

SUICIDE, DEUIL ET TRAUMA

Sophie Boutinaud
Florian Giron
Marie Tournier

Centre hospitalier Charles Perrens

LE DEUIL



Définition

- Terme latin: *dolere* (souffrir)
- Le deuil
 - Perte définitive par la mort d'une personne à laquelle on est attaché et qui constitue une figure irremplaçable
 - La mort: Un événement qui vient interrompre une vie
 - La perte d'un être cher: Un processus
- Le deuil est un processus d'accommodation à la perte
- Expérience commune et presque inévitable dans la vie d'une personne
- A distinguer du renoncement (« faire son deuil »)

Signification

- 3 mots en anglais
 - La douleur, l'affliction : *grief*
 - La situation, la solitude : *bereavement*
 - Afficher les signes du deuil : *mourning*

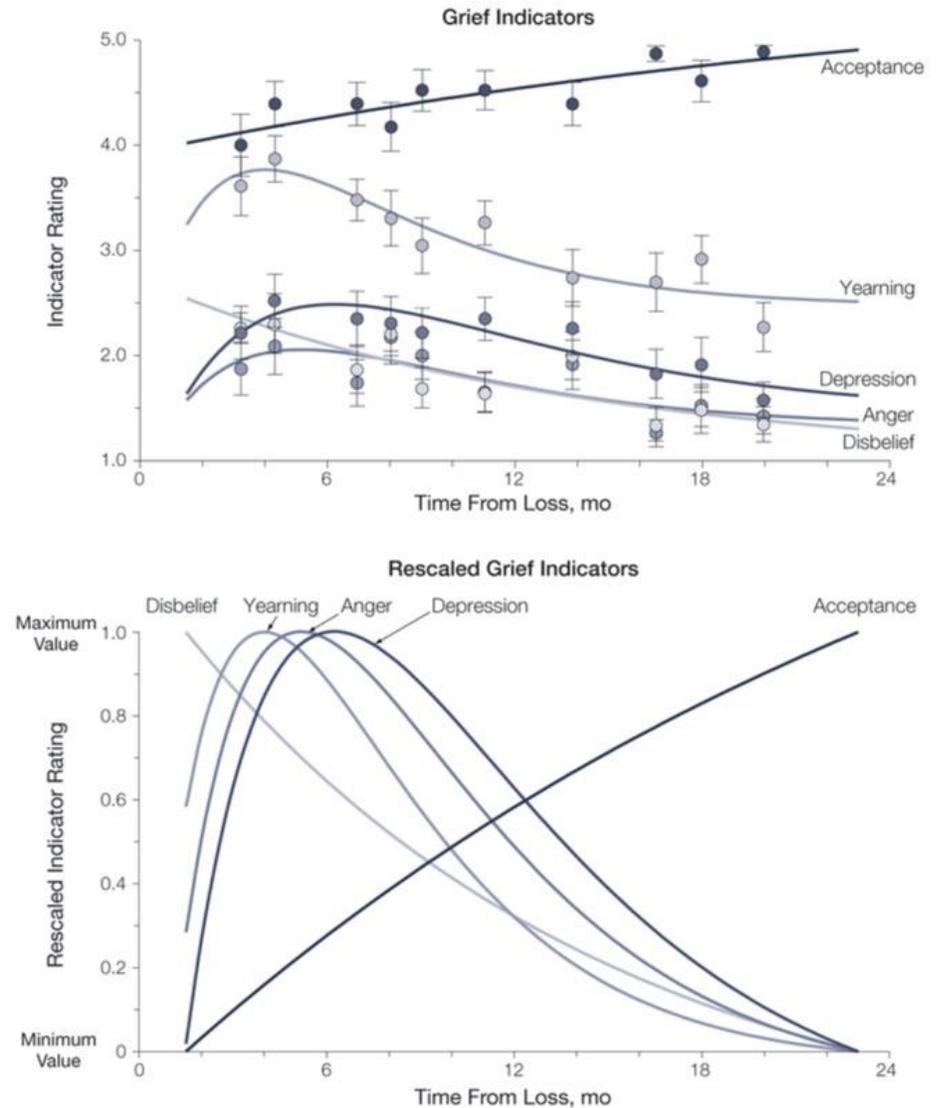
Chronologie

- L'annonce de la nouvelle
- Les heures qui suivent
 - Visite au défunt inanimé, éventuellement abîmé
 - Parfois question du don d'organes
 - Parfois porter la mauvaise nouvelle
- Les jours qui suivent
 - Organisation des funérailles
 - Fatigue, sidération, activité
 - Les rites
 - Fragilité de la vie, temporalité de l'existence
- Les semaines et mois qui suivent
 - Étrangeté émotionnelle
 - Instabilité de l'humeur
 - Souvenirs
 - Nostalgie douloureuse
 - Sentiment de perte
 - Tristesse
- Les lieux deviennent évocateurs de souffrance, de l'absence
- Les premières dates anniversaire viennent rappeler l'absence alors que la souffrance du deuil s'estompe
- Modifications de la vie, rien n'est acquis, plus rien ne sera comme avant, quel est le sens de sa vie et celui de la mort

Les émotions

- Pas de stades
 - Des émotions variées qui se mêlent
- La tristesse
- Le sentiment d'absence
 - Douleur de la séparation
 - Nostalgie du défunt
 - État de vide, de manque
 - Angoisse
 - Colère
 - Perplexité
- Puis l'avenir sans le défunt, une vie différente, comment va-t-on faire ?
- Les souvenirs envahissants
 - Les accueillir, les éviter ?

Figure 2. Empirical and Rescaled Models for Grief Indicators as Functions of Time



Les comportements

- Actes, gestes et attitudes qui favorisent le processus de deuil
- Rituels efficaces
 - Canaliser l'émotion
 - Organiser la vie et le souvenir
 - Honorer la mémoire
 - Tenir compte de la perte
 - Donner du sens à la vie sans le défunt

Panel 1: Reactions to bereavement

Affective

Depression, despair, dejection, distress
Anxiety, fears, dreads
Guilt, self-blame, self-accusation
Anger, hostility, irritability
Anhedonia—loss of pleasure
Loneliness
Yearning, longing, pining
Shock, numbness

Cognitive

Preoccupation with thoughts of deceased, intrusive ruminations
Sense of presence of deceased
Suppression, denial
Lowered self-esteem
Self-reproach
Helplessness, hopelessness
Suicidal ideation
Sense of unreality
Memory, concentration difficulties

Behavioural

Agitation, tenseness, restlessness
Fatigue
Overactivity
Searching
Weeping, sobbing, crying
Social withdrawal

Physiological-somatic

Loss of appetite
Sleep disturbances
Energy loss, exhaustion
Somatic complaints
Physical complaints similar to deceased

Immunological and endocrine changes

Susceptibility to illness, disease, mortality

Adapted from references 1 and 7, with permission.

Le deuil compliqué

- Pathologie de l'attachement: rupture d'un lien et l'endeuillé lutte pour le rétablir
 - *Déni*
 - *Idéalisation*
 - *Évitements*
- Déviation de la norme dans l'évolution au cours du temps, l'intensité ou les deux
- Expérience émotionnelle intense et chronique ou inhibée, avec une absence des symptômes habituels ou des symptômes différés
- Deuil compliqué: 20%
- Deuil prolongé: 9,8%

Shear et al *Depress Anxiety* 2011; Stroebe et al *Lancet* 2007; Lundorff 2017

Proposed criteria for Complicated Grief

- | |
|--|
| A. The person has been bereaved, i.e. experienced the death of a loved one, for at least 6 months |
| B. At least one of the following symptoms of persistent intense acute grief has been present for a period longer than is expected by others in the person's social or cultural environment <ol style="list-style-type: none">1. Persistent intense yearning or longing for the person who died2. Frequent intense feelings of loneliness or like life is empty or meaningless without the person who died3. Recurrent thoughts that it is unfair, meaningless or unbearable to have to live when a loved one has died, or a recurrent urge to die in order to find or to join the deceased4. Frequent preoccupying thoughts about the person who died, e.g. thoughts or images of the person intrude on usual activities or interfere with functioning |
| C. At least 2 of the following symptoms are present for at least a month: <ol style="list-style-type: none">1. Frequent troubling rumination about circumstances or consequences of the death, e.g. concerns about how or why the person died, or about not being able to manage without their loved one, thoughts of having let the deceased person down, etc.2. Recurrent feeling of disbelief or inability to accept the death, like the person can't believe or accept that their loved one is really gone3. Persistent feeling of being shocked, stunned, dazed or emotionally numb since the death4. Recurrent feelings of anger or bitterness related to the death5. Persistent difficulty trusting or caring about other people or feeling intensely envious of others who haven't experienced a similar loss6. Frequently experiencing pain or other symptoms that the deceased person had, or hearing the voice or seeing the deceased person7. Experiencing intense emotional or physiological reactivity to memories of the person who died or to reminders of the loss8. Change in behavior due to excessive avoidance or the opposite, excessive proximity seeking, e.g. refraining from going places, doing things, or having contact with things that are reminders of the loss, or feeling drawn to reminders of the person, such as wanting to see, touch, hear or smell things to feel close to the person who died. (Note: sometimes people experience both of these seemingly contradictory symptoms.) |
| D. The duration of symptoms and impairment is at least 1 month |
| E. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning, where impairment is not better explained as a culturally appropriate response |

Le deuil prolongé – DSM 5 TR

- Symptômes spécifiques
 - Nostalgie du défunt
 - Perte de sens
 - Perturbations de l'identité
- Prolongés au-delà de la durée attendue
- Douloureux
- Gênant le fonctionnement psychosocial
- Requérant un traitement ciblé

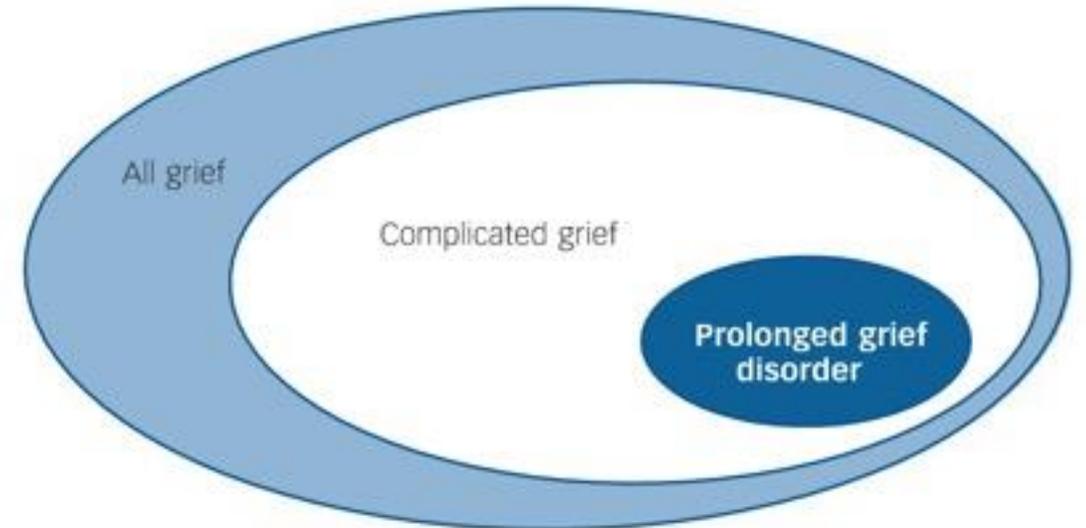


Fig. 1 Relationships between all grief, complicated grief and prolonged grief disorder in the Yale Bereavement Study (YBS) sample.

All grief, 100% of all bereaved individuals in the YBS sample; complicated grief identified using Cozza *et al* symptom threshold, 62% of all bereaved individuals in the YBS sample; prolonged grief disorder using Prigerson *et al* symptom threshold, 12% of all bereaved individuals in the YBS sample.

Le trouble deuil prolongé (DSM 5-TR)

Table 1 DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder

- A. The death, at least 12 months ago, of a person who was close to the bereaved (for children and adolescents, at least 6 months ago).
- B. Since the death, there has been a grief response characterized by one or both of the following, to a clinically significant degree, nearly every day or more often for at least the last month:
 - 1. Intense yearning/longing for the deceased person
 - 2. Preoccupation with thoughts or memories of the deceased person (in children and adolescents, preoccupation may focus on the circumstances of the death)
- C. As a result of the death, at least 3 of the following 8 symptoms have been experienced to a clinically significant degree since the death, including nearly every day or more often for at least the last month:
 - 1. Identity disruption (e.g., feeling as though part of oneself has died)
 - 2. Marked sense of disbelief about the death
 - 3. Avoidance of reminders that the person is dead (in children and adolescents, may be characterized by efforts to avoid reminders)
 - 4. Intense emotional pain (e.g., anger, bitterness, sorrow) related to the death
 - 5. Difficulty with reintegration into life after the death (e.g., problems engaging with friends, pursuing interests, planning for the future)
 - 6. Emotional numbness (i.e., absence or marked reduction in the intensity of emotion, feeling stunned) as a result of the death
 - 7. Feeling that life is meaningless as a result of the death
 - 8. Intense loneliness (i.e., feeling alone or detached from others) as a result of the death
- D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- E. The duration and severity of the bereavement reaction clearly exceeds expected social, cultural, or religious norms for the individual's culture and context.
- F. The symptoms are not better explained by major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, or another mental disorder, or attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition.

Prolonged Grief Disorder (PG-13-Revised)

Q1. Have you lost someone significant to you? Yes No

Q2. How many months has it been since your significant other died? Months

For each item below, please indicate how you currently feel

Since the death, or as a result of the death...	Not at all	Slightly	Somewhat	Quite a bit	Overwhelmingly
Q3. Do you feel yourself longing or yearning for the person who died?	<input type="radio"/>				
Q4. Do you have trouble doing the things you normally do because you are thinking so much about the person who died?	<input type="radio"/>				
Q5. Do you feel confused about your role in life or feel like you don't know who you are any more (i.e., feeling like that a part of you has died)?	<input type="radio"/>				
Q6. Do you have trouble believing that the person who died is really gone?	<input type="radio"/>				
Q7. Do you avoid reminders that the person who died is really gone?	<input type="radio"/>				
Q8. Do you feel emotional pain (e.g., anger, bitterness, sorrow) related to the death?	<input type="radio"/>				
Q9. Do you feel that you have trouble re-engaging in life (e.g., problems engaging with friends, pursuing interests, planning for the future)?	<input type="radio"/>				
Q10. Do you feel emotionally numb or detached from others?	<input type="radio"/>				
Q11. Do you feel that life is meaningless without the person who died?	<input type="radio"/>				
Q12. Do you feel alone or lonely without the deceased?	<input type="radio"/>				

Q13. Have the symptoms above caused significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning? Yes No

Figure 1 PG-13-Revised (by H.G. Prigerson, J. Xu and P.K. Maciejewski)

Facteurs de risque deuil prolongé

■ Facteurs personnels

- *Faibles ressources internes*
- *Antécédents psychiatriques et non psychiatriques*
- *Troubles de l'usage*
- *Soutien social inadéquat*
- *Sexe: veufs plus affectés que les veuves et mères plus que les pères*
- *Âge jeune*

■ Stratégies de coping

- *Interprétation des événements*
- *Régulation émotionnelle*
- *Perte de sens*
- *Ruminations*

■ Facteurs liés à la relation

- *Perte d'un enfant*
- *Relation ambivalente avec le défunt*
- *Dépendance excessive*
- *Manque d'harmonie*
- *Personne plus jeune*
- *Durée de la relation*

■ Facteurs situationnels

- *Cause de décès non naturelle ou par cancer*
- *Manque de préparation*
- *Pertes multiples*
- *Être témoin de la détresse dans les stades finaux d'une maladie*
- *Décès à l'hôpital*
- *Accompagnement avant le décès (responsabilité, négligence de soi)*
- *Problèmes financiers*
- *Conflits*
- *Problèmes professionnels*

Conséquences du deuil

- Perte des parents: 3 à 4% des enfants mineurs
- Perte du conjoint: 45% des femmes et 15% des hommes de 65 ans et plus
- Deuil
 - Fréquent
 - Normal
 - Douleur importante
 - Associé à un risque accru de développer une morbidité psychiatrique et non psychiatrique
- Le décès du conjoint : événement de vie qui nécessite le plus d'adaptation sociale

Deuil et mortalité

■ Perte du conjoint

- Excès de mortalité précoce persistant plus de 6 mois après le décès, parfois plusieurs années
 - Surtout les hommes
 - Surtout les jeunes
 - Ex: 5% vs 3% chez les hommes âgées de 55+
- Hommes 25-60 ans (Agerbo et al 2005)
 - Mortalité par suicide OR 46,2 (1,3-116,4)
 - Mortalité autre OR 10,1 (6,5-15,8)
- Femmes 25-60 ans (Agerbo et al 2005)
 - Mortalité par suicide OR 15,8 (6,6-37,4)
 - Mortalité autre OR 3,3 (1,5-7,2)
- Excès de mortalité, 35-84 ans (Martikainen & Volkonen 1998)
 - Hommes: +17%
 - Femmes: +6%
- La perte d'un enfant a un impact plus important chez les mères que chez les pères

Deuil et mortalité

- Causes de décès
 - *Association forte*
 - Suicide
 - Mort accidentelle
 - Consommation d'alcool
 - *Association modérée*
 - IDM
 - Cancer du poumon
 - *Association faible: autres*
 - *Chez les mères: causes variées, naturelles ou non*
 - *Chez les pères: causes non naturelles*
- Détresse psychologique
- Solitude
- Changement des habitudes de vie
- Alimentation
- Conditions économiques

Deuil et morbidité non psychiatrique

- Plus important à court terme
- Augmentation
 - Morbidité
 - Handicap
 - Douleur physique
 - Perte de poids
 - Consommation médicamenteuse
 - Hospitalisation
 - Mais parfois au contraire déficit de demande d'aide médicale
 - Deuil plus difficile: HTA, cancer, IDM
- Troubles des fonctions immunitaires
- Plus fréquente chez les mères / pères mais précoce chez les mères et différée chez les pères

Deuil et symptômes psychiques

- Variation selon la culture et l'ethnie
- Variation selon le type de lien
- Variation selon le système de soins
- Variation avec le temps, avec des trajectoires différentes

Stroebe et al Lancet 2007

Panel 1: Reactions to bereavement

Affective

Depression, despair, dejection, distress
Anxiety, fears, dreads
Guilt, self-blame, self-accusation
Anger, hostility, irritability
Anhedonia—loss of pleasure
Loneliness
Yearning, longing, pining
Shock, numbness

Cognitive

Preoccupation with thoughts of deceased, intrusive ruminations
Sense of presence of deceased
Suppression, denial
Lowered self-esteem
Self-reproach
Helplessness, hopelessness
Suicidal ideation
Sense of unreality
Memory, concentration difficulties

Behavioural

Agitation, tenseness, restlessness
Fatigue
Overactivity
Searching
Weeping, sobbing, crying
Social withdrawal

Physiological-somatic

Loss of appetite
Sleep disturbances
Energy loss, exhaustion
Somatic complaints
Physical complaints similar to deceased

Immunological and endocrine changes

Susceptibility to illness, disease, mortality

Adapted from references 1 and 7, with permission.

Deuil et morbidité psychiatrique

- Dépression
 - 25-45% symptômes dépressifs
 - 10-20% trouble dépressif caractérisé
- Troubles anxieux
- TSPT dans certaines conditions
 - Perte d'un enfant: 27,7% des mères et 12,5% des pères 5 ans après
- Risque accru d'hospitalisation dans la 1^{ère} année

Conséquences du deuil prolongé

- Dépression
- Anxiété
- TSPT
 - 70%: dépression + anxiété +/- TSPT
- Qualité de vie
- Conduites suicidaires
- IDM
- HTA
- Deuil traumatique 3 à 6 mois après le décès
 - *Dysfonctionnement global, insomnie, humeur triste et faible estime de soi à 18 mois*
 - *Dépression et deuil traumatique à 18 mois*
 - *Santé globale, physique, mentale médiocre, douleurs*

Shear et al 2011; Vang et al 2022

Conséquences d'un deuil traumatique

TABLE 3. Health Outcomes Between 6- and 25-Month Assessments for Widows and Widowers Who Did and Did Not Meet Criteria for Traumatic Grief

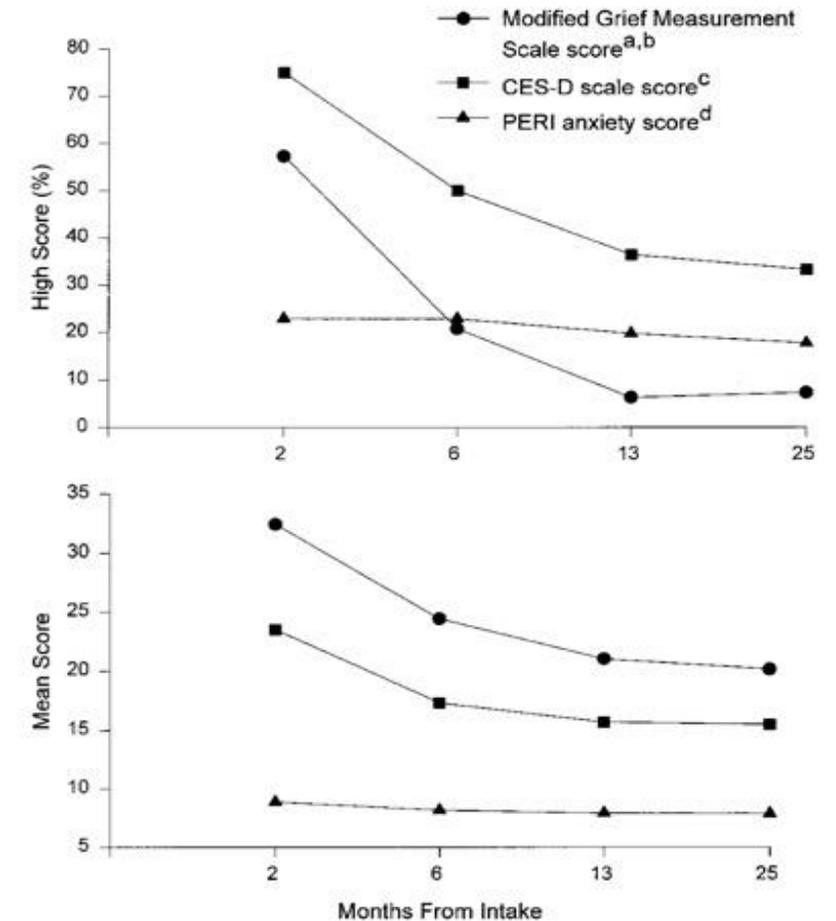
Health Outcome	Traumatic Grief			Nontraumatic Grief			p ^a
	Total	With Outcome	%	Total	With Outcome	%	
Heart trouble	26	5	19.2	97	5	5.2	0.03
Cancer	26	4	15.4	97	0	0.0	0.0002
Headache ^b	33	2	6.1	117	0	0.0	0.05
Flu ^b	26	2	7.7	97	0	0.0	0.04

^aFisher's exact test.

^bOn anniversary of spouse's death.

Prigerson et al Am J Psy 1997

FIGURE 1. Traumatic Grief, Depression, and Anxiety for 96 Widows and Widowers 2–25 Months After Study Entry



^aTraumatic grief score was obtained by modifying the Grief Measurement Scale score to include only the items defined in the Inventory of Complicated Grief.

^bHigh level of traumatic grief represents a modified Grief Measurement Scale score of 32 or greater.

^cHigh level of depression represents a CES-D Scale score of 17 or greater.

^dHigh level of anxiety represents a PERI anxiety scale score of 13 or greater. Because each of the three scales is based on a different metric, direct comparisons among the mean scores cannot be made.

LE SUICIDE



Définitions

- **Suicide** : acte auto-infligé avec l'intention de se donner la mort, conduisant au décès. On parle aussi de suicide abouti.
- **Suicidé** : individu mort par suicide.
- **Tentative de suicide** : acte auto-infligé avec l'intention de se donner la mort, sans issue fatale. La TS peut être avérée, empêchée/interrompue ou avortée.
 - TS empêchée/interrompue : la TS est interrompue par l'intervention d'une personne ou par une circonstance extérieure à la personne.
 - TS avortée : l'acte de mettre fin à ses jours est stoppé par la personne elle-même avant d'aller jusqu'au bout de l'acte planifié.
- **Suicidant** : individu pris en charge suite à une tentative de suicide.
- **Idées suicidaires** : idées concernant le désir et la méthode de se donner la mort, continuum allant des idées suicidaires passives au plan de suicide établi.

Epidémiologie

■ Au niveau mondial :

- Suicide responsable de près de 1 000 000 de morts par an
=> Un décès toutes les 40 secondes

■ Au niveau national :

- Suicide responsable d'au-moins 8 366 décès en France en 2017 (Inserm-CépiDC)
- Les troubles psychiques sont impliqués dans près de 8 000 suicides par an (9 suicides sur 10)
=> Une personne atteinte de trouble psychique se suicide chaque heure

Mythes vs réalité et a priori moraux

Mythes

- Avoir des idées suicidaires ou faire une TS, c'est anodin
- On ne peut pas prévoir
- Il existe une cause unique et facilement identifiable
- Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire
- On ne peut rien faire

A priori moraux sur le suicide

- Lâche/courageux
- Egoïste/altruiste
- Choix personnel
- Ultime liberté

Réalité

- Les idées suicidaires ou la tentative de suicide sont la résultante d'une souffrance qu'il est urgent de soulager.
- Signes avant-coureurs quasi-constants avant un suicide (mais parfois inapparents, notamment aux yeux des proches)
- Phénomène complexe, multifactoriel, dont les déterminants restent mal compris
- Une prise en charge de crise adaptée, le traitement de pathologies psychiatriques associées, et un soutien psychosocial étroit ont montré leur efficacité dans la prévention des comportements et idées suicidaires

La prise en charge du suicide

- Suspicion de décès par suicide : situation d'obstacle médico-légal (art. 74 du CPP, art. 81 du Code Civil, art. R1112-73 du CSP)
 - Défunt pris en charge par l'autorité judiciaire et non par la famille
 - Information de l'OPJ qui ouvre une enquête judiciaire sur les circonstances du décès pour transmettre son rapport au Parquet
 - Si doute, le corps du défunt est transféré dans un Institut Médico-Légal afin de préciser et confirmer les causes du décès ; le Procureur peut ordonner une autopsie dans ce but
 - Le certificat de décès est établi par un médecin agréementé par la police judiciaire
 - C'est le Parquet qui autorise l'admission du défunt en chambre funéraire et délivre à la famille le permis d'inhumer.

La prise en charge du suicide

- Situation particulière du corps non identifié ou retrouvé sur la voie publique :
 - Situation d'obstacle médico-légal
 - Défunt pris en charge par l'autorité judiciaire dans tous les cas et transporté à l'IML dans la plupart des cas pour procéder à l'identification du corps et enquêter sur les circonstances du décès
 - La famille est informée du décès par suicide par l'autorité judiciaire (en général l'OPJ) et peut être amenée à se rendre à l'IML pour participer à l'identification

Médiatisation du suicide

- Le suicide est un fait de société dont les journalistes se saisissent fréquemment (suicide de célébrité, suicide survenu dans un lieu fréquenté...)
- Depuis une cinquantaine d'années, de nombreuses recherches dédiées au traitement médiatique du suicide montrent qu'il n'est pas anodin de communiquer sur le sujet
- Un traitement médiatique sans précaution
 - est l'un des nombreux facteurs qui peuvent inciter une personne vulnérable à passer à l'acte (phénomène de contagion suicidaire : « effet Werther » décrit par David Phillips en 1974)
 - peut contribuer à l'émergence de traumatismes vicariants par l'exposition aux détails du scénario suicidaire
 - contribue à véhiculer des idées reçues et stéréotypes négatifs sur les conduites suicidaires
- A l'inverse un traitement médiatique mettant l'accent sur la façon dont les individus peuvent faire face à une crise suicidaire aurait un effet protecteur (Niederkrötenhaller et al, 2012) ; ce phénomène a été dénommé « effet Papageno »

LE DEUIL APRÈS UN SUICIDE



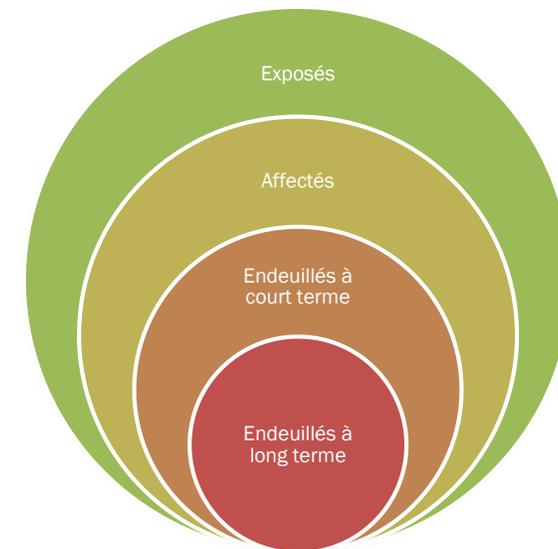
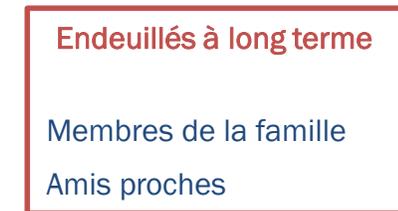
Généralités

Deuil par suicide = phénomène commun...

- 4 à 7% de personnes impactées par un suicide chaque année (Crosby & Sacks, 1994 ; Andriessen et al, 2017)
- 4% de la population vivra un suicide au sein de sa famille (Andriessen et al. ; 2017).
- 22% de personnes exposées au suicide d'un proche au cours de sa vie (Andriessen et al, 2017)
- L'exposition au suicide est donc un évènement qui va toucher plus d'une personne sur 5
- Chaque décès par suicide impacte en moyenne 135 personnes (Cerel et al, 2018)

...qui reste malgré tout tabou

Le continuum d'exposition au suicide



Les endeuillés par suicide : de qui parle-t-on ?

- Il est important de faire la différence entre :
 - L'exposition à l'événement / au scénario : potentiel traumatogène
 - L'exposition à la perte : deuil-état
 - La réponse symptomatique à la perte : deuil-réponse
 - Le processus d'adaptation à la perte : travail de deuil
- Toute personne endeuillée par suicide ne présentera pas forcément de symptômes
- Endeuillé par suicide
 - Définition large : toute personne affectée par un suicide et susceptible de demander de l'aide dans ce cadre, qu'il existe ou non une réaction pathologique
 - Définition restrictive : toute personne qui entretenait un lien d'attachement avec la personne décédée par suicide

Particularités du deuil après un suicide

- Caractéristiques communes avec le deuil en général :
 - L'intensité et la durée de la réponse de deuil aiguë peuvent varier considérablement
 - Réponses de deuil évoluant souvent par vagues
 - Emotions négatives (choc, déni, colère, tristesse) entremêlées avec des souvenirs positifs du défunt
- Particularités quantitatives et qualitatives
 - Stigmatisation et auto-stigmatisation
 - Intensité de la culpabilité et de l'auto-accusation, perte de sens et questionnements répétés
 - Sentiment d'abandon / de rejet
 - Colère
 - Risque suicidaire
 - Potentiel psychotraumatique

Particularités du deuil après un suicide

■ Stigmatisation et auto-stigmatisation

- Stigmatisation : ensemble de représentations négatives et souvent fausses partagées au sein d'un groupe social et qui à terme conduisent au rejet ou à la mise à l'écart d'un individu ou d'un groupe d'individus
- Stigmatisation du suicide à l'origine :
 - D'un jugement négatif concernant les endeuillés par suicide
 - D'un sentiment d'incapacité à soutenir un endeuillé par suicide
 - D'une auto-stigmatisation des endeuillés favorisant :
 - Un sentiment de honte
 - Un besoin de cacher les causes de la mort du défunt
 - Un évitement d'évoquer le suicide avec les proches (y compris au sein de la famille) par crainte de les mettre mal à l'aise
- Il en résulte un évitement des interactions sociales avec la famille et les amis, un isolement et un sentiment de solitude, faisant obstacle aux ressources de soutien nécessaires au processus de deuil

Particularités du deuil après un suicide

- Intensité de la culpabilité et de l'auto-accusation, perte de sens et questionnements répétés
 - Liés au besoin de comprendre ce qui a pu conduire le proche au suicide
 - Questionnement inévitable dans l'entourage proche ou éloigné du défunt, qui va du questionnement « what if...? » jusqu'à des processus ruminatifs envahissants des endeuillés sur leur responsabilité dans l'issue suicidaire et ce qu'ils auraient pu faire pour l'éviter
 - Focalisation sur les derniers moments de la vie du défunt et moindre accès à des souvenirs antérieurs plus positifs
 - Phénomène particulièrement prononcé chez les parents endeuillés par le suicide de leur enfant

Particularités du deuil après un suicide

- Sentiment d'abandon et de rejet
 - La perte d'un proche peut fréquemment être perçue comme une forme d'abandon
 - Les endeuillés perçoivent souvent le suicide comme le « choix » du défunt de mettre un terme à son existence et de laisser les êtres aimés.
 - Intensité du sentiment d'abandon
 - Surtout pour enfants et conjoints ++++

Particularités du deuil après un suicide

■ Colère

- Colère = réponse normale dans le processus de deuil
- Particularités de la colère chez les endeuillés par suicide :
 - Intensité
 - Diversité et fluctuation dans l'objet de colère : eux-mêmes, le défunt, la famille, les services de soins, les assurances, les représentants religieux, Dieu, la terre entière...

Particularités du deuil après un suicide

■ Risque suicidaire

- L'intensité du risque suicidaire constitue une particularité de la réponse de deuil après suicide :
 - Le risque de décès par suicide et de tentative de suicide est augmenté de près de 3 fois chez les personnes exposées à un suicide
 - L'exposition à une tentative de suicide augmente le risque de tentative de suicide
 - Le deuil par suicide était le deuil le plus fréquemment associé à des idées suicidaires
- Interaction avec vulnérabilité génétique : antécédents familiaux de suicide associés au risque suicidaire et suicide d'un apparenté facteur de décompensation d'une pathologie pré-existante

Nicole et al, 2020
Hill et al, 2020
Molina et al, 2019

Particularités du deuil après un suicide

■ Risque suicidaire

- Facteurs particulièrement liés au risque suicidaire dans le cadre du deuil après suicide :
 - Perte d'un enfant ou du conjoint,
 - Antécédent personnel de TS,
 - Antécédent personnel de dépression,
 - Complication du deuil : psychotraumatisme, trouble de deuil prolongé
 - Adolescent ou adulte jeune

Particularités du deuil après un suicide

■ Potentiel psychotraumatique

- De par son caractère violent et non naturel, le suicide est à haut risque de complications post-traumatiques
- Caractéristiques qui contribuent au développement d'un trouble post-traumatique :
 - Méthode de suicide impliquant d'importants dommages physiques
 - Découverte du corps (personne proche mais aussi services de secours)
 - Témoin du passage à l'acte (direct ou par téléphone / réseaux sociaux)
 - Possibilité de développer un traumatisme vicariant par exposition au scénario suicidaire
 - Implication fréquente des forces de l'ordre et des services de soins (annonce brutale, identification du corps à l'IML +++)

LA PRISE EN CHARGE DES ENDEUILLÉS APRÈS UN SUICIDE



La postvention



Cas particuliers des témoins d'un suicide

- CUMP : Cellule d'urgence médico psychologique



La postvention

- Ensemble des interventions qui se déploient après un suicide
 - Postvention individuelle : auprès de la personne endeuillée
 - Postvention collective : Dans le milieu où le suicide a eu lieu, ou dans les milieux fréquentés par la victime
- Objectifs
 - Diminuer la souffrance individuelle
 - Renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité
 - Prévenir certains troubles de santé mentale
 - Diminuer les risques d'effet de contagion
 - Augmenter le sentiment de sécurité du milieu
 - Favoriser un retour au fonctionnement habituel du milieu

La postvention individuelle

- Exemple du CPS au CH Le Vinatier, service du Dr Edouard Leaune
 - les personnes endeuillées par suicide peuvent bénéficier de consultations individuelles, familiales ou collectives au CPS, tant dans les cas de deuil non compliqué qu'en cas de complications (deuils pathologiques, état de stress aigu et post-traumatiques, crise suicidaire...).
 - Un suivi spécialisé psychologique et/ou médical est proposé sur le CPS, permettant la prise en charge des spécificités du deuil après suicide et de ses effets pathologiques.

La postvention individuelle par téléphone



Une écoute professionnelle, bienveillante et adaptée

- Bienveillance : accueillir avec empathie les personnes endeuillées par suicide, en prenant la mesure de la particularité et de la difficulté de l'expérience qu'elles affrontent
- Non jugement : chaque personne ayant perdu un proche par suicide vit une expérience unique, marquée par un vécu émotionnel intense. Adopter une position non jugeante favorisant la libre expression des émotions et les interrogations associées au deuil après suicide
- Connaissance : perdre quelqu'un par suicide s'associe à un fort besoin de bénéficier d'informations sur le suicide et le deuil après suicide. Les très nombreuses questions que se posent les endeuillés entraînent un besoin important de réponses qui peuvent avoir un effet bénéfique
- Adaptabilité : savoir s'adapter à chaque personne, à sa réalité, ses stratégies d'adaptation et de résilience ainsi qu'à ses besoins spécifiques

Savoir rechercher les principales complications du deuil

- Risque suicidaire +++ : évaluation systématique
- Psychotraumatisme
- Trouble de deuil prolongé
- Complications psychiatriques : dépression, troubles anxieux, addictions
- Perturbation des conduites chez les adolescents

Orientation des personnes endeuillées par suicide

- Repose sur une évaluation précise des attentes et besoins de l'appelant
 - Orientation vers un service d'urgence en cas de risque suicidaire élevé ou d'état pathologique sévère
 - Orientation vers des services de prise en charge du psychotraumatisme
 - Orientation vers une prise en charge psychiatrique pour les deuils compliqués
 - Orientation vers un suivi psychologique individuel
 - Orientation vers des groupes d'endeuillées par suicide, ou des associations de soutien

La postvention collective

- Exemple de la postvention auprès des professionnels de santé effectuée au CHCP
 - Groupe de postvention : groupe de volontaires qui intervient de manière systématique auprès des professionnels après le suicide d'un patient en cours de traitement hospitalier (dans, ou en dehors de l'hôpital)
- Vise à :
 - Rétablir la vie institutionnelle momentanément interrompue
 - Réduire les effets négatifs d'un décès par suicide
 - Possibilité pour les professionnels : de parler de l'événement, et de ne pas rester seul devant ses doutes et ses émotions

Organisation de la postvention pour les soignants

■ Processus

- Désamorçage
 - Personnel étant intervenu auprès de la victime
 - Avant que le personnel n'ait quitté l'établissement
- Désensibilisation
 - Ensemble de l'équipe
 - Ne pas oublier les étudiants, le personnel de garde ou venu en renfort
 - Dans les 24/72 heures

■ Organisation

- Groupes
 - Échanges entre les intervenants
 - Expression des émotions
 - Faire un retour sur l'événement et les mesures prises

Organisation de postvention pour les soignants

■ Réunions de désamorçage

- Objectifs
 - Aide et soutien
 - Verbalisation des émotions
 - Retour sur les événements
- Discussion autour du décès
 - Attitude positive et empathique
 - Faire raconter
 - Ne pas juger, ne pas mettre en accusation
 - Ne pas chercher les failles
- S'assurer que l'équipe est capable d'assurer ses fonctions ou organiser un éventuel relais
- Apporter aide et soutien pour les procédures matérielles et administratives

Organisation de postvention pour les soignants

■ Réunions de désensibilisation

■ Objectifs

- Aide et soutien
- Verbalisation des émotions
- Retour sur les événements

■ Information sur

- Les réactions affectives attendues chez les soignants
- Les conséquences sur leur travail, leur vie personnelle, la vie de l'équipe
- Les ressources extérieures disponibles

■ Discussion autour du décès

- A distinguer de l'analyse de cause
- Laisser s'exprimer
- Attitude empathique et soutenante
- Rassurer sur les compétences professionnelles ou soignantes
- Resituer dans le contexte du profil à risque de nos patients et de l'imprévisibilité du suicide

■ Repérer des personnes les plus vulnérables ou à risque

Le traitement du deuil



Les traitements médicamenteux

- Plus de la moitié des endeuillés prennent des médicaments
- Efficacité non reconnue
- Intérêt ?

Les psychothérapies

- Pas avant une année
- Rôle des facteurs communs des psychothérapies
 - Parler, être écouté(e), soutien du thérapeute
- TIP
 - Validée
 - 4 domaines problématiques: le deuil, les conflits interpersonnels, les transitions de rôle et les déficits interpersonnels
 - 1 est au centre de la thérapie
 - Rôle de l'histoire personnelle du sujet
 - Schémas de personnalité
 - Analyse et correction des modes relationnels interpersonnels
 - Techniques: exploration, clarification, encouragement de l'expression des sentiments, analyse de la communication et analyse décisionnelle

Les psychothérapies

- TCC
 - Plus efficace que la TIP
 - Même en ligne (Wagner et 2022)
- Psychothérapies de groupe
 - Aussi efficaces que la thérapie individuelle

Objectifs de la psychothérapie

- Alliance thérapeutique
 - Relation sécurisée, de confiance
 - Expression possible des émotions
 - Identification des problèmes
- Objectifs inatteignables
 - Oublier le défunt
 - Vivre sans chagrin
- Canaliser ses émotions, continuer sa vie
- Buts du deuil
 - Accepter la réalité de la perte
 - Accepter de ressentir la douleur du deuil
 - S'adapter à un environnement où le défunt est absent
 - Relocaliser le défunt dans sa mémoire
 - Continuer à investir sa vie

Déroulement de la TCC

- Conditions nécessaires à la psychothérapie du deuil
 - *Capacité d'attention suffisante*
 - *Pas constamment submergé d'émotions pénibles à l'évocation de la perte*
- Durée d'environ un an
 - *Parler du deuil et de la relation au défunt*
 - *Aborder les situations qui posent problème*
 - *Vivre une année de dates anniversaires et de fêtes de famille*
- On ne lutte pas contre l'émotion mais on améliore sa modulation
- 4 points principaux
 - *Situations redoutées dans la vie quotidiennes qui entraînent les émotions*
 - *Excès d'émotions qui va s'apaiser lors de la répétition du récit*
 - *Pensées et croyances accablantes: regret, idéalisation, culpabilité*
 - *Diminution des comportements néfastes et orientation vers un comportement d'hommage: activités de plaisir et moments réservés au souvenir*

Place du défunt dans la vie quotidienne

- Emotions, pensées et comportements : le défunt est omniprésent
- Objectif
 - Faire une place au défunt et au souvenir
 - Apprendre à vivre avec la tristesse
 - Équilibre propre à chaque endeuillé(e)
 - Le deuil ne doit plus faire obstacle

Canaliser l'excès d'émotions

- Avant d'envisager tout changement
- On ne peut demander à l'endeuillé de renoncer à la tristesse et à la nostalgie
 - Réserver une place à la tristesse et au manque qui sont les témoins de souvenirs heureux
 - On peut vivre avec la tristesse sans vivre dans le passé, si elle est contrôlée
 - Se confronter au manque, s'y habituer
- La colère et l'angoisse
- Technique: exposition lentement progressive à la narration du deuil, des faits et des émotions, par séquences d'événements, en restant à un niveau émotionnel tolérable

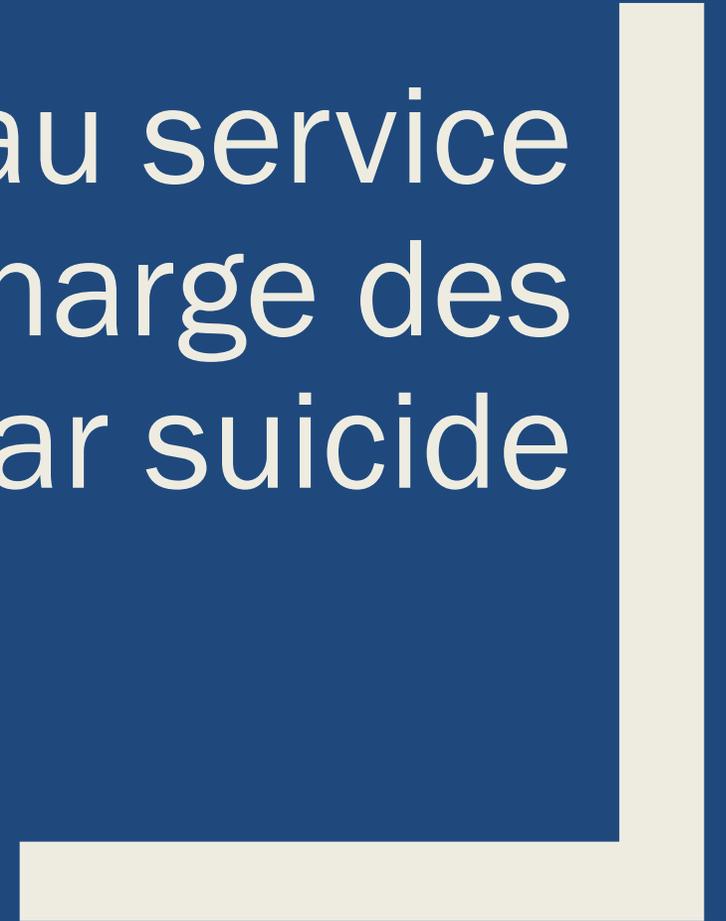
Pensées et croyances

- Garder du sens à la vie sans lui
 - On ne vit pas sans le défunt, la perte n'est pas totale, on garde le souvenir
 - Lui donner une place
- Idéalisation
 - Donner une place plus authentique
- Héritage moral du défunt, sentiment de trahison
 - Qu'aurait-il souhaité pour vous ?
- Accepter l'ambivalence
 - Intérêt de la narration
- Culpabilité, honte, idées de préjudice
 - Techniques cognitives

Modifier les comportements

- Donner une place paisible au défunt
 - S'exposer aux souvenirs si évocation impossible: récits, photos
 - Évocation exagérée, affaires personnelles à la même place, visites fréquentes au cimetière
 - Diminuer ces comportements
 - Activités positives
 - Activités propres, non communes avec le défunt puis partagées

Les outils numériques au service de la prise en charge des endeuillés par suicide





Centre de Prévention du Suicide du Vinatier,
CHRU de Lille
RESHAPE (Research on Healthcare Performance)
Interlude-Santé (entreprise qui crée des solutions digitales
adaptées au monde de la santé)

ESPOIR²S « Endeuillés par le Suicide d'un Proche : étude de faisabilité d'un Outil numérique d'Informations et Ressources pour la Résilience et le Soutien

- Comme son nom l'indique, celle-ci vise à la création d'une ressource en ligne pour les endeuillées par le suicide.
- L'étude utilise une méthode mixte qualitative et quantitative de type « recherche-action », avec une visée double :
 - Construire une future ressource en ligne qui réponde aux besoins et aux attentes des Personnes Endeuillées par le Suicide (PES).
 - Évaluer l'impact de ces ressources numériques auprès de personnes en situation de vulnérabilité temporaire ou chronique (les personnes endeuillées par suicide)

- **Revue systématique de littérature** en lien avec l'utilisation des ressources en ligne par les personnes endeuillées par le suicide. Elle se finalise par la création d'un questionnaire exploratoire ayant pour but de recueillir les besoins des personnes endeuillées par le suicide d'un proche. Afin d'identifier les besoins en ressource en ligne des personnes endeuillées, des focus-groupes exploratoires sont également menés durant cette phase. On sollicite ici la participation :
 - des personnes endeuillées par le suicide
 - des professionnels de santé
 - et des associations œuvrant dans l'accompagnement de personnes endeuillées par le suicide d'une personne.

- **Elaboration d'un cahier des charges** de l'outil numérique en exposant les résultats de la première aux participants. Le but est ici de créer un cahier des charges précis sur le contenu, la forme et le design de cette ressource. Les mêmes types de participants sont sollicités à travers des focus groupes et ateliers de co-conception.

- **Création d'une version « bêta »** de la ressource en ligne qui est en cohérence avec les attentes des PES. Durant celle-ci, la méthode s'adapte à l'avancement du projet et les participants sont représentatifs des utilisateurs finaux de la ressource. Afin de livrer une version finale, la méthode consiste à la mise en place de nouveaux ateliers itératifs et de tests utilisateurs.

1^{ère} phase terminée et résultats

- Six axes principaux, certains à court termes et la majorité sur le long terme, pour les besoins des personnes endeuillées par le suicide :
 - le soutien pratique dans les premiers moments suivant l'événement,
 - le soutien entre pairs,
 - l'explication – le besoin de trouver du sens (un soutien informationnel et de ressources),
 - une information fiable et facile d'accès,
 - la commémoration,
 - des services d'accompagnement.

Utilisation des réseaux sociaux

3114 3114
4 j · 🌐

Journée internationale des endeuillés par suicide

Description
🗨️ L'INFO QUI COMPTE

Aujourd'hui, c'est la journée internationale des endeuillés par suicide. À cette occasion, le 3114 proposera sur ses réseaux sociaux diverses infos et ressources sur ce sujet dans la semaine qui suit. Alors restez connectés 📱

L'INFO QUI COMPTE

19 NOVEMBRE 2022

JOURNÉE INTERNATIONALE DES ENDEUILLÉS PAR SUICIDE

YouTube

Un cheval sans nom — Suicide, deuil

Elisée revient avec nous sur le suicide de son père, et sur son deuil à la fois en tant que fille et que psychologue.

LES MAUX BLEUS

POWERED BY ACAST

Un cheval sans nom — Suicide, deuil

219 vues · il y a 1 mois ...afficher plus

LES MAUX BLEUS Les Maux Bleus, un podca... 722 **S'abonner**

👍 14 🗨️ 🔄 Partager 📁 Enregistrer

CH Charles Perrens ✓
@ch_perrens

Le tabou voire le secret qui peut s'instaurer autour d'un décès par suicide constitue une réelle difficulté pour « ceux qui restent ». En cette journée internationale des endeuillés par suicide le @3114 est à disposition des familles et des proches qui veulent parler.

Souffrance
Prévention
du suicide

C'EST LE MOMENT
D'APPELER

3114

NUMÉRO NATIONAL DE
PRÉVENTION DU SUICIDE
24h/24 - 7j/7
Écoute professionnelle
et confidentielle

www.3114.fr

11:00 · 20 nov. 21 · [Twitter Web App](#)

11 Retweets 29 J'aime