

Effets et conséquences  
du suicide sur l'entourage :  
**modalités d'aide  
et de soutien**

---

**Les recommandations**

Audition publique

---

Paris - 25 et 26 novembre 2009

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Préambule</b>	<b>3</b>
« Les effets et conséquences du suicide sur l'entourage »	4
« Modalités d'aide et de soutien »	4
<b>Question 1 : impact du suicide sur l'entourage ?</b>	<b>5</b>
Introduction	5
Le deuil après suicide	5
Aspects du deuil	6
Propagation de l'onde de choc du suicide :	9
Impact sur l'entourage social	10
<b>Question 2 : modalités de compréhension sur les suites du suicide</b>	<b>12</b>
Les suites immédiates de la mort : la confrontation au défunt	12
Post immédiat / moyen terme	14
Éthique, social, sociétal, communautaire	15
<b>Question 3 : état des lieux sur les interventions et pratiques de soutien à proposer</b>	<b>16</b>
Les témoins directs, dont les « fortuits »	17
Les proches	17
Les impliqués indirects	18
<b>Conclusion générale</b>	<b>20</b>
<b>Jury</b>	<b>21</b>
<b>Experts</b>	<b>22</b>
<b>Rappel des recommandations</b>	<b>23</b>
<b>Comité d'organisation</b>	<b>27</b>
<b>Cellule bibliographique</b>	<b>28</b>
<b>Financeurs</b>	<b>28</b>

# Introduction

La question du suicide préoccupe tous ceux qui ont été touchés par le traumatisme et le deuil d'un proche suicidé.

Les acteurs du lien social et de la santé publique ont initié depuis longtemps des actions, bien au-delà du champ de la médecine pour venir en aide aux proches concernés par le suicide.

Il n'échappe pas aux praticiens médicaux que l'acte suicidaire survient dans un contexte qui a prédisposé à cette confrontation à la mort.

Les professionnels, les acteurs d'associations et nos responsables institutionnels ont été convaincus qu'il y avait lieu de fédérer les énergies pour réfléchir aux actions qui peuvent contribuer à limiter le risque suicidaire et ses conséquences sur l'entourage en termes de souffrances mais aussi en morbidité, voire en mortalité suicidaire.

Le ministère de la Santé soutient les acteurs de santé pour aborder la prévention du suicide sous plusieurs approches ; des associations se sont fédérées pour prévenir le suicide ; des actions de prévention visent des prises en charge plus précoces, mais aussi visent à soutenir et accompagner les personnes touchées par le suicide d'un proche, ou des personnes plus fortuitement confrontées à la disparition d'un compagnon de travail, ou d'un voisin par suicide.

Plusieurs plans nationaux de prévention du suicide ont été mis en place ; ils ont soutenu cette préoccupation sur les effets du suicide sur l'entourage pour permettre la poursuite d'actions de prévention et d'accompagnement des populations concernées.

Il était temps, pour les acteurs concernés par ce problème, de mettre en commun leurs expériences pour faire davantage connaître les aides proposées jusqu'ici, mais aussi chercher les meilleures stratégies pour réduire les souffrances vécues par les personnes éprouvées par ces drames.

Le projet d'une Audition publique s'est donc mis en place autour d'un comité d'organisation rassemblant des personnes responsables d'institutions et d'associations qui ont une expérience des soutiens et des soins apportés aux personnes concernées par le suicide dans leur environnement proche.

Le Comité d'organisation s'est rassemblé sous l'expérience et les compétences de Michel Hanus qui a mis en œuvre nombre d'actions, par la constitution de groupes de bénévoles et de professionnels depuis de nombreuses années, pour accompagner les personnes confrontées au suicide d'un proche.

Le Comité d'organisation a travaillé pour concevoir et organiser la manifestation d'Audition publique qui visait à rassembler des experts connus pour leurs expériences et leurs idées sur la question, afin de dégager un état des lieux des pratiques auprès de l'entourage éprouvé par le suicide d'un proche.

L'expérience de ce Comité d'organisation a montré que les préoccupations des uns et des autres étaient diverses quant aux attentes vis-à-vis d'un tel projet, mais la recherche du meilleur projet d'organisation pour une telle manifestation a guidé ce groupe d'organisation, hétérogène dans ses expériences et ses buts,

vers un projet commun qui a vu sa réalisation les 25 et 26 novembre 2009.

L'Audition publique ainsi réalisée constitue un événement fort et significatif par sa réussite à plusieurs niveaux, et notamment par la composition de l'assemblée de 350 personnes présentes de façon continue durant deux journées de présentations de rapports d'experts. Le public était constitué pour moitié de professionnels et de bénévoles associatifs, concernés par le problème ; l'attention continue et bienveillante des participants à cette Audition publique a été remarquable.

Les questions posées par le Jury témoignaient de l'implication forte et grave de ses membres qui voulaient dissiper les malentendus, obtenir les éclaircissements nécessaires, et voulaient construire une démarche pragmatique pour améliorer les aides, accompagnements et soins auprès des personnes éprouvées par le drame du suicide d'un proche.

Les rapports des experts ont rendu compte de domaines divers et complémentaires pour éclairer la réflexion nécessaire à une meilleure appréhension des aides souhaitables auprès des personnes endeuillées après un suicide.

Les questions posées n'ont pas toutes trouvé de réponses dans une telle manifestation car l'approche collective et institutionnelle ne saurait apporter les réponses que chacun attend individuellement dans une telle problématique, (endeuillé, ou accompagnant, ou professionnel), comme quiconque ayant vécu le deuil mais aussi connu un suicide. L'universalité de cette situation n'échappe à personne.

Nous retenons l'intérêt des communications apportées par les professionnels qui ont permis de distinguer les questions du traumatisme et du deuil dans une telle situation de suicide ; les apports des professionnels ont permis aussi d'éclairer la compréhension de tels gestes et de leurs effets ; l'intérêt des rapports des experts étrangers connus pour leur approche

de ce sujet, et les expériences étrangères, nous apportent aussi pour innover ou trouver des réponses encore insuffisantes dans notre société ; nous retenons aussi les rapports des représentants associatifs qui ont acquis à travers les groupes d'entraides, les groupes de paroles, les expériences d'aides, d'accompagnements, de lien social, incontournables pour une action de santé publique, et significatifs de l'organisation de notre société. Une réponse médicale et professionnelle ne saurait suffire à aborder de telles situations de deuils après un suicide.

Les recommandations qui suivent viennent rendre compte du travail du Jury de l'Audition publique, représentant la société ; pour la plupart, les membres du Jury sont concernés à plusieurs titres par cette question des effets et conséquences du suicide sur l'entourage.

Sans aucun doute le Jury dans sa rédaction à chaud a eu à cœur de témoigner des problèmes posés mais aussi d'interpeller les interlocuteurs, incidents ou responsables, pour davantage d'aides auprès des personnes endeuillées après un suicide.

Ainsi les quatre collègues : Comité d'organisation, Cellule bibliographique, Comité des experts et Jury ont travaillé ensemble en amont, pendant et après la manifestation de l'Audition publique du mois de novembre pour proposer les recommandations contenues dans ce livret. Leur mise en œuvre progressive permettra, en relation avec la nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide, de voir le nombre de suicides diminuer dans notre pays.

La réalisation de cette Audition publique n'a été possible que grâce à l'intérêt, à l'engagement et au soutien financier de grands organismes de retraite et de prévoyance : AG2R, AGRICA, MACIF Prévoyance, MALAKOFF-MÉDÉRIC, OCIRP, RÉUNICA. Leur implication témoigne de l'importance de la dimension sociale de la prévention du suicide.

Olivier Lehembre

# Préambule

Il peut paraître étonnant que des associations et la Fédération Française de Psychiatrie s'allient pour organiser une Audition publique sur le thème : « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : Modalités d'aide et de soutien ».

Ces journées viennent pour la Fédération Française de Psychiatrie après la Conférence de consensus sur « la crise suicidaire », une recommandation de pratique clinique sur « les troubles dépressifs chez l'enfant », puis une recommandation sur « la prise en charge hospitalière de l'adolescent après une tentative de suicide ».

Cette Audition publique vient aussi après un Plan de prévention du suicide, élaboré par le ministère de la Santé, qui semble avoir eu pour effet de diminuer le nombre de suicides en France.

- L'évolution de la société et de la culture autour des ces thèmes permet-elle d'ouvrir le débat ?

- Est-ce l'amorce d'une résolution de ce problème de santé publique qui déplace aujourd'hui le curseur de nos interrogations ?

- Est-ce que l'extension (et l'acceptation) du champ médico-social nous permet enfin avec le soutien efficace des services de l'État, d'aborder cette question décalée par rapport aux préoccupations sociales, et aux préoccupations médico-psychologiques ?

- Est-ce le sentiment d'isolement et le manque de soutien que ressentent les bénévoles et les responsables des associations qui rencontrent

ce problème qui ont incité à réclamer des études et des recommandations ?

- Est-ce que les professionnels de santé qui se sont « sur-spécialisés » sur le deuil ou le suicide ne se sentent pas suffisamment étayés par des théories générales et des recherches satisfaisantes ?

Les recommandations et préconisations, que le Jury composé d'auditeurs a élaborées, tiennent compte,

- de l'important recueil et de l'analyse de la bibliographie qui a été réalisée,
- des écrits et des exposés oraux des experts internationaux francophones,
- des questions et commentaires du public durant les deux jours d'audition,
- des interrogations des auditeurs,
- des commentaires des uns et des autres.

Le Jury a tenu compte des oublis, contradictions, voire omissions au cours des débats.

Ces recommandations s'insèrent et soutiennent cette partie du plan national de prévention du suicide qui concerne l'entourage des défunts.

Sur une question aussi précise, qui touche de nombreux publics, et de nombreux intervenants, il est bien naturel de tenter des regroupements.

Le Jury a donc été tenté d'adresser les écrits (texte long et texte court) en fonction des différents publics, mais la transparence veut que ces recommandations soient lisibles par tous.

L'objet des réflexions du groupe est au carrefour de plusieurs approches, et le texte des recommandations en témoigne.

### « Les effets et conséquences du suicide sur l'entourage »

a) On peut remarquer d'emblée qu'effets et conséquences n'ont pas que des connotations médicales et psychopathologiques ; Les effets et conséquences ne sont pas forcément dommageables, même s'ils sont, dans le sens commun, essentiellement désagréables, douloureux, destructeurs et toxiques ; ils sont multiples, variables, dans divers champs, à divers moments.

b) La définition de l'entourage a fait l'objet de discussions, mais gardons pour le moment qu'il s'agit d'un ensemble vaste à géométrie variable.

c) Le rôle, ou l'influence du suicide sur ces effets et conséquences est à déterminer : s'agit-il d'un renforcement, d'une aggravation, de phénomènes ordinaires, survenant soit lors d'un deuil ordinaire, soit d'un choc ordinaire ?

### « Modalités d'aide et de soutien »

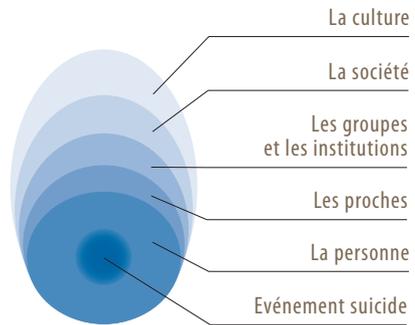
a) Une analyse de l'existant, qui repose essentiellement sur l'inlassable activité des associations, et sur la présence de nombreux intervenants institutionnels dont l'aide n'est pas la motivation première.

b) Une courageuse affirmation d'un positionnement vis-à-vis des informations, formations, sensibilisations, et assistances à ces personnes au contact direct ou indirect avec les suicidés (entourage).

Les notions évoquées de mort, deuil, suicide, trauma, ou de soutien, aide, soin, traitement pour n'en prendre que quelques uns ; les apports de l'histoire des idées, de la socio-anthropologie, des convictions collectives, des politiques, comme de la clinique médico-psychiatrique, conduisent à dessiner autour

de l'événement suicide une série de cercles concentriques, ondes de choc qui se répandent à divers niveaux.

Autour de l'événement suicide, les niveaux dessinent les cibles, les populations auxquelles s'adressent les recommandations.



Cette vague, ou cette carte dessine aussi celle des personnes, groupes ou entités qui se trouvent dans le champ des recommandations dans leurs dimensions théoriques (philosophique), politiques (organisationnelles), économiques, et qui peuvent servir de relais aux recommandations ou s'en servir dans leurs activités occasionnelles ou quotidiennes.

# Question 1 : impact du suicide sur l'entourage ?

## Introduction

La définition du suicide, se tuer soi-même, pour vérité première qu'elle paraisse, implique une multiplicité des points de vue et donc des interventions possibles, selon son appartenance professionnelle, philosophique et spirituelle...

Ce qui amène à se suicider répond, au-delà de l'évidence du geste, à des motivations conscientes et inconscientes, et se trouve indissociable de l'interpellation de l'autre.

Le suicide suscite un sentiment de violence, ne serait-ce que dans sa terminologie même : littéralement, « se tuer » (du latin *occidere* = tuer, et *sui*= soi).

Celui qui accomplit le meurtre de lui-même est l'acteur de sa mort, il est l'agent exécuteur de la fin de son existence, et entraîne des changements pour tous ceux qui restent.

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

L'impact du suicide sur l'entourage amène ainsi plusieurs niveaux de réflexion :

- la notion d'entourage est souvent ramenée à un contexte très serré et donc restrictif qu'il nous a paru important d'élargir aux entours impliqués à différents niveaux et à différents moments ;
- l'impact particulier du suicide doit être abordé sous l'angle du deuil, du risque de résonances sur les comportements collectifs.

Cette approche implique la prise en compte de 5 niveaux de proximité :

- affectif proche, sans nécessité de lien familial ;

- niveau collégial et amical ;
- témoins fortuits (personnes qui sont là par hasard) ;
- niveau interventionnel (pompier, police, samu, etc.) ;
- entourage sociétal.

Ces niveaux peuvent s'interpénétrer et/ou se superposer.

Les actions à développer doivent prendre en compte de façon impérative, voire spécifique, les populations concernées (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées).

## Le deuil après suicide

Plus que tout autre, le deuil après suicide s'avère une épreuve difficile à traverser.

À la douleur de la perte s'ajoutent en effet l'oppression de sentiments extrêmes et le harcèlement de questions sans réponses.

À la tristesse engendrée par la perte, s'ajoutent également l'incompréhension, la honte, la culpabilité... générées par le geste suicidaire.

Ces différents sentiments se relaient pour déchirer le cœur tandis que les « Pourquoi ? », « Qu'aurais-je dû faire ? » et autres « Comment aie-je pu ne rien voir ? » torturent l'esprit.

Lorsque la personne disparue a volontairement arrêté sa vie et qu'elle s'est suicidée, les réactions de l'entourage sont bien différentes.

Le malaise et la gêne règnent ; ne sachant trop comment réagir, quoi dire, quoi faire, l'entourage évite le contact, abandonnant

ceux qui restent à leur douleur et à leurs interrogations.

Avec le suicide, viennent les tabous et leur cortège de honte, de rejet, de déni, et de culpabilité. La parenté se fait discrète, les amis et les proches se tiennent à distance. Leurs attitudes expriment le malaise, la gêne et parfois la réprobation.

Très souvent encore, la famille se retrouve isolée. C'est loin d'elle que les murmures au sujet de la tragédie se propagent. Blessée, peinée, seule, ressentant souvent l'opprobre voilé de l'entourage, la famille entame un pénible processus de deuil...

Pour les hommes, les femmes et les enfants confrontés à ce drame, il apparaît trop souvent difficile voire impossible de parler, communiquer, partager ce qu'ils vivent et ce qu'ils ressentent. La gêne de s'exposer, la crainte d'être incompris, la peur d'être jugé, les enferment dans le silence et l'isolement, compromettant ainsi leur indispensable travail de deuil.

Le suicide reste aujourd'hui encore un tabou particulièrement puissant. Difficile, en effet, pour une société d'accepter qu'un de ses membres la quitte en lui signifiant qu'il ne s'y sent pas bien... Cette réalité, entre négation et rejet, perturbe le processus de deuil à mener après un suicide, le rendant particulièrement complexe et difficile.

Tabou encore bien vivace, le suicide effraie et éloigne. Il peut être générateur de secrets délétères transmis sur plusieurs générations pouvant organiser de façon souterraine des pathologies ultérieures.

Si le suicide est avant tout un acte de violence contre soi-même, c'est aussi un acte de violence extrême contre l'autre ; ne fût-ce que parce qu'il utilise la mort comme argument décisif.

De ce fait, le suicide nous confronte abruptement à la mort ; à celle de l'autre mais aussi

à la nôtre. Il nous rappelle que la mort existe, que vouloir mourir existe. Il met ainsi en question les valeurs de la vie.

Si pour la personne suicidée, utiliser cet argument témoigne de sa détresse, il témoigne également de son désir de nous toucher au plus profond de nous-mêmes et de nos certitudes. Son acte ne violente pas qu'elle-même, mais aussi sa famille, ses amis, ses collègues, son entourage tout entier.

Une des premières conséquences du suicide sur l'entourage est donc qu'il génère chez l'autre un risque élevé de traumatisme du fait de cette violence subie de manière brutale.

Pour les personnes ayant assisté au suicide le risque est d'autant plus élevé qu'elles ont été confrontées à des images traumatiques de la scène.

## Aspects du deuil

Le deuil (survenant après le décès d'un proche) désigne la souffrance psychique qu'engendre cette perte et le processus évolutif prolongé dans le temps qui fait suite à la disparition. Le deuil peut se dérouler :

- soit de façon « normale » en suivant les étapes d'un processus désormais bien identifié,
- soit avec difficulté mais avec finalement une bonne résolution,
- soit être émaillé de complications tant psychiques que somatiques,
- soit enfin devenir pathologique.

**Le deuil normal** s'articule en quatre phases :

- choc et sidération
- fuite et recherche
- déstructuration et vécu dépressif
- restructuration

Le processus du deuil normal démarre immédiatement après la connaissance du

décès et se déroule chronologiquement en plusieurs phases qui vont du choc affectif, à la prise de conscience de la perte et des réactions émotionnelles associées, puis à l'acceptation progressive de la disparition, et à la réduction de la douleur.

## Le deuil difficile

Le deuil difficile est une catégorie à part qui reste dans l'axe du deuil normal. Dans le deuil difficile, c'est le vécu des différentes phases, où l'élaboration du travail de deuil s'avère délicate, dans le sens où il est plus douloureux et plus lent que dans un deuil normal. Néanmoins, en dépit de cela, on observe *in fine* un déroulement satisfaisant du processus de deuil.

Différents paramètres ou facteurs de risque de deuil difficile sont à souligner :

- la personnalité de la personne en deuil,
- la nature et le type de liens entre la personne en deuil et le défunt,
- la cause du décès,
- la qualité de l'environnement social et relationnel,
- l'existence de deuils multiples,
- la précarité socioprofessionnelle,
- le fait d'avoir à charge un proche très dépendant.

## Le deuil compliqué

La notion de deuil compliqué recouvre une série de critères symptomatiques suffisamment sévères pour perturber le fonctionnement professionnel, affectif, relationnel de la personne en deuil, au-delà des délais « normaux » des différentes phases du processus de deuil.

Associés à des pensées envahissantes avec des souvenirs, des émotions intenses et un désarroi profond lié à l'absence, on retrouve des symptômes de détresse traumatique, dont sept symptômes sont caractéristiques des deuils « compliqués » :

**persistance, au-delà de 6 mois après la perte, de :**

- refus d'accepter le décès ;
- recherche active de la personne disparue ;
- langueur, désir ardent de l'autre ;
- préoccupations constantes au sujet de la personne disparue ;
- incapacité à croire vraiment à la disparition ;
- sentiment d'être toujours assommé, frappé de stupeur par le décès ;
- pleurs incoercibles.

Les complications somatiques du deuil peuvent entrer dans la catégorie des deuils compliqués. Elles s'inscrivent dans la logique du stress biologique chronique qu'induit le processus de deuil.

**Le deuil différé** renvoie à un temps de latence « asymptotique » entre le moment du décès et l'émergence des réactions de deuil, comme un décalage entre la réalité perçue (la personne sait que son proche est décédé) et l'expression émotionnelle : la personne en deuil fait comme si rien n'était survenu dans son existence.

Il y a persistance dans le temps du déni initial de la mort, et cela correspond à une incapacité, ou à un refus inconscient de reconnaître la réalité.

L'absence de dépression réactionnelle et le refus de la réalité deviennent rapidement intenable pour la personne en deuil et pour ses proches ; néanmoins, la dépression du deuil survient inévitablement mais à retardement. Un événement extérieur mineur suffit parfois à enclencher le processus.

**Le deuil inhibé** correspond à une absence des symptômes normaux du deuil dans un premier temps. Les perturbations affectives s'effacent au profit de nombreux troubles somatiques. Ce type de deuil est fréquent chez l'enfant et chez les personnes dont les capacités psychiques à s'exprimer sont faibles.

**Le deuil chronique** est le « deuil sans fin ». Il traduit une fixation morbide sur le souvenir du défunt, faisant obstacle au réajustement nécessaire de la personne en deuil, à une vie sans le défunt. Le deuil chronique se caractérise par une dépression chronique.

Néanmoins, il existe aussi des situations de deuil chronique qui font suite à des décès très traumatiques. L'intrication avec un syndrome de stress post-traumatique doit systématiquement être recherchée dans ce cas car la persistance de l'effet traumatique peut être déterminant dans l'installation du deuil chronique.

## Le deuil pathologique

Plus rare que les complications du deuil abordées précédemment, le deuil pathologique correspond à une situation de deuil qui se manifeste par un ou des troubles psychiatriques chez un individu éventuellement indemne d'antécédents psychiatriques.

## Particularités des deuils après suicide

Le deuil après suicide a des particularités, mais pas de singularités, c'est-à-dire qu'il ne comporte pas d'éléments qu'on ne retrouverait pas dans d'autres types de deuils (après d'autres types de décès).

Les circonstances spécifiques du suicide amènent régulièrement à constater l'apparition d'un syndrome de stress traumatique qui est un processus différent du processus du deuil, dont il peut parasiter et freiner le déroulement. Il doit être diagnostiqué précocement afin de mettre en oeuvre un traitement adapté.

L'impact intérieur du deuil après suicide produit systématiquement le sentiment de culpabilité et ses conséquences :

- la quête du pourquoi,
- la tendance au retrait social et à l'isolement,
- l'émergence de «punitives» pour expier ce qui est perçu comme une « faute ».

Le vécu dépressif « normal » (il s'agit de la terminologie habituelle, sans référence à une notion de normalité) du deuil a tendance à se compliquer à la suite d'un suicide avec :

- une baisse de l'estime de soi,
- un sentiment de rejet et d'abandon,
- une perte de repères et de sens,
- une augmentation de la fréquence et de l'intensité des comportements à risque,
- une augmentation non négligeable du risque suicidaire.

Les deuils consécutifs à un suicide sont particulièrement déchirants. Ils ne peuvent être vécus que lentement et progressivement.

## Recommandation

Le deuil après suicide est un processus humain normal dont la résolution va s'appuyer sur le réseau relationnel, le soutien social.

Cependant les deuils compliqués et pathologiques doivent être diagnostiqués et relèvent d'interventions de professionnels de santé.

Cette recommandation implique la formation des aidants et des professionnels de santé dans ce registre, et ceci constitue une nécessité.

# Propagation de l'onde de choc du suicide :

## Dans la famille

Il existe un certain nombre d'hypothèses sur les conséquences à long terme sur l'entourage :

- augmentation du risque suicidaire sur plusieurs générations,
- augmentation de la morbidité psychiatrique...

À partir de l'expérience des associations, notamment celles regroupées à l'UNPS (Union Nationale pour la Prévention du Suicide), des informations sont rassemblées et permettent de cerner les difficultés rencontrées par l'entourage des personnes suicidées.

Les travaux rapportés dans la Commission Le Breton (2009), initiés par le ministère de la Santé, notent les conséquences pour les proches, défavorables et sous-estimées. En particulier, les petits-enfants pourraient subir de façon très douloureuse le décès par

suicide de leurs grands-parents ; le suicide passé d'un grand-parent est susceptible de créer un modèle pour un adolescent à risque suicidaire, et de favoriser un passage à l'acte.

On manque d'études à très long terme sur les conséquences trans-générationnelles du suicide ; cependant différents auteurs analysent l'influence des antécédents familiaux de suicide ou de maladie mentale.

Les antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide accentuent le risque de suicide de l'adolescent, il est multiplié par 5 en cas de décès de la mère, et par 2 en cas de décès du père.

Les facteurs environnementaux associés au suicide sont :

- la dépression ;
- l'isolement ;
- la précarité ;
- les violences ;
- les addictions.

La littérature nous invite à ne pas sous-estimer les possibles effets transgénérationnels et les résonances sur l'environnement.

---

## Suggestions

Nous suggérons, au nom du principe de précaution\*, une attention toute particulière sur les facteurs qui vont influencer, positivement et négativement, sur le déroulement du deuil et les capacités de résolution et d'ajustement du sujet :

- les stratégies de soutien qu'il met en place pour faire face au stress ;
- la possibilité du sujet de prendre appui sur un réseau de soutien social ;
- le nombre de pertes et d'événements stressants accumulés dans la période d'ajustement du deuil.

---

\* Principe de précaution : le principe de précaution est d'un usage récent et a encore peu de place en psychiatrie. Il s'agit de prendre des mesures collectives pour éviter un risque dont la survenue n'est pas certaine, mais qu'un faisceau de présomptions scientifiques peut faire craindre. Ce principe introduit donc l'idée d'un risque supposé, ce qui n'a rien à voir avec un risque certain, même à occurrence minime. Le choix de l'application du principe de précaution introduit donc, à côté des expertises scientifiques, une dimension subjective. Il tient compte aussi de l'humeur de l'opinion publique, choquée par des scandales ou des dérapages (sang contaminé, organismes génétiquement modifiés). Pourtant il s'attache surtout à des faits matériels : suppression de médicaments, élimination de certains produits toxiques, action sur l'environnement.

## Dans les institutions

D'autres études recensées dans le cadre de la Commission Le Breton montrent les impacts du suicide sur les milieux professionnels, les entreprises, publiques ou privées, PME et TPE.

À partir des travaux de cette commission, une approche en termes de santé publique concerne directement les institutions, considérées comme des milieux de vie collective, en distinguant :

- les institutions dont la mission est, en premier lieu, la prise en charge des populations fragilisées (hôpital, maison de retraite, etc.) et aussi de protéger du suicide ;

- les institutions dont la mission est autre mais où le risque de suicide est élevé (prison, foyer d'hébergement, structure intermédiaire, etc.) ;
- les institutions qui veulent protéger leurs professionnels (police, armée, prison, pompiers, etc.).

Certaines institutions tentent de conduire des actions de façon concomitante (Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, cellules de crise, Médecine du travail, Médecine scolaire, etc.).

Le lien social constitue de façon constante un facteur de protection contre les péripéties du devenir du deuil après suicide.

## Recommandations

Améliorer le niveau de connaissance qualitative et quantitative relatif aux risques suicidaires.

Intégrer la thématique « prévention du suicide » dans la politique globale de l'institution, ce qui est une recommandation en cohérence avec les orientations de l'OMS.

Favoriser l'émergence d'une sensibilisation et d'une mobilisation collective au niveau des institutions éducatives, scolaires, sociales ou sanitaires.

Impliquer les assurances et les mutuelles.

Favoriser l'articulation entre institutions sanitaires, médico-sociales, associatives :

- au niveau interne, entre professionnels et intervenants en fonction des logiques pour les territoires de santé (régions...) ;
- au niveau d'un territoire de santé : conventions entre institutions sur les thèmes d'information, de formation et d'organisation de suivi ;
- au sein des Agences régionales de santé, le suicide serait un axe prioritaire à aborder en termes de santé publique.

## Impact sur l'entourage social

Malgré l'évolution des mentalités et la diffusion de l'information sur le suicide et sa

prévention, la stigmatisation, pour ceux qui restent, constitue un facteur de risque de retrait social.

Cette stigmatisation sociale vient redoubler la culpabilité personnelle.

Les mécanismes de stigmatisation peuvent entraîner une atteinte de l'identité personnelle et de l'identité sociale, et même, à l'extrême, une dé-liaison, c'est-à-dire une rupture des liens sociaux les plus fondamentaux.

Cette situation handicape les endeuillés après suicide dans leurs capacités à percevoir et à utiliser les réseaux d'aide existants.

La honte semble être « une expression centrale et particulière du deuil après suicide ». Il s'agit d'un sentiment lié à l'attaque de l'estime de soi, et une problématique relationnelle, car apparaissant sous le regard des autres. Ce sentiment de honte serait plus intense chez les endeuillés par suicide que dans les autres groupes étudiés (accident, mort naturelle attendue, mort naturelle non anticipée), et participe à la culture du secret.

Enfin, la honte participe à l'isolement social des endeuillés par suicide et explique pourquoi ils se plaignent parfois d'un manque de soutien, alors que ce soutien existe, même s'il n'est pas toujours connu ou accessible.

Le deuil après suicide modifie les relations que nous avons avec les autres, dans l'immédiat mais aussi sur le long terme.

Dans les jours qui suivent le décès, les capacités professionnelles et/ou scolaires sont perturbées.

Ainsi, 30 % des personnes ayant perdu un proche par suicide disent consacrer moins de temps aux loisirs qu'elles pratiquaient auparavant.

Plus de 60 % de ces personnes ont désinvesti la sphère du travail et témoignent de leur perte d'intérêt pour le travail ou l'école.

De plus, un proche sur trois a vécu des difficultés sur son lieu de travail, ou a rencontré des problèmes scolaires.

En moyenne, deux proches sur cinq disent rencontrer des problèmes de santé allant des troubles du sommeil aux problèmes de poids et/ou d'appétit, en passant par toutes sortes de plaintes psychosomatiques.

S'y ajoutent des problèmes familiaux, administratifs (procédures à suivre pour les impôts, demande de pension de veuf(ve), allocations familiales...), financiers (comptes bloqués, perte de revenus, frais de succession, etc.).

Mais au-delà de ces manifestations qui surviennent dès les premières heures et qui perdurent durant plusieurs semaines, le suicide modifie en profondeur notre relation au monde. Le suicide est avant tout un problème humain, un acte extrême, dont la violence et le désespoir dérangeant, interpellent, questionnent. La mise en cause est radicale et d'autant plus brutale qu'elle fracasse une de nos valeurs essentielles : le caractère « sacré » de la vie.

Certains facteurs peuvent jouer un rôle protecteur pour le sujet endeuillé.

Il s'agit du soutien de l'entourage, qui fait parfois office de « tiers tampon », filtrant, s'occupant des besoins matérielles, et créant ainsi une zone de répit et de récupération.

## Recommandations

Pour lutter contre la stigmatisation sociale liée à la mort par suicide, il nous paraît important de valoriser toutes les initiatives sociales, associatives, administratives, judiciaires, hospitalières etc., qui ont pour but de soutenir de façon concrète l'endeuillé dans ses différentes démarches.

Ceci est de nature à favoriser la restauration du lien social.

# Question 2 :

## modalités de compréhension sur les suites du suicide

Nous avons fait le choix de présenter les suites du suicide selon un axe chronologique, en différenciant une temporalité immédiate et post-immédiate en partant du constat du décès.

### Les suites immédiates de la mort : la confrontation au défunt

#### Aspects médico-légaux

Une mort suspecte mentionnée sur le certificat de décès déclenche automatiquement une procédure judiciaire, suivie le plus souvent d'une procédure médico-légale.

### Recommandations

Étendre aux autopsies judiciaires l'obligation faite au médecin de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps prévue par l'article L.1232-5 du Code de la santé publique, qui s'applique actuellement uniquement aux autopsies médicales (menées à des fins thérapeutiques ou de recherche scientifique).

Transposer en droit interne la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (définie dans son arrêt Pannullo et Forte du 30 octobre 2001) concernant le droit des proches à obtenir la restitution du corps du défunt dans un délai approprié.

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

Le parcours médico-judiciaire obligatoire peut laisser des traces indélébiles, par exemple :

- le fait que le corps ne soit pas approchable et/ou visible, peut avoir des conséquences sur l'intégration par

l'entourage proche de la réalité de la mort ;

- l'enquête judiciaire en elle-même, même si elle est menée avec tact, peut interférer avec des mesures immédiates d'accompagnement.

## Vécu émotionnel immédiat

Les modèles de compréhension de la clinique nous ont conduit à distinguer trois groupes :

1. les proches dont l'implication affective se situe à des degrés divers,
2. les « fortuits » : témoins de circonstance...
3. les professionnels, positionnant différemment ces acteurs face à la mort et amenant à un vécu émotionnel différencié : deuil, stress

aigu, syndromes de stress post-traumatique, deuil traumatique, etc.

D'une manière générale, la situation de suicide engage la personne impliquée affectivement dans un processus de deuil « difficile », voire traumatique, et expose le témoin fortuit et les professionnels à une situation de stress, potentiellement traumatique.

Néanmoins, la diversité des vécus rend impossible l'application généralisée de modèles univoques.

## Recommandation

Redonner une place à la subjectivité car il n'y a pas de linéarité et de relation de cause à effet directe dans la rencontre d'une personne avec l'événement « suicide ».

## Intervention immédiate

La littérature conseille la prudence quant aux effets de certaines interventions professionnelles précoces. D'un côté, l'intervention précoce facilite le recours aux ressources de soutien. D'un autre côté, des interventions inappropriées peuvent augmenter le stress et l'anxiété de personnes qui auraient été moyennement ou peu affectées par le suicide, et cristalliser les émotions dans un cadre pathologisant.

Cependant, le traumatisme lié à l'intensité du choc émotionnel initial, voire de la sidération et de l'effroi en rapport avec la brutalité et

la soudaineté de la perte, souvent violente, rend la situation partiellement ou totalement incompréhensible.

En conséquence, offrir un premier contenant psychique à l'anxiété reste une première étape importante tant il est probablement illusoire dans ces situations d'effraction psychique d'attendre l'énonciation d'une demande construite de la part de la personne.

Cette attitude ne nécessite pas dans la plupart des cas l'intervention d'un professionnel mais pourra consister en une présence bienveillante et de s'assurer que les besoins primaires de la personne sont assurés.

## Recommandations

Préserver la personne impliquée émotionnellement des interventions de soutien intrusives, et lui offrir un espace-temps suffisant.

Veiller à la continuité de la présence : s'assurer que la personne ne reste pas seule, sauf demande exprimée en ce sens ; dans ce cas, proposer une reprise de contact.

Pouvoir lui offrir la possibilité de disposer de toutes les informations nécessaires (démarches à suivre, ressources mobilisables, etc.) autant que possible sur des supports écrits.

Informar, formar, sensibiliser les professionnels impliqués dans l'événement (pompiers, gendarmerie, police, pompes funèbres, etc.) aux spécificités de la situation de la mort par suicide.

Informar les témoins fortuits des possibles symptômes, et des ressources auxquelles ils peuvent avoir accès.

Développer des recherches sur les différents types d'interventions professionnelles immédiates.

## Post immédiat / moyen terme

### Vécu individuel et évolutivité

Les manifestations symptomatiques sont multiples, évolutives, et relèvent d'une causalité multifactorielle.

La nature des vécus s'inscrit dans un processus dynamique.

L'intensité des réactions, la temporalité des symptômes, leur existence et leur fréquence vont dépendre d'un ensemble de variables : la dimension potentiellement traumatique de l'événement, la qualité de l'environnement social, les éléments de personnalité, la nature du lien à la personne décédée (attachement, dépendance, ambivalence, identification, etc.), les événements de vie antérieurs ou postérieurs au décès (deuils multiples, chômage, divorce, retraite, etc.), l'âge, etc.

On ne peut parler de processus de deuil que s'il existe une implication affective consciente et/ou inconsciente préalable.

Le suicide aggrave le processus de deuil et lui confère une spécificité symptomatique (potentiel traumatique de l'événement, etc.)

Certains signes sont évocateurs d'une aggravation du processus de deuil. Celle-ci est mesurée en fonction de sa durée, de son intensité, et de son influence sur la vie quotidienne du sujet.

Par exemple, il est important de différencier un vécu dépressif qui fait partie de la dynamique normale du deuil où la personne conserve une réactivité, et un syndrome dépressif qui peut empêcher la mise en place de la reconstruction.

Le risque suicidaire paraît plus élevé après un suicide que dans le reste de la population. De surcroît la littérature met également en évidence une nette prévalence des symptômes somatiques, en particulier dans le domaine cardio-vasculaire.

## Recommandations

Former les professionnels et les personnes qui ont une action spécialisée auprès des personnes endeuillées après suicide, aux processus du deuil et aux signes d'aggravation.

Informar le public sur le processus du deuil.

## Prise en charge post-immédiate

L'identification des signes d'aggravation va permettre de déterminer la nature des interventions.

La littérature montre l'efficacité globale des psychothérapies. Elle encourage un

comportement proactif du thérapeute, et met en avant une nécessité importante de soutien et d'accompagnement empathique.

## Recommandations

L'évaluation clinique est indispensable afin de proposer une prise en charge adaptée.

La psychothérapie doit être proposée de façon proactive en cas de deuil compliqué mais ne peut pas être systématisée.

Dans le cas d'un deuil traumatique, la prise en compte spécifique du traumatisme psychique est prioritaire.

La prescription de médicaments (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques, etc.) ne doit pas être systématique. La prescription doit être individuellement dosée et limitée dans le temps, sans inhiber le travail de reconstruction psychique du patient.

## Éthique, social, sociétal, communautaire

Le deuil relève d'une double dimension : une dimension privée et intime, et une dimension sociale et communautaire, dans lesquelles

s'inscrivent des interactions essentielles au processus de deuil. Ces interactions sont mises à mal dans le cas d'un deuil après suicide du fait des sentiments de honte et de la perception d'une stigmatisation (voir page 6).

## Recommandations

Au travers d'une mobilisation nationale, gouvernementale, et médiatique, il est important d'amorcer une réévaluation des idées reçues concernant le deuil, la mort et le suicide, laquelle bénéficiera au processus de deuil de l'entourage des suicidés.

# Question 3 : état des lieux sur les interventions et pratiques de soutien à proposer

Avant de proposer des préconisations sur les modalités d'aide et de soutien de l'entourage des suicidés, il nous paraît utile de **définir l'entourage du suicidé** : il s'agit de **l'ensemble des individus touchés à divers degrés par l'acte suicidaire**.

Après l'audition des experts et consultation de la littérature sur les conséquences du suicide, il semblerait que l'on puisse distinguer **3 catégories** au sein de l'entourage du suicidé :

- **les témoins directs, dont « fortuits »,**
- **les proches,**
- **les impliqués indirects.**

Les constatations et les préconisations d'aide et de soutien seront différentes selon la catégorie et le degré d'implication.

Notons que l'entourage du suicidé peut être à la fois fortuit et proche (père ou mère qui

découvre le corps de son enfant suicidé, voisin, concierge, passant...).

La proposition d'aide et de soutien devra être adaptée au degré d'attachement du suicidé et de son entourage.

Suite à l'Audition publique, il apparaît important au Jury de mettre en évidence le consensus des experts sur les **constatations** et les **préconisations générales** suivantes.

## Constatations générales

- Grande hétérogénéité des situations et des conséquences sur l'entourage du suicidé ;
- méconnaissance des dispositifs d'aide et de soutien ;
- difficultés à demander de l'aide.

## Préconisations générales

Recenser les dispositifs d'aide, les faire connaître au plus grand nombre (professionnels et grand public).

Diffuser au plus grand nombre les informations relatives aux dispositifs d'aide et de soutien ; informer le grand public sur la problématique du suicide et former les intervenants professionnels.

## Les témoins directs, dont les « fortuits »

L'ensemble des experts intervenant dans les situations de psycho-traumatismes s'accordent à penser qu'il serait utile de préconiser des **actions spécifiques pour les personnes confrontées à la vision brutale du corps du suicidé**. Nous les appellerons les fortuits.

Il s'agit des personnes directement confrontées au corps du suicidé : passant, membre de la famille qui trouve le suicidé, voisin, concierge.

Ce sont des personnes qui appellent les secours (SAMU, pompiers, police, gendarmes).

Ces personnes sont plus ou moins affectées par le suicide selon leur proximité avec le

suicidé ; le suicide peut entraîner un état de choc et de sidération. Ces personnes doivent faire l'objet d'une **attention particulière et immédiate**.

### Constatations

Certains experts qui pratiquent sur le terrain constatent que, dès le départ des services d'urgence, les témoins du suicide se retrouvent **seuls et isolés**.

De plus, **les dits services d'urgence ne connaissent pas toujours les différentes modalités du dispositif d'aide et de soutien**.

Il apparaît également que **rien n'est systématiquement proposé**, si les personnes ne le demandent pas.

## Recommandations

Les services de secours qui interviennent en première intention (pompiers, SAMU...) doivent **informer systématiquement des diverses modalités d'aide et de soutien** qui existent.

Le Jury recommande la **création d'un document** (plaquette ou brochure) **recensant toutes les modalités d'aide** qui existent aux niveaux local, départemental ou régional.

Ce document devrait être systématiquement remis aux témoins à la suite d'un **échange verbal**.

Un **site internet** peut reprendre et développer ces informations.

## Les proches

Il ne s'agit pas uniquement des personnes ayant un lien familial ou affectif avec le suicidé. Cette catégorie englobe **toutes les personnes qui entretenaient des liens de proximité avec le suicidé** (famille, amis, voisinage, collègues proches).

### Constatations

La plus grande partie des proches ne voit pas les services de secours ; ils ne peuvent bénéficier de l'aide apportée par les professionnels intervenus en premiers secours.

Ces personnes ne se font pas connaître ; personne ne les recense. Or, suite à un choc

tel que le suicide, **toute personne isolée est une personne à risque.**

Certaines aides existent, mais elles sont parfois mal connues ou difficilement accessibles .

Les modalités de soutien diffèrent selon le degré de vulnérabilité, la sévérité des souffrances exprimées, la gravité des symptômes.

À cela s'ajoutent parfois des problèmes financiers, la garde des enfants, des risques d'absentéisme au travail...

Cependant chaque situation est unique, les experts estiment à six proches endeuillés pour un suicide, soit 66 000 le nombre de personnes proches concernées par an.

## Recommandations

Le Jury 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.

Cette instance départementale doit **promouvoir et soutenir des programmes de formation** visant la sensibilisation des publics suivants : milieux médical, paramédical, soignants, travailleurs sociaux, intervenants institutionnels (caisses de retraite, CAF, CCAS, pompes funèbres), grand public.

Cette liste n'est pas exhaustive et varie en fonction du maillage départemental. Le Jury recommande également de **réfléchir sur l'opportunité d'un dispositif de réappel**. Il s'agit de recontacter systématiquement les proches du suicidé quelque temps après le décès, avec leur accord préalable. Le délai sera apprécié au cas par cas (6 à 8 mois, anniversaire du décès).

Le sens de ces recommandations vise à refuser de traiter l'entourage des suicidés comme des personnes malades, mais au contraire à offrir un **rôle et un dispositif actifs comme relais**. Il s'agit également de considérer que les **intervenants institutionnels** confrontés à un suicide sont des **vecteurs d'information vis-à-vis du public**

## Les impliqués indirects

Certaines personnes peuvent **ne pas connaître directement le suicidé mais être touchées** par un suicide (ex : dans une maison d'arrêt, le suicide d'un détenu, ou d'un surveillant, peut avoir un retentissement sur tous les détenus).

Cette catégorie englobe les relations professionnelles du suicidé, son voisinage non proche, ses clients, voire ses relations sociales.

## Constatations

Il a été constaté que le suicide du membre d'un groupe ou d'une communauté peut **fragiliser** l'ensemble du groupe.

Ce phénomène concerne tout groupe : groupe scolaire, groupe culturel, milieu professionnel, communauté religieuse.

Sur le terrain, les professionnels manquent d'éléments d'informations sur les programmes de prévention et de postvention existants.

## Recommandations

Le Jury recommande :

une démarche de **prévention** : il s'agit d'**informer les publics** visés, afin de limiter le risque de résonance et de vulnérabilité ; ce risque peut être élevé chez certaines populations (adolescents) ;

- de conduire des études et des recherches multidisciplinaires sur les programmes de préventions secondaires et tertiaires (postvention) existants (établissements scolaires, pénitentiaires) et évaluer leur efficacité. Rôle de l'instance départementale ;
- de mener des recherches cliniques longitudinales ;
- de dresser un état des lieux en France (dans la suite d'études anglo-saxonnes, canadiennes, suisses) des représentations sociales sur le suicide et sur le deuil, sur la manière dont les familles ont vécu le processus, et sur leurs attentes.

# Conclusion générale

L'ensemble des groupes, des constations et réflexions, indiquent qu'il y a des besoins de soutien, d'aide, de soins et de traitements auxquels on a plus ou moins accès, et qui sont dans l'ensemble mal définis.

Le Jury prend le risque de proposer les définitions suivantes :

- **le soutien** est représenté par une présence, éventuellement passive, discrète, mais effective, physique auprès d'une personne en état de choc, dans une situation de malaise et hors d'état d'exprimer une opinion. La présence de personnes sensibilisées et attentives offre une possibilité de liens affectif et social avec d'autres ;
- **l'aide** implique un acte d'assistance à une personne susceptible soit de l'entendre soit de le demander ; les professionnels ont à mettre à disposition des personnes, des possibilités d'aides, mais cela ne nécessite aucune formation professionnelle préalable ; cependant un

acte d'assistance auprès d'une personne touchée peut nécessiter pour l'aidant un soutien second, lequel aura de plus une valeur formatrice.

Certaines situations de deuil après suicide s'avèrent se compliquer et exigent l'intervention professionnalisée, sur indication d'un professionnel, de psychothérapies, d'assistance médicamenteuse, d'assistance institutionnelle, au niveau d'interventions temporaires (et préventives) ou à titre thérapeutique (soins et traitements).

La complexité réelle, et le constat que ce type d'organisation en réseau existe déjà ici et là de manière spontanée, montrent à l'évidence qu'il s'agit de donner à l'ensemble des intervenants, ceux qui subissent et ceux qui agissent, des niveaux de connaissances nettement supérieurs à ceux dont ils disposent actuellement. Pour cela le recueil d'informations et la recherche sont nécessaires, ainsi qu'une meilleure diffusion des informations.

# Jury

<b>Simon-Daniel KIPMAN</b>	Psychiatre, fondateur de la FFP, président de l'Audition publique et du Jury
<b>Anne Laure BAILLY</b>	Bénévole associatif, coordinatrice scientifique, Fondation de l'Avenir
<b>Marie Catherine CHIKH</b>	Psychologue
<b>Claudine DAHAN</b>	Assistante sociale
<b>Franck DORSO</b>	Surveillant d'établissement pénitentiaire
<b>Marie Dominique DURCOS</b>	Bénévole associatif
<b>Thierry FOUET</b>	Cadre infirmier
<b>Florence FOULLON</b>	Médecin de prévention
<b>Guy GRAND-COUREAU-BASFRENE</b>	Agent de chambre mortuaire
<b>Brigitte GREIS</b>	Infirmière
<b>Laure GUILLEMIN</b>	Psychologue
<b>Martine LAMOINE-MENISSIER</b>	Conseillère conjugale et familiale, OCIRP
<b>Marc LONGUET</b>	Psychiatre
<b>Matthieu LUSTMAN</b>	Médecin généraliste
<b>Véronique LUTGEN</b>	Psychiatre
<b>Cynthia MAURO</b>	Psychologue
<b>Florence RINGLET</b>	psychologue clinicienne
<b>Jean RUELLAN</b>	Professionnel funéraire
<b>Philippe VAUR</b>	Psychanalyste, représentant l'UNAF
<b>Kahina YERBAL</b>	Psychiatre

# Experts

<b>Docteur Anne ALLEMANDOU</b>	Médecin de l'Éducation nationale
<b>Professeur Christian BAUDELLOT</b>	Sociologue, École Normale Supérieure
<b>Madame Catherine BONIFAS</b>	Responsable postvention à l'association nationale Jonathan Pierres Vivantes
<b>Docteur Michel BOTBOL</b>	Psychiatre, Paris
<b>Professeur Angela CASTELLI</b>	Université de Fribourg, Suisse
<b>Docteur Didier CREMNITER</b>	Psychiatre, Paris
<b>Professeur Michel DEBOUT</b>	Médecin légiste, président de l'UNPS
<b>Madame Françoise FACY</b>	Épidémiologiste, directeur de recherches INSERM
<b>Docteur Christophe FAURE</b>	Psychiatre, Paris
<b>Monsieur Axel GEERAERTS</b>	Sociologue, directeur du Centre de prévention du suicide, Bruxelles
<b>Docteur Louis JEHEL</b>	Psychiatre, responsable de l'Unité de psychotraumatologie CHU Tenon, président de l'AFORCUMP-SFP
<b>Professeur Antoine LAZARUS</b>	Médecin en santé publique et médecine sociale, Université Paris13
<b>Professeur Brian MISHARA</b>	Psychologue, directeur du CRISE, UQAM, Montréal, président de l'Association internationale de prévention du suicide (IASP)
<b>Madame Maja PERRET CATIPOVIC</b>	Psychologue, responsable du CEPS, Genève
<b>Monsieur Philippe PEYRON</b>	Directeur inter-régional des Services pénitentiaires Centre-Est-Dijon
<b>Docteur Xavier POMMEREAU</b>	Psychiatre, Centre Abadie, CHU Bordeaux
<b>Professeure Monique SEGUIN</b>	Psychologue, UQAM à Trois-Rivières, Québec, Canada
<b>Professeur Jean-Pierre SOUBRIER</b>	Expert OMS, chairman Section de suicidologie, Association mondiale de psychiatrie.
<b>Professeur Michel WALTER</b>	Psychiatre CHU Brest

Les Rapports des experts sont accessibles sur le site de la Fédération Française de Psychiatrie <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr> ou accès direct à l'adresse suivante : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesAPendeuilles.html> et donneront lieu à une prochaine publication.

Dans la suite de la présentation des principaux thèmes de l'Audition publique et des recommandations qui précèdent, l'habitude est de rassembler en résumé ces recommandations.

Nous faisons le choix de les présenter en items dans un ordre différent afin de solliciter des prolongements à cette Audition publique vers différents acteurs de soins, de santé publique, d'aides sociales, associatifs, éducatifs, de couverture sociale, avec l'implication des référents institutionnels chargés de stimuler et de coordonner ces différentes actions.

## Rappel des recommandations

Pour lutter contre la stigmatisation sociale liée à la mort par suicide il nous paraît important de valoriser toutes les initiatives sociales, associatives, administratives, judiciaires, hospitalières etc. qui ont pour but de soutenir de façon concrète l'endeuillé dans ses différentes démarches. Ceci est de nature à favoriser la restauration du lien social.

### 1. Formation et recherche

#### → Améliorer le niveau de connaissance qualitative et quantitative relatif aux risques suicidaires.

Cette recommandation vise à souligner les manques, les déficiences de la recherche en ce domaine, recherches qui pour l'essentiel sont anglo-saxonnes sur des modèles et critères non transposables en France. Les recherches cliniques et longitudinales manquent particulièrement.

#### → Conduire des études et des recherches multidisciplinaires sur les programmes de préventions secondaires et tertiaires (postvention) existants (établissements scolaires, pénitentiaires) et évaluer leur efficacité. Rôle d'une instance départementale.

Mener des recherches cliniques longitudinales

#### → La nécessité de la reconnaissance de l'interdisciplinarité au niveau de la pratique, de l'organisation des aides et de la recherche.

- Intégrer la thématique «prévention du suicide» dans la politique globale de l'institution, ce qui est une recommandation en cohérence avec les orientations de l'OMS.
- Favoriser l'émergence d'une sensibilisation et d'une mobilisation collective au niveau des institutions éducatives, sociales ou sanitaires

### → Favoriser l'articulation entre institutions sanitaires, médico-sociales, associatives.

- au niveau interne, entre professionnels et intervenants en fonction des logiques pour les territoires de santé (régions...)
- au niveau d'un territoire de santé : conventions entre institutions sur les thèmes d'information, de formation et d'organisation de suivi
- au sein des Agences Régionales de Santé, le suicide serait un axe prioritaire à aborder en termes de santé publique

## 2. Prévention

### → Une démarche de prévention

Il s'agit d'informer les publics visés afin de limiter le risque de résonance et de vulnérabilité; ce risque peut être élevé chez certaines populations (adolescents).

### → Former les professionnels et les personnes qui ont une action spécialisée auprès des personnes endeuillées après suicide, aux processus du deuil et aux signes d'aggravation.

### → Informer le public sur le processus du deuil

Redonner une place à la subjectivité car il n'y a pas de linéarité et de relation de cause à effet directe dans la rencontre d'une personne avec l'événement « suicide ».

## 3. Améliorer les prises en charge : soutien, aide, soins

### → Prise en charge spécialisée

- L'évaluation clinique est indispensable afin de proposer une prise en charge adaptée
- La psychothérapie doit être proposée de façon proactive en cas de deuil compliqué mais ne peut pas être systématisée.
- Dans le cas d'un deuil traumatique, la prise en compte spécifique du traumatisme psychique est prioritaire.
- La prescription de médicaments (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques, etc.) ne doit pas être systématique. La prescription doit être individuellement dosée et limitée dans le temps sans inhiber le travail de reconstruction psychique du patient.

### → Accompagnement et soutien

- Préserver la personne impliquée émotionnellement d'interventions de soutien intrusives et lui offrir un espace-temps suffisant.
- Veiller à la continuité de la présence : s'assurer que la personne ne reste pas seule, sauf demande exprimée en ce sens. Dans ce cas, proposer une reprise de contact.

- Pouvoir lui offrir la possibilité de disposer de toutes les informations nécessaires (démarches à suivre, ressources mobilisables, etc.) autant que possible sur des supports écrits.
- Informer, former, sensibiliser les professionnels impliqués dans l'événement (Pompiers, gendarmerie, police, pompes funèbres, etc.) aux spécificités de la situation de la mort par suicide.
- Pour les témoins fortuits, les informer des possibles symptômes et des ressources auxquelles ils peuvent avoir accès.
- Développer des recherches sur les différents types d'interventions professionnelles immédiates.

#### → Aides à proximité du suicide

- Étendre aux autopsies judiciaires l'obligation faite au médecin de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps, prévue par l'article L.1232-5 du Code de la santé publique, qui s'applique actuellement uniquement aux autopsies médicales (menées à des fins thérapeutiques ou de recherche scientifique).
- Transposer en droit interne la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (définie dans son arrêt Pannullo et Forte du 30 octobre 2001) concernant le droit des proches à obtenir la restitution du corps du défunt dans un délai approprié.
- 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.
- La famille devrait pouvoir rencontrer le médecin légiste si elle le souhaite dans un cadre protégé.

## 4. Propositions institutionnelles

- 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.

Le jury recommande la **création d'un document** (plaquette ou brochure) **recensant toutes les modalités d'aide** qui existent aux niveaux local, départemental ou régional. Ce document devrait être systématiquement remis aux témoins à la suite **d'un échange verbal**.

Un **site internet** peut reprendre et développer ces informations.

- Le jury 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. Cette instance départementale doit **promouvoir et soutenir des programmes de formation** visant la sensibilisation des publics suivants : milieux médical, paramédical,

soignants, travailleurs sociaux, intervenants institutionnels (caisses de retraite, CAF, CCAS, pompes funèbres), grand public.  
Cette liste n'est pas exhaustive et varie en fonction du maillage départemental.

- Le jury recommande également de **réfléchir sur l'opportunité d'un dispositif de réappel**. Il s'agit de recontacter systématiquement les proches du suicidé quelque temps après le décès, avec leur accord préalable. Le délai sera apprécié au cas par cas (6 à 8 mois, anniversaire du décès).
- **Impliquer les assurances et les mutuelles, les dispositifs sociaux.**

Le sens de ces recommandations vise à refuser de traiter l'entourage des suicidés comme des personnes malades mais au contraire à offrir à l'entourage un **rôle et un dispositif actif comme relais**.

Il s'agit également de considérer que les **intervenants institutionnels** confrontés à un suicide sont des **vecteurs d'information** vis-à-vis du public

# Comité d'organisation

<b>Madame Julie BARROIS</b>	Direction générale de la Santé, Bureau Santé mentale
<b>Madame Emmanuelle BAUCHET</b>	Direction Générale de la Santé, Bureau Santé mentale
<b>Madame Brigitte CADEAC</b>	École des Parents et des Éducateurs, responsable des services de téléphonie sociale
<b>Docteur Jean-Jacques CHAVAGNAT</b>	Psychiatre, président du GEPS
<b>Docteur Marc GROHENS</b>	Psychiatre, Fédération française de psychiatrie
<b>Docteur Virginie HALLEY des FONTAINES</b>	Société française de santé publique
<b>Madame Thérèse HANNIER</b>	Présidente de l'association Phare Enfants Parents
<b>Docteur Michel HANUS</b>	Président du Comité d'organisation, fédération européenne Vivre son deuil
<b>Madame Catherine LAVIELLE</b>	Documentaliste, responsable de la cellule bibliographique
<b>Docteur Olivier LEHEMBRE</b>	Psychiatre, past-président de la Fédération française de psychiatrie
<b>Madame Véronique PAJANACCI</b>	Direction de l'Administration pénitentiaire, ministère de la Justice

# Cellule bibliographique

<b>Docteur Michel HANUS</b>	Psychiatre
<b>Madame Catherine LAVIELLE</b>	Responsable de la cellule bibliographique
<b>Madame Marie Anne ROGER</b>	Bénévole
<b>Madame Catherine SEZE</b>	Psychiatre
<b>Madame Danielle GOODWIN</b>	Psychologue
<b>Madame Céline COLLIOT-THELENE</b>	Psychologue
<b>Monsieur Abdelmalik BENAOUA</b>	Démographe

# Financeurs

**Agrica**

**Groupe Ag2r**

**Groupe Malakoff Médéric**

**Macif Prévention**

**Ocirp**

**Réunica**

**Avec le soutien du ministère de la Santé**



Fédération Française de Psychiatrie  
Hôpital Sainte-Anne, Bâtiment B – 1, rue Cabanis – 75014 Paris  
01 48 04 73 41 • [ffpsychiatrie@wanadoo.fr](mailto:ffpsychiatrie@wanadoo.fr)

Imprimé le 10 juin 2010



Avec le concours de



Et avec le soutien de

