

Louis JEHEL

Audition publique

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

PLAN

QUESTION : le deuil, le stress post-traumatique, la dépression, le suicide, à la suite du suicide d'un proche.

Aborder les éléments suivants :

- 1/ Le deuil après suicide en tant que deuil traumatique comporte-t-il toujours un syndrome de stress post-traumatique PTSD?
- 2/ Y a-t-il des liens entre ce stress traumatique et l'importance de la dépression?
- 3/ Le suicide augmente-t-il la fréquence des comportements suicidaires dans l'entourage?

1/ Le deuil après suicide en tant que deuil traumatique comporte-t-il toujours un syndrome de stress post-traumatique PTSD?

Le deuil après suicide ne comporte pas toujours un syndrome de stress post-traumatique, mais cela peut survenir. Les études d'épidémiologie des troubles de stress post-traumatique après un suicide sont trop rares pour quantifier ces risques avec précision. Néanmoins il est possible d'identifier le risque de survenue d'un état de stress post-traumatique en s'appuyant sur les définitions d'un deuil traumatique puis des facteurs de risque connus de développer un trouble de stress post-traumatique après un événement traumatogène avec les données rapportées par la littérature scientifique.

La notion de deuil traumatique est équivalente pour les auteurs anglo-saxons à celle de deuil compliqué. Elle a été initialement utilisée par Prigerson et al qui se justifient en 2006 dans une publication au décours d'un état des lieux de la recherche sur le deuil (Zhang 2006). Ils expliquent avoir au départ préféré ce terme pour souligner la dimension de traumatisme et de détresse dans la réaction de ces deuils tout en craignant le risque de confusion entre ce type de deuil et le syndrome de stress post-traumatique qui constitue une possible comorbidité au deuil. Rappelons que pour avoir un effet potentiellement traumatique, l'événement doit représenter une menace pour l'intégrité de la personne, dépassant ses possibilités de réaction, survenant de manière soudaine et non anticipée, et s'accompagnant d'un sentiment de terreur, de détresse, d'effroi, de solitude, d'abandon. La gamme des événements traumatogènes est donc large : Violence physique, Violence sexuelle, Catastrophe naturelle, Guerre, Découverte inopinée de cadavre, Exposition à des scènes de violence, et plus généralement dans un sens étendu, tous les cas où une personne ne peut plus s'empêcher de penser à une situation qui l'a débordée émotionnellement. Parmi les syndromes post-traumatiques, le plus spécifique est constitué par l'état de stress post-traumatiques (ESPT), et celui-ci est très souvent comorbide à un épisode dépressif ou à des conduites addictives.

Les critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique (ESPT) dans le DSM IV-TR (F43.1) sont :

Le critère A : La confrontation à l'événement traumatique.

« A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée .
- (2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

Le critère B : Symptômes d'intrusion

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions .

Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

- (2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse :

Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

- (3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes

dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) .

Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

Critère C : Symptômes d'évitement & d'émoussement

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;

(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

(3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

(6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

Critère D : Symptômes d'hyperveil

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

(1) Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ;

(2) Irritabilité ou accès de colère ;

(3) Difficulté de concentration ;

(4) Hypervigilance ;

(5) Réaction de sursaut exagérée.

Critère E : Les perturbations des critères B, C et D durent plus d'un mois.

Critère F : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Il reste à spécifier si le stress est:

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Avec survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. »

Lorsque des personnes sont confrontées à un événement violent, comme cela peut-être le cas devant un suicide, elles présentent des réactions de stress d'intensité variable ou d'effroi, pouvant nécessiter une intervention urgente ou au minimum une évaluation. Celle-ci est essentielle pour repérer les personnes pouvant développer des troubles invalidants. Il est en effet établi que des conséquences sévères et invalidantes peuvent survenir et persister plusieurs années. On observe que 5 à 20 % des personnes vont présenter ces troubles psychiatriques post-traumatiques. Les professionnels de santé qui les observent doivent rechercher ceux pour lesquels le risque d'une évolution grave est le plus élevé. Il est nécessaire de privilégier les prises en charge de ces patients. Nous allons ici présenter les indicateurs les mieux établis des risques d'une évolution pathologique. C'est selon ces critères que sera posée une stratégie de soins. Cette étape d'identification de facteurs de risque concerne les caractéristiques de la réaction péritraumatique de l'individu confronté au suicidé ou à l'annonce du suicide, mais aussi les caractéristiques de l'événement. Dans cette démarche, il est tenu compte de l'état de santé antérieur de la personne et des interventions d'aide précoce qui ont été apportées. Parmi les caractéristiques de la réaction initiale, plusieurs études de recherche clinique suggèrent l'importance de la mesure de la fréquence cardiaque comme reflet de la réactivité émotionnelle du sujet. Des fréquences cardiaques

supérieures à 92 par minutes seraient prédictives de la survenue d'un état de stress post-traumatique. L'association de ce marqueur para-clinique simple et de symptômes psychiques notamment tels que la détresse émotionnelle péritraumatique (Jehel et al 2006) et la dissociation péritraumatique (Birmes et al 2006) constitue la base du meilleur modèle prédictif actuel de l'état de stress post-traumatique. Les mécanismes de dissociation sont souvent rapportés après un deuil traumatique notamment lors de suicide sous le terme de déni. Selon Neuringer, (1977), les endeuillés après suicide mettent en place un éventail de mécanismes de défense, primaires (refoulement) et secondaires, comme le déni. Celui-ci peut porter sur divers niveaux : de la mort de la personne, des circonstances de sa mort, le sujet tente de se préserver en croyant à un homicide maquillé ou un accident, supprimant ainsi l'insupportable caractère intentionnel et auto-infligé de la mort.

Cependant certaines études montrent un taux d'acceptation significativement plus élevé chez les endeuillés lorsque le décès se produit par suicide, que lorsqu'il survient par accident. L'hétérogénéité des caractéristiques des groupes d'endeuillés après suicide a souvent été un argument mis en avant, notamment par Bailey, ou McIntosh (Sveen 2008, McIntosh 1988, McIntosh 1996) pour expliquer le manque de spécificité des réactions de deuil qui intuitivement étaient attendues. D'autres auteurs, comme Cleiren, ou Grad & Zavasnik (Sveen 2008) ont observé que, pour une part, le suicide du défunt n'était pas une surprise, car celui-ci présentait un long parcours de troubles psychiatriques éventuellement associés à des antécédents de tentatives de suicide, ce qui rendait ce geste et son aboutissement final très probables pour sa famille et ses proches. Certains de ces endeuillés éprouvent même parfois un soulagement, sentiment lié à des années de souffrances vécues au quotidien au côté du disparu qui était atteint de sévères troubles psychiatriques. L'intensité du deuil à la suite d'un décès lorsque celui-ci n'est pas une surprise peut être réduite (Barret TW, Scott TB. Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav*, 1989, vol. 19, n° 2, p. 201-215) par rapport à un groupe de sujets dont le deuil peut être consécutif à un décès par accident, donc inattendu. Cela peut infléchir les mesures de l'impact du décès chez le groupe d'endeuillés après suicide versus celui par accident et globalement générer une sous-estimation du retentissement du deuil chez les endeuillés par suicide comparé à celui des endeuillés par accident et expliquer en partie les résultats des études portant sur ces groupes d'endeuillés et le peu de différence entre eux. (Sveen 2008).

En 2003 Kaltman et Bonanno ont montré dans le cadre du deuil une corrélation entre la survenue ou non d'un état de stress post-traumatique (ESPT) selon les conditions du décès, à savoir que sa survenue était plutôt corrélée avec l'existence d'un décès violent, et pas du tout avec la notion de soudaineté du décès. Selon Callahan, J (2002) un facteur de risque élevé de complication du processus du deuil est en effet de trouver soi-même le corps du suicidé, de le voir inanimé et sans vie, ce qui constitue un véritable choc, faisant effraction dans le psychisme.

Le caractère inattendu et non anticipé de la mort par suicide constitue également un facteur de risque traumatique, bien que ce caractère se retrouve également dans d'autres formes de décès non naturels comme par suite d'accident ou de mort subite (Sheskin et Wallace, 1976).

Le fait de ne pas anticiper l'événement renforce son caractère traumatogène, ce qui est

corroboré par Barrett et Scott (1990).

Un autre facteur qui influe sur le déroulement du deuil après suicide et son éventuelle complication, est le degré de proximité relationnelle (Mitchell et al., 2004). Plus la relation entretenue avec le suicidant est proche, plus le deuil risque d'être compliqué voire de devenir traumatique. C'est pour cela que les auteurs suggèrent de toujours prendre en considération la nature et la qualité des rapports ayant lié l'endeuillé et le suicidant. Saarinen et al., (2002) ont examiné l'état psychique d'individus endeuillés par suicide à long terme, en s'intéressant aux caractéristiques de ces sujets dix ans après le décès, afin de mesurer l'impact durable de l'événement sur leur santé mentale et leur vie sociale. Les auteurs constatent davantage de désordres psychiatriques, en particulier chez les veuves et veufs (comparativement aux membres consanguins de la famille). Chez les sujets examinés, il semble exister moins de liens sociaux de qualité ; moins d'amis proches ou de confidents.

Vandecasteele et al. évoquent la survenue d'une sorte de pacte traumatique scellé par le suicidant et le conjoint survivant. Ces auteurs soulignent le caractère particulièrement pénible de la perte du conjoint par suicide, le sujet devant d'une part se confronter à la perte réelle de son partenaire, et de l'autre côté, accepter la mort de son couple. Le fait d'avoir pu anticiper le suicide peut faire émerger dans l'après-coup des sentiments ambivalents, engendrant une forte culpabilité.

Le pacte traumatique se manifeste principalement lorsque le sujet dénie les signes annonciateurs du suicide afin de mettre à distance cette culpabilité, et ce pacte devient pacte traumatique. D'après Hanus (2004,a), ce qui distingue le deuil « normal » et le deuil dit « traumatique » ne réside pas dans la nature des réactions, mais dans la durée et l'intensité des manifestations, surtout de colère, de rejet, de honte et de culpabilité. Ces sentiments sont amplifiés par le caractère auto-infligé d'une mort dont le suicidant est l'acteur, qui par là se soustrait volontairement à son entourage.

Hanus (2004, b) évoque la honte qui marque le vécu psychique des endeuillés après suicide, conduisant à une diminution de l'estime de soi déjà affaiblie. Cette honte existe sur un plan interne, pour soi, à travers des auto-reproches et des ruminations ; mais également sur le plan externe, par rapport à l'autre et la société. Honte personnelle et sociale engendre une augmentation des sentiments de culpabilité, ce qui peut entraîner des conduites autopunitives pouvant conduire le sujet jusqu'à s'exécuter lui-même en se suicidant.

2/ Y a-t-il des liens entre ce stress traumatique et l'importance de la dépression?

L'évaluation des conséquences d'un événement traumatogène comme la confrontation à un suicide doit aussi rechercher les pathologies les plus fréquemment associées à un trouble post-traumatique. Ces pathologies peuvent même dominer la symptomatologie et parmi ces pathologies, en tout premier lieu la dépression. Dès 1991, Breslau affirmait que la comorbidité se situait entre dépression et ÉSPT, atteignant 36,6 % pour les personnes exposées à un événement traumatogène. L'importance de cette

comorbidité a été confirmée par Kessler et al. (1995). Après la dépression, le comportement de dépendance est le trouble comorbide le plus fréquemment associé à l'ÉSPT dans la population générale (Kessler et al.)

Dans leur étude de 2006, de Groot et al. ont comparé deux groupes d'endeuillés, l'un après suicide, et l'autre, après mort naturelle, et ont observé chez les premiers des scores de dépression significativement plus élevés que dans les sujets du second groupe.

Selon Melhem et al. (2004), chez l'adolescent, l'exposition au suicide d'un pair engendre des réactions de deuil traumatique, et ce indépendamment de l'existence préalable de troubles dépressifs ou psychiatriques. Les sujets dépressifs un mois après le suicide l'étaient toujours à six mois, à douze, dix-huit, vingt-quatre et trente six mois après. Cette étude méthodologiquement très consciencieuse est pourtant à considérer avec précaution car elle s'appuie sur des données obtenues auprès d'une population d'adolescents de Pittsburgh aux États-Unis.

Selon les périodes de la vie, les réactions empruntent aussi des voies d'expression différentes, avec une prépondérance de réactions comportementales chez les enfants et adolescents, (Pfeffer et al), en particulier risque de rencontrer des difficultés accrues d'ajustement social, alors que les adultes utilisent davantage la voie psychique, même si ce n'est pas exclusivement. Ainsi, selon la période de vie et le stade de développement cognitif, affectif et physiologique, les réactions après exposition au suicide se manifestent très diversement. Selon Brent et al. (1993a), les adolescents endeuillés par le suicide d'un frère ou d'une sœur risquent davantage de développer un nouvel épisode dépressif que les sujets contrôles non exposés au suicide. L'éventail de la symptomatologie dépressive est accru chez les sujets exposés, avec, à 58%, des troubles du sommeil, également 58% de perte d'élan. A 48%, ces sujets manifestent une anhédonie, 36% éprouvent une culpabilité développée. 55% des sujets ont des difficultés de concentration, 20% évoquent des idéations suicidaires. Cette étude met également en lumière l'existence d'une corrélation positive entre l'apparition d'un tel épisode dépressif majeur, et des antécédents de troubles psychiatriques. Brent (1993b) souligne également l'intensité des manifestations dépressives chez l'adolescent endeuillé par le suicide d'un pair, d'un ami.

Par identification avec le suicidé, le sujet peut être amené à nourrir des idéations suicidaires, voire à adopter des comportements suicidaires. Hanus cite différents travaux qui confirment l'existence de ces manifestations de honte et de culpabilité intense : les études de Barrett et Scott (1990), de Clark et Goldney (1995), Kovasky (1989), Reed et Greenwald (1991) et Seguin et al. (1995) corroborent ces constatations. Barrett et Scott (1990) comparent quatre catégories de veuves/veufs endeuillés (par accident, par mort naturelle anticipée, par mort naturelle non anticipée, et par suicide), et constatent, chez les endeuillés après suicide, une très forte présence de symptômes somatiques, mais également d'un large éventail de manifestations dépressives chez les endeuillés après suicide : leur réactions sont dominées par des sentiments de désespoir, de colère, de culpabilité, de honte. Les conduites auto-agressives et autodestructrices sont également importantes.

Peu d'informations spécifiques sur les proches d'une personne suicidée sont disponibles pour confirmer directement que la présence d'un stress post-traumatique après un suicide est liée à une symptomatologie dépressive plus sévère. Cependant étant donné l'importance des liens rapportés dans la littérature entre état de stress post-traumatique et

dépression, comme cité en introduction, il est le plus probable de retrouver une plus forte morbidité dépressive auprès des personnes les plus choquées de la confrontation à un suicide avec des facteurs prédictifs proches de ceux présentés concernant l'apparition d'un état de stress post-traumatique.

3/ Le suicide augmente-t-il la fréquence des comportements suicidaires dans l'entourage ?

La perte d'un être cher expose au risque accru de développer une pathologie psychiatrique, d'éventuelles addictions, des troubles du comportement autodestructeurs, voire des conduites suicidaires ou des comorbidités somatiques, les deuils compliqués amplifiant ce risque (Prigerson 1997, Latham 2004, Szanto 2006, Stroebe 2007). L'éventuelle survenue de ces retentissements a été explorée et comparée chez des groupes d'endeuillés en fonction de la cause du décès dont le suicide.

Le risque suicidaire est apparu élevé chez les personnes traversant un deuil et ce risque persiste durant les cinq années qui suivent le décès (Szanto 2006). De nombreux travaux montrent que cette corrélation est encore plus forte lorsque le deuil est compliqué (Prigerson 1997, Latham 2004, Szanto 2006, De Groot 2006). De Groot et al, précédemment cités (De Groot 2006), mettent en évidence chez le groupe d'endeuillés après suicide une élévation significative du risque suicidaire allant de l'idéation suicidaire à la survenue de tentatives de suicide.

Mitchell et al en 2005 montrent, chez une population ayant perdu un proche par suicide dans le mois qui précède l'investigation, que la présence d'idées suicidaires est corrélée avec l'association d'une symptomatologie dépressive et de signes de deuil compliqué. Ils constatent que l'idéation reste très élevée lorsque le deuil est compliqué et ce indépendamment des éléments dépressifs.

Au delà de l'influence du deuil après suicide sur le risque suicidaire chez l'endeuillé, il existe un certain nombre de facteurs de risque familiaux à la fois génétiques et environnementaux qui peuvent jouer un rôle important (Jordan 2001, Brent 2008). L'existence de troubles psychiatriques, comme des troubles dépressifs et bipolaires, au sein d'une famille est un facteur prédisposant aux comportements suicidaires (Jordan 2001, Mann 2005, Tsuchiya 2005, Brent 2008). Selon Brent & Melhem les comportements suicidaires seraient en partie transmis via la transmission de composantes d'agressivité et d'impulsivité. Un certain nombre de marqueurs biologiques ont été incriminés, d'une part au niveau neuroendocrinien des perturbations de l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien impliqué dans la réaction au stress, et d'autre part au niveau des neurotransmetteurs comme la réduction du système cérébral sérotoninergique incriminé dans l'accroissement du risque suicidaire (Brent 2008). Ces dysfonctionnements biologiques peuvent résulter de la transmission de mutation génétique de récepteurs de la sérotonine mais ils s'observent aussi chez des enfants qui ont été exposés à la maltraitance voire à des violences. L'intrication entre l'action de facteurs environnementaux et génétiques rend la lecture de la détermination des facteurs de risques suicidaires très complexe.

Roy (1983) soutient l'hypothèse d'une transmission génétique de conduites d'ordre suicidaire, ainsi que de comorbidités psychiatriques, de tendances comportementales et de traits psychopathologiques. Pour cet auteur, l'existence de constellations psychopathologiques particulières dans la famille exposerait à un risque accru de réactions

suicidaires chez l'endeuillé par suicide. Lorsqu'existent des antécédents de désordres affectifs, l'endeuillé par suicide présenterait d'autant plus de risque de réagir en adoptant des comportements suicidaires qu'en l'absence de tels antécédents dans sa famille. Cette étude met également en évidence une corrélation entre l'âge auquel un enfant perd un parent par suicide et la probabilité de commettre soi-même un suicide à l'âge adulte : plus la perte survient quand l'enfant est jeune (moins de onze ans), plus le risque est augmenté. Ces auteurs mettent en lumière trois 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 coping 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 durant la période d'ajustement.

PAGE

PAGE 7