



Quel deuil après la perte d'un proche par suicide ? Etat de la question

D. DOUMONT

Octobre 2000
Réf. : 00-09

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

1° Introduction

2° Epidémiologie

3° Sélection des articles revus dans le cadre de ce dossier technique

4° Répercussions du décès par suicide sur l'entourage

5° Quelle intervention auprès des familles ?

6° Conclusions

7° Bibliographie

8° Annexe 1

Quel deuil après la perte d'un proche par suicide ? Etat de la question.

1° Introduction

Le centre de prévention du suicide souhaite organiser et ouvrir des groupes de paroles essentiellement destinés aux proches, aux familles qui ont perdu un être cher par suicide.

La mort par suicide représente un réel traumatisme pour l'entourage. Bien souvent, la culpabilité de n'avoir rien pu faire, l'anxiété et l'angoisse du pourquoi, le regard des autres rendent l'accomplissement du deuil encore plus difficile, voire pour certaines personnes impossible.

Les membres du centre de prévention du suicide estiment que la création de groupes de paroles (et d'écoute) devrait permettre un meilleur accompagnement des « survivants » du suicide dans l'élaboration du processus du deuil.

En vue de préparer et d'organiser ces groupes de paroles (les premières sessions sont programmées pour la fin décembre 2000), le centre de prévention du suicide contacte l'unité RESO afin qu'elle réalise une revue de littérature sur la thématique du deuil mais également sur les représentations et attitudes des professionnels de santé à l'égard des familles, des proches vivant un tel drame.

Différentes questions sont ainsi posées.

- Quelles sont les représentations du corps médical vis-à-vis du suicide mais également vis-à-vis du deuil à faire après la perte d'un proche par suicide ?
- Les médecins proposent-ils un suivi particulier aux personnes endeuillées par un suicide ?
- Les médecins font-ils état « d'habileté particulière » en communication à l'égard de ces personnes endeuillées ?
- Quelles sont les attitudes des médecins, des professionnels de la santé à l'égard des « personnes suicidaires » ?

¹ L'analyse des publications a été réalisée par D. Doumont (Unité RESO-UCL).

Dossiers techniques du RESO : série de dossiers portant sur des questions/pratiques de santé d'actualité, réalisées à la demande d'institutions de promotion de la santé et visant à faire le point des publications sur le sujet.

2° Epidémiologie

En Europe, le **suicide** est devenu un problème de santé publique important.

En Belgique, le suicide est la seconde cause de décès chez les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, juste après les décès liés aux accidents de la route.

En ce qui concerne les 25-44 ans, le décès par suicide représente la première cause de mortalité chez les hommes et la troisième chez les femmes.

Le nombre de suicides enregistré en 1983 était de 1526, il passe à 1996 en 1988 pour ensuite atteindre les 2250 en 1994 (1).

Notons toutefois qu'il s'agit bien d'un taux « officiellement enregistré » via l'acte de décès. En effet, certains décès liés à un suicide ne sont pas toujours assimilés comme tel et risquent donc de fausser quelque peu les chiffres connus.

Le Journal du Médecin fait mention de 7 suicides par jour en Belgique (5).

En France (2), 11.403 suicides furent enregistrés par l'Inserm en 1990 ; 2497 étaient âgés de 15 à 34 ans, 5090 avaient atteint au moins l'âge de 55 ans. En 1992, les statistiques de causes médicales de décès enregistrées par l'Inserm mentionnaient 11.644 cas de suicide dont 8.442 hommes et 3.202 femmes.

Comme en Belgique, chez les jeunes de 15 à 24 ans, le suicide est la seconde cause de mortalité après les accidents de roulage et en devient la première cause auprès des 25 à 34 ans.

Différentes données (déjà observées par Emile Durkheim) dites plus stables sont également intéressantes (4) : le suicide augmente en vieillissant, le taux de suicide est plus important chez les hommes que chez les femmes, ce taux est plus élevé chez les célibataires, divorcés et veufs, le suicide augmente avec la durée du jour ; il atteint les milieux ruraux plus que les milieux urbains

Quant aux **tentatives de suicide** officiellement recensées en Europe dans le cadre de la Who/Euro Multicentre Study (3), elles concerneraient 106,9/100.000 adolescents de 15 à 19 ans et 291,8/100.000 adolescentes. En Belgique, elles sont estimées à plus de 25.000 pour l'année 1994 (1).

M. De Clercq estime que pour un suicide réussi, on rencontre dix tentatives de suicide.

Toutefois, ces tentatives de suicide ne font pas l'objet de cette revue de littérature.

A noter cependant leur épidémiologie assez différente : les tentatives de suicide se retrouvent principalement auprès d'une population féminine, elles diminuent avec l'âge (surtout les 15-40 ans), les victimes sont souvent mariées, vivent en milieu urbain.

3° Sélection des articles revus dans le cadre de ce dossier technique.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche, ..., ont conditionné le choix des articles retenus. Il semblerait toutefois qu'en Europe, peu d'auteurs se soient intéressés à la problématique des personnes endeuillées après un suicide et que peu de documents soient disponibles. D'autres recherches ont été menées outre-atlantique. De nombreuses références bibliographiques canadiennes nous ont été proposées par l'équipe du Professeur Francine Gratton de Montréal mais n'ont pas été exploitées dans le cadre de ce dossier (annexe 1).

4° Répercussions du décès par suicide sur l'entourage

La perte d'un proche par suicide est toujours vécue par l'entourage comme un véritable désastre tant sur le plan psychologique qu'émotionnel.

Les proches qui ont vécu un suicide sont souvent considérés comme une population "exposée", c'est-à-dire à haut risque.

Delatte et al. (6) se sont intéressés aux différentes réactions des familles et amis confrontés au suicide d'un proche. Cinquante familles ayant vécu un décès-suicide ont pu être interviewées à ce propos.

La révolte, la tristesse, la honte, le déni, la peur, la fatalité mais aussi le sentiment d'abandon, d'incompréhension émergent rapidement.

Pour ces mêmes auteurs, deux types de difficultés sont consécutives au suicide; d'une part il y a celles d'ordre psychologique (dépression, crise d'anxiété, ...) et d'autre part celles plutôt d'ordre matériel (administration, problèmes financiers, difficultés rencontrées sur les lieux du travail, ...).

Il ressort également de cette enquête que 62% des personnes attendaient de l'aide, 26% n'avaient aucune attente et 12% ne se sont pas exprimées.

Le processus de deuil suivant un suicide est une expérience particulièrement douloureuse pour les familles, notamment aussi par le regard que les "autres" portent sur cet acte. Il semblerait que bien souvent les "survivants" soient jugés, critiqués, ce qui renforce le sentiment d'auto-accusation, de faute...

Dans ces moments-là, ce sont souvent les amis, la famille (62 %) qui restent les interlocuteurs privilégiés ; ensuite intervient le médecin de famille (26%).

Delatte et al. (6) signalent au sein même de la pratique médicale les manques de prise de contact, d'interventions, de discussions avec les membres de la famille.

D'une part, les professionnels de la santé mentale ne sont pas vraiment entraînés à encadrer les familles. De nombreux médecins préfèrent se cantonner derrière la famille qui « assumera ... ».

D'autre part, les psychiatres manifestent souvent un sentiment de responsabilité, de peur face à ce qu'ils considèrent comme un échec. Mais ne serait-ce pas là le rôle du psychiatre que d'essayer après une telle épreuve de "contrer" sa peur et de tout mettre en oeuvre pour aider la famille survivante ? Ces interventions immédiates après le suicide pourraient faciliter le processus de deuil et prévenir des conséquences psychopathologiques...

Le médecin de famille paraît être le professionnel le mieux placé pour "initier" ces suivis de famille devant assumer un deuil après suicide.

Les auteurs pensent également qu'une "autopsie psychologique" pourrait aider les familles et amis à vivre un tel deuil. Prendre contact avec celles-ci le plus rapidement possible et essayer de les faire parler de leurs émotions, de leur vécu devrait être une expérience positive non seulement pour les personnes interrogées mais également pour le reste de la famille. Il faut à tout prix éviter l'isolement social en prônant le soutien social.

Pirson et al. (7) confirment la place importante de la prévention du suicide dans la politique de santé qui se base sur deux axes :

- le premier concerne les facteurs associés au risque suicide (psychosociaux et biomédicaux)
- le second concerne tout particulièrement les personnes proches du « suicidé » considérées comme population à risque élevé de développer des problèmes psychologiques ou psychosomatiques.

Carol J. Van Dongen (8) s'est également intéressée au vécu de personnes ayant perdu un être proche par suicide. 35 personnes âgées de 25 à 68 ont pu être interviewées dans les 3 à 9 mois après le suicide.

Tous les répondants évoquent « un terrible choc » qui perdure durant des semaines, voire des mois. Certains n'hésitent pas à parler de colère envers le défunt, mais également envers le système de santé et les professionnels de la santé. Certains ressentent énormément de culpabilité. Un répondant évoque son terrible besoin de comprendre, d'obtenir des réponses au geste... De nombreux troubles physiques apparaissent également : fatigue , insomnie, troubles gastro-intestinaux; certaines pathologies préexistantes sont exacerbées : ulcère, asthme, troubles cardiaques ... Toutefois, durant ces moments difficiles, les liens familiaux se resserrent.

Certains "survivants" essaient de trouver une signification à ce geste, d'autres essaient de s'occuper, de rencontrer d'autres personnes ayant vécu une situation similaire.

L'auteur s'est également demandé comment les professionnels de la santé, y compris les infirmières, pouvaient aider ces "survivants"...

Les personnes interrogées étaient unanimes quant au fait que les professionnels devaient initier le contact. Seulement 6 répondants avaient été sollicités pour un soutien psychosocial après le décès.

L'auteur conclut que tout décès lié à un suicide affecte la ou les personnes proches durant de nombreux mois, voire des années. Elle suggère la réalisation d'une étude longitudinale (à 5 ans) permettant l'examen du vécu (expérience) des personnes "survivantes". Elle signale la nécessité de mettre en place des stratégies et des interventions efficaces qui aideront les personnes à faire face au deuil !

Brownstein M., (9) a questionné 20 familles (victimes d'un suicide) afin de savoir si celles-ci avaient été contactées après le suicide d'une personne proche. Quinze familles ont renvoyé leur questionnaire dont 12 ont été exploités.

Parmi ces 12 familles, 3 seulement ont eu un contact avec le médecin mais un seul avait fait la démarche lui-même. Face à ce terrible traumatisme qu'est la perte d'un proche par suicide, les familles manifestent leur besoin d'être entourées, d'obtenir un espace de paroles, d'être guidées par des professionnels vers des groupes d'entraide.

L'auteur a également interrogé 42 praticiens (psychiatres et résidents en psychiatrie) qui avaient perdu un patient par suicide afin de savoir s'ils avaient pris contact avec la famille lors de l'accident. Dans la négative, ils leur étaient demandés d'expliquer pourquoi ils ne l'avaient pas fait.

Parmi les 42 médecins interviewés, 12 ont vécu l'expérience du décès d'un patient par suicide et seulement 1 (psychiatre) a pris contact avec la famille de la personne défunte.

Les raisons invoquées par les médecins sont diverses : « ...je ne connais pas la famille, ils habitent hors de la ville, j'étais en vacances quand cela s'est produit, je n'ai rencontré le patient que très brièvement,... ».

Même si le nombre restreint de personnes interrogées dans le cadre de cette enquête incite à la prudence, il est toutefois évident que la majorité des psychiatres ne prennent pas contact avec les familles "survivantes" alors que ces mêmes familles souhaitent un contact. Peur, crainte, culpabilité sont des sentiments maintes fois exprimés par ces professionnels mais qu'ils se doivent de surpasser pour une meilleure prise en charge des membres de la famille.

5° Quelle intervention auprès des familles ?

Carol J. Van Dongen (12) et Van Casteren V. et al (13) identifient le médecin de famille comme étant la personne ressource pour initier et suivre ce processus de deuil. Il est toutefois indispensable que ces médecins témoignent d'aptitudes à gérer le suivi de ces patients en post-suicide.

Van Casteren et al. signalent également que 60 % des personnes qui se sont suicidées ou qui ont fait une tentative de suicide avaient consulté le mois précédent le passage à l'acte leur médecin de famille. Cette donnée confirmée par d'autres auteurs renforce l'idée du rôle actif du médecin traitant dans toute la prise en charge.

L'association américaine du suicide à Denver et le centre de prévention du suicide à Dayton proposent différentes recommandations (12) dans le cadre du follow-up de personnes endeuillées par la perte d'un proche par suicide comme celles de prendre contact avec les familles durant les premières 72 heures, d'établir ensuite d'autres contacts avec cette même famille après 3, 6 et 12 mois, d'écouter sans juger, d'assister les personnes « survivantes » dans la compréhension et l'acceptation du deuil, d'encourager les personnes « restantes » à s'entraider, se soutenir, d'encourager également la verbalisation de leurs émotions et leurs sentiments, de signaler l'existence de groupes d'entraide et de soutien locaux pour accompagner les personnes survivantes...

A Genève, l'unité de psychiatrie et le service des urgences ont bien perçu la nécessité d'encadrer les familles vivant un deuil par suicide (3).

Ils ont créé une unité de crise pour adolescents et jeunes adultes et ont mis sur pied un programme de prévention. Ce programme de prévention prévoit la mise à disposition d'un spécialiste pour toute personne ayant été confrontée au suicide d'un jeune dont elle était proche que l'on fasse partie du groupe des amis, de la famille ou simplement de la classe (enseignant-enseigné).

“Tenant compte de la difficulté des uns et des autres à engager un dialogue lorsqu'il s'agit du suicide et des risques que cette attitude peut engendrer, il nous semble opportun de proposer la disponibilité d'une sorte de médiateur pour faciliter ce dialogue”.

Marc B., et al (10), évoquent la difficile relation médecin-malade en urgence psychiatrique et font état d'un problème de communication.

L'écoute active (laisser le patient s'exprimer, laisser de la place au silence, aux moments de réflexion, formulation des propos du patient, être attentif aux questions “dissimulées”, ...), l'empathie (le praticien montre qu'il écoute, qu'il comprend, ...), la gestion de ses propres émotions font partie intégrante d'une stratégie de communication.

Richet et al. (11) ont décrit certaines attitudes du personnel soignant du service des urgences à l'égard des urgences psychiatriques. Ils évoquent des “contre-transferts”.

La prise en charge de patients dits “psy” enclenche parfois des réactions de rejet (rage, colère et sentiment d'impuissance du personnel soignant), un désir de punir le patient, des manifestations d'agressivité, un désintérêt total de la part du soignant au risque de banaliser la tentative de suicide,...

Les auteurs décrivent alors toute l'importance de l'existence dans de telles unités d'une infirmière psychiatrique qui saura décharger l'équipe de nursing des patients psychiatriques peu ou mal pris en charge et donc améliorer la prise en charge d'urgences psychiatriques.

6° Conclusions

L'acte de suicide reste un acte traumatisant non seulement pour l'équipe soignante qui doit assurer la prise en charge mais surtout pour la famille qui reste face à ses questions sans réponse, ses peurs, parfois sa culpabilité.

Il reste difficile d'en parler et la création d'espaces de paroles, d'écoute devrait permettre une meilleure approche du deuil.

Avant de pouvoir envisager une prise en charge « la plus optimale » de ces familles, il serait peut-être opportun de s'intéresser aux attentes et aux souhaits de celles-ci. En effet, peu de données sont disponibles à ce jour. Ces informations sont encore plus rares quand elles concernent les pratiques et les attentes des professionnels de la santé et tout particulièrement celles des médecins.

L'acte de suicide doit rester au centre des préoccupations de toute équipe soignante impliquée, dans l'immédiat mais également à plus long terme. C'est toutefois dans sa multidisciplinarité que l'équipe soignante sera la plus performante.

7° Bibliographie

Ces documents sont disponibles au Centre de documentation RESOdoc-UCL
Centre Faculté niveau –1 Avenue Mounier 50 à 1200 Bruxelles
Tél. 32.2/764.50.37

1. De Clercq M., (1998), Le suicide, in Louvain Médical, Vol. 117, n° 10, décembre 1998, pp 502-508.
2. Debout M., (1996), Le suicide, Collection Vivre et comprendre, Ellipses, 1996, pp 20-22.
3. Perret-Catipovic M., Ladame Fr., (1998), Le suicide des jeunes : soins, prévention et recherche dans le cadre des Hôpitaux Universitaires de Genève, in Acta psychiat. bel., 98, Suppl.II, pp 39-48
4. De Clercq M., (1997), Urgences psychiatriques et intervention de crise, Collection de l'Oxalis, Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 1997, pp 110-111.
5. Claes V., (2000), Un groupe pour les "survivants" du suicide, in Le journal du médecin, n° 1298, Octobre 2000, pp 20-21.
6. Delatte B., Pirson O., et al. (1999), Repercussions of suicide on the family – an analysis of 50 consecutive suicides, in Emergency Psychiatry in a changing world, Excerpta Medica, I.C.S. , (1999), pp 533-539.
7. Pirson O., Delatte B., et al (1999), Autopsies psychologiques de 50 suicides consécutifs à Bruxelles, in Acta psychiat. belg.99 (1999), pp 316-331.
8. Van Dongen C.J., (1990), Agonizing Questioning : experiences of survivors of suicide victims, in Nursing research, July/august 1990, Vol. 39, n°4, pp 224-229.
9. Brownstein M., (1992), Contacting the family after a suicide, Brief communications, in Can. J. Psychiatry, April 1992, Vol. 37, pp 208-212.
10. Marc B., Guillerme L-C., (1999), Relation médecin-malade et urgence psychiatrique de ville, in La revue française de psychologie médicale, Janvier 1999, n° 24, pp 42-43
11. Brichet L., Stalmans C., et al (1998), Attitude du personnel soignant du service des urgences de l'hôpital général à l'égard des urgences psychiatriques et rôle de l'infirmière psychiatrique, in La revue française de psychologie médicale, Janvier 1998, n° 14, pp 25-27.
12. Van Dongen C.J., (1991), Experiences of family members after a suicide, in The journal of family practice, 1991, Vol. 33, n°4, pp 375-380.
13. Van Casteren V., Van Der Veken J., et al, (1993), Suicide and attempted suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990-1991, in Acta Psychiatr. Scand. 1993, 87, pp 451-455.