes cibles touchés par le suicide d'un proche ou d'un membre de l'entourage et par les différentes réactions qui y sont associées.

PARTIE III : Perspectives

I. Stratégies d'intervention

A. La population cible

Cette proposition d'intervention s'adresse en premier lieu aux endeuillés qui éprouvent des réactions de stress, de crise et de deuil à la suite d'un suicide d'un proche, bien que que plusieurs éléments de cette stratégie de postvention puissent s'appliquer lors d'évènements autres que le suicide, comme certains traumatismes ou pertes.

Cette proposition peut s'appliquer aussi bien à une population adulte qu'aux enfants et adolescents, malgré des spécificités certaines en terme clinique et en terme de modalités d'intervention. Une attention particulière sera apportée aux témoins, directs ou indirects.

B. Logique d'intervention

Afin d'être réellement efficaces, les interventions ciblant les survivants du suicide devraient offrir une approche flexible et personnalisée qui tienne compte de la variabilité extrême de la détresse ressentie par chaque individu. (194)

Les interventions devraient couvrir toutes les temporalités après le suicide d'un proche, et donc différents types d'interventions doivent être proposées en s'ajustant aux besoins de l'individu et à sa capacité à réagir à cet événement (99).

Afin d'apporter plus de clarté, cette proposition s'inscrit dans une séquence linéaire, même si en pratique, les activités de postvention peuvent être introduites selon une autre séquence temporelle. Le choix des interventions pourra varier en fonction des réactions des différents sous-groupes et du jugement clinique des

intervenants. Il se fera en fonction des manifestations cliniques observées. Une évaluation continue est effectuée afin de bien cerner la situation des individus à risque. Il faudra aussi considérer le niveau de vulnérabilité des individus ainsi que la proximité partagée entre les individus et la personne décédée.

Cette proposition de stratégie d'intervention est conçue comme un ensemble intégré d'activités réalisées simultanément et/ou successivement à la suite d'un décès par suicide et qui a pour but d'offrir aux personnes concernées les bonnes interventions au bon moment (99).

C. Objectifs et moyens

Les interventions visent à diminuer les réactions associées au stress, à la crise et au deuil peuvent varier en fonction des individus et des situations. Il est donc important de s'assurer que les interventions soient adaptées à chacune de ces réactions. Le principal objectif est d'atténuer les impacts associés au suicide d'un proche chez les endeuillés afin de diminuer le risque de contagion. Les interventions proposées viseront donc à :

- *Diminuer le niveau de stress*, en identifiant les différentes réactions de stress et d'intervenir différemment selon le niveau de détresse. Rappelons qu'une intervention massive type débriefing peut augmenter le niveau de stress plutôt que le diminuer. Il s'agit plutôt de soutenir les survivants qui vivent des réactions normales de stress temporaire après une perte. Il convient d'intervenir auprès de ceux qui ont des éléments de vulnérabilité individuelle et donc plus à risque de développer des réactions de stress aigu ou d'un trouble de stress post-traumatique. Une attention particulière sera apportée à l'annonce de la nouvelle

en informant de façon adéquat les survivant et en prévenant la circulation des rumeurs. Si besoin, on pourra effectuer un recadrage de l'information, auprès des personnes en état de stress temporaire, lorsque des fausses rumeurs circulent. Il convient d'éviter la banalisation ou la dramatisation du suicide en donnant les informations nécessaires sur la problématique du suicide.

La ventilation, qui vise à permettre aux personnes touchées d'exprimer librement, en toute sécurité et sans jugement leurs sentiments par rapport au suicide, permettra de faciliter la mise en mots des émotions et d'aider à déterminer les stratégies qui favorisent la diminution du stress auprès des personnes en état de stress temporaire (99). À cette étape, l'intervenant doit aider l'individu à reprendre le contrôle de la situation et le rassurer sur la nature de ses sentiments (Kouri, 1990) (252). Elle permet également de reconnaître et valider la peine et les autres émotions ressenties par les personnes en état de stress temporaire. Enfin, lors d'une activité de ventilation, les intervenants pourront repérer les personnes les plus vulnérables qui vivent une détresse ou qui ont développé un état de crise suicidaire ou de désorganisation en les orientant vers une unité d'hospitalisation. Cette étape est également l'occasion de faire connaître les services d'aide.

La psychoéducation est une étape essentielle. Elle vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. Ce n'est pas seulement une transmission d'information, mais aussi une méthode pédagogique adaptée aux troubles ayant pour but une modification des attitudes et des comportements. (253)

- *Favoriser le processus de deuil* : rappelons que pour qu'il y ait processus de deuil, il faut avoir développé un lien d'attachement avec la personne décédée. Les proches pourront bénéficier d'une intervention précoce de deuil à la phase d'impact visant à favoriser la progression du deuil dans sa première phase, lors notamment des réactions de choc. L'intervention précoce de deuil a pour objectifs d'offrir condoléances et soutien, d'amorcer le processus de deuil et de repérer les endeuillés les plus vulnérables, de faciliter la reconnaissance de la perte et la normalisation des sentiments reliés au décès par suicide ainsi que de briser l'isolement des personnes endeuillées. (186) La psychoéducation est également une étape essentielle. Comme nous l'avons vu dans notre étude, d'autres survivants pourront profiter davantage d'un soutien de deuil type counseling à moyen et long terme afin de favoriser le travail de deuil et d'éviter le développement d'un DCP. Rappelons que les proches développant un deuil traumatique ou l'association d'un DCP et d'un TSPT peuvent bénéficier d'une prise en charge intégrée.

- *Diminuer l'impact de la crise suicidaire* : la rupture de l'état d'équilibre créera des demandes supplémentaires pour s'adapter à l'événement. Si les stratégies d'adaptation déployées sont déficientes, il y aura une augmentation de la vulnérabilité qui pourra amener un état de crise suicidaire. Cette rupture de l'équilibre peut se produire à des périodes différentes et ceci sur du long terme. Il est donc important de maintenir des interventions de repérage dans le temps. Selon Pruett (1990), la clef du succès de cette intervention de repérage se trouve dans la formation des intervenants (228). Une intervention de crise pourra être proposée.

- *Repérer et traiter les comorbidités*, à partir de prises en charges spécifiques, mêmes si ces comorbidités sont souvent la conséquence des réactions décrites précédemment, les renforcent et répondent en partie au traitement de ces dernières. Les comorbidités somatiques sont également importantes à identifier et à prendre en charge.

Nous comprenons que les stratégies de postvention pour les endeuillés par suicide s'inscrivent dans différentes temporalités, qui correspondent aux différents temps cliniques. En fait, ce sont autant d'aspects à prendre en considération lors de l'analyse de la situation. Seguin *et al.* soulignent qu'il existe un intérêt à faire une planification de la gestion de ce type de situation, à procéder à la sensibilisation du personnel des institutions et à la formation des intervenants, à déterminer les responsabilités et les rôles de chacun, à identifier les ressources auxquelles on peut faire appel (99).

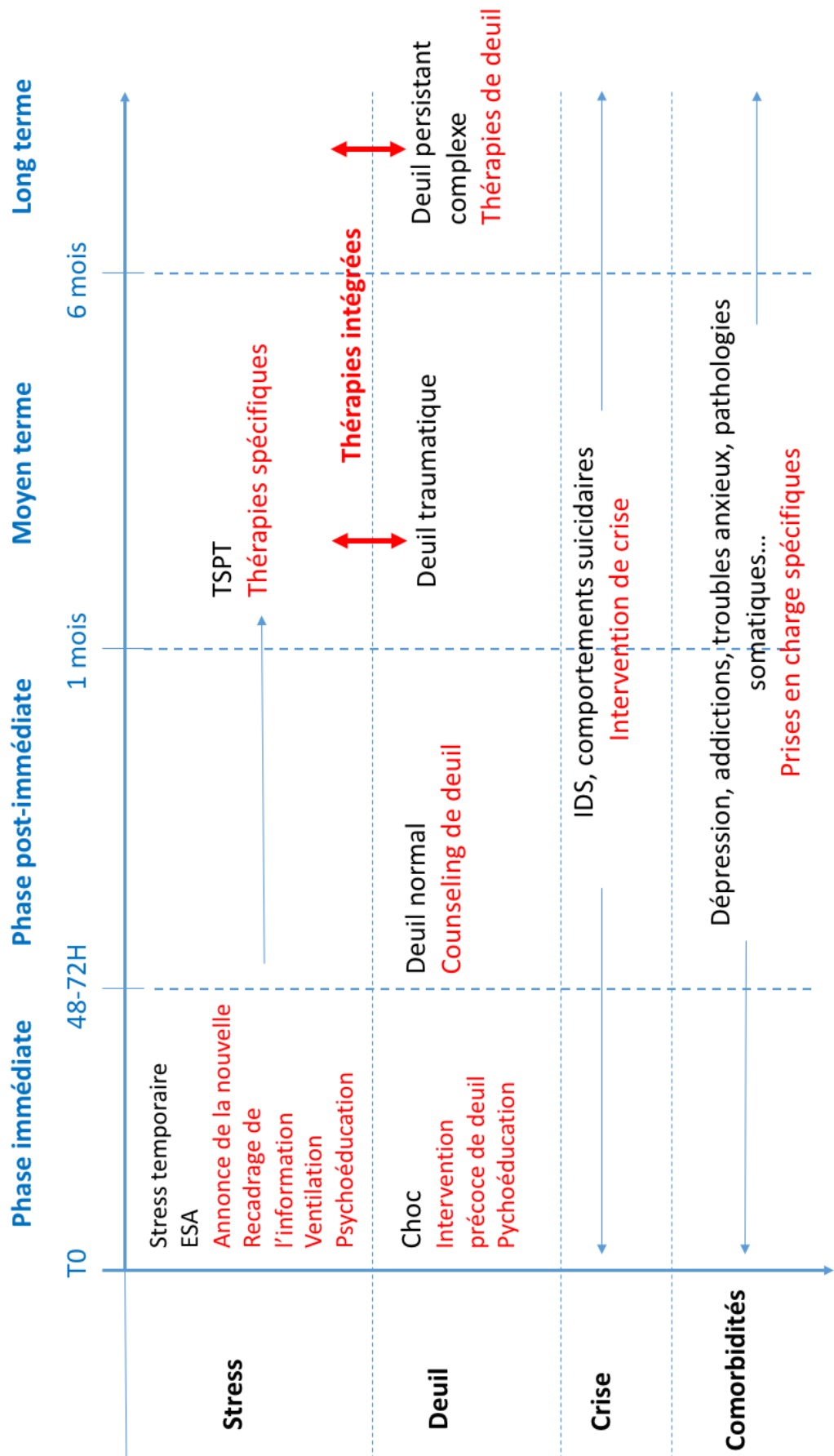


Figure 2. Stratégies d'intervention associées aux réactions psychologiques après un décès par suicide

ESA : état de stress aigu ; TSPT : trouble stress post-traumatique ; IDS : idées suicidaires ; T0 : décès du proche par suicide

Citons en France l'intérêt du programme Papageno, qui est un programme national, multimodal et intégré. Son objectif est double :

- Prévenir la contagion suicidaire (effet Werther et contagion « localisée »).
- Promouvoir le recours et l'offre d'aide, en se saisissant des opportunités qu'offrent les médias et les nouvelles technologies de l'information et de la communication, en ayant recours à la communication comme à un authentique outil de prévention, et en remplaçant les identifications à risque (identifications aux figures suicidaires) par des identifications protectrices (identification à des personnes qui ont traversé ou aidé à traverser une crise suicidaire).

« La postvention s'avère sans aucun doute l'une des meilleures

méthodes de prévention du suicide pour les endeuillés ...»

(Shneidman, 1973)(254)

« ...À condition que le programme ait été

mis en place avant que le suicide ne survienne »

(Wencksterm & Leenaars, 1998)(215)

II. Etat des lieux

Il apparaît important dans un premier temps de s'intéresser au point de vue des endeuillés. Quelques études ont évalué le souhait immédiat des survivants concernant une aide éventuelle. Saarinen, Viinamäki, Hintikka, Lehtonen et Lönnqvist (1999) (153) ont examiné la santé mentale de 104 survivants 6 mois après un suicide. Près de la moitié des survivants ont déclaré avoir besoin d'un aide par des professionnels, mais seulement un sur quatre avait cherché de l'aide. Dyregrov (2002) (234) a interrogé 128 parents qui ayant perdu un enfant, âgé de 11 à 22 ans, par suicide. Environ 26% des survivants avaient assisté à des groupes de soutien. Lorsqu'on leur a demandé quelle serait l'aide idéale, 22% ont suggéré que ce serait le soutien par les pairs. On sait que seule une minorité (environ 25%) des survivants bénéficient de groupes ou de thérapies dans les pays où ce soutien est disponible (Dyregrov, 2002; Provini *et al.*, 2000 (234); Saarinen *et al.*, 1999 (153)). Pourtant, selon l'étude de Delatte *et al.* (1999) (257), 62% des personnes attendaient de l'aide (26% n'avaient aucune attente et 12% ne se sont pas exprimées), de la part de la famille (62%) et du médecin traitant (26%). Pitman *et al.* soutiennent que les personnes endeuillées par le suicide sont moins susceptibles de recevoir de soutien que les personnes endeuillées par d'autres causes de mort subite et sont plus susceptibles d'avoir accès aux soins tardivement (254). Cela est préoccupant compte tenu du risque plus élevé de contagion. Ils précisent également que les organismes sont souvent insensibles à leur problématique et ne correspondent pas aux besoins des personnes endeuillées.

Comme l'ont indiqué De Groot *et al.* (256), les proches consulteront probablement leur médecin généraliste lorsqu'ils ressentent le besoin d'une aide professionnelle. Ainsi, ces derniers peuvent jouer un rôle clé dans le soutien et le repérage, car ils connaissent les vulnérabilités psychiatriques potentielles des survivants. Cependant,

les médecins généralistes ont besoin d'une formation supplémentaire pour faire face efficacement aux complications d'une perte traumatique chez les personnes endeuillées et de connaître les services disponibles pouvant être fournis (256).

L'étude de Brownstein (1992) (258) montre que la plainte principale des familles endeuillées est le manque de prise de contact par le médecin traitant. Les auteurs rapportent que parmi les douze médecins interrogés, un seul a pris contact avec la famille.

Les médecins d'urgence peuvent également jouer un rôle majeur en aidant les personnes qui ont perdu un être cher par suicide. Cependant, comme l'ont indiqué Isaacs et D'Souza (259), le personnel des urgences a besoin d'une approche formalisée, systématique et cohérente pour faire aux réactions des endeuillés.

Les survivant auraient donc des attentes en terme de soutien, mais les ressources à leur disposition et dont ils ont connaissance semblent insuffisantes. Cependant, au regard de la temporalité décrite dans notre stratégie d'intervention, la rencontre actuelle entre les intervenants et les proches est souvent fortuite et tardive (203). Il n'existe pas en France à notre connaissance de modalités de contact systématique des survivants du suicide par le milieu sanitaire. Cette prévention sélective des endeuillées, définie par l'OMS (260) comme visant les groupes d'individus dont on sait qu'ils sont particulièrement à risque, devrait se faire, selon certains auteurs, de façon systématique et proactive (Shneidman, 1993 (167); Hanus, 2004 (66)). Il s'agit de faire connaître les services, d'augmenter la possibilité des personnes les plus atteintes par le suicide d'y avoir accès et de diminuer les effets délétères du suicide auprès de ces personnes.

Ces notions de proactivité et de systématisme du contact auprès des endeuillés soulèvent un questionnement éthique auquel nous tenterons de répondre.

III. Considérations éthiques autour du contact auprès des familles endeuillées

Les questionnements éthiques sont liés aux modalités de contact, au moment et au lieu où s'établit le contact ainsi qu'aux personnes avec lesquelles est noué ce contact (63). L'idée de proposer un contact avec les endeuillés nous interroge sur les finalités d'une telle démarche. Rappelons les trois grands principes en bioéthique, reconnus internationalement : le respect de l'autonomie, la bienfaisance et la justice (Belmont) (261), auxquels s'ajoute la non-malfaisance (Beauchamp et Childress)(262). Se pose en pratique la question de la meilleure conciliation possible de ces derniers. Le respect de l'autonomie de la personne et le principe de non-malfaisance, considérant que les proches ne formulent pas de demande, nous prodigueraient de ne pas intervenir. Intervenir serait un choix paternaliste à opposer à une approche respectueuse de l'autonomie, mais cela ne doit pas conduire à abandonner le principe de bienfaisance, connaissant l'utilité et le degré élevé de satisfaction des proches pour les activités de postvention. Ce qui nous renvoi au principe de précaution ou de responsabilité (263): il s'agit de prendre des mesures afin d'éviter un risque dont la survenue n'est pas certaine, mais supposée, qu'un faisceau de présomptions scientifiques peut faire craindre. Il implique donc une dimension subjective (183). Cette préoccupation se réfère à la notion d'éthique de l'inquiétude, à la clinique du souci (264) et à la notion de *connectedness* (degré de proximité sociale d'une personne ou d'un groupe avec d'autres personnes ou d'autres groupes). Il convient donc d'aller au-devant de la demande sur un mode non intrusif aux trois niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

IV. Composantes d'une stratégie nationale de postvention

Shneidman a eu cette intuition il y a environ un demi-siècle, confirmée depuis par la majorité des experts. Même s'ils sont à renforcer et à perfectionner, nous disposons à l'heure actuelle des moyens nécessaires pour identifier et prendre en charge les conséquences du suicide sur l'entourage. Cependant, nous avons mentionnés que ces activités de postvention pour les endeuillés par suicide sont minoritaires en France. Ce qui fait défaut actuellement, entre autre, c'est le repérage. Un exemple de collaboration se trouve dans la pratique de l'autopsie psychologique, à l'interface entre le judiciaire, la recherche et le soin pour les endeuillés. L'autopsie psychologique semble être un idéal vers lequel il faut tendre. Néanmoins, systématiser et généraliser cette activité sur notre territoire se confronte à de nombreuses impasses (63). Différentes étapes doivent être franchies. Elles peuvent être synthétisées en deux sous-groupes : en premier lieu, il faut avoir connaissance des cas de suicide ou de morts suspectes sur lesquels porteront les investigations, dans la mesure où les familles donneront leur accord. Le repérage des cas se fait selon les possibilités juridiques et médico-légales du pays. En France, dans la mesure où il s'agit de morts suspectes le plus souvent, de suicides avérés quelquefois, les pompiers, le médecin appelé sur les lieux et l'Institut médico-légal peuvent être des sources d'information. À ce stade, il n'y a pas de contacts directs entre les familles et les intervenants. Aucun accès n'est possible à ce jour aux corps et aux familles de patients suicidés en France, à l'exception des rares cas qui sont initialement hospitalisés, ce qui représente très peu de sujets.

En France, la cause de décès est couverte par le secret médical ; or, contacter les familles implique que les intervenants aient eu connaissance des causes du décès. De tels contacts doivent être établis par l'intermédiaire du médecin certificateur ou du

médecin légiste. Cette procédure impliquera alors un partage de l'information entre médecin et juridiction. Un projet de soin peut tout à fait être envisagé en collaboration avec le Parquet, en incluant des procédures visant à ne pas gêner l'enquête. Ainsi, l'enquête n'est pas incompatible avec la mise en œuvre d'une activité postventive. Cela supposerait une coordination entre les instituts médico-légaux et les intervenants de postvention. Dans les pays anglosaxons par exemple, l'appui du coroner est utile afin d'établir des liens de collaboration avec les policiers et les intervenants. (203)

Il apparaît que la mise en place d'une telle activité ne peut se faire sans collaborations entre institutions. Dans son rapport (2015) (1), l'OMS mentionne par ailleurs à titre de recommandation que : *« les efforts de prévention du suicide passent par la coordination et la collaboration de multiples secteurs de la société, publics et privés, de la santé ou non, tels que ceux de l'éducation, du travail, de l'agriculture, des entreprises, de la justice, de la défense, de la politique et des médias. Ces efforts doivent être complets, intégrés et synergiques. En effet, aucune approche isolée ne peut résoudre à elle seule une question aussi complexe que le suicide ».*

Dans ce même rapport, il est également précisé que la prévention du suicide nécessite des orientations, un plan et un éventail de stratégies, adapté au niveau national. Lors de la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention du suicide, il convient de définir clairement les intrants (ressources, contributions et investissements nécessaires à la mise en œuvre des activités) et les extrants (activités, produits et services fournis aux publics visé, dont fait partie la postvention) et les résultats associés afin de déterminer la voie à suivre. Selon son orientation, la stratégie peut être menée au niveau national mais appliquée au niveau local. (1)

Terminons en précisant que, dans ce même rapport, l'OMS distingue trois facteurs importants susceptibles de favoriser le changement social : les connaissances (scientifiques et fondées sur la pratique), le soutien public (volonté politique) et une stratégie sociale (action nationale pour atteindre les objectifs en matière de prévention du suicide). (1)

Nous proposons donc dans cette dernière partie de définir une stratégie en France, en détaillant ses différentes composantes, concernant la postvention pour les endeuillés par suicide (le tableau récapitule ces éléments) :

1. Engager les parties prenantes

Il s'agit d'identifier les principales parties prenantes dans les différents secteurs concernés et les inciter à s'engager sans réserve dans les activités de prévention du suicide. Une attention particulière sera portée à la répartition des responsabilités. (1)

Il s'agit de favoriser l'articulation entre institutions sanitaires (psychiatrie, médecine légale, services d'urgence), médico-sociales et associatives (UNPS, « Vivre son deuil », « Phare Enfants Parents », « Jonathan Pierres Vivantes »... etc)) ; mais également politiques et juridictionnelles (Ministères, magistrature, ARS...).

2. Surveillance

Il s'agit d'augmenter la qualité des données épidémiologiques nationales sur le suicide.

(1) Des travaux sont en cours avec par exemple la collaboration entre le CépIDC, la

médecine légale et l'InVS (197). Citons l'intérêt de la certification électronique des causes médicales de décès dans un système de surveillance accéléré. Il convient également de soutenir la création d'un système intégré de collecte des données servant à identifier les groupes et les personnes vulnérables ainsi que les situations à risque. Cette surveillance épidémiologique du nombre de suicidés et d'endeuillés sur un territoire pourrait favoriser le repérage et la veille.

3. Restriction des moyens

Il s'agit de limiter la disponibilité, l'accès et l'attrait des moyens de suicide (les pesticides, les armes à feu et les lieux en hauteur par exemple), et de réduire la toxicité et la létalité des moyens existants. (1) Une restriction des moyens au niveau familial après le suicide d'un proche devrait être proposé afin de limiter le risque de contagion suicidaire par imitation, notamment chez les plus jeunes.

4. Médias

Il s'agit de promouvoir la mise en œuvre de directives relatives aux médias visant à encourager la couverture responsable du suicide dans la presse écrite et télévisée et dans les médias sociaux. (1) Le but est de limiter l'effet Werther et de préserver l'entourage dans le traitement médiatique d'un suicide. A ce titre, l'OMS a émis des recommandations internationales. (265) Il s'agit d'un des objectifs du programme Papageno (188) décrit précédemment.

5. Accès aux services

Il s'agit de faciliter l'accès à l'ensemble des services destinés aux personnes vulnérables aux comportements suicidaires, d'éliminer les obstacles aux soins et de favoriser un premier contact.⁽¹⁾ De nombreux auteurs s'entendent pour proposer une offre proactive et rapide (Shneidman, 1993; Hanus, 2004). Il s'agit de faire connaître les services, d'augmenter la possibilité des personnes plus atteintes par le suicide d'avoir accès aux services et de diminuer les effets délétères du suicide auprès de ces personnes. Les services de secours qui interviennent en première intention (pompiers, SAMU...) doivent informer systématiquement sur les diverses modalités d'aide et de soutien qui existent. (183) La création d'un document (plaquette ou brochure) recensant toutes les modalités d'aide existantes devrait être systématiquement remis aux survivants. Un site internet peut reprendre et développer ces informations. Au Royaume-Uni, une brochure papier et en ligne « Help is At Hand » a été largement bien reçue par les survivants. (266)

6. Formation et éducation

Il s'agit de mener à bien des programmes complets de formation des sentinelles identifiées (1) (les agents de santé, les officiers de police, les pompiers par exemple), d'aider les prestataires de soins de santé primaires (notamment des médecins traitants) et les professionnels de la santé mentale à mieux reconnaître, soutenir et orienter les personnes vulnérables. La Fondation américaine pour la prévention du suicide (AFSP) offre maintenant un programme de formation et un manuel

d'autoformation pour les profanes et les professionnels souhaitant créer un tel groupe (www.afsp.org).

7. Traitement

Il s'agit d'améliorer la qualité des soins cliniques et des interventions cliniques fondées sur les données factuelles. (1)

- Accompagnement et soutien

Préserver la personne d'interventions de soutien intrusives, s'assurer que la personne ne reste pas seule, sauf demande exprimée en ce sens. Dans ce cas, proposer une reprise de contact.

Les services de police et de gendarmerie doivent être en mesure d'informer sur la procédure engagée. Il est important que soit reconnu le droit aux familles de s'approcher du corps. Une étude à par exemple démontré que les parents ayant vu leur enfant décédé, dans un cadre formel, ne rapportaient pas l'avoir regretté deux à cinq ans après la perte. (267) Isaacs et D'Souza (259) ont noté que montrer le corps du bien-aimée aux membres de la famille peut être douloureux mais peut réduire le chagrin prolongé en créant un sens accru de la réalité de la mort.

La famille devrait pouvoir rencontrer le médecin légiste si elle le souhaite dans un cadre protégé.

-Prise en charge spécialisée

L'évaluation clinique est indispensable afin de proposer une prise en charge adaptée. Une stratégie d'intervention doit être anticipée, et adaptée individuellement pour

chaque type de réactions associées au suicide d'un proche. Une attention particulière sera apportée aux populations vulnérables ainsi qu'aux témoins. Des consultations spécialisées (deuil, psychotraumatisme) pourront être proposés, ainsi que des interventions appropriées en cas de crise en garantissant l'accès à des soins de santé mentale d'urgence.

De toute évidence, de nombreux autres formats de soutien sont nécessaires. Citons par exemple les lignes d'assistance téléphonique pour les survivants comme au Royaume-Uni (Peters, 2006) (268) ou encore des programmes psycho-éducatifs sur Internet (Hoffmann, 2006) (269). Ce dernier pourrait être particulièrement utile dans les zones reculées ou les pays où seulement quelques ressources de soutien sont en place. Il apparaît également utile aux survivants du suicide qui se sentent le plus stigmatisés et étant réticents au soutien en individuel ou en groupe. Des exemples prometteurs de programmes de sensibilisation coordonnés sont trouvés aux États-Unis (Campbell, Cataldie, McIntosh, & Millet, 2004) (213), en Australie (Clark & Andriessen, 2005, Fisher, 2004 (270); Fisher, Scheinpflug, Eames et Combes, 2007 (271)), et ou encore en Italie (Scocco *et al.*, 2006) (194). En Australie, un programme de postvention communautaire, StandBy Response Service (Standby), comprend une équipe d'intervention professionnelle en cas de crise, la sensibilisation des personnes au sein d'une communauté endeuillée ainsi que le soutien téléphonique requis (Bycroft *et al.*, 2011) (187). Des évaluations du programme suggèrent que ce service est non seulement rentable (Comans *et al.*, 2013)(272), mais réussit aussi à réduire le taux de suicide chez les survivants. Maple *et al.* soutiennent que les lignes directes peuvent être en mesure de fournir un lien avec d'autres programmes pour les survivants. (273)

8. Sensibilisation

Il s'agit de lancer des campagnes d'information au public visant à expliquer que le suicide est évitable et d'élargir l'accès du public et des professionnels aux informations relatives à tous les aspects de la prévention des comportements suicidaires. (1) L'objectif est de favoriser l'émergence d'une sensibilisation et d'une mobilisation collective au niveau des institutions en redonnant une place à la subjectivité car il n'y a pas de linéarité et de relation de cause à effet directe concernant le suicide.

La création d'un document écrit (plaquette) recensant toutes les modalités d'aide existantes au niveau zonal devrait être systématiquement remis aux survivants. Un site internet peut reprendre et développer ces informations. En Suède par exemple, l'utilisation de ressources numériques a diminué le niveau de chagrin.

Le groupe de travail flamand sur les survivants du suicide (Belgique) a par exemple diffusé des spots radio, et dans certains pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et la Belgique (De Fauw et Andriessen, 2003) (275), une journée nationale des survivants est tenue. Il semble que ces nouveaux formats attirent les survivants qui, autrement, ne sont probablement pas atteints par le soutien de groupe. D'autres formats semblent également importants à développer, comme les chaînes internet de vulgarisation, touchant principalement la population des plus jeunes. (276)

9. Lutte contre la stigmatisation

Il s'agit de promouvoir le recours aux services de santé mentale et aux services de prévention du suicide et de l'abus de substances psychoactives, de faire reculer la

discrimination à l'égard des personnes qui utilisent ces services, de lutter contre la stigmatisation du proche endeuillé du suicide. Il apparaît important de valoriser toutes les initiatives sociales, associatives, administratives, judiciaires etc., qui ont pour but de soutenir de façon concrète l'endeuillé dans ses différentes démarches, ceci étant de nature à favoriser la restauration du lien social. (183)

10. Mener des activités d'évaluation et de recherche

Il s'agit de rassembler les données existantes, d'élargir la recherche existante, octroyer des ressources en vue de guider et d'évaluer les efforts de prévention du suicide au niveau régional et/ou national. (260)

Il est nécessaire d'améliorer le niveau de connaissance qualitative et quantitative relatif aux activités de postvention. Comme l'ont souligné Jordan et McMenamy (2004) (248) et Jordan (2001)(247) , les études méthodologiques mixtes ont été plus efficaces grâce à des entretiens qualitatifs pour identifier les nuances manquées dans les méthodes quantitatives. Soulignons que les recherches sont pour l'essentiel anglo-saxonnes, fondées sur des modèles et critères parfois non transposables en France.

La promotion et la réalisation d'activités d'autopsies psychologiques doivent être encouragées.

11. Supervision et coordination

Il s'agit de mettre en place des institutions ou des agences dont l'objectif est de promouvoir et coordonner la recherche, la formation et la fourniture de services en

rapport avec les comportements suicidaires, afin de renforcer la réponse du système sanitaire et social.(260) La Fédération Française de Psychiatrie (183) préconise la mise en place d'une instance départementale sous l'autorité du Préfet ayant pour but de recenser l'entourage des suicidés afin de pouvoir lui proposer l'accès à l'ensemble des modalités d'aide et de soutien existant sur le département et de promouvoir des programmes de formation visant des milieux différents.

La mise en place d'un numéro unique de prévention du suicide doit être encouragé, et fait partie des axes de travail du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale.

Tableau 2 : tableau récapitulatif des différentes composantes d'une stratégie nationale de postvention auprès des endeuillés par suicide.

Engager les parties prenantes	Identifier les principales parties prenantes. Inciter à s'engager dans des activités de prévention du suicide. Répartir les responsabilités. Favoriser leur articulation.
Surveillance	Augmenter la qualité des données épidémiologiques. Certification électronique des causes médicales de décès. Favoriser le repérage et la veille.
Restriction des moyens	Limiter la disponibilité, l'accès et l'attrait des moyens de suicide. Réduire la toxicité et la létalité des moyens existants. Limiter le risque de contagion suicidaire par imitation.
Médias	Promouvoir la mise en œuvre de directives relatives aux médias. Encourager la couverture responsable du suicide dans les médias. Préserver l'entourage dans le traitement médiatique d'un suicide. Programme Papageno.
Accès aux services	Faciliter l'accès à l'ensemble des services. Éliminer les obstacles aux soins. Offre proactive et rapide. Informar les services de premiers secours sur les diverses modalités d'aide et de soutien qui existent. Documentation papier et en ligne.
Formation et éducation	Programmes de formation des sentinelles identifiées. Former les prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale. Manuel d'autoformation.

Traitement	Améliorer la qualité des soins. Accompagnement et soutien. Droit aux familles de s'approcher du corps. Rencontre du médecin légiste dans un cadre protégé. Prises en charge anticipées et adaptées. Repérage des témoins et des vulnérabilités préexistantes. Consultations spécialisées (deuil, psychotraumatisme) et interventions de crise. Traiter les comorbidités. Lignes d'assistance téléphonique pour les survivants. Programmes psycho-éducatifs sur Internet.
Sensibilisation	Campagnes d'information au public. Favoriser l'émergence d'une sensibilisation et d'une mobilisation collective au niveau des institutions. Documentation papier et en ligne. Chaînes internet de vulgarisation, spots radio, journée nationale.
Lutte contre la stigmatisation	Promouvoir le recours aux services de santé mentale. Lutter contre la stigmatisation du proche endeuillé par suicide. Valoriser toutes les initiatives sociales, associatives, administratives, judiciaires. Favoriser la restauration du lien social.
Mener des activités d'évaluation et de recherche	Rassembler les données existantes. Elargir la recherche. Evaluer les activités de postvention. Etudes à méthodologie mixte.

	Autopsie psychologique.
Supervision et coordination	Instance régionale et/ou départementale. Coordonner la recherche, la formation et la fourniture de services. Promouvoir des programmes de formation visant des milieux différents.

CONCLUSION

La postvention a ainsi été identifiée comme une composante essentielle de la prévention du suicide. Par son ampleur et son impact, les familles et les proches endeuillés à la suite d'un suicide ont également besoin de soutien. Les activités de postvention peuvent comprendre, entre autres, des thérapies individuelles pour les survivants, des groupes de soutien pour les survivants et des activités de sensibilisation.

L'efficacité de ces interventions sur les réactions associées à la perte par suicide est retrouvée dans la littérature. Une stratégie d'intervention est importante à mettre en place appuyée par des données scientifiques, en prenant en considération la temporalité, du l'immédiat au long terme.

Des efforts de recherches plus approfondies et d'évaluations méthodologiquement solides concernant la postvention des endeuillés sont recommandés. Afin d'être efficaces, ces modalités d'interventions sont à inclure dans une stratégie globale de prévention du suicide, avec les particularités inhérentes aux endeuillés.

Le suicide est évitable. La prévention du suicide fait partie intégrante du plan d'action pour la santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avec pour objectif la réduction de 10 % du taux de suicide dans les pays d'ici à 2020. Pour être efficaces au niveau national, ces efforts doivent être multisectoriels, complets, intégrés

et synergiques. En effet, aucune approche isolée ne peut résoudre à elle seule une question aussi complexe que le suicide.

La postvention est un sujet complexe de par les différentes réactions qui y sont associées, la diversité des activités d'intervention et les collaborations nécessaires afin de les mettre à terme.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 OMS. « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial ». 2015.
- 2 CépiDC, Inserm.
- 3 Eurostat. Death due to suicide by sex. 2013;
- 4 Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The accessibility of rearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 160(2), 101–110.
- 5 Terra JL. Are new data collection systems needed to achieve public health and research goals for the prevention of suicide *Rev Epidemiol Santé Publique* 2002 Jan;50(1):41-8.
- 6 Shneidman, E. (1969). Prologue: Fifty-eight years. In E. Shneidman (Ed.), *On the nature of suicide* (pp. 1–30). San Francisco: Jossey-Bass.p.19.
- 7 Wittgenstein, L. *Tractatus logico-philosophicus // Gradus philosophique. Un répertoire d'introduction méthodique à la lecture des oeuvres*. Paris: Flammarion, 1994.
- 8 Baudelot, C., Establet, R. (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris, France : éditions du Seuil, p. 41.
- 9 Soubrier JP. L'ultime prévention? in *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien*. Audition publique. Paris. 2009. p.65.
- 10 OMS. « Base de données de l'Observatoire mondial de la santé ». 2012.
- 11 Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*. 2007.
- 12 Séguin M., Lesage A., Kiely M. (1995a). Parental bereavement after suicide: a comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 4, 489-498.
- 13 Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust NZ J Psychiatry*. 2003;37(5):595–9.
- 14 Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol med*. 2003;33(3):395–405.
- 15 Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 4 nov 2004;4:37.
- 16 Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. juin 1993;150(6):935-40.
- 17 Sareen J, Houlihan T, Cox BJ, Asmundson GJG. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis*. juill 2005;193(7):450-4.
- 18 Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry*. 2000;157 (12):1925–32.
- 19 Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 (6):693–704.
- 20 Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1058–64.
- 21 Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):247–53.
- 22 Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153 (8):1009–14.

- 23 Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):303–16.
- 24 Global status report on alcohol and health 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 25 Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction.* 2014;109(1):155–62.
- 26 O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(1):73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
- 27 Jordan JR, McIntosh JL, editors. Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement). New York (NY): Routledge; 2011.
- 28 Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet.* 2002;360(9340):1126–30.
- 29 Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575–86.
- 30 Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective.* Oxford: Oxford University Press; 2009:293–9.
- 31 Olié E, Courtet P., Génétique et épigénétique des conduites suicidaires. *Biol Aujourd'hui.* 2017;211(1):93-96.
- 32 Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Medicine.* 2010;7(10):e1000357.
- 33 Health Literacy. The solid facts. Copenhagen: Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe, 2013.
- 34 Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726–32.
- 35 Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:123–38.
- 36 Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(11):1037–42.
- 37 Westerlund M, Hadlaczký G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res.* 2012;14(5):122.
- 38 Kölves K, Kölves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *J Affect Disord.* 2013;146(1):1–14.
- 39 Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. *Textbook of cultural psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press; 2007:255–71.
- 40 Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Statistics Canada; 2012.
- 41 Casiano H, Katz LY, Globberman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(2):118–24.
- 42 Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(8):741–9.

- 43 Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):758–66.
- 44 Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(6):431–5.
- 45 Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(12):993.
- 46 Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:563–91.
- 47 Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(12):4550–62.
- 48 Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009:7–12.
- 49 Harwood D., Hawton K., The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide : a descriptive and case control study. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 72, Issue 2, p185–194.
- 50 Andriessen, K., Dyregrov, K., Freegard, J., Van Daatselaar, S., & Harrison, D. (2005, September). Suicide postvention service delivery in different countries/cultures. Symposium at the XXIII World Congress, International Association for Suicide Prevention, Durban, South Africa.
- 51 Demi AS, Howell C. Hiding and healing: Resolving the suicide of a parent or sibling. *Arch Psychiatr Nurs* 1991;5:350-6.
- 52 Crosby AE, Sacks JJ. Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(3):321-328.
- 53 Andriessen, K.; Rahman, B.; Draper, B.; Dudley, M.; Mitchell, P.B. Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *J. Psychiatr. Res*. 2017, 88, 113–120.
- 54 Berman, A.L. Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav*. 2011, 41, 110–116.
- 55 Fauré, C. (2007). *Après le suicide d'un proche ; vivre le deuil et se reconstruire*. Paris : Éditions Albin Michel, p.22.
- 56 Code de procédure pénale | Legifrance.
- 57 ENM. Fascicule de l'école nationale de la magistrature consacré au parquet ; 2005.
- 58 Jardé O, Député De la Somme. Rapport au Premier ministre sur la médecine légale. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées ; 2003.
- 59 Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale. Rapport conjoint de l'Inspection générale des services judiciaires, de l'Inspection générale de l'administration, de l'Inspection générale des finances, de l'Inspection générale de la police nationale, de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de la gendarmerie nationale ; Décembre 2013.
- 60 Code civil | Legifrance.
- 61 Comité des Ministres. Recommandation n°R.(99)3 aux Etats membres, relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie; 2 février 1999.
- 62 Beauchier JP, Hédouin V, Mangin P. *Traité de Médecine Légale*. 2e édition. De Boeck; 2011.
- 63 Autopsie Psychologique : mise en oeuvre et démarches associées. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2008, XII- 131p.-

- 64 Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet*. 2007;370(9603):1960–73.
- 65 M.S. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson, & H. Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 517-539). Washington DC: American Psychological Association.
- 66 Hanus Michel. *Le deuil après suicide*, Paris.- Éditions Maloine, 2004, 411 p.
- 67 Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med*. 2006;9:1188–203.
- 68 Bowlby, J. (1961) 'Processes of Mourning', *International Journal of Psychoanalysis* 42: 317-340.
- 69 Deutsch H. (1937). "Absence of Grief." *Psychoanal. Quart.* 6: 12-22.
- 70 Flatt JP. The difference in the storage capacities for carbohydrate and for fat, and its implications in the regulation of body weight. *Ann N Y Acad Sci* (1987) 499:104–23.
- 71 Kavanagh, D.J. Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions. *Br. J. Psychiatry* 1990, 157, 373–383.
- 72 Gratton, F. (1999). *Secret, deuil et suicide : recension d'écrits*. Rapport produit pour le Conseil québécois de la recherche sociale. Québec: Canada.
- 73 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-5; APA, 2015, p. 1018-1019).
- 74 Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., and Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 293, 2601–2608.
- 75 Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F. III, Shear, M. K., Newsom, J. T., et al. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am. J. Psychiatry* 153, 1484–1486.
- 76 Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *Journal of Affective Disorders*. 2007;99:203–211.
- 77 Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127, 352-358.
- 78 Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1–3):339–43.
- 79 Middleton, W. F., Raphael, B. F., Burnett, P., & Martinek, N. (1997). Psychological distress and bereavement. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 447–453.
- 80 Boelen, P. A., de Keijser, J., & Smid, G. (2015). Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 382–390.
- 81 Kristensen P, Heir T, Herlofsen PH, Langsrud O, Weisaeth L. Parental mental health after the accidental death of a son during military service: 23-year follow-up study. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:63-68.
- 82 Cleiren, M. P. H. D., & Diekstra, R. F. W. (1995). After the loss: Bereavement after suicide and other types of death. In B. L. Mishara (Ed.), *Springer series on death and suicide. The impact of suicide* (pp. 7-39). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- 83 Farberow, N. (2001). Helping suicide survivors. In D. Lester (Ed.), *Suicide prevention. Resources for the millennium* (pp. 189–212). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- 84 Clark, S., & Goldney, R. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and*

- attempted suicide (pp. 467–484). Chichester: Wiley.
- 85 Farberow NL. The Los Angeles survivors-after-suicide program. An evaluation. *Crisis* 1992;13(1):23-34.
 - 86 Chapman, J. (2007). The impact of relationship type on the grief journey of those bereaved through suicide and its implications for service providers. *Living Hope, Inaugural Australian Post-vention Conference, May 2007, Book of Abstracts* (23). Sydney: University of NSW.
 - 87 Grad, O. (1996). Suicide: How to survive as a survivor? *Crisis*, 17, 136–142.
 - 88 Mitchell, A., Kim, Y., Prigerson, H., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25, 12–18.
 - 89 Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013) Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In M. S. Stroebe, H. Schut, J. van der Bout & P. Boelen. (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for healthcare professionals* (pp. 145–161). New York: Routledge.
 - 90 Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG. Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10(4):447–57.
 - 91 Tsai, W. I., Prigerson, H. G., Li, C. Y., Chou, W. C., Kuo, S. C., Tang, S. T. (2016). Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliative Medicine*, 30, 495-503.
 - 92 Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., ... Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 251–262.
 - 93 Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., . . . Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395-399.
 - 94 Boelen P.A, Van Den Bout J. Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*. 2008;157:311–314.
 - 95 Boelen, P. A., & Van Den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct post-loss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2175–2177.
 - 96 Boelen P.A, Schoot R, Van Den Hout M.A, De Keijser J, Van Den Bout J. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress-disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*. 2010;125:374–378.
 - 97 Barnes, J Ben, Dickstein, B.D., Maguen, S., Neria, Y., Litz, B.T. The distinctiveness of prolonged grief and posttraumatic stress disorder in adults bereaved by the attacks of September 11th. *J Affect Disord*. 2012 Feb;136:366–369.
 - 98 Bonanno, G. A., Neria, Y., Macini, A., Coifman, K. G., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342–352.
 - 99 Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C. et Boyer, R. (2004) Programme de postvention en milieu scolaire: Stratégie d'intervention à la suite d'un suicide.
 - 100 Raphael, B., Martinek, N., & Wooding, S. (2004). Assessing loss, psychological trauma and traumatic bereavement. In *Assessing Psychological Trauma and PTSD*.
 - 101 Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A. & Connolly, J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch. Gen.*

- Psychiatry 53, 1145–1152 (1996).
- 102 James D, Hawton K. Overdoses: explanations and attitudes in self-poisoners and significant others. *Br J Psychiatry*. 1985;146:481–5.
 - 103 Boelen, P. A., de Keijser, J., & Smid, G. (2015). Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 382–390.
 - 104 Kristensen P, Weisæth L, Heir T. Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*. 2012;75:76–7.
 - 105 Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 131–147.
 - 106 Murphy SA, Clark Johnson L, Chung IJ, Beaton RD. The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *J Trauma Stress*. 2003;16:17–25.
 - 107 Van Dongen CJ. Agonizing questioning: experiences of survivors of suicide victims. *Nurs Res*. 1990;39: 224–229.
 - 108 Barle N., Wortman C. B., & Latack J. A. (2015). Traumatic bereavement: Basic research and clinical implications. [Article]. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication.
 - 109 Smid G. E., Kleber R. J., de la Rie S. M., Bos J. B. A., Gersons B. P. R., & Boelen P. A. (2015). Brief eclectic psychotherapy for traumatic grief (BEP-TG): Toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6.
 - 110 Rynearson, E. K., Schut, H., Stroebe, M. (2013). Complicated Grief after violent death: Identification and intervention. In Stroebe, M. S., Schut, H., van den Bout, J. (Eds.), *Complicated Grief* (pp. 278-292). New York, NY: Routledge.
 - 111 Bryant R.A, Kenny L, Joscelyne A, Rawson N, Maccallum F, Cahill C, ... Nickerson A. Treating prolonged grief disorder a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:1332–1339.
 - 112 Rosner R, Pfoh G, Kotoucova M, Hagl M. Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders*. 2014;167:56–63.
 - 113 Shear M.K, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:1287–1295.
 - 114 Shear, M.K., Reynolds, C.F., Simon, N.M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N. Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2016;73:685–694.
 - 115 Dyregrov, A., Salloum, A., Kristensen, P., & Dyregrov, K. (2015). Grief and traumatic grief in children in the context of mass trauma. *Current Psychiatry Report*.
 - 116 Van Denderen, M., de Keijser, J., Huisman, M., & Boelen, P. A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of interpersonal violence*, 31(2), 207-227.
 - 117 Raphael, B., Jacobs, J., & Looi, J. (2013). Complicated grief in the context of other psychiatric disorders: PTSD. In: Stroebe, M., Schut, H., & Van den Bout, J. (eds) *Complicated grief, scientific foundations for health care professionals* (1.st ed.). New York, NY: Routledge.
 - 118 Golden, A. M. J., and Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Res*. 178, 336–341.

- 119 O'Connor, M., Lasgaard, M., Shevlin, M., & Guldin, M.-B. (2010). A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard Trauma Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief-Revised: Are we measuring complicated grief or posttraumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 672–679.
- 120 Nakajima S, Ito M, Shirai A, Konishi T. Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:210–214.
- 121 Fauré, C., Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien 25 et 26 novembre 2009, Espace Reuilly – Paris.
- 122 Séguin, M., & Castelli Dransart, D.A. (2006). Le deuil suite à un suicide : symptomatologie et choix d'intervention. EMC (Elsevier Masson SAS Paris) *Psychiatrie*, 37-500-A-50.
- 123 Jordan, J.R. & Harpel, J. (2007) "Organizing and Facilitating Suicide Survivor Support Groups: A Self-Study Manual" A training manual and video for the American Foundation for Suicide Prevention. Available at www.afsp.org.
- 124 Cvinar JG: Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2005, 41 (1): 14-21.
- 125 Vaiva G. Les suicidants et leur entourage familial. *Perspect Psy*. 47(4):330-4.
- 126 Rudestam KE. Research contributions to understanding the suicide survivor. *Crisis*. 1992;13: 41–46.
- 127 Pitman AL, Stevenson F, Osborn DPJ, King MB. The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study, *Social Science & Medicine*, Volume 198, 2018, pages 121-129.
- 128 Caplan, G. (1961). *An approach to community mental Health*. New York : Grune and Stratton. p.18.
- 129 Johnson, S., & Maile, L. (1987). *Suicide and the schools*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- 130 Krysinska KE. Loss by suicide. A risk factor for suicidal behavior. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2003;41:34-41.
- 131 Maple M, Cerel J, Sanford R, Pearce T, Jordan J. Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? a systematic review of the evidence [Published online October 27, 2016]. *Suicide Life Threat Behav*.
- 132 Campos RC, Holden RR, Santos S., Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *J Clin Psychol*. 2018 Mar;74(3):407-417.
- 133 Kim, C. D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D., et al. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017–1019.
- 134 Runeson, B., Aßsberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1525–1526.
- 135 Agerbo E. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: A gender specific study. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:407-12.
- 136 Prigerson, H. G. (2003, May). Suicidal ideation among survivors of suicide. Paper presented at the Survivors of Suicide Research Workshop Program, NIMH=NIH Office of Rare Diseases and the American Foundation for Suicide Prevention, Bethesda, MD.

- 137 Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:350-62.
- 138 Szanto K, Prigerson H, Houck P, Ehrenpreis L, Reynolds CF 3rd. Suicidal ideation in elderly bereaved: The role of complicated grief. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:194-207.
- 139 Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: A prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987;77:283-7.
- 140 Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: A population-based register study. *Age Ageing* 2004;33:378-83.
- 141 Ho T, Leung PW, Hung S, Lee C, Tang C. The mental health of the peers of suicide completers and attempters. *JCPP*. 2000;41(3):301-8.
- 142 Macmahon B, Pugh TF. Suicide in the widowed. *Am J Epidemiol* 1965;81:23-31.
- 143 Ashton JR, Donnan S (1981) Suicide by burning as an epidemic phenomenon: an analysis of 82 deaths and inquests in England and Wales in 1978-9. *Psychol Med* 11: 735-739.
- 144 Callahan J. Negative effects of a school suicide postvention program-a case example. *Crisis*. 1996;17:108-15.
- 145 Hazell, P, Lewin, T. An evaluation of postvention following teenage suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1993; 23:101-109.
- 146 Robbins D, Conroy RC (1983) A cluster of adolescent suicide attempts: is suicide contagious? *J Adolesc Health Care* 3: 253-255.
- 147 Sacks M, Eth S (1981), Pathological identification as a cause of suicide on an inpatient unit. *Hosp Community Psychiatry*. 1981 Jan;32(1):36-40.
- 148 Cohen J. Defining identification : a theoretical look at the identification of audiences with media characters. *Mass Communication and Society*. 2001: p. 245-264.
- 149 Tarde G. (1890), *Les lois de l'imitation*, Félix Alcan, Paris ; Editions Kimé, Paris, 1993.
- 150 Glaser D. Criminality theories and behavioral images. *American Journal of Sociology*. 1956: p. 433-444.
- 151 Queinec R and al. Research letter. Copycat effect after celebrity suicides in the French general population. *Psychological Medecine*. 2011 mars: p. 668-71.
- 152 Stack S. Celebrities and suicide : a taxonomy and analysis, 1948-1983. *American Sociological Revue*. 1987: p. 401-12.
- 153 Saarinen PI, Viinamäki H, Hintikka J, Lehtonen J, Lönnqvist J. Psychological symptoms of close relatives of suicide victims. *Eur J Psychiatry* 1999;13:33-9.
- 154 Séguin, M., Boyer, R., Benoît, F., Bouchard, M., Girard, M.-E. (1999). Programmes de postvention : le point sur les modèles de postvention. *Fédération québécoise des maladies mentales* : Montréal.
- 155 Boelen, P. A., and Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 257, 444-452.
- 156 Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F. III, Shear, M. K., Day, N., et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am. J. Psychiatry* 154, 616-623.
- 157 Maris, R., Berman, A., & Silverman, M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: The Guilford Press.

- 158 Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, Reynolds C, Lebowitz B, Sung S, Ghesquiere A, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):103–17.
- 159 Melhem, N. M., Rosales, C., Karageorge, J. et al. (2001). Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 84-87.
- 160 Bellini S, Erbuto D, Andriessen K, Milelli M, Innamorati M, Lester D, Sampogna G, Fiorillo A, Pompili M. Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Front Psychol*. 2018 Mar 8;9:198.
- 161 Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychological Review*, 21, 705–734.
- 162 Erlangsen, A.; Pitman, A. Effects of suicide bereavement on mental and physical health. In *Postvention in Action: The International Handbook of Suicide Bereavement Support*; Andriessen, K., Krynska, K., Grad, O.T., Eds.; Hogrefe: Gottingen, Germany, 2017; pp. 17–26.
- 163 Pitman, A.; Osborn, D.; King, M.; Erlangsen, A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* 2014, 1, 86–94.
- 164 Spillane A , Larkin C , Corcoran P , et al . What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? ? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open* 2018 Jan 13;8(1):e019472.
- 165 Hamdan S, Mazariegos D, Melhem NM, Porta G, Payne MW, Brent DA. Effect of parental bereavement on health risk behaviors in youth: a 3-year follow-up. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012; 166(3): 216-23. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.682.
- 166 Ott C. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Study* 2003;27:249–72.
- 167 Shneidman, E.S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- 168 Us Dept of Health and Human services. National startegy for suicide prevention : Goals and objectives for action. Rockville. 2001.
- 169 Organisation mondiale de la santé, « Glossaire de la promotion de la santé », 1999.
- 170 Haddon W. A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity. *J. Trauma* 1972;12:193-207.
- 171 Soubrier J-P, Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien 25 et 26 novembre 2009, Espace Reuilly – Paris.
- 172 Shneidman, E. (1969). Prologue: Fifty-eight years. In E. Shneidman (Ed.), *On the nature of suicide* (pp. 1–30). San Francisco: Jossey-Bass. p.22.
- 173 Shneidman Ed. *Deaths of man*. Ed. Quadrangle New-York Time Book Co. 1973. pp 33-34-3.
- 174 Soubrier JP. Réflexions Postventionnelles et autopsie psychologique du suicide, in 27ème Réunion du Groupement d'étude et de prévention du suicide – St Etienne. Après les suicide, ceux qui restent.- Journées thématiques de Psychiatrie. N° 4. Starsup Toulouse. 1995. pp.407-409.
- 175 Andriessen, K. (2005). A reflection on “suicide survivor.” *Crisis*, 26, 38–39.
- 176 Clark, S. (2001a). Bereavement after suicide. How far have we come and where do we go from here? *Crisis*, 22, 102–108.
- 177 McIntosh, J. (2003). Suicide survivors: The aftermath of suicide and suicidal behavior. In C.D. Bryant (Ed.), *Death and dying: A reference handbook* (pp. 339–350). Thousands Oaks, CA: Sage.

- 178 Andriessen, K. (2005). Can Postvention Be Prevention? *Crisis* 2009; Vol. 30(1):43–47.
- 179 Lahad, M., & Cohen, A. (2006). The community stress prevention center: 25 years of community stress prevention and intervention. Kiryat Shmona, Israel: The Community Stress Prevention Center.
- 180 Braudel F., *La Méditerranée et le Monde méditerranéen à l'époque de Philippe II*, Armand Colin, Paris, 1949, p. XIII.
- 181 Whitehead A.N., Russel B., *Principia Mathematica*, 3 volumes, Cambridge, Cambridge University Press, 1910-1913, 2e éd., vol.I, p.37.
- 182 Paul Watzlawick, Janet. Helmick Beavin, Don D. Jackson. *Une logique de la communication*. Traduit de l'américain par Janine Morche, éditions du Seuil, 1972 ; 280 p.
- 183 Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien; les recommandations, Fédération Française de Psychiatrie, 2009.
- 184 Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 2011 Feb;102(1):18–29.
- 185 Cox GR, Robinson J, Williamson MK, Lockley A, Cheung YTD, Pirkis JE. Suicide clusters in young people: evidence for the effectiveness of postvention strategies. *Crisis*. 2012;33:208–214. doi: 10.1027/0227-5910/a000144.
- 186 Gulliver SB, Pennington ML, Leto F, Cammarata C, Ostiguy W, Zavodny C, Flynn EJ, Kimbrel NA. *Death Studies*. In the wake of suicide: Developing guidelines for suicide postvention in fire service. (in press, a).
- 187 Bycroft, P. and V. Visser, *StandBy Replication Project: Final Evaluation Report*. Prepared for United Synergies Ltd and the Department of Health and Ageing., 2009, Corporate Diagnostics Pty Ltd: Noosa Heads.
- 188 Notredame CE., Pauwels N., Walter M., Danel T., Vaiva G., *Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention*, La Presse Médicale, Lille, 2015.
- 189 Shneidman ES. The psychological autopsy. *Am Psychol*. 1994;49(1):75-6.
- 190 Farberow NL, Shneidman ES. The cry for help. 1961; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1963-05441-000>.
- 191 Shneidman E. Postvention prevention: a current national view. In Farberow NL (Ed): *Proc Fourth Internat Confer for Suicide Prevention*, Los Angeles, Del Mar Publishing 1968.
- 192 Farberow, N. (1998). Suicide survivor programs in IASP member countries. In R. Kosky, H. Eshkevari, R. Goldney, & R. Hassan (Eds.), *Suicide prevention: The global context* (pp. 293–297). New York: Plenum.
- 193 Andriessen, K., & Farberow, N.L. (2002). *European directory of suicide survivor services*. Le Baradé: IASP.
- 194 Scocco, P., Frasson, A., Costacurta, A., & Pavan, L. (2006). SO-PROxi: A research-intervention project for suicide survivors. *Crisis*, 27, 39–41.
- 195 D'Oliveira, F. (2006). Service for suicide survivors opens in Brazil. *News Bulletin IASP*, Dec. 2006, 1.
- 196 Observatoire national du suicide, *Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014*.
- 197 Observatoire national du suicide, *Suicide : Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport/février 2016*.
- 198 Observatoire national du suicide, *Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018*.
- 199 Constantino RE, Bricker PL. Nursing postvention for spousal survivors of sui-

- cide. *Issues Ment Health Nurs* 1996;17(2):131-52.
- 200 Constantino RE, Sekula LK, Rubinstein EN. Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001;31(4):428-41.
 - 201 Murphy SA, Johnson C, Cain KC, Gupta AD, Dimond M, Lohan J, et al. Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12- to 28-yr-old children: A randomized controlled trial. *Death Stud* 1998;22(3):209-35.
 - 202 Sandler, I., Tein, J. Y., Wolchik, S., & Ayers, T. S. (2016). The effects of the family bereavement program to reduce suicide ideation and/or attempts of parentally bereaved children six and fifteen years later. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(S1), S32-S38.
 - 203 Cerel J, Campbell FR. Suicide survivors seeking mental health services: A pre- liminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2008;38(1):30-34.
 - 204 Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *J Am Acad Child Adolesc Psychi- atry* 2002;41(5):505-13.
 - 205 Rogers J, Sheldon A, Barwick C, Letofsky K, Lancee W. Help for families of suicide: Survivors support program. *Can J Psychiatry* 1982;27(6):444-49.
 - 206 Daigle, M.S., Labelle, R.J. (2012). Pilot Evaluation of a Group Therapy Program for Children Bereaved by Suicide. *Crisis*: 33(6), 350-357.
 - 207 Battle AO. Group therapy for survivors of suicide. *Crisis: J Crisis Intervention and Suicide Prevention* 1984;5(1):45-58.
 - 208 Shear, M.K., Reynolds, C.F., Simon, N.M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N. Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2016;73:685–694.
 - 209 Asukai N , Saito A , Tsuruta N , et al . Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. *J Trauma Stress* 2010;23:744–50.
 - 210 Mitchell, A. M., & Terhorst, L. (2016). PTSD symptoms in survivors bereaved by suicide of a significant other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1–5.
 - 211 Guay S, Billette V, Marchand A. Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *J Trauma Stress* 2006;19:327–38.
 - 212 Rank, M.G, Hutchison, W.S.Jr., & Emener, W.G. (1997). Critical incident stress debriefing. *Employee assistance programs: A basic text* (2nd ed.) (p. 315-329).
 - 213 Campbell FR, Cataldie L, McIntosh J, Millet K. An active postvention program. *Crisis*. 2004;25(1):30–2.
 - 214 Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000560.
 - 215 Leenaars, A. A. et Wenckstern, S. (1998). Principles of postvention : Applications to suicide and trauma in schools, *Death Studies*, 22(4),357-391.
 - 216 Leenaars, A. A. et Wenckstern, S. (1999). Suicide prevention in schools : The art, the issues, and the pitfalls. *Crisis*, 20(3), 132-142.
 - 217 Alexander, D.A., Klein, S., Gray, N.H., Dewar, I.G., & Eagles, J.M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British American Journal*, 320(7249),1571-1574.
 - 218 Valente, S.M., & Saunders, J.M. (2002). Nurses' Grief Reactions to a Patient's

- Suicide. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(1), 5-14.
- 219 Séguin, Monique, Brunet, Alain, Leblanc, Line, *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Montréal : Gaëtan Morin, 2006, 200 pages.
 - 220 Prieto N., Lebigot F. (2003). Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe. *Stress et trauma*, 3 : 29-33.
 - 221 Doering BK, Eisma MC. Treatment for complicated grief: state of the science and ways forward. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(5):286–91.
 - 222 Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., and van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 31, 69–78.
 - 223 Eisma M.C, Boelen P.A, Van den Bout J, Stroebe W, Schut H.A.W, Lancee J, Stroebe M.S. Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2015;46:729–48.
 - 224 Papa A, Sewell M.T, Garrison-Diehn C, Rummel C. A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behavior Therapy*. 2013;44:639–650.
 - 225 Supiano K.P, Luptak M. Complicated grief in older adults: A randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *Gerontologist*. 2014;54:840–856.
 - 226 Schut H, Stroebe M.S, Van den Bout J, Terheggen M. The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In: Stroebe M.S, Hansson R.O, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. pp. 705–737.
 - 227 Shneidman, E.S. (1981). Postvention: The care of the bereaved. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 11(4), 349-359.
 - 228 Pruett, H.L. (1990). Crisis intervention and prevention with suicide. *New Directions for Student Services*, 49, 45-55.
 - 229 Kirk, W.G. (1993). *Adolescent suicide: A school-based approach to assessment & intervention*. Research Press. Champaign, IL: US.
 - 230 Spino, E., Kameg, K.M., Cline, T.W., Terhorst, L., Mitchell, A.M., 2016. Impact of Social Support on Symptoms of Depression and Loneliness in Survivors Bereaved by Suicide. *Arch Psychiatr Nurs* 30, 602-606.
 - 231 Bridge J, Day N, Richardson GA, Birmaher B, Brent D. Major depressive disorder in adolescents exposed to a friend's suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:1294-1300.
 - 232 Provini, C., Everett, J., & Pfeffer, C. (2000). Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Studies*, 24, 1–20.
 - 233 Jordan, J., & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 337–349.
 - 234 Dyregrov A, Gjestad R, Raundalen M. Children exposed to warfare: a longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2002;15:59–68.
 - 235 Cerel J, Padgett J, Conwell Y, Reed G. A call for research: a need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39(3):269–281.
 - 236 Saarinen, P. I., Lehtonen, J., & Lonnqvist, J. (1999). Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 533–542.
 - 237 Reed, J. (2006, December). Supporting and collaborating with survivors of suicide & suicide attempts. Paper presented at the SAMHSA Suicide Prevention

- Grantee Technical Assistance Meeting, Bethesda, MD.
- 238 H.B. et A.C. English, 1958, A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms, New York, Ed. David Ma Kay & Co., Inc., p.127.
 - 239 Jackson, J., 2003, A handbook for survivors of suicide, American Association of Suicidology, Washington.
 - 240 Myers M. F., Fine C. (2006). Touched by suicide: Hope and healing after loss. New York: Gotham/Penguin Books.
 - 241 Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA, US: Harvard University Press; 2005.
 - 242 Andriessen, K, Krysinska, K. Railway suicide in Belgium 1998-2009: incidence and prevention. *Crisis* 2012; 33: 39–45.
 - 243 OCEBM Levels of Evidence Working Group*. "The Oxford Levels of Evidence 2". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.
<https://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
 - 244 McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: Systematic review. *Br J Psychiatry* 2008;193:438-43.
 - 245 McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A. Systematic Review of the Effects of Interventions for People Bereaved by Suicide. York: Centre for Reviews and Dissemination, University of York; 2008.
 - 246 Maple, M., Pearce, T., Sanford, R., Cerel, J., Castelli Dransart, D. A., & Andriessen, K. (2017). A systematic mapping of suicide bereavement and postvention research and a proposed strategic research agenda.
 - 247 Jordan, J. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91–102.
 - 248 Jordan, J., & McMenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 337–349.
 - 249 Moustakas, C. (1994). Phenomenological research methods. London: Sage Publications.
 - 250 Goldsmith, S., Pellmar, T., Kleinman, A., & Bunney, W. (Eds.). (2002). Reducing suicide: A national imperative. Washington, DC: National Academies Press.
 - 251 Clark, S., & Andriessen, K. (2005, September). Video: Reaching out, messages of hope. Workshop at the XXIII World Congress, International Association for Suicide Prevention, Durban, South Africa.
 - 252 Kouri R., Vézina A. Survivre au suicide d'un membre de sa famille, une recension des écrits. Québec, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
 - 253 Bonsack C, Rexjak S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Med Psychol* 2015;173:79–84.
 - 254 Shneidman, E. (1973). Suicide. *Encyclopaedia Britannica*. (Vol. 21, 383-385). Chicago: William Benton.
 - 255 Pitman A, Rantell K, Moran P, et al. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *BMJ Open*. 2017;7:e014487.
 - 256 De Groot M, Van der Meer K, Burger H. A survey of Dutch GPs' attitudes towards help seeking and follow-up care for relatives bereaved by suicide. *Fam Pract* 2009;26:372-6.
 - 257 Delatte B, Pirson O, De Clercq M. Repercussions of suicide on the family – an analysis of 50 consecutive suicides. In : *Emergency Psychiatry in a Changing World*.

- Elsevier Science, Amsterdam, 1999 : 533-539.
- 258 Brownstein M, Contacting the family after a suicide. *Can J Psychiatry*. 1992 Apr; 37(3):208-12.
- 259 Isaacs E, D'Souza P. Grief Support in the ED. 2008. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/806280-overview>
- 260 Organisation mondiale de la santé, Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève 2002.
- 261 National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. [Bethesda, Md.]: The Commission.
- 262 Beauchamp TL, Childress J. Principles of biomedical ethics. 5e edition. New-York/Oxford : Oxford University Press, 2001.
- 263 Hans Jonas, *Le Principe Responsabilité* (1979), (trad. Jean Greisch), éd. Flammarion, 1998.
- 264 Laurent Morasz & François Danet, *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Dunod, 2008, 282 pages.
- 265 WHO (2008). Preventing suicide : a resource for media professionals. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf
- 266 Hawton, K., Sutton, L., Simkin, S., et al. (2012). Evaluation of a resource for people bereaved by suicide. *Crisis*, 33(5), 254–264.
- 267 Omerov P, Steineck G, Nyberg T, Runeson B, Nyberg U. Viewing the body after bereavement due to suicide: A population-based survey in Sweden. *PLoS One*. 2014;9(7):e101799.
- 268 Peters, J. (2006) Bereavement after a suicide a survivor's perspective. *Spirituality and Health International* 7 : 80-87.
- 269 Hoffman, W. A. (2006). Telematic technologies in mental health caring. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 461–474.
- 270 Fisher, J. (2004, October). The StandBy Suicide Bereavement Response Service. Paper presented at the 11th Annual Suicide Prevention Australia National Conference, Sydney: SPA, University of NSW.
- 271 Fisher, J., Scheinplug, S., Eames, R., & Combes, V. (2007). Replicating the Standby Response Service, a national approach to trialing and testing a bereavement response service. *Living Hope, Inaugural Australian Postvention Conference*, May 2007, Book of Abstracts (30). Sydney: University of NSW.
- 272 Comans, T.; Visser, V.; Scuffham, P. Cost Effectiveness of a Community-Based Crisis Intervention Program for People Bereaved by Suicide. *Crisis* 2013, 34, 390–397.
- 273 Maple, M., Edwards, H., Plummer, D., & Minichiello, V. (2010). Silenced voices: Hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health and Social Care in the Community*, 18(3), 241–248.
- 274 Westerlund MU (2018), The Usage of Digital Resources by Swedish Suicide Bereaved in Their Grief Work: A Survey Study. In *OMEGA - Journal of Death and Dying*.
- 275 De Fauw, N., & Andriessen, K. (2003). Networking to support suicide survivors. *Crisis*, 24, 29–31.
- 276 Debien C., Marcaggi G. Le Psylab : des psychiatres 2.0. Congrès français de psychiatrie / European Psychiatry 30S (2015) S102–S16.

ANNEXES

Annexe 1 :

CRITERES DIAGNOSTICS DU DEUIL COMPLEXE PERSISTANT DANS LE DSM-5
--

A. La personne a perdu par décès un de ses proches.

B. Depuis le décès, au moins un des symptômes suivants est ressenti, la plupart des jours, à un degré cliniquement significatif et persiste depuis au moins 12 mois après la mort :

1. Fort désir/besoin persistant concernant le défunt.
2. Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort.
3. Préoccupation à propos du défunt.
4. Préoccupation à propos des circonstances du décès.

C. Depuis le décès, au moins six des symptômes suivants sont ressentis, la plupart des jours et à un degré cliniquement significatif et persistent depuis au moins 12 mois :

Détresse réactionnelle à la mort

1. Difficulté marquée à accepter le décès.
2. Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte.
3. Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt.
4. Amertume ou colère en lien avec la perte.
5. Évaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès.
6. Évitement excessif de ce qui rappelle la perte. Rupture sociale/identitaire
7. Désir de mourir afin d'être avec le défunt.
8. Difficulté à faire confiance à d'autres individus depuis le décès.
9. Sentiment de solitude ou d'être détaché des autres personnes depuis le décès
10. Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide sans le défunt, ou croyance que l'on ne peut pas fonctionner sans le défunt.
11. Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité.
12. Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur.

D. La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou un retentissement significatif dans les domaines sociaux, professionnels ou dans d'autres domaines importants.

E. La réaction de deuil est hors de proportion ou en contradiction avec les normes adaptées à la culture, la religion ou l'âge.

Spécifier si :

Avec deuil traumatique : Deuil dû à un homicide ou à un suicide avec des préoccupations pénibles persistantes concernant la nature traumatique de la mort (souvent en réponse aux rappels de la disparition), y compris les derniers moments du défunt, le degré de souffrance et de mutilations, ou la nature malveillante ou intentionnelle de la mort.

Annexe 2 :**CRITERES DIAGNOSTICS DE L'ETAT DE STRESS AIGU DANS LE
DSM-5**

- A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
1. Vivre directement l'événement traumatique.
 2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
 4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.
- B. Présence de 9 (ou plus) des symptômes suivants, de n'importe laquelle des 5 catégories d'intrusion, d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique :

Symptômes d'intrusion :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) Note : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
4. Détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Humeur négative :

5. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs :

6. Altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (par exemple, se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second, ralentissement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

Symptômes d'évitement :

8. Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

Symptômes d'activation :

10. Perturbation du sommeil (par exemple, difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).
 11. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation), généralement exprimés sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 12. Hypervigilance.
 13. Problèmes de concentration.
 14. Réaction de sursaut exagérée.
- C. La durée de la perturbation (symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme. Note : Les symptômes commencent généralement immédiatement après le traumatisme, mais leur persistance au moins 3 jours et jusqu'à un mois est nécessaire pour répondre aux critères du trouble.

- D. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments ou alcool) ou à une autre condition médicale (par exemple, une légère lésion cérébrale traumatique) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

Annexe 3 :**CRITERES DIAGNOSTICS DU TROUBLE STRESS POST-
TRAUMATIQUE DANS LE DSM-5**

- A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
1. Vivre directement l'événement traumatique.
 2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
 4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.
- B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :
1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. Note : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
 2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) Note : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
 4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
 5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les

- sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné »).
 3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
 4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
 6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).
- F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels,

ou autres domaines importants.

- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Spécificateurs

Avec symptômes dissociatifs

Les symptômes rencontrent les critères d'un trouble de stress post-traumatique, et en plus, en réponse au stress, la personne vit des symptômes persistants et récurrents tels que l'une des manifestations suivantes :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).
2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé).

Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, intoxication alcoolique) ou à une autre condition médicale (par exemple, crises épileptiques partielles).

Avec expression retardée

Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).

AUTEUR : Nom : DAMBRY

Prénom : Sébastien

Date de Soutenance : 22 mai 2018

Titre de la Thèse : La postvention auprès des endeuillés par suicide : revue de la littérature, perspectives

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : suicide, postvention, survivants, endeuillés, deuil

Introduction : En 2014, le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès estimait à 8 885 le nombre de décès par suicide en France. Environ 6 endeuillés directs et 20 endeuillés indirects seraient impactés. Le décès par suicide est associé chez l'entourage à des réactions pathologiques fréquentes de deuil, de stress et de crise suicidaire. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'efficacité des stratégies de postvention auprès des endeuillés par suicide.

Méthodes : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en utilisant les bases de données Medline et PsychINFO avec l'algorithme de mot clés suivant : « SUICIDE » AND (« POSTVENTION » OR « BEREAVEMENT » OR « SURVIVOR »). N'ont été inclus que les articles écrits en anglais et évaluant des programmes de postvention pour les endeuillés par suicide. La période d'investigation n'était pas limitée.

Résultats : Dix articles cohérents avec l'objectif de la revue ont été identifiés. Les programmes de postvention axés sur la famille inclus dans cette analyse comprenaient essentiellement des interventions de groupe de soutien. Les principaux résultats retrouvés étaient une amélioration à court terme et à long terme des symptômes dépressifs, une réduction à court terme et à long terme des symptômes d'anxiété, une réduction à court terme de la détresse psychique, l'amélioration à court terme et à long terme des expériences de deuil et une amélioration significative de l'adaptation sociale. Les participants ont également exprimé leur satisfaction à l'égard de l'aide offerte par les groupes de soutien. Nous retrouvons une diminution à long terme des idéations et comportements suicidaires, de la dépression, de l'anxiété, du trouble stress post-traumatique et un meilleur ajustement social chez les enfants et les adolescents. Les activités de sensibilisation sur le lieu du suicide ont permis d'augmenter la fréquentation d'un groupe de soutien et de demander de l'aide dans un centre de crise.

Conclusion : La postvention a ainsi été identifiée comme une composante essentielle de la prévention du suicide, même si d'autres modalités d'interventions que le groupe de soutien sont essentielles à mettre en place par des professionnels formés, et que davantage de recherches sont nécessaires afin d'appuyer empiriquement son efficacité. Une stratégie d'intervention est importante à mettre en place et à inclure dans une stratégie globale de prévention du suicide.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Professeur Guillaume VAIVA, Professeur Olivier COTTENCIN, Docteur Christophe DEBIEN