

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE  
ETUDE ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES SUICIDAIRES  
ANNEE 2010

## Mémoire

# **Autour d'un cas de deuil compliqué d'un enfant suicidé**

**Guillaume AIRAGNES**

Interne en Psychiatrie

Faculté de Médecine d'Angers

Sous la direction du :

**Docteur Philippe Lascar**

Psychiatre des Hôpitaux – Chef de pôle

Centre Hospitalier Paul Guiraud, Villejuif

## **SOMMAIRE**

1. Introduction
2. Le cas de Madame D.
  - a. Cadre de vie
  - b. Osiris, Epona et leur père
  - c. Le décès d'Epona
  - d. L'hospitalisation de Mme D.
3. Discussion
  - a. Les circonstances de survenue du deuil
  - b. Du deuil difficile au deuil compliqué
    - i. Facteurs de risque
    - ii. Evaluation quantitative
  - c. Modalités de complication
    - i. Deuil différé
    - ii. Deuil décompensant un trouble bipolaire
    - iii. Deuil post-traumatique
  - d. Les éléments du processus de deuil normal
4. Conclusion
5. Bibliographie
6. Annexes

*Je remercie Messieurs les Professeurs D.Drapier, J.B. Garré, J.M. Vanelle et M.Walter pour leurs enseignements ainsi que pour l'organisation du DIU.*

*« Il n'y a pas de mort naturelle : rien de ce qui arrive à l'homme n'est jamais naturel puisque sa présence met le monde en question. »*

*Simone de Beauvoir*

## 1. Introduction

Avec environ 12 000 suicides par an (première cause de décès des 25-35 ans et deuxième des 15-24 ans), la France compte à peu près 60 000 personnes directement endeuillés par la perte d'un proche suicidé, et ce chaque année, soit plusieurs centaines de milliers de personnes qui sont endeuillés par suicide. Leur nombre est toujours plus important que pour les autres causes de décès ; ce sont la famille et les proches, voisins et collègues de travail, mais également tous les professionnels de santé et les travailleurs sociaux qui sont très souvent amenés à s'impliquer dans la détresse du suicidé. Ainsi, 35% des français ont eu à connaître la douloureuse expérience de la mort par suicide d'un proche [15].

La problématique de l'endeuilement par suicide et les particularités qu'il représente ne sont donc pas des phénomènes rares, bien au contraire. Étonnamment, la littérature est assez pauvre sur le sujet, et malgré la mise en œuvre d'une conférence de consensus en 2009 dédiée à l'étude des effets et conséquences du suicide sur l'entourage [6], les soignants se trouvent souvent démunis lorsqu'ils sont confrontés aux spécificités de l'endeuilement par suicide. M.Séguin constate que « la postvention, le domaine de la suicidologie qui s'intéresse aux mesures d'accompagnement, de soutien et d'intervention à la suite d'un suicide, a longuement été et continue d'être le parent pauvre de la suicidologie. Cela tant du point de vue de la recherche scientifique (intérêt, productions, espaces dans les congrès internationaux) que des ressources allouées pour la mise en œuvre d'intervention spécifiques à ce domaine » [7].

Trouver les mots justes, proposer un accompagnement soutenant, savoir dépister une situation à risque de complication nécessitent évidemment de recourir à son expérience clinique mais aussi à des bases théoriques solides. C.Lavielle et M.Hanus rappellent que « les individus exposés au suicide d'un proche mettent en place des mécanismes de défense (axe psychodynamique) ainsi que des stratégies de coping (axe cognitivo-comportemental) particuliers qui distinguent leur travail de deuil quantitativement et qualitativement de celui mis en place pour des décès autres que par suicide » [15]. Même si la majorité des auteurs s'accordent à dire que le deuil d'un suicidé ne présente pas de particularités mais des singularités [6], on ne peut occulter la puissante culpabilité, colère et incompréhension qu'il génère, et ces préoccupations de la part de l'endeuillé se doivent d'être comprises et entendues. Il s'agit en effet d'un deuil traumatique, c'est-à-dire brutal, imprévisible et potentiellement évitable. De ce fait, il est à catégoriser d'emblée parmi les deuils difficiles et l'on sait qu'il sera long pour

les endeuillés de l'accepter et de le dépasser [15]. Lorsque le deuil d'un suicide est aussi celui d'un enfant, la situation se complexifie puisque la souffrance ainsi que les sentiments d'incompréhension et d'injustice n'en sont que décuplés.

Une grande vigilance doit être portée sur ces deuils difficiles et des outils d'évaluation sont désormais à la disposition du clinicien pour lui permettre de dépister au plus tôt la survenue de complications. Celles-ci sont très largement représentées par l'émergence d'un syndrome dépressif, mais pas uniquement. Les deuils différés, les deuils post-traumatiques, les manies de deuil et les réactions psychotiques sont autant d'autres complications psychiatriques tandis que des complications somatiques, de plus en plus documentées, peuvent également survenir, si bien que le taux de mortalité augmente chez les endeuillés récents. A l'origine de ces décès après deuil, un « effet de désolation » occasionnerait à partir de la détresse psychologique des perturbations du système nerveux central, des fonctions endocrines et plus encore, des affections cardio-vasculaires [14]. Parmi ces complications, les réactions psychotiques (outre le déni de la réalité longtemps affirmé) sont les plus exceptionnelles. On veillera à ne pas confondre ces deuils compliqués avec la survenue d'un deuil pathologique. Dans le premier cas, il s'agit bien, au décours du deuil, de la rechute d'une pathologie préexistante tandis que dans le deuil pathologique, une symptomatologie caractérisée apparaît alors que le sujet n'avait jamais présenté de troubles similaires [13].

Nous avons été interpellés par la situation clinique récente d'une dame, dont la fille s'était suicidée, et qui présenta un deuil particulièrement compliqué, entre autre par le biais d'une réaction psychotique. Au travers de ce cas, nous tenterons de dégager différents aspects du deuil compliqué d'un enfant suicidé, sa symptomatologie, certains de ses éléments physiopathologiques ainsi que ses modalités évolutives.

## 2. Le cas de Madame D.

Mme D est une patiente de 63 ans admise aux urgences psychiatriques du CHU d'Angers en juin 2010 dans un contexte de troubles du comportement sur la voie publique. Après une sédation appropriée, elle est transférée au CESAME<sup>1</sup> dans son secteur de référence.

### a. Cadre de vie

Il s'avère que Mme D est connue du secteur, les précédents comptes-rendus d'hospitalisation évoquant un trouble psychotique chronique d'allure schizophrénique. Depuis sa dernière hospitalisation en 2006 à Saumur, elle aurait interrompu tout suivi psychiatrique. Elle n'a jamais effectué de tentative de suicide et ne prend pas de toxiques. Mme D vit seule à domicile, elle est retraitée, anciennement institutrice.

Elle a eu deux enfants d'une première union prénommés François et Marc<sup>2</sup>, respectivement âgés de 40 et 34 ans et dont le père est décédé. Elle avait divorcé de celui-ci 30 ans auparavant et le décrit, selon ses termes, comme éthylique chronique, violent, sans poésie et ne se préoccupant que de choses matérielles.

Elle a eu deux autres enfants d'une seconde union prénommés Osiris<sup>3</sup> et Epona<sup>4</sup>, respectivement âgés de 25 et 22 ans dont le père décède trois mois avant l'hospitalisation actuelle de Mme D. Mme D aura dû être hospitalisée au CESAME après les naissances d'Osiris et Epona pour des troubles étiquetés psychose puerpérale. A propos du père, elle évoque un personnage très porté sur l'ésotérisme et les croyances mystiques ; charismatique, autoritaire et exigeant de ses proches qu'ils vivent en adéquation avec ses convictions religieuses, celles-ci passant par des rituels quotidiens, un régime alimentaire drastique ainsi qu'un éloignement de toute personne considérée comme impure. La famille s'était alors isolée de son entourage familial et amical pour vivre en quasi-autarcie.

<sup>1</sup> Centre de Santé Mentale Angevin.

<sup>2</sup> Tous les prénoms ont été changés afin de respecter l'anonymat de la patiente. Ceux qui présentaient une originalité particulière ayant un intérêt clinique ont été substitués par des prénoms aux connotations similaires.

<sup>3</sup> Osiris est le dieu égyptien de la fécondité et de l'ordre naturel des choses.

<sup>4</sup> Epona est une déesse celtique, figuration de la Déesse Mère, apparaissant sous la forme d'une jeune femme à cheval.

Osiris et Epona suivent une éducation paternelle qualifiée de très stricte par Mme D. Par ailleurs, leur père manifestant une grande méfiance à l'encontre de l'Education nationale retire assez vite ses enfants du système éducatif. Mme D dira du père de ses enfants qu'il possédait des dons de divination et de guérison, c'est lors de communications avec l'au-delà qu'il aurait trouvé les prénoms de ses enfants. Elle n'avait plus de contact avec lui depuis une dizaine d'années, ce dernier ayant décidé subitement de quitter la France pour partir s'installer en Belgique et ne donna ensuite plus de nouvelles. L'annonce de sa mort à Mme D a été faite par un ami interposé qui avait gardé un contact épisodique avec lui.

Malgré l'éloignement d'avec le père de ses enfants, Mme D conserve un attrait tout particulier pour l'ésotérisme, les médecines alternatives et l'écologie si bien qu'elle se rapproche de communautés partageant ce mode de vie au détriment, encore une fois, de son entourage familial, et tout particulièrement de ses deux fils François et Marc qui s'inquiètent très tôt de cette prise de distance de leur mère. Lorsqu'ils tentent de lui rendre visite, celle-ci ne daigne les recevoir qu'occasionnellement en prétextant qu'ils ne sont pas suffisamment ouverts à la spiritualité pour qu'un dialogue puisse se nouer. Lors de ces visites, les enfants de Mme D constatent des dépenses considérables en livres, cristaux et produits de bien-être, si bien qu'elle n'a plus les moyens d'entretenir sa maison, ni même de s'alimenter suffisamment.

## b. Osiris et Epona

Son fils Osiris quitte le domicile familial très jeune, aux alentours de ses 13 ans, pour voyager de ville en ville avec un groupe d'amis formé d'adolescents et de jeunes adultes majoritairement désocialisés. Epona suit le même parcours que son frère puisqu'elle se retire du foyer familial en fuguant à l'âge de 15 ans. Elle erre alors de squatte en squatte, dans une situation de grande précarité, multipliant les conduites à risque ce qui lui vaut des passages aux urgences dans de nombreuses villes de France, fuguant systématiquement après avoir reçu les premiers soins. C'est principalement à l'occasion de ces hospitalisations très courtes que Mme D a des nouvelles de sa fille. Elle s'est toujours dite moins inquiète pour son fils Osiris qui se mettrait moins en danger, « connaissant ses limites », et il la contacterait plus régulièrement pour l'informer de son lieu d'habitation et de sa situation professionnelle du moment.



Durant toutes ces années, Mme D vit seule, dans l'incertitude permanente sur l'état de santé de ses deux plus jeunes enfants. Elle investit toutes ces économies dans l'achat de livres traitant de spiritualité et de médecine alternative, elle fait en sorte de ne s'habiller qu'en matière naturelle, ne s'alimente que de nourriture biologique et passe ses journées à participer à des séminaires et à des conférences faisant la promotion d'un mode de vie alternatif. Elle n'a pas de suivi psychiatrique depuis ses deux accouchements pathologiques mais consulte une à deux fois par mois une médecin généraliste, homéopathe et naturopathe, avec laquelle elle tisse une profonde amitié. Celle-ci constate des troubles de l'humeur chez Mme D et propose de la traiter par le biais de compléments alimentaires et de granules homéopathiques de lithium. Elle repère en effet dans l'anamnèse de Mme D un certains nombres d'éléments en faveur d'une bipolarité. Elle constate que les périodes durant lesquelles Mme D s'éloigne de ses enfants coïncident avec des épisodes de grande exaltation thymique, de surinvestissement dans ses activités associatives avec insomnie sans fatigue et idées de grandeur.

Un mois avant son hospitalisation, elle avait organisé un déménagement en toute hâte après avoir incendié son domicile dans lequel elle avait réalisé un rituel de purification. Elle avait alors allumé des centaines de bougies et s'agitait dans toutes les pièces en psalmodiant des prières incompréhensibles. Les voisins, particulièrement inquiets, avaient contacté les pompiers avant même que l'incendie ne se déclare.

Lors des phases dépressives, elle semble redevenir très dépendante de ses deux aînés en les sollicitant à outrance, les réclamants à son domicile pour s'occuper d'elle. Elle pouvait alors rester dans un grand apatragmatisme durant des semaines en tenant des propos sombres, fatalistes et désespérés sans jamais aucun antécédent de tentative de suicide. Elle devenait alors hyperphagique et hypersomniaque et traversait des épisodes de pleurs incoercibles plusieurs fois par jour. Quelque soit le versant, Mme D présentait toujours lors de ses décompensations bipolaires des éléments psychotiques à la fois désorganisationnels et délirants, concernant la plupart du temps des thématiques mystiques et magiques.

Bénéficiant de cette prise en charge pour trouble bipolaire de type 1 avec éléments psychotiques, Mme D ne rechute pas et n'est pas ré-hospitalisée pendant une quinzaine d'années. Durant cette période, Mme D voit Osiris environ tous les mois, et malgré des conduites polytoxicomanes, il semble en

bonne santé physique et se satisfaire de ce mode de vie très chaotique. En ce qui concerne Epona, il était habituel qu'elle se présente brutalement au domicile de sa mère, dans un état d'incurie, de dénutrition et de syndrome de manque avec un fond anxio-dépressif et, parfois, des idéations suicidaires patentes. Elle passait alors quelques jours chez sa mère. La cohabitation s'avérait très conflictuelle et elle repartait toujours au décours d'une violente dispute sans reprendre contact avec son entourage familial, parfois pendant plusieurs mois. Mme D recevait de temps en temps des nouvelles de sa fille par l'intermédiaire d'amis qui la fréquentaient dans certains squattes. Epona était manifestement très entourée par des amis de différentes régions partageant son mode de vie. Ils contactaient Mme D lorsqu'ils étaient inquiets pour son état de santé ou pour des propos inadaptés qu'elle pouvait tenir. Elle parlerait parfois de communications avec le diable, et cela même à distance des prises de toxiques. Mme D croit alors en une possession démoniaque et partira à la recherche d'exorcistes pendant plusieurs mois avant de découvrir les psychothérapies de constellation familiale<sup>5</sup> lors d'un séminaire. Elle dit alors avoir eu une véritable révélation et comprendre brutalement toutes les raisons aux difficultés qui peuvent exister au sein de sa structure familiale. Cette révélation renforcera le sentiment de culpabilité, déjà très intense, que Mme D éprouvait au sujet de la situation de ses enfants. Les conclusions de cette thérapie auraient mis en avant une accumulation de problèmes irrésolus dans la lignée générationnelle de Mme D.

Les amis d'Epona s'inquiétaient parfois de ses prises de toxiques délibérément excessives, à la limite de l'overdose. Elle pouvait également se placer dans des situations dangereuses, risquant l'agression ou le viol. Elle s'infligeait fréquemment des automutilations en niant leur origine auprès de sa mère, ce qui renforça chez Mme D sa conviction de l'existence d'un processus maléfique. Epona sera hospitalisée très brièvement à deux reprises au CESAME et à trois reprises au CHS de Caen. Ces hospitalisations très courtes n'auront jamais permis d'instaurer la moindre accroche thérapeutique avec elle. Lorsqu'elle était prise en charge, le diagnostic porté était toujours celui d'état limite au vue des carences affectives incontestables qu'elle a subi dans l'enfance, de troubles des conduites précoces avec automutilations et d'une comorbidité addictive. Elle présente un fonctionnement psychique très altéré, en lien avec des symptômes

---

<sup>5</sup> La constellation familiale est une méthode de thérapie familiale transgénérationnelle brève, créée par Bert Hellinger, thérapeute allemand, et basée sur la mise au jour de l'inconscient familial. C'est une méthode proche de la psychogénéalogie ou du psychodrame de Jacob Kevy Moreno et elle s'exerce en groupe. Cette méthode est actuellement controversée, principalement en raison de la place hégémonique que peut acquérir le meneur de la constellation.

d'ordre désorganisationnels, une pensée magique, une atteinte de la composante affective de la théorie de l'esprit et parfois des épisodes délirants non systématisés au mécanisme essentiellement hallucinatoire extrapsychique concernant des thématiques mystiques, magiques et messianiques toujours persécutrices.

### c. Le décès d'Epona

Courant Avril 2010, après l'annonce du décès du père d'Osiris et Epona, l'état mental de Mme D se déstabilise. Ces fils décrivent une symptomatologie compatible avec une manie délirante. Elle est hyperactive, tachypsychique, logorrhéique et dort peu. Elle présente alors des troubles du jugement importants dont un sentiment de toute puissance dans un contexte d'exaltation thymique et de thématiques délirantes d'ordre mégalomane et mystique. Elle traverse les voies rapides sans se préoccuper des voitures, laisse sa maison grande ouverte, suit les vagabonds, et finit par incendier une nouvelle fois sa maison alors qu'elle avait décidé d'organiser un barbecue pour les membres de l'une des associations dont elle fait partie. Pendant cette période, elle refusera catégoriquement de communiquer avec ses enfants qu'elle rejette avec une agressivité verbale et physique tout à fait préoccupante, sans qu'elle puisse en expliquer la raison.

C'est dans ce contexte que Mme D reçoit en mai dernier un appel de la gendarmerie de Caen l'informant qu'ils auraient retrouvés dans un squatte en périphérie de la ville un corps inanimé correspondant à la description d'Epona. Il y avait une lettre d'adieu très succincte évoquant un mal être ancien, impossible à apaiser, et qu'elle n'avait plus envie de se battre. Dans un premier temps, Mme D semble ne pas entendre la nouvelle tragique qui lui est annoncée. Elle prétend simplement que cela devait finir par arriver et qu'elle s'y attendait. Ses fils Marc et François recevront quelques heures plus tard la confirmation qu'il s'agit bien du corps de leur sœur. A l'annonce de cette nouvelle, Mme D commence à déambuler dans tous les sens à son domicile en marmonnant des phrases incompréhensibles, impénétrable à toute communication. Elle finit par sortir et interpelle les voisins, puis les passants. Elle ne semble pourtant pas exprimer de douleur morale en lien avec l'annonce du décès de sa fille. D'ailleurs, Mme D a plutôt l'air anesthésiée sur le plan affectif et ses déambulations machinales paraissent répondre à une logique rationnelle qu'elle

seule comprend et qui semblent être réalisées sans la moindre émotion. Elle sera admise aux urgences psychiatriques du CHU d'Angers puis transférée au CESAME, en HDT<sup>6</sup> à la demande de son fils François, pour la prise en charge de ces troubles du comportement. Malgré la surveillance médicale dont Epona faisait l'objet, toute la prise en charge s'est arrêtée à compter de son décès et aucune stratégie de recherche des facteurs psychologiques ayant conduits au comportement suicidaire n'a été envisagée.

#### d. L'hospitalisation de Mme D.

##### i. La phase psychotique

A son arrivée au CESAME, elle présentait un contact bizarre, était très méfiante et réticente à toute prise en charge. Elle devenait facilement irritable, revendicatrice, et semblait toujours en colère. Il existait un syndrome délirant aigu non systématisé au premier plan. Les mécanismes étaient essentiellement hallucinatoire intrapsychique avec devinement de pensée et syndrome d'influence, hallucinatoire extrapsychique (acoustico-verbale et cénesthésique), interprétatif, intuitif et imaginatif. La thématique était polymorphe, à la fois persécutive et mégalomaniaque, cosmique, magique et mystique. Elle évoque des communications avec les extra-terrestres qu'elle perçoit de plus en plus fréquemment en raison de l'approche de 2012, date à laquelle le monde doit passer dans une autre dimension. Il faudrait se préparer à ce bouleversement, c'est ce qu'elle dit tenter de faire par le biais de ses engagements associatifs. Elle nous montre de nombreux colliers en cristaux qu'elle porte autour du cou et nous explique à quel point ils sont importants pour sa protection. Elle fait référence à de nombreux auteurs psychiatres pour justifier ses théories (Boris Cyrulnik, David Servan-Schreiber, Jacques Vigne, Carl Gustav Jung), auteurs qu'elle a manifestement eu l'occasion de lire puisqu'elle nous récitera de mémoire plusieurs passages de leurs livres tout en en faisant des interprétations totalement délirantes. Elle prétend qu'il n'existe pas de différence entre la vie et la mort et qu'à ce titre le décès de sa fille ne l'affecte pas. Elle montre alors une véritable discordance idéo-affective lorsqu'elle évoque la mort et souhaite nous démontrer que ses théories sont fondées puisqu'elle peut ressentir en elle le cœur de sa fille, celui-ci étant venu dans son corps pour lui permettre de dialoguer avec l'esprit de sa fille. D'ailleurs, elle abrite beaucoup d'autres cœurs dans sa

<sup>6</sup> Hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers (article 3212-1 du code de la santé publique).

cage thoracique, lui permettant d'entrer en communication avec de nombreux défunts. Elle reproche aux soignants d'être comme ses fils et de ne pas comprendre le sens ultime de la vie, ce qui nous empêcherait de lui proposer une prise en charge adaptée basée sur la méditation et le régime végétarien. Elle évoquera également l'Atlantide avec la possibilité que sa famille soit descendante des atlantes, ce qui justifierait les particulières difficultés qu'elle a pu rencontrer.

Lors des premiers entretiens, elle alterne ainsi entre phases d'exaltation et phases d'effondrement thymique total. Pendant ces moments de grande tristesse, elle explique entendre sa fille lui dire qu'elle regrette d'être morte mais que la vie était devenue trop dure pour elle. Ces instants d'hallucinations acoustico-verbales engendrent des réactions émotionnelles particulièrement intenses chez Mme D faisant craindre un passage à l'acte autoagressif. Devant l'importance de ces symptômes délirants et dissociatifs avec un risque important de tentative d'autolyse, elle nécessitera d'être contenue en chambre d'isolement. Il est important de noter que la patiente sera prise en charge dans le même service que celui qui a accueilli sa fille. Ce sont même les étiquettes d'Epona qui furent apposées initialement sur le dossier de Mme D. Lorsqu'elle le découvrit, elle poussa tout d'abord des hurlements incontrôlables dans le service en protestant que le personnel ne pouvait pas avoir de cœur pour faire une chose pareille. Puis elle réalise que cela signifie peut-être que sa fille est encore en vie, hospitalisée dans le service, et qu'elle refuserait de la voir. L'annonce de son décès ne pourrait être qu'une machination de sa fille pour couper tout lien avec elle.

Elle reçoit dès le lendemain de son admission dans le service de nombreuses lettres de condoléances et des bouquets de fleurs. Ces attentions ne semblent pas susciter chez elle la moindre réaction affective. Elle ne reconnaît même pas les auteurs de ces envois. L'équipe considéra que ces expéditions n'étaient pas adaptées à l'état de santé de Mme D mais ses fils insistèrent pour qu'elles lui soient transmises.

## ii. La poursuite du processus de deuil

Après introduction d'une chimiothérapie antipsychotique et thymorégulatrice (olanzapine 20mg/j), son état s'améliore très progressivement mais il persistera plusieurs semaines des interprétations délirantes sur un mode persécutif dans un contexte de diffluence verbale. Elle devient malgré tout moins revendicatrice et

un début d'accroche thérapeutique peut se nouer. Elle affirmera alors avoir conscience du caractère pathologique de son deuil et reconnaître une symptomatologie psychotique qu'elle a déjà présentée. L'amélioration de son insight est corrélée avec l'apparition d'une amnésie rétrograde totale de ses idées délirantes. Elle sourit lorsqu'on lui remémore les communications avec les extra-terrestres ou avec l'au-delà.

Après trois semaines de décompensation délirante, elle n'accepte que quelques secondes l'idée de la disparition de sa fille et s'effondre en larmes lorsqu'elle le réalise puis reprend la conversation en évoquant des choses tout à fait insignifiantes sur l'écologie ou le bien-être. Sa tristesse s'évapore et elle retrouve une joie de vivre et un entrain tout à fait inadaptes aux difficultés qu'elle est en train de traverser. Elle réalise qu'elle n'a pas pu assister aux obsèques et c'est par ce biais qu'un sentiment de culpabilité va s'installer peu à peu. Elle explique se sentir responsable de la détresse de sa fille, s'inquiète de l'état de son corps et finit par avouer qu'elle préférerait être morte à sa place, que cela serait plus juste. « Je ne suis pas digne d'être aidée, je ne le mérite pas car moi-même je n'ai pas su aider ma fille en souffrance ». Elle présente alors une symptomatologie dépressive avec tristesse de l'humeur, apragmatisme, ralentissement psychomoteur et ruminations anxieuses avec troubles du sommeil et se plaint continuellement de lombalgies chroniques. Elle présente quelques idéations suicidaires fugaces qu'elle critique en expliquant qu'elle doit rester pour ses autres enfants. Elle explique qu'elle a la sensation de sentir la présence de sa fille dans sa chambre la nuit et qu'il lui semble souvent la reconnaître lorsqu'elle croise une jeune femme de dos. Mme D finira par considérer l'importance d'accepter peu à peu la réalité de la perte pour pouvoir continuer à vivre. Elle commence à se réinvestir dans ses activités associatives et demande une permission pour aller assister à une conférence sur l'habitat écologique dont elle rentre satisfaite mais très asthénique, ce qui sera aussi le cas lors des sorties d'essai suivantes. Elle évoque une difficulté supplémentaire, selon elle, dans son travail de deuil, à savoir qu'elle ne voyait Epona qu'occasionnellement et qu'elle n'avait plus de contact avec elle depuis plusieurs semaines. Mme D dira alors avoir du mal à se représenter qu'il ne s'agit pas d'une absence habituelle et réversible de sa fille.

Dans une grande culpabilité, elle avouera également ressentir un certain soulagement. Elle évoque des années d'inquiétude et d'angoisse, des nuits entières à guetter le téléphone lorsqu'Epona était en fugue et des conflits

incessants avec la gendarmerie ou les médecins. Peu à peu les symptômes dépressifs s'estompent et elle part trois semaines en maison de convalescence dans un contexte de normothymie, sans anxiété ni idéations suicidaires, ni symptômes psychotiques. Trois mois après son admission, elle était rentrée à domicile, avait repris le cours de sa vie et s'était réinvestie dans toutes les activités qui lui tenaient à cœur. Ses relations avec ses enfants s'étaient améliorées. Elle poursuit son suivi avec son médecin traitant mais accepte d'être prise en charge également par un psychiatre du centre médico-psychologique. Son observance thérapeutique était toujours bonne et une alliance thérapeutique intéressante s'était instaurée, lui permettant un bon accompagnement dans son travail de deuil.

### 3. Discussion

#### a. Les circonstances de survenue du deuil

Ce qui marque tout d'abord concernant le parcours de vie de Mme D, c'est une histoire familiale compliquée, marquée par un deuil récent, celui de son deuxième compagnon, dont elle ne dit que peu de choses. Ce sont aussi des épisodes de décompensations thymique et/ou psychotique finalement assez peu fréquents, mais survenant toujours au décours d'événements marquants de la vie familiale. Et c'est enfin une quête de sens effrénée au travers d'une recherche mystique et ésotérique. Ces deuils, celui d'Epona et de son père, ont la particularité de concerner une fois de plus la famille proche, et plus particulièrement des individus « hors-normes » qui s'étaient éloignés de Mme D.

Lorsque survient le décès d'Epona, Mme D est déjà très vraisemblablement en proie à un deuil difficile de son ex-conjoint puisqu'elle ne semble pas avoir réagi, aussi bien affectivement que physiquement, à l'annonce du décès de celui-ci et elle sombre quelques jours plus tard dans une décompensation thymique sur un mode maniaque, qui semble tout à fait défensive. On notera qu'elle rejette alors ses deux enfants issus de sa première union alors qu'elle ne tarira pas d'éloges sur son fils Osiris lors de ses phases d'exaltation comme si elle cherchait à retrouver son père à travers lui tout en se détournant de ses autres enfants qui lui rappellent son absence. C'est sur ce terrain déjà très fragile que survient la mort brutale d'une enfant par suicide dont le père est lui-même décédé tout récemment. Ce second deuil est donc éminemment traumatique et semble faire effraction au sein d'une structure psychique déjà très perturbée, luttant fermement par le biais d'un accès maniaque contre la réalité du décès d'un homme castrateur à outrance, avortant toute tentative de sublimation, et disparu avant que Mme D n'ait pu obtenir de lui le peu de reconnaissance qu'elle espérait.

#### b. Du deuil difficile au deuil compliqué

##### i. Un deuil traumatique et difficile

Le décès d'Epona laisse présager de toute évidence d'un deuil très difficile. Deuil d'emblée qualifié de difficile en raison du caractère traumatique du décès.



Ce type de deuil a pour particularité de durer plus longtemps et d'avoir d'avantage tendance à se compliquer, ou même à devenir pathologique [13].

Ce deuil présente de surcroît tous les facteurs responsables d'une intensité traumatique maximale, à savoir le deuil d'un enfant, jeune, et par suicide. Ce décès, qui n'est pas dans l'ordre naturel des choses, est toujours vu par le parent comme une injustice. D'autant plus que pour le parent, il ne s'agit pas uniquement de la perte objectale mais aussi de la perte narcissique inhérente au fait que l'enfant a, entre autre, pour fonction de prolonger ses parents [13]. Celui-ci se retrouve alors comme amputé, et ce, d'autant plus que l'enfant est jeune. Cette adolescente, d'avantage dans l'errance que dans la construction de sa vie adulte, semble justement souffrir de l'incapacité à s'extraire du narcissisme parental, témoignant ainsi de l'intensité de la perte narcissique de celle-ci pour Mme D.

En outre, l'attachement à l'enfant est celui à une personne aimée. Cette ambivalence est toujours difficile à dépasser. Lorsque c'est la personne aimée qui se tue, c'est elle-même qui génère la douleur de sa perte. Mais si celui qui tue et celui qui est tué se confondent, comment la haine du meurtrier qui est aussi la victime peut-elle s'exprimer autrement que par la colère ? M.Hanus souligne que cette colère est toujours présente. Lorsqu'elle est refoulée, elle risque de se retourner contre soi avec, par exemple, l'apparition de complications somatiques qui en seraient l'expression déguisée [15]. Le décès par suicide est toujours très difficile puisqu'il est incompris ; l'amour de l'endeuillé n'a donc t-il pas suffit seul, à maintenir le défunt en vie ? Cette pensée génère systématiquement une culpabilité importante. Celle-ci se voit exacerbée par un sentiment constant d'impuissance, ou pire par des remords, comme ce fût le cas chez Mme D qui pensait avoir trouvé l'origine du mal être de sa fille lors de séances de psychothérapie familiale en s'en attribuant toute la responsabilité. A ce propos, une revue de la littérature récente de Waldvogel et al. consacrée aux facteurs de risques et stratégies de prévention du suicide chez l'adolescent a mis en évidence que les facteurs impliqués jusqu'à maintenant pour rendre compte du suicide d'un adolescent étaient essentiellement le divorce parental et des relations intrafamiliales délétères tandis que l'on considère désormais que le suicide résulte avant tout d'un trouble psychiatrique, que celui-ci affecte un parent ou l'adolescent lui-même [24]. De facteurs explicatifs sociaux, on passe donc à des facteurs explicatifs médicaux. Cette évolution témoigne certainement d'un souci de médicaliser les relations humaines mais

quelque soit l'approche, cela ne sort pas Mme D de sa culpabilité ; elle s'imaginait certainement qu'Epona souffrait en partie de sa séparation d'avec son père mais on lui a certainement suggéré que ce sont ses troubles psychiques qui étaient en cause.

Le geste suicidaire serait même, d'après certains auteurs, l'expression agie d'une violence familiale tacite ; l'attaque de soi préservant de la violence les imagos parentales perçues comme fragiles. D'après ces auteurs, le suicide de l'enfant relie traumatisme et sacrifice, le traumatisme fixant le scénario violent et le sacrifice le reprenant dans une tentative d'expiation [16]. Ces données expliquent certainement pourquoi les parents dont l'enfant s'est suicidé ont d'avantage l'impression que leurs proches les considèrent fautifs que les parents dont l'enfant est décédé pour d'autres raisons et ils refusent d'avantage que la cause de la mort soit mentionnée dans le journal local [17]. Dans de nombreux cas, ce sentiment de honte va jusqu'à la dénégation de la cause de la mort, même au sein du système intrafamilial. Ces comportements sont toujours à rechercher et il faut systématiquement tenter de les résoudre dans la mesure où ils sont à l'origine de secrets de famille qui vont miner l'inconscient familial pendant plusieurs générations [9].

Selon Denis Vallée, le passage à l'acte suicidaire d'un adolescent signe la souffrance psychique d'une famille. Au décours d'une tentative de suicide, la première question qu'il préconise de poser est celle-ci : « Votre tentative de suicide a-t-elle résolu le problème qui vous a conduit à passer à l'acte ? ». En effet, dans certaines familles, l'autonomie est assimilée à une menace. On peut poser l'hypothèse que la situation très difficile soit imputable à une incapacité à s'extraire sereinement de la dynamique familiale. Dans ce cas, la tentative de suicide exprime la difficulté adaptative du système familial au moment du départ de l'un de ses membres tandis que le suicide révèle l'inaptitude et l'incapacité de la famille à évoluer et à s'adapter à l'écosystème environnant, dynamique et en constante mutation. L'autonomie finit par conduire à la mort [23].

Une approche différente de la question du sens du suicide dans la famille, particulièrement usitée au Québec, consiste à constater en premier lieu que le suicide survient au terme d'un processus de désaffiliation sociale, coupant progressivement la personne de tous les liens qui la rattachent à la vie. Peu à peu, la personne se retrouve confrontée à une solitude de plus en plus insupportable, finissant par devenir invivable. Les auteurs d'un article récent

consacré au rôle des proches dans la prévention du suicide retrouvent systématiquement une désintégration des réseaux sociaux des suicidés dans les mois qui précèdent le passage à l'acte. Les auteurs rappellent que la plupart des études concluent que la famille constitue un puissant facteur de protection contre le suicide [19]. La fonction de confident semble particulièrement impliquée pour expliquer ce rôle protecteur, et l'on peut imaginer le *sur*-risque encouru par ceux qui sont privés, pour différentes raisons, du soutien et de l'écoute familiale. Même lorsqu'il semble apparaître que la personne souhaite elle-même se dégager des liens familiaux, ce n'est jamais qu'en réaction à un dysfonctionnement de la dynamique familiale. A Montréal, il existe des programmes de prévention des récives axés sur le soutien aux proches. Ces derniers sont invités à une rencontre d'information qui leur est destinée et ils sont ensuite invités à participer à un parrainage téléphonique personnalisé dans lequel un proche est jumelé à un intervenant bénévole pour une durée maximale de huit semaines. Une étude de 2008 a démontré l'efficacité de ces programmes à la fois auprès des proches qu'auprès de la personne suicidante pour les cas où le suicide n'avait pas abouti [19].

## ii. Facteurs de risque de complication

Chez Mme D, on pouvait s'inquiéter immédiatement de l'existence de plusieurs facteurs de risque de complication de ce deuil difficile [13,14,15] :

- Le facteur de risque le plus évident est l'existence chez Mme D d'une pathologie psychiatrique antérieure à l'endeuilement. On ne pourra donc jamais parler chez elle de deuil pathologique puisque, compte tenu de ce terrain, on conviendra que Mme D ne peut que décompenser un trouble psychique préexistant sans que le deuil ne soit générateur d'un dysfonctionnement psychique. L'endeuilement est donc à considérer pour Mme D comme un facteur déclenchant de décompensation psychiatrique et non pas comme facteur de causalité à l'émergence d'un trouble psychique.
- Un autre facteur de risque important est le fait qu'il s'agit d'une situation de deuils multiples, et circonstance aggravante, avant que le travail de deuil du précédent décès ne soit terminé. La mort du père d'Osiris et Epona n'est survenue que trois mois avant celle d'Epona, elle semble alors ne pas éprouver d'affects particuliers concernant ce décès mais traverse un épisode de décompensation sur un mode hypomaniaque de son trouble bipolaire qui

paraît réactionnel à l'annonce de ce décès. Elle n'était alors qu'en phase extrêmement précoce de son travail de deuil lorsque survient le suicide d'Epona.

- La nature de la relation entretenue par les deux personnes en cause peut constituer un facteur de risque de complication, or il s'avère qu'entre Mme D et sa fille, les relations ont toujours été conflictuelles. Epona ne s'entendait pas avec sa mère et elle le faisait savoir, lui exprimant de multiples reproches dès plus crûment lorsqu'elle venait lui rendre visite, et écourtait ses visites en la quittant après deux ou trois jours toujours au décours d'une dispute.
- La solitude non consentie de Mme D est également un facteur de risque de complication. Après le départ du père d'Osiris et Epona, Mme D ne s'est jamais réinvestie dans une nouvelle relation sentimentale. Malgré son engagement associatif et l'aide que lui apportent régulièrement François et Marc, elle passe le plus clair de son temps seule à domicile en ne voyant souvent personne de la journée.
- Mme D s'est retrouvée dans l'impossibilité de participer aux rites funéraires. Elle était hospitalisée et en pleine décompensation délirante lorsque l'enterrement de sa fille a eu lieu. On sait cependant que ces temps sont indispensables puisqu'ils permettent de reconnaître la réalité de la disparition de l'être aimé et facilitent grandement le travail de deuil.

Les travaux actuels sur le deuil après suicide ont montré que deux éléments revêtent une importance déterminante dans l'évolution du travail de deuil : l'état du corps et la possibilité d'accomplir les rites funéraires. Concernant l'état du corps, c'était effectivement une préoccupation de Mme D dès lors que la symptomatologie délirante s'était amoindrie. Elle s'était alors rassurée sur ce point en contactant la gendarmerie de Caen. Epona étant décédée d'overdose, le corps était intact. Il a par ailleurs été montré que le fait de découvrir le corps était un élément de difficulté supplémentaire tandis que le fait de pouvoir venir se recueillir au funérarium facilitait le deuil.

Les rites funéraires sont alors particulièrement importants puisqu'ils aident à accepter la réalité douloureuse de la perte. Lorsque ceux-ci ne peuvent être réalisés, des outils palliatifs ayant fait la preuve de leur efficacité peuvent être proposés ; groupes de parole, rituel personnel, lettre thérapeutique [9]. C'est ce que fit spontanément Mme D en décidant d'écrire une lettre adressée à sa fille quelques jours avant son départ en maison de convalescence. Cette

démarche sembla contribuer nettement à son apaisement psychique ainsi qu'à sa reconnaissance de la réalité de la perte. A ce propos, des travaux récents ont mis en évidence l'efficacité des thérapies par la poésie. On utilise des poèmes déjà écrits et l'on en propose également l'écriture aux endeuillés. Ce travail contribue à la désensibilisation de la mémoire du traumatisme et aide à l'étayer en permettant une représentation verbale de la souffrance psychique. De plus, le processus de création vient s'opposer au message de destruction que véhicule le suicide. Cette thérapie dénommée « soin par l'auto-poésie » se pratique aussi bien en séances individuelles qu'en groupe [22].

### iii. Evaluation quantitative [5,20]

Il existe peu d'échelles d'évaluation quantitative du deuil. Dans une étude récente, M.L. Bourgeois en liste seize, la plus ancienne datant de 1977 et la plus récente de 1997. L'échelle qui semble la plus utilisée dans le cas d'une réaction pathologique et traumatique est l'ICG (Inventory of Complicated Grief) de Prigerson et al, 1995. C'est une échelle en 19 items, cotés de 0 à 4, destinée à dépister les deuils compliqués. Le deuil est considéré comme compliqué lorsque le score total est strictement supérieur à 25. En voici les résultats pour Mme D :

N°	INTITULE DE LA QUESTION	SCORE
1	Je pense tellement à cette personne qu'il est difficile pour moi de faire les choses que je fais d'habitude.	1
2	Les souvenirs de cette personne morte me perturbent...	2
3	Je sens que je ne peux accepter la mort de cette personne...	2
4	Je sens un désir intense (de la présence) de cette personne morte, qui me manque beaucoup...	1
5	Je me sens attiré vers les endroits et les objets ayant un rapport avec cette personne morte...	2
6	Je ne peux m'empêcher d'être en colère à propos de sa mort...	3
7	Je n'arrive pas à croire à ce qui est arrivé...	2
8	Je suis stupéfait et abasourdi par ce qui est arrivé...	2
9	Depuis qu'elle est morte, il est difficile pour moi de faire confiance aux gens...	0
10	Depuis qu'elle est morte, c'est comme si j'avais perdu la possibilité de me soucier des autres personnes...	2
11	Je me sens très seul la plupart du temps depuis sa mort...	1
12	J'éprouve des douleurs dans les mêmes parties du corps ou les mêmes symptômes que la personne qui est morte...	0
13	Je fais des détours pour éviter ce qui rappelle cette personne morte...	1
14	Je trouve que la vie est vide sans cette personne morte...	1

15	J'entends la voix de cette personne morte qui me parle...	0
16	Je vois cette personne morte se tenir devant moi...	0
17	Je sens qu'il est injuste que je doive vivre quand cette personne est morte...	3
18	J'éprouve une amertume à propos de la mort de cette personne...	3
19	Je me sens envieux envers les autres qui n'ont pas perdu quelqu'un de proche...	1
<b>SCORE TOTAL</b>		<b>27</b>

Échelle de deuil compliqué (ICG). (H.G. Prigerson *et al.*, 1995), Les réponses sont cotées de 0 à 4 : jamais : 0 ; rarement : 1 ; quelquefois : 2 ; souvent : 3 ; toujours : 4. Score maximum : 76 ; Seuil pathologique ICG > 25.

M.L. Bourgeois met tout de même en garde le clinicien sur les limites de cette approche quantitative. Elle doit être complémentaire de l'approche qualitative et même si elle s'avère incontournable dans les recherches empiriques, elle doit être maniée avec précaution dans la mesure où de nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre des outils actuellement disponibles (pas de respect des règles psychométriques et surreprésentation de certains aspects spécifiques du deuil, difficulté à prédire la survenue de troubles psychiatriques ou somatiques chez l'endeuillé, confusion entre la réaction spécifique du deuil et les autres perturbations psychologiques et changements physiques réactionnels). Malgré tout, ces échelles permettent de différencier rapidement le deuil non compliqué des autres formes de deuil et d'en dégager les caractéristiques, l'évolution, ainsi que les risques de complications durables psychopathologiques et psychosomatiques.

### c. Modalités de complication

Le deuil difficile de Mme D va s'avérer, comme ses antécédents le laissent supposer, compliqué. Comme l'explique M.F Bacqué : « Le deuil compliqué implique des symptômes qui dépassent ce qui est de l'ordre de l'adaptation à une situation nouvelle » [3] .

#### i. Deuil différé

Le retard à l'apparition du deuil, même si celui-ci n'est que de quelques jours constitue un deuil différé, et par la même, une première complication. Il faudra en effet quelques temps avant que Mme D n'éprouve de réaction émotionnelle à l'annonce de cette perte. Avant cela, elle présente une phase d'anesthésie

affective, fréquente dans les deuils traumatiques. La douleur est alors déclarée inexistante ou inutile. C'est dans ces circonstances qu'elle a tendance à se manifester de manière plus pernicieuse, que cela soit dans le champ de la santé mentale ou de la santé physique. Il est important de rappeler la mortalité supérieure des endeuillés par rapport à la population générale [8, 15].

## ii. Deuil décompensant un trouble bipolaire

Mme D souffre de décompensations thymiques et/ou psychotiques depuis qu'elle est jeune adulte. Elle n'a jamais effectué de tentatives de suicide. Elle n'a aucun antécédent familial notoire. Diagnostiquée initialement psychotique chronique, lorsque l'anamnèse a pu être reprise de manière rétrospective, il s'avère que les éléments psychotiques sont systématiquement délirants, jamais désorganisationnels. Et lorsqu'elle est en phase de production délirante, la thématique est toujours congruente à l'humeur et semble accompagner celle-ci. C'est au regard de cette symptomatologie que Mme D finira par être étiquetée bipolaire et bénéficiant d'un traitement thymorégulateur, bien que non conventionnel, son état se stabilise pendant plusieurs années.

Des observations récentes d'Arce Ross l'ont conduit à dénommer « facteurs blancs » des événements de vie particulièrement dramatiques qui ne comportent pas de valeur de perte d'objet pour le sujet mais qui, en revanche, réactualisent la valeur vide due à la forclusion de la fonction paternelle. Parmi ces facteurs blancs, on trouve un changement de vie radicale, une perte érotique ou bien un décès. Ces facteurs blancs, sortes de trous dans la chaîne signifiante, seraient directement impliqués dans le déclenchement du délire dans la psychose maniaco-dépressive [2]. Dans l'histoire de Mme D, tous les épisodes de décompensation récents pourraient avoir été déclenchés par de tels facteurs (naissances de deux de ses enfants, décès du père de ses deux derniers enfants, décès de sa fille).

Les thématiques délirantes de Mme D s'avèrent tout à fait intéressantes. Elle évoque la sensation d'avoir intégré en elle le cœur de sa fille, de le sentir, et de pouvoir communiquer avec elle. Elle dira également que sa fille et elle sont redevenues la même âme, comme si la mort d'Epona venait annihiler sa naissance et que le cordon ombilical pouvait se reformer en outrepassant le

caractère irréversible de la naissance et de la mort. Elle explique alors, du fait du retour de sa fille à l'intérieur de son propre corps, ressentir sa souffrance et la partager. Ces phénomènes, bien que présentés ici sous une forme délirante, rappellent le phénomène d'identification au défunt ou symptôme facsimilé (imitation de l'apparence, des habitudes, des symptômes du défunt) qui constitue une des six caractéristiques pathognomoniques du travail de deuil avec la détresse somatique, la préoccupation par l'image du défunt, la culpabilité, l'hostilité et la perte des conduites habituelles [18]. On retrouve déjà chez Freud une explication physiopathologique de ces tentatives d'identification au défunt. Elles permettraient de diminuer le sentiment de culpabilité, que l'on sait particulièrement intense chez Mme D compte tenu du caractère traumatique du deuil, des circonstances de la mort et du type de lien avec le défunt. Ces sentiments de culpabilité profondément refoulés trouvent alors expression dans ces identifications. L'endeuillé se sent investi d'une partie de la souffrance du défunt pour atténuer sa culpabilité. Celle-ci favorise l'émergence de « punitions » que s'inflige plus ou moins consciemment la personne en deuil pour expier ce qu'elle perçoit comme être sa faute [11]. M. Hanus parle à ce sujet de « connivence respectueuse » avec le défunt, pouvant aller jusqu'à mourir de la même manière que lui. Cette identification pourrait aussi être une façon de conserver en nous une partie du défunt, c'est un moyen d'introjection de la perte qui peut servir à conserver une partie du défunt en vue de permettre une transmission entre les générations [13].

### iii. Deuil post-traumatique

Le deuil post-traumatique doit systématiquement être recherché pour être pris en charge précocement et éviter les complications du syndrome de stress post-traumatique. Mme D est à risque élevé de deuil post-traumatique dans la mesure où il s'agit de « la mort brutale d'un proche, l'annonce totalement imprévue de la disparition d'un être cher, sans qu'aucune menace de mort ne soit proférée à l'encontre de l'endeuillé. [...] Les sentiments d'impuissance, la rupture brutale des liens affectifs ne peuvent s'accepter puis s'intégrer qu'après la confrontation avec la réalité, une reconnaissance familiale et sociale ». Il s'agit donc bien là de trauma au sens d'une effraction dans le système de par-excitation du sujet ayant pour effet de déclencher ou de révéler une structure névrotique préexistante ou bien de constituer le symptôme en lui-même, en étant ressassé de façon répétée



dans le quotidien et dans les rêves réalisant un tableau de syndrome de stress post-traumatique pouvant bloquer le travail de deuil [3].

Sur un plan purement nosographique, on pourrait imaginer que le stress post-traumatique puisse être considéré comme une complication du deuil lorsqu'il révèle une structure névrotique sous-jacente alors qu'il consiste d'avantage en un deuil pathologique lorsque le trauma constitue le symptôme en lui-même. Il est important de considérer que le processus traumatique évolue pour son propre chef, indépendamment du processus de deuil et lorsqu'il se complique d'un syndrome de stress post-traumatique, il freine le bon déroulement du processus de deuil. C'est une complication qu'il est essentiel de diagnostiquer précocement et de traiter sans délai afin de désengager le processus de deuil de son emprise. Les thérapies brèves telles que l'EMDR paraissent particulièrement adaptées dans ce contexte [9]. Les études actuelles ont dégagées un certain nombre de facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique. Entre autre, il semblerait qu'une fréquence cardiaque supérieure à 92 battements par minute associée à des symptômes psychiques tels que la détresse émotionnelle péritraumatique et la dissociation péritraumatique (rapporté fréquemment sous la forme du déni) constitue la base du meilleur modèle prédictif à ce jour [6].

Il convient de préciser la confusion terminologique à ce sujet, puisque la notion de deuil traumatique est équivalente pour les auteurs anglo-saxons à celle de deuil compliqué, l'idée étant de souligner la dimension de traumatisme et de détresse dans la réaction de ces deuils mais cela entretient un flou entre le deuil traumatique (deuil survenant au décours d'un événement traumatisant, c'est-à-dire survenant de manière soudaine et non anticipée, dépassant les possibilités de réaction accompagné d'un sentiment de terreur, d'effroi, de solitude ou d'abandon), le deuil compliqué (deuil décompensant un trouble psychique préexistant) et le syndrome de stress post-traumatique.

Le SSPT<sup>7</sup> se réfère à une triade de symptômes persistants avec l'intrusion (cauchemars, réminiscences, reviviscences), l'évitement et l'hyperstimulation [3]. L'hyperstimulation est responsable d'une hypervigilance au quotidien qui peut être associée à une insomnie, de la nervosité, une tendance à s'effrayer facilement, une irritabilité et une impression constante de danger ou de désastre imminent. Le traumatisme de l'endeuilement par suicide a pour particularité d'engendrer tout un cortège de peurs qui doivent être distinguées de

---

<sup>7</sup> Syndrome de stress post-traumatique

l'hyperstimulation afin de ne pas évoquer à tort la survenue d'un SSPT. Parmi ces peurs, on retrouve en premier lieu la peur d'un nouveau suicide avec un vécu d'angoisse, d'insécurité et d'imprévisibilité. Plus particulièrement, les parents en deuil après le suicide d'un de leurs enfants sont confrontés à une sévère remise en question de l'éducation prodiguée à l'enfant disparu. On les voit souvent changer radicalement de mode de relation avec leurs enfants, changements qui s'avèrent déstabilisants pour le reste de la fratrie et qui sont la plupart du temps conduits à l'extrême, allant des attitudes de surprotection à la démission parentale [9].

Mme D ne présentera aucun des symptômes caractéristiques du SSPT, en revanche elle se plaindra beaucoup de lombalgies chroniques relativement invalidantes et celles-ci continuaient de perdurer plusieurs mois après son hospitalisation. Or il a été mis en évidence des analogies entre deuil post-traumatique et deuil compliqué de douleurs chroniques. Ils ont par exemple en commun d'engendrer la dépression, la vision catastrophiste, l'anxiété et les tentatives d'évitement de la situation. Dans certains cas, stress post-traumatique et douleur chronique peuvent se renforcer l'un l'autre jusqu'à constituer un véritable cercle vicieux. La survenue de douleurs chroniques expliqueraient, tout autant que le stress post-traumatique, un processus de deuil imparfaitement résolu et laissant encore une souffrance vive s'échapper [4].

#### d. Les éléments du processus de deuil normal [6]

Malgré toute la complexité du tableau que présente Mme D et la survenue d'une décompensation délirante, on peut tout de même retrouver chez elle toutes les étapes classiquement décrites du processus de deuil.

La phase de choc initiale correspond chez elle à un déni transitoire de la réalité de la mort associé à un état d'agitation hypomaniaque dans lequel elle continue à vivre et à agir de façon automatique. Cette agitation réactionnelle, au caractère purement défensif sur un plan psychodynamique ou de *coping* inadapté sur un plan cognitivo-comportemental, la préserve d'émotions intenses et lui permet de se maintenir dans un état d'anesthésie affective. Chez Mme D, cette première étape du processus de deuil ne durera que quelques heures puisque la symptomatologie délirante s'imposera très vite au premier plan mais il décrit que cette phase de sidération initiale puisse durer plusieurs jours.

Dans un second temps, elle traverse la phase de fuite et de recherche. Fuite dans le sens où elle tente tout d'abord d'éviter la confrontation avec la réalité de la perte en ayant l'esprit envahi par un ensemble de considérations mystiques et ésotériques, que ce soit concernant les extraterrestres, les vertus thérapeutiques des cristaux ou bien la médecine alternative. Pendant toute cette phase d'exaltation maniaque, elle n'évoquera jamais le décès de sa fille. Ensuite, surviennent des attitudes de recherche, là aussi sur un mode délirant. Elle tente de préserver le lien interrompu avec sa fille en évoquant avoir récupéré son cœur, pouvoir communiquer avec elle et elle parle abondamment de Epona. Cette étape, en dehors d'un contexte délirant, consiste le plus souvent à ressentir le besoin de porter les vêtements du défunt, à chercher son odeur, sa voix et son image et peut évoluer de manière tout à fait physiologique pendant plusieurs mois.

La troisième étape correspond quand à elle à la déstructuration reflétant la prise de conscience pleine et entière de la dimension irrémédiable de la perte. C'est pendant son hospitalisation, alors que les traitements auront estompés les idées délirantes, que Mme D formule de tels propos, plusieurs semaines après son admission. Au départ, ces prises de conscience s'avèrent très fugaces et sont responsables d'une souffrance très profonde puis elle apprend à supporter cette réalité de manière de plus en plus durable.

La dernière étape du processus de deuil est l'étape de restructuration qui est responsable d'une redéfinition de la personne à trois niveaux :

- Redéfinition de son rapport au monde et à autrui : Mme D, après qu'elle ait retrouvée un peu d'apaisement psychique, demandera très vite à se réinvestir dans ses activités associatives en demandant une permission pour aller à sa conférence sur l'habitat écologique, cet élément nous avait paru être de bon pronostic puisqu'il témoignait de la capacité, étonnamment précoce, de Mme D à réinvestir son énergie dans des activités sublimatoires.
- Redéfinition de son rapport à la personne disparue : Elle parvient à évoquer le souvenir d'Epona sans douleur excessive et anticipe les dates anniversaire avec une certaine inquiétude, consciente qu'elles vont réactiver sa souffrance.
- Redéfinition de son rapport à elle-même : Le deuil d'Epona a exacerbé une pulsion épistémophilique déjà très forte chez Mme D. Elle était déjà

en recherche de théories explicatives du mal-être de sa fille, que celles-ci soient d'ordre psychologique, mystique, biologique. Après le décès, cette recherche s'est emballée si bien qu'elle n'a pu que constater que les réponses à son questionnement étaient infinies. Ainsi chez elle, comme chez tout un chacun, l'amorce de résolution du deuil s'est vue corrélée à l'acceptation d'une part d'énigme, de mystère.

Lorsque Mme D explique qu'elle a la sensation de sentir la présence de sa fille dans sa chambre la nuit et qu'il lui semble souvent la reconnaître lorsqu'elle croise une jeune femme de dos, la symptomatologie délirante initiale était totalement résorbée. D'ailleurs, elle n'adhère pas totalement à ces impressions fugaces et les considère elle-même comme des phénomènes étranges. Ces manifestations sont assez fréquentes, y compris dans les deuils normaux et, en général, ces illusions ne perdurent pas au-delà de quelques mois [13]. Suivant l'approche psychodynamique, ces « hallucinations de deuil » auraient une signification liée à l'histoire du sujet et auraient un rôle restructeur en appuyant le travail de subjectivation de la perte [12]. Classiquement, les endeuillés ne parlent pas de ces illusions par peur d'être pris pour fous. Ces troubles psycho-sensoriels s'apparenteraient d'avantage aux représentations mentales fortes d'un esprit occupé du souvenir du disparu qu'aux hallucinations vraies emportant la totale adhésion du sujet. Les personnes qui ont intensément souhaité une communication sensible avec leur disparu (solicitation idéo-affective directe ou procédé paralogique) n'obtiennent pas de réponse [10].

## 4. Conclusion

A plus d'un titre, le deuil de Mme D peut donc être qualifié de compliqué au sens où « il implique des symptômes qui dépassent ce qui est de l'ordre de l'adaptation à une situation nouvelle » [3]. Les caractéristiques du deuil compliqué selon Prigerson et al. sont les suivantes : 1. Refus d'accepter le décès. 2. Recherche active de la personne disparue. 3. Langueur, désir ardent de l'autre. 4. Préoccupations constantes au sujet de la personne disparue. 5. Incapacité à croire vraiment à la disparition. 6. Sentiment d'être toujours assommé, frappé de stupeur par le décès. 7. Pleurs incoercibles [20]. Certes Mme D a présenté au cours de sa prise en charge l'ensemble de ces caractéristiques mais son deuil s'est également accompagné d'un événement rare qui est la décompensation maniaque avec éléments psychotiques. Événement rare, aussi bien dans l'histoire de vie de Mme D que dans les données épidémiologiques concernant les deuils difficiles [6].

Il persiste à l'heure actuelle un flou nosographique quand à la qualification de ce type de deuil. Le cadre du deuil compliqué semble présent mais dépassé puisque ses caractéristiques ne suffisent pas à rendre compte de la symptomatologie qu'a présentée Mme D. Doit-on parler de deuil pathologique ? Pour la majorité des auteurs dont M.Hanus, le deuil ne peut être qualifié de pathologique que lorsqu'il déclenche des troubles psychiatriques inexistant antérieurement, ce qui n'est pas le cas de Mme D. L'audition publique sur le sujet organisée par la Fédération Française de Psychiatrie définit le deuil pathologique comme « une situation de deuil qui se manifeste par un ou des troubles psychiatriques chez un individu parfois indemne d'antécédents psychiatriques ». Stricto sensu, le deuil de Mme D pourrait donc être, au regard de cette définition, qualifié de pathologique dans la mesure où elle était déjà diagnostiquée et traitée pour trouble bipolaire. Par ailleurs, on pourrait envisager de qualifier simplement cet épisode de « décompensation bipolaire sur un versant maniaque avec éléments psychotiques, réactionnel à un deuil » mais s'agit-il bien d'une simple décompensation bipolaire ? La symptomatologie de Mme D au décours du deuil de sa fille ne paraît-elle pas plus large, résultant de l'intrication d'une authentique décompensation bipolaire réactionnelle et d'un deuil très difficile réalisant un tableau bien plus complexe ? Il serait tout à fait préjudiciable pour la prise en charge thérapeutique ultérieure de cette patiente de réduire l'endeulement à un simple élément déclencheur d'une décompensation.

Quoiqu'il en soit, le deuil de Mme D témoigne de la grande vigilance qu'il faut avoir lorsque survient un décès dans l'entourage familial de personnes à risque de complication. L'utilisation d'échelles d'évaluation quantitatives est à favoriser mais en conservant à l'esprit leurs limites. Les facteurs de risque prédictifs de SSPT doivent être recherchés, et son diagnostic doit être posé le plus précocement possible. En cas de survenue, les stratégies de thérapie brève d'orientation cognitivo-behavioristes sont à préférer.

Il existe deux grands courants d'interventions disponibles pour le soutien aux personnes endeuillés après suicide. D'une part le soutien social avec les approches de parrainage, de groupes d'entraide et de groupes de soutien. D'autre part, pour les personnes qui souhaitent amorcer une démarche de réflexion personnelle ou alors pour les personnes dont le deuil se complexifie, les approches de psychothérapie sont indiquées [21]. Le rôle des associations dédiées aux endeuillés par suicide semble également établi et il est essentiel de penser à orienter les patients vers ces bénévoles. En Flandres, les efforts des endeuillés après suicide ont été combinés avec ceux des soignants afin d'augmenter la disponibilité et la qualité du soutien à ces endeuillés [1]. Dans tous les cas, une intervention précoce, qu'il s'agisse de soins ou d'un simple accompagnement, semble tout à fait indispensable pour aider à se prémunir de risques évolutifs dramatiques tels que le passage à l'acte autolytique ou la mortalité secondaire à des complications somatiques de l'endeuillement [8].

On ne peut également que confirmer les données consensuelles attestant du fait que le deuil par suicide, malgré toutes les difficultés qu'il représente, ne présente pas de particularités par rapport au deuil normal. On peut y retrouver toutes les étapes du processus de deuil normal mais souvent avec des intensités inhabituelles, entre autre les sentiments de culpabilité, de colère et d'identification. Afin d'aider au mieux les endeuillés en améliorant les stratégies de postvention, la pratique des autopsies psychologiques, encore trop marginale en France, pourrait constituer un outil de recherche particulièrement intéressant afin d'aider à comprendre, et *in fine* de prévenir, le comportement suicidaire [6].

## 5. Bibliographie

- [1] : Andriessen K. Comment améliorer le soutien aux endeuillés après suicide ? Expériences issues du Programme national pour les endeuillés après suicide en Flandres belges in Perspectives Psy, Volume 47, N°4, octobre-décembre 2008, p. 384-389
- [2] : Arce Ross G. Facteurs blancs et déclenchement du délire dans la psychose maniaco-dépressive in Evolution Psychiatrique 2001 ;66 :474-87
- [3] : Bacqué M.F. Mourning and traumatism in Annales Médico Psychologiques 164 (2006) 357-363
- [4] : Benezech J-P. Stades du deuil et douleurs chroniques in Douleurs, 2005, 6, 5
- [5] : Bourgeois M.L. Qualitative and quantitative methods in grief studies in Annales Médico Psychologiques 164 (2006) 278-291
- [6] : Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien : Audition publique organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, 25 et 26 novembre 2009, Espace Reuilly – Paris (75012)
- [7] : Castelli Dransart D.A, Séguin M. Besoins des personnes confrontées à un suicide et modalités de soutien disponibles : quelles interfaces ? in Perspectives Psy, Volume 47, N°4, octobre-décembre 2008, p. 365-374
- [8] : Davies J. Grieving after a sudden death : the impact of the initial intervention in Accident and Emergency Nursing (1997) 5, 181-184
- [9] : Fauré C. Accompagner un parent en deuil après le suicide d'un enfant in Med Pal 2007 ; 6 : 69-75
- [10] : Feline A. Réactions pathologiques au long du deuil chez l'adulte in Psychiatrie d'aujourd'hui sur des formes modernes de la pathologie mentale. Congrès Mondial de Psychiatrie, Honolulu 1977
- [11] : Freud, S., 1917. « Deuil et Mélancolie », métapsychologie, trad. fr. Gallimard-Folio, Paris, 1968
- [12] : Garcia Menendez J. Hallucination and mourning : Some remarks in connection with a clinical case in Psychologie clinique 2006 n°22, pp. 191-202

- [13] : Hanus M. Normal mourning, difficult mourning, complicated mourning and pathological mourning in *Annales Médico Psychologiques* 164 (2006) 349-356
- [14] : Hanus, M. Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant, 3<sup>ème</sup> édition, 2007, Maloine
- [15] : Hanus, M. Le deuil après suicide, 1<sup>ère</sup> édition, 2004, Maloine
- [16] : Kernier N, Canouï P, Thouvenin B. Suicidal gesture, acted expression of a tacit violence ? in *Evolution Psychiatrique* 75 (2010) 123-137
- [17] : Lawrence G, Calhoun J.W, Faulstich M.E. Reactions to the parents of the child suicide : A study of social impressions in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 48, Issue 4, August 1980, Pages 535-536
- [18] : Lindeman E. Symptomatology and management of acute grief in *American Journal of Psychiatry* 1944;101:141-8
- [19] : Mishara B.L, Houle J. Le rôle des proches dans la prévention du suicide in *Perspectives Psy*, Volume 47, N°4, octobre-décembre 2008, p. 343-349
- [20] : Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF et al. Inventory of complicated grief : a scale to measure maladaptive symptoms of loss in *Psychiatry Research* 1995 ;59 :65-79
- [21] : Séguin M, Castelli Dransart D.A. Possibilités et modalités de soutien pour les personnes endeuillées par suicide in *Perspectives Psy*, Volume 47, N°4, octobre-décembre 2008, p. 375-383
- [22] : Stepakoff S. From destruction to creation, from silence to speech: Poetry therapy principles and practices for working with suicide grief in *The Arts in Psychotherapy* 36 (2009) 105-113
- [23] : Vallée D. Tentative de suicide et suicide, les tragédies de l'adolescence in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2008/1 (n° 40)
- [24] : Waldvogel J, Rueter M, Oberg C.N. Adolescent Suicide : Risk Factors and Prevention Strategies in *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2008;38:110-125



[24] : Wendy L, Watson D.L. Is there life after suicide? The systemic belief approach for “survivors” of suicide in Archives of Psychiatric Nursing, Volume 7, Issue 1, February 1993, Pages 37-43

## 6. Annexes

### a. Échelle de deuil compliqué (ICG)

- 1 Je pense tellement à cette personne qu'il est difficile pour moi de faire les choses que je fais d'habitude.
- 2 Les souvenirs de cette personne morte me perturbent...
- 3 Je sens que je ne peux accepter la mort de cette personne...
- 4 Je sens un désir intense (de la présence) de cette personne morte, qui me manque beaucoup...
- 5 Je me sens attiré vers les endroits et les objets ayant un rapport avec cette personne morte...
- 6 Je ne peux m'empêcher d'être en colère à propos de sa mort...
- 7 Je n'arrive pas à croire à ce qui est arrivé...
- 8 Je suis stupéfait et abasourdi par ce qui est arrivé...
- 9 Depuis qu'elle est morte, il est difficile pour moi de faire confiance aux gens...
- 10 Depuis qu'elle est morte, c'est comme si j'avais perdu la possibilité de me soucier des autres personnes...
- 11 Je me sens très seul la plupart du temps depuis sa mort...
- 12 J'éprouve des douleurs dans les mêmes parties du corps ou les mêmes symptômes que la personne qui est morte...
- 13 Je fais des détours pour éviter ce qui rappelle cette personne morte...
- 14 Je trouve que la vie est vide sans cette personne morte...
- 15 J'entends la voix de cette personne morte qui me parle...
- 16 Je vois cette personne morte se tenir devant moi...
- 17 Je sens qu'il est injuste que je doive vivre quand cette personne est morte...
- 18 J'éprouve une amertume à propos de la mort de cette personne...
- 19 Je me sens envieux envers les autres qui n'ont pas perdu quelqu'un de proche...

Les réponses sont cotées de 0 à 4 : jamais : 0 ; rarement : 1 ; quelquefois : 2 ; souvent : 3 ; toujours : 4. Score maximum : 76 ; Seuil pathologique ICG > 25.

### b. Critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique (d'après le DSM IV-TR)

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

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**

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**

Évitement persistant des stimuli 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**

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. »

## c. Liste des associations d'aide aux endeuillés par suicide

### **Association Astrée**

Restauration du lien social, lutte contre isolement

20 rue Dulong 75017 PARIS

Tél : **01 42 27 68 28** - Fax : 01 42 27 71 37

Mail : [association.astree@wanadoo.fr](mailto:association.astree@wanadoo.fr)

Site Internet : [www.astree.asso.fr](http://www.astree.asso.fr)

### **Association "Christophe"**

Prévention du suicide des jeunes

et soutien des endeuillés par suicide

Hôpital de la Timone 13385 MARSEILLE CEDEX 05

Tél : **04 91 81 27 60**

Mail : [ass.christophe@wanadoo.fr](mailto:ass.christophe@wanadoo.fr)

Site Internet : <http://www.christophelavieavanttout.com>

### **Centre Jean Bergeret**

Ecoute des endeuillés. Groupes de parole  
9 Quai Jean Moulin 69001 LYON  
Tél : **04 72 10 94 30**  
Mail : [cndt@wanadoo.fr](mailto:cndt@wanadoo.fr) - Site Internet : [www.ersp.org](http://www.ersp.org)

### **Association Nationale Jonathan Pierres Vivantes**

Accompagnement des familles en deuil d'un enfant  
notamment par suicide  
4/6 place de Valois 75001 PARIS  
Tel / Fax : **01 42 96 36 51**  
Mail : [jonathanpierresvivantes@wanadoo.fr](mailto:jonathanpierresvivantes@wanadoo.fr)  
Site Internet : [www.anjpv.asso.fr](http://www.anjpv.asso.fr)

### **Phare Enfants Parents**

Prévention du suicide des jeunes.  
Accueil et écoute des endeuillés par suicide  
5 rue Guillaumot 75012 PARIS  
Tel : **01 42 66 55 55** - Tél écoute : **0 810 810 987**  
Mail : [vivre@phare.org](mailto:vivre@phare.org) - Site Internet : [www.phare.org](http://www.phare.org)

### **Fédération des Portes Ouvertes**

Écoute et accueil  
21 rue Duperré 75009 PARIS  
Tel : **01 48 74 69 11** - Lieux d'accueil : **0803 33 33 11**  
Mail : [laporteouverte@free.fr](mailto:laporteouverte@free.fr)  
Site Internet : [www.apmcj.com](http://www.apmcj.com)

### **Union des Centres Recherches et Rencontres**

Lutte contre l'isolement et pour la prévention du suicide  
61 rue de la Verrerie 75004 PARIS  
Tél : **01 42 78 19 87**  
Mail : [cmp.retr@wanadoo.fr](mailto:cmp.retr@wanadoo.fr)  
Site Internet : <http://www.infosuicide.org>

### **Fédération SOS Suicide Phénix**

Accueil et écoute de toute personne confrontée au suicide  
40/44 rue de la Sablière 75014 PARIS  
Écoute : **01 40 44 46 45**  
Mail : [sos-suicide-phenix-paris@wanadoo.fr](mailto:sos-suicide-phenix-paris@wanadoo.fr)  
Site Internet : [www.sos-suicide-phenix.org](http://www.sos-suicide-phenix.org)

### **Suicide Ecoute**

Prévention du suicide par l'écoute et le soutien  
5 rue du Moulin Vert 75014 PARIS  
Tél : **01 45 39 40 00**  
Mail : [suicide.ecoute@wanadoo.fr](mailto:suicide.ecoute@wanadoo.fr)  
Site Internet : <http://suicide.ecoute.free.fr>

***Fédération Européenne Vivre son Deuil***

Soutien des personnes en deuil. Formation des intervenants

7 rue Taylor 75010 PARIS

Tél / Fax : 01 42 08 11 16 - Ecoute : **01 42 38 08 08**

Mail : [fevsd@vivresondeuil.asso.fr](mailto:fevsd@vivresondeuil.asso.fr)

Site Internet : [www.vivresondeuil.asso.fr](http://www.vivresondeuil.asso.fr)