Document généré le 14 juil. 2025 13:33

Santé mentale au Québec

L'après-suicide, une expérience unique de deuil? Mourning suicide: A unique experience?

Monique Séguin, Margaret C. Kiely et Alain Lesage

Volume 19, numéro 2, automne 1994

Le suicide

URI : https://id.erudit.org/iderudit/032313ar
DOI : https://doi.org/10.7202/032313ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Séguin, M., Kiely, M. C. & Lesage, A. (1994). L'après-suicide, une expérience unique de deuil? *Santé mentale au Québec*, *19*(2), 63–82. https://doi.org/10.7202/032313ar

Résumé de l'article

Le groupe d'étude national sur le suicide au Canada suggère que les personnes qui vivent un deuil suite à un suicide forment un groupe à risque suicidaire. La littérature rapporte que ces endeuillés ont un taux de suicide neuf fois plus élevé que la population générale. Des auteurs suggèrent que ce type de deuil est plus intense et plus long que d'autres formes de deuil, constat que d'autres ont remis en doute. Qu'en est-il? Le deuil suite à un suicide est-il différent? S'agit-il d'une expérience unique de deuil? Un examen attentif de l'ensemble des études nous apprend que le deuil suite à un suicide présente des caractéristiques particulières, qui se manifestent davantage chez des personnes plus vulnérables.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1994

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1994, XIX, 2, 63-82

L'après-suicide, une expérience unique de deuil?

Monique Séguin*
Margaret C. Kiely**
Alain Lesage***

Le groupe d'étude national sur le suicide au Canada suggère que les personnes qui vivent un deuil suite à un suicide forment un groupe à risque suicidaire. La littérature rapporte que ces endeuillés ont un taux de suicide neuf fois plus élevé que la population générale. Des auteurs suggèrent que ce type de deuil est plus intense et plus long que d'autres formes de deuil, constat que d'autres ont remis en doute. Qu'en est-il? Le deuil suite à un suicide est-il différent? S'agit-il d'une expérience unique de deuil? Un examen attentif de l'ensemble des études nous apprend que le deuil suite à un suicide présente des caractéristiques particulières, qui se manifestent davantage chez des personnes plus vulnérables.

L'ensemble des connaissances sur le deuil suite à un suicide repose sur trois sources d'information. La première est constituée d'études descriptives, c'est-à-dire d'observation et de discussion de cas cliniques ainsi que des concepts et des idées qui émergent de cette littérature. La seconde, tirée des recherches en psychologie sociale, offre des informations sur la perception que les membres de la communauté ont des personnes qui subissent une perte par suicide. Enfin, une troisième source de données provient des études avec groupe témoin qui comparent un groupe de personnes endeuillées par suicide à d'autres groupes d'endeuillés. Nous passerons en revue chaque type d'informations avant de proposer un modèle élargi du deuil suite à un suicide.

* Psychologue et professeure à l'Université du Québec à Hull au Département de Sciences humaines, et chercheure associée au Centre de recherche Fernand-Seguin.

** Professeure à l'Université de Montréal au Département de Psychologie.

*** Psychiatre et chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin.

Études cliniques

On trouve dans la littérature nombre d'histoires cliniques décrivant les problèmes particuliers que vivent les endeuillés par suicide. Quatre grandes caractéristiques sont propres au deuil suite à un suicide et le distinguent des autres types de deuil: (1) les réactions émotionnelles douloureuses; (2) la recherche d'un sens au suicide; (3) les images de mort violente; (4) l'isolement et la modification des relations interpersonnelles.

Les réactions émotionnelles douloureuses

Au début du deuil, à l'annonce du décès ou lors de la découverte du corps, on décrit des réactions de choc, de confusion et des formes variées de déni (Bowlby, 1961; Demi, 1984; Miles et Demi, 1992; Weiseman, 1972). Le déni peut se manifester sous une ou plusieurs formes différentes: le déni à l'égard de la nature du décès (on préfère croire à un homicide camouflé); le déni des émotions qui y sont associées (on préfère ne pas reconnaître des sentiments douloureux que provoque le décès); enfin, le déni de son impact dans la vie de l'individu (on préfère croire que le suicide n'a rien changé dans sa vie). Une période de déni qui se prolonge est une indication que le deuil se complexifie.

Les études cliniques décrivent également des sentiments de colère, de culpabilité, d'auto-accusation, de regret, d'abandon et d'impuissance. L'endeuillé peut croire que la personne qu'il aimait préférait mourir plutôt que de vivre avec lui. Cette perception a pour effet de diminuer le sentiment d'estime de soi, de confiance en soi, de compétence personnelle et interpersonnelle. Alors le suicide de l'endeuillé peut apparaître cognitivement comme un moyen de fuir la douleur, la souffrance, et l'insécurité que provoque le deuil (D'Amours et Kiely, 1985). Le suicide peut enfin constituer une réponse comportementale qui, par imitation, amène certains membres d'une même famille à reproduire un geste suicidaire.

La recherche d'un sens

Barrett et Scott (1990) notent que la recherche d'un sens à cette tragédie est souvent rapportée alors que ce thème n'est pas régulièrement évoqué en regard du deuil suite à d'autres formes de pertes.

Cette quête du pourquoi s'amorce souvent par la recherche d'un coupable, ce qui permet à l'endeuillé, du moins dans les premières semaines, de se dégager de l'intolérable idée qu'il pourrait, d'une

manière ou d'une autre, être impliqué dans la mort de la personne suicidée (D'Amours et Kiely, 1985). La recherche d'un sens s'inscrit à travers un processus cognitif qui consiste à donner à cet événement une symbolique, à tenter de comprendre ce qui vient d'arriver et à répondre à la question inévitable: pourquoi cet événement s'est-il produit? Selon D'Amours et Kiely (1985), le suicide d'un enfant brise la barrière de l'impossible, en ce qu'il ébranle profondément les convictions personnelles et l'ordre des choses.

Suite au suicide, l'endeuillé interprète souvent la mort de l'autre comme un indice de sa propre valeur personnelle et de la valeur qu'il devait avoir aux yeux de l'autre (Séguin, 1989). La recherche d'un sens amène inévitablement à un questionnement plus narcissique, à travers lequel l'endeuillé remet en question ses propres compétences, ses habiletés, ses projets d'avenir, sa relation à autrui, etc. Il n'est pas étonnant que la recherche d'un sens soit un long chemin tortueux et torturant pour l'endeuillé.

Les images de mort violente

Les images de mort violente provoquent souvent des réactions de choc importantes et hantent les endeuillés, qu'ils aient vu le corps ou l'aient seulement imaginé (Dunne et al., 1989). On retrouve d'ailleurs ces manifestations dans le syndrome de stress post-traumatique, qui se caractérise par une réémergence constante des souvenirs désagréables de l'événement traumatique (Horowitz, 1976). Ceci amplifie chez les endeuillés tous les fantasmes et les fantaisies de mort. Winch et Letofsky (1981) expliquent de manière éloquente comment les circonstances tragiques compliquent les réactions de deuil:

> «les circonstances du suicide font qu'en général ce sont la famille et les amis qui découvrent le corps, souvent mutilé, de la victime sans pouvoir bénéficier du soutien professionnel du personnel hospitalier. Ils sont immédiatement interrogés par la police, le coroner, les enquêteurs des sociétés d'assurances et parfois par des représentants des médias. Un décès par suicide place donc pour toutes ces raisons les survivants dans une situation unique qui diffère qualitativement de l'expérience habituellement vécue par les membres de la famille après un décès plus «normal» (p. 523).

L'isolement et la modification des relations interpersonnelles

Selon Demi (1984), l'isolement est fréquent suite à un suicide et, pour cette raison, les endeuillés comptent davantage sur le soutien de leur famille (Hatton et Valente, 1981). Cependant, l'unité familiale

peut être difficile à maintenir: les membres peuvent être hantés par la crainte qu'un autre membre puisse reproduire un geste suicidaire, ils peuvent hésiter à parler ouvertement de leur douleur, de peur de démoraliser les autres davantage. Selon McIntosh (1987), le sentiment d'isolement et de séparation d'avec sa famille, ainsi qu'avec les gens extérieurs à elle, sont des problèmes particuliers aux endeuillés suite à un suicide.

Les endeuillés eux-mêmes peuvent avoir honte de parler du suicide (Cain, 1972), par crainte d'être jugés ou que la personne décédée soit jugée. Cette hésitation amène une conspiration du silence et altère les relations sociales puisque certains sont au courant du suicide alors que d'autres ne le sont pas (Rudestam et Imbroll, 1983). Ainsi le soutien social que les endeuillés auraient pu recevoir en d'autres occasions ne pourra se manifester (Thornton et al., 1989). Ceci provoque généralement une situation d'isolement et de solitude où l'endeuillé se sent stigmatisé.

Critique

La littérature descriptive offre une mine d'informations précieuses quant aux difficultés liées au travail de deuil et à leur évolution dans le temps. Devant ces données, il ne fait pas de doute que ce deuil semble être constitué d'expériences particulières qui ne se retrouvent pas dans le deuil causé par un autre type de décès. Cependant, on doit s'interroger quant à la représentativité de la population décrite. Les études cliniques ne discutent que des personnes pour qui le deuil par suicide est compliqué, ou pathologique: généralement ceux pour qui le deuil se réalise normalement ne consultent pas. Les caractéristiques décrites ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble de la population d'endeuillés. On oublie souvent ceux pour qui la résolution du deuil s'effectue de façon normale.

Recherches sur les perceptions sociales

Les recherches sur les perceptions sociales confirment un effet de stigmatisation sociale particulier en regard du deuil par suicide. L'évaluation des attitudes sociales indique que le suicide est un type de décès qui est perçu négativement (Calhoun et al., 1980, 1984, 1986a; Goldney et al., 1987; Reynolds et Cimbolic, 1988; Rudestam et Agnelli, 1987). Kalish et al. (1974) notent que les personnes décédées par suicide sont perçues par la communauté comme étant «folles» ou «mentalement dérangées».

Ces études démontrent que les membres de la communauté ont tendance à juger de façon négative et à accuser sévèrement les endeuillés d'un suicide plus que les endeuillés de toute autre forme de décès. Calhoun et al. (1986b) ont interrogé des citoyens choisis au hasard dans des endroits publics à l'aide de trois histoires fictives décrivant la mort d'un conjoint: par suicide, par accident d'automobile, et par leucémie. Les répondants croient que les veuves dont le mari est décédé d'un suicide ont plus de raisons de se sentir coupables, qu'elles auront un deuil plus difficile, qu'elles doivent avoir plus de raisons d'avoir honte, et qu'elles auront besoin de plus d'aide professionnelle que les autres veuves.

D'autres études (Calhoun et al., 1980, 1982; Gordon et al., 1987) arrivent invariablement aux mêmes conclusions. Rudestam et Imbroll (1983) ont utilisé des vignettes décrivant le décès hypothétique d'enfants: par suicide, par surdose de drogue, par maladie et enfin par accident d'automobile dans lequel un parent conduisait. Les résultats confirment l'effet de stigmatisation sociale et un sentiment général de blâme des parents endeuillés suite à un suicide.

Range et Thompson (1987) ont évalué comment les personnes de la communauté envisagent les interactions sociales avec les endeuillés d'un suicide. De façon significative, les répondants perçoivent les contacts sociaux comme étant plus stressants que les interactions avec d'autres types d'endeuillés. Ils ont un sentiment négatif à l'égard des parents d'enfant décédé suite à un suicide, qui sont perçus comme étant moins aimables que les autres parents. Les répondants croient aussi que les règles au salon funéraire sont différentes et plus contraignantes qu'à l'occasion d'une autre forme de décès. Ces interactions sociales expliqueraient une tendance générale d'évitement, d'accusation et de blâme, qui isole les endeuillés tout en diminuant les sources de soutien social.

Dans une étude évaluant le soutien reçu suite à un décès par suicide, Thornton et al. (1989) confirment la perception négative de l'entourage envers les endeuillés d'un suicide et la faible présence des amis lors des cérémonies funéraires. Calhoun et al. (1989) ont interrogé 29 directeurs de salons funéraires sur les comportements d'endeuillés de diverses formes de décès: les deux types de décès qui provoquent le plus d'inconfort des endeuillés et de leur réseau social sont le décès par suicide et l'homicide. Ainsi 88 % des directeurs croient que les endeuillés suite à un suicide vivent plus d'embarras lors de la période des rites funéraires. L'entourage semble également avoir plus de difficulté à exprimer de la sympathie ou à offrir du

soutien, et les proches expriment quelquefois des commentaires désobligeants envers la famille endeuillée.

Critique

Les études sur les perceptions sociales permettent de comprendre davantage l'abandon social que les endeuillés disent vivre. La condamnation, le blâme et l'inconfort social contribuent à complexifier le deuil de sorte que les endeuillés hésitent à parler du décès à leur entourage afin de se soustraire aux commentaires négatifs, ou de protéger du jugement social la personne décédée. Ce faisant, ils se privent aussi du soutien dont ils pourraient bénéficier de la part de certaines personnes, et ne perçoivent plus les autres comme une source d'aide potentielle. Ceci les isole, diminue le soutien social, et contribue à éliminer certaines stratégies d'adaptation comme l'expression des émotions, qui peuvent être utiles lors de la résolution du deuil.

Cependant, il ne faut pas oublier que les études sur les perceptions sociales demandent à des individus d'évaluer des histoires fictives et d'en faire un classement comparatif. Deux observations s'imposent. D'abord, il existe une différence entre ce qu'on pense faire devant une situation hypothétique et ce qu'on fait lorsque la situation se présente réellement. Et puis, la dynamique de l'isolement social est complexe. Est-ce que l'entourage s'éloigne des endeuillés parce qu'ils sont trop mal à l'aise, ou est-ce les endeuillés qui ne perçoivent pas leur entourage comme une source de soutien potentiel de peur d'être jugés, ou encore est-ce une interaction de ces deux dynamiques ?

On doit aussi mettre en question le lien entre le deuil par suicide et l'isolement social, puisqu'on en parle surtout comme d'une chose qui se produit après le décès, comme une conséquence du décès. Or, nous ne savons rien de la qualité des interactions ou de la constitution du soutien social avant le décès. Il est possible que le suicide ne fasse que placer un éclairage immédiat sur des difficultés relationnelles qui existaient peut-être déjà avant le décès.

Recherches à l'aide de devis avec groupes témoins

Les chercheurs ont tenté de vérifier à l'aide de devis à cas témoin si le deuil suite à un suicide est différent des autres types de deuil comme le laissent entendre les observations cliniques et les perceptions sociales. Certaines études ont comparé des endeuillés par

suicide et des endeuillés suite à un accident d'automobile (voir tableau 1). Ces deux formes de deuil offrent un élément de comparaison intéressant puisqu'elles représentent des pertes subites.

Tableau 1

Études à cas témoins avec groupe de comparaison

Auteurs	Population	Groupes	Période de deuil	Âge au décès	Conclusions
Demi 1984	20 veuves 20 veuves	Suicide Accident	12 à 21 mois	–	+ culpabilité
Pennebaker O'Heron 1984	9 veuves 10 veuves	Suicide Accident	12 à 24 mois	–	= confidences
McNeil et al. 1988	13 veuves 13 veuves	Suicide Accident	11 à 24 mois	–	+ culpabilité
Barrett et Scott 1990	14 veuf/ves 15 veuf/ves 15 veuf/ves 13 veuf/ves	Suicide Accident Subit Anticipé	24 à 48 mois	24 à 48 ans	+ rejet + expériences uniques
Demi et Miles 1988	59 parents 61 parents	Suicide Décès	2 semaines 7 ans	1 à 36 ans	= des groupes
Reed et Greenwald 1991	92 endeuillés* 105 endeuillés*	Suicide Accident	9 mois	variables	+ culpabilité + rejet
Farberow et al. 1992	108 veuf/ves 199 veuf/ves 144 contrôles	Suicide Décès Témoin	4 mesures: 2, 6, 12 et 24 mois	55 ans et +	+ anxiété – de soutien émotif
Cleiren, 1993	91 endeuillés* 93 endeuillés* 125 endeuillés*	Suicide Accident Maladie	2 mesures: 4 et 14 mois	variables	+ difficultés sociales
Séguin et al. 1993	30 parents 30 parents 31 parents	Suicide Accident Témoin	2 mesures: 6 et 9 mois	17 à 33 ans	+ pertes – soutien

* Les endeuillés formaient des groupes hétérogènes; époux, parents, frères, sœurs et enfants de la personne décédée.

Demi (1984) ainsi que McNeil et al. (1988) ont comparé deux groupes de veuves. Les conclusions de ces deux études se ressemblent: elles n'obtiennent pas de différences significatives entre les groupes, mis à part le niveau de culpabilité qui est plus élevé chez le groupe de veuves suite à un suicide. La troisième étude comparative (Pennebaker et O'Herron, 1984) n'observe aucune différence à l'égard des confidences que les veuves font à des membres de leur entourage.

L'étude de Barrett et Scott (1990) compare l'expérience de deuil chez quatre groupes de veuves ou veufs entre 24 et 48 ans. Les résultats indiquent que le groupe d'endeuillés par suicide présente une différence significative à certaines échelles du questionnaire de deuil. Le sentiment d'être rejeté et celui de vivre des expériences uniques telles que l'embarras, le sentiment d'être puni, et celui d'être

mal à l'aise de parler ouvertement des causes du décès semblent être propres à ce groupe. Les auteurs concluent que certaines réactions sont spécifiques au deuil suite à un suicide.

L'étude de Demi et Miles (1988) compare les problèmes de santé et la détresse émotionnelle des parents. La période de deuil variait entre deux semaines et sept ans alors que l'âge des enfants à leur décès variait entre un et 36 ans. Les deux groupes ont montré un niveau de détresse modéré, une augmentation des problèmes physiques et une augmentation de leur consommation de médication.

La sixième étude (Reed et Greenwald, 1991) utilise un questionnaire de deuil non standardisé de 26 items. Les résultats suggèrent que l'adaptation au deuil dépend du lien de parenté avec la personne décédée. Les parents rapportent plus de sentiments de culpabilité, de honte et de choc que les époux et épouses, alors que les frères et sœurs se situent à mi-chemin. Les auteurs notent que les endeuillés par suicide vivent plus de culpabilité et de rejet, mais moins de détresse émotionnelle et de choc, que les endeuillés du groupe accident.

La septième étude (Farberow et al., 1987; 1992) est la seule étude longitudinale qui s'intéresse aux réactions de deuil suite à un suicide de personnes âgées. Les auteurs observent des différences significatives entre le groupe de personnes endeuillées et le groupe contrôle au niveau des mesures standardisées de la dépression, de la détresse psychologique et de l'état de santé. Entre le groupe d'endeuillés suite au suicide et celui suite à une mort naturelle, l'anxiété est significativement plus élevée chez le groupe d'endeuillés par suicide à deux mois. Quant au soutien social, les résultats indiquent que les endeuillés par suicide reçoivent moins de soutien émotif que les endeuillés de mort naturelle. Les femmes rapportent en général recevoir plus de soutien que les hommes. À six mois du décès, il y a une baisse de soutien social pour les deux groupes endeuillés. À la fin de la seconde année, les deux formes de soutien, pratique et émotif, ont augmenté au même niveau qu'immédiatement après le décès pour les deux groupes.

Dans l'étude de Cleiren (1993), les endeuillés étaient répartis de manière suivante: 73 époux ou épouses, 68 parents, 86 frères ou sœurs et 92 enfants adultes. Les résultats démontrent que le niveau de fonctionnement social est inférieur chez le groupe suicide. Les préoccupations des endeuillés par suicide sont différentes de celles des endeuillés des autres groupes. Ils perçoivent les réactions sociales

extérieures de manière plus négative, ce qui perturbe davantage les interactions sociales.

Une dernière étude (Séguin et al., 1993) compare aussi trois groupes. Les résultats indiquent que les parents du groupe suicide perçoivent recevoir moins de soutien social et rapportent plus de difficulté d'ajustement au sein de la famille. On note aussi une histoire de pertes davantage complexe: plus de pertes dans l'enfance et à l'âge adulte chez les parents du groupe suicide.

En résumé, les études à cas témoin obtiennent des résultats significatifs quant à certaines variables comme la présence de sentiments de culpabilité, d'embarras, de honte et de rejet chez les endeuillés. On observe aussi certaines difficultés de soutien social, d'échange émotif, du moins six mois après le suicide, et les endeuillés rapportent avoir plus de réticences à parler ouvertement des causes du décès. Ils ont enfin un ajustement social et familial plus difficile suite au décès que les autres groupes.

Critique

Si les études cliniques et sociales se positionnent clairement et décrivent avec autant d'évidence les caractéristiques particulières du deuil par suicide, les études comparatives sont plus prudentes et nuancées. Comment expliquer cette différence? Lors de discussions, Calhoun et al. (1982), Ness et Pfeffer (1990), Osterweis et al. (1984) relèvent quatre critiques méthodologiques qui peuvent expliquer le caractère exploratoire de certaines études. Ces critiques sont que (1) les modèles théoriques de référence sont souvent laissés pour compte, ce qui gêne l'interprétation des résultats; (2) peu d'études utilisent un groupe de comparaison ou un groupe non endeuillé; (3) le nombre de participants est généralement petit; (4) les recherches existantes utilisent souvent des instruments ne mesurant pas des variables qui discriminent suffisamment le processus de deuil.

Les modèles théoriques

La variation quant à la durée du deuil au moment de la réalisation des études est très inégale. On constate que certaines études interrogent des participants qui se situent à des moments différents de l'évolution du deuil, bien que les modèles théoriques proposent de concevoir le deuil comme un phénomène progressif.

Au niveau conceptuel, on s'entend pour distinguer trois grandes périodes du processus de deuil: la protestation, la désorganisation et

la réorganisation (Bowlby, 1961; Parkes, 1972). Le processus de résolution du deuil étant dynamique, la durée et l'intensité de ces périodes vont varier d'un individu à l'autre. Cependant, puisque les études sur le deuil tentent de comparer l'ajustement au deuil, il serait nécessaire de comparer des personnes qui sont au même point du processus. Il faut distinguer entre processus et ajustement et, pour cette raison, la comparaison d'individus dont la durée de deuil est trop variable semble douteuse.

De fait, le deuil constitue un processus normal qui s'accomplit graduellement après une perte et, dans cette perspective, il fait partie intégrante de la normalité. Par contre, le deuil compliqué, variante du deuil dit normal, se caractérise par une difficulté à maintenir des relations satisfaisantes, une difficulté à modifier et à réviser les projets de vie, et une mauvaise santé physique (Sable, 1992). Le deuil chronique ou pathologique n'apparaît que lorsque les réactions de deuil se prolongent, s'intensifient et s'accompagnent d'anxiété, de dépression et de colère. Ces symptômes s'expriment par une culpabilité intense, un isolement social, des comportements agoraphobiques, des symptômes psychosomatiques et l'alcoolisme (Parkes, 1990; Worden, 1982). Il est donc possible que les expériences particulières que constitue le deuil par suicide conduisent plus de personnes à vivre un processus de deuil complexe.

La population à l'étude: groupe de comparaison et nombre de participants

Dans certains cas, on compare les réactions lors du deuil de parents avec celles de conjoints, d'enfants, ou des membres de la fratrie. Malgré que le sens qu'on accorde à une perte soit très subjectif, puisque la perte d'un frère ou d'une sœur peut représenter pour un endeuillé la perte symbolique d'un père ou d'une mère, il faut quand même distinguer la nature des pertes. Généralement, les réactions à la perte d'un enfant ne seront pas les mêmes qu'à la perte d'un conjoint, puisque les rôles dévolus à l'un et à l'autre sont différents. Le décès d'un conjoint peut occasionner de multiples problèmes comme la perte du soutien financier ou du confident et entraîner des problèmes de solitude affective ou sexuelle, des difficultés liées à l'accumulation de tâches nouvelles, etc. (Lavoie, 1983). La perte d'un enfant peut provoquer un questionnement sur ses qualités parentales, un des rôles parentaux étant de prendre soin de ses enfants et de les protéger. Lorsqu'un enfant se suicide, les parents vivent une blessure narcissique importante en regard de leurs compétences en tant que parents.

En plus, ces parents n'ont pas toujours vécu une période de transition graduelle, durant laquelle l'enfant prend de plus en plus d'autonomie. Souvent le changement est brusque, et passe d'une préoccupation continuelle à une absence douloureuse.

Autre remarque importante, le nombre généralement restreint de participants dans certaines études crée un biais à la validité externe, donc à toute généralisation possible. On doit aussi tenir compte des méthodes de recrutement qui sont elles aussi assez différentes et inégales, certaines études ayant choisi un échantillon de convenance, alors que d'autres ont des méthodes de recrutement plus représentatives. Mentionnons enfin le manque de groupe contrôle, en particulier le manque de groupe non endeuillé, dans certaines études, ce qui prive de critères pour jauger l'ampleur des difficultés des personnes endeuillées.

Les instruments de mesure

Le choix des instruments de mesure constitue une décision importante lors de n'importe quelle étude. La plupart des recherches mesurent l'ajustement au deuil par des mesures de dépression, de santé physique et psychologique. Cependant, Osterweiss et al. (1984) doutent que les variables comme la dépression et la santé mesurent réellement l'ajustement au deuil. Les études sur le veuvage (Parkes, 1972: Vachon et al., 1988; Raphael et al., 1988) démontrent habituellement une amélioration de l'état de santé, physique et psychologique, dans les six premiers mois suivant le décès du conjoint. De fait, les symptômes aigus, facilement détectables par des mesures de dépression et de santé, qui étaient plus présents au début du deuil, disparaissent généralement dans les six premiers mois. Par contre, ceci ne signifie pas que le deuil soit résolu; des mesures plus fines, qui correspondent aux difficultés d'ajustement dans la vie quotidienne, ainsi que des mesures qui évalueraient des dimensions comme la honte, l'ennui, la peine, les regrets, permettraient de mieux identifier l'ajustement réel au deuil.

De plus, les mesures utilisées sont différentes d'une recherche à l'autre, ce qui rend difficile la comparaison entre les études. En conclusion, on observe que l'étude du deuil suite au suicide est un domaine de recherche assez récent, et il y a encore très peu d'études avec devis à cas témoin qui s'y sont intéressées. Malgré que les devis de recherche se bonifient avec l'expérience, on peut souhaiter que d'autres études viennent s'y ajouter.

Proposition d'un cadre conceptuel

Devant l'ensemble des connaissances et des contributions sur le deuil suivant le suicide d'un proche, qu'en est-il réellement? Les études cliniques suggèrent que ce deuil est différent, mais on peut mettre en question la représentativité de la population d'étude. Les recherches sociales confirment aussi une différence dans les réactions de deuil, mais elles interrogent généralement des gens non endeuillés. Les études à cas témoins nous éclairent encore un peu plus, compte tenu de la comparaison, mais un certain nombre de difficultés méthodologiques et le peu d'études disponibles ne permettent pas de conclure de façon catégorique. La question reste donc posée: est-ce que le deuil par suicide est une expérience unique de deuil? Pour y répondre, il faut non seulement s'interroger sur les difficultés propres au deuil par suicide, mais aussi examiner les caractéristiques qui prévalaient dans les familles avant le suicide.

Les études cliniques citent souvent le taux élevé de suicide chez les endeuillés pour montrer que ce deuil est difficile à réaliser (Cain, 1972; Hatton et Valente, 1981; Shneidman, 1969; Worden, 1982). Cette dimension épidémiologique du risque suicidaire des endeuillés est-elle une conséquence de la nature même de la perte, comme le laissent entendre les études cliniques, ou serait-elle plutôt associée à la présence de maladies mentales chez les suicidés et leur famille?

De nombreuses études rapportent des taux très élevés de maladies mentales chez les victimes de suicides complétés et chez les membres de leur famille. Ces études utilisent des méthodologies d'autopsie psychologique afin d'établir la présence ou l'absence de diagnostic psychiatrique chez la personne victime de suicide. Pour une discussion de la fidélité de l'information obtenue auprès des proches pour effectuer un diagnostic en fonction des critères du DSM-III-R (APA, 1987), le lecteur pourra se référer à l'article de Brent et al. (1993).

Barraclough et al. (1974) rapportent que sur 100 cas de suicide, 95 % étaient atteints de maladie mentale. Chez les personnes suicidées ayant eu un diagnostic de dépression primaire, 20 % avaient un membre de leur famille immédiate qui souffrait aussi de désordres affectifs. Brent et al. (1988) observent un taux plus élevé de troubles affectifs et bipolaires dans les familles de suicidés que dans la population générale. Shafii et al. (1988) comparent 21 adolescents suicidés à un groupe contrôle apparié et rapportent un diagnostic psychiatrique chez 95 % du groupe suicidé. De cette population, 81 % des

personnes avaient un double diagnostic: un désordre affectif associé à un abus d'alcool ou de drogue. Au Québec, l'étude de Lesage et al. (1994) a interrogé les proches de 75 jeunes hommes décédés par suicide. Plus de 88 % des victimes de suicide avaient au moins un diagnostic psychiatrique sur l'axe I du DSM-III-R: 60 % souffraient de dépression et près de 41 % d'abus d'alcool ou de drogues, surtout la cocaïne. Des troubles graves de la personnalité, comme la personnalité limite, étaient identifiés chez 28 % du groupe suicide. Si ces études ont relevé que les personnes qui sont victimes de suicide souffrent de maladies mentales, d'autres sources épidémiologiques et cliniques ont aussi montré un risque plus élevé de suicide chez les populations traitées en psychiatrie, particulièrement chez des personnes souffrant de désordres affectifs (Black et al., 1985).

Les recherches démontrent aussi la présence de troubles affectifs au sein de la famille. Roy (1992) considère qu'une histoire familiale de suicide augmente le risque suicidaire. Dans une étude réalisée auprès de 243 patients qui avaient une histoire de suicide dans leur famille, 49 % ont aussi fait une tentative de suicide. Plus de la moitié des personnes de cet échantillon (56 %) avaient un diagnostic de désordres affectifs et 34 % présentaient un désordre unipolaire ou bipolaire.

Le suicide se manifeste donc davantage chez des personnes plus vulnérables à la dépression (McGuffin et al., 1991). Dans la dépression, comme aussi dans les comportements suicidaires, les dimensions biologiques, développementales et socio-culturelles sont importantes. De plus en plus d'études concluent à l'existence de caractéristiques héréditaires comme une dimension de l'étiologie de la dépression (McGuffin et al., 1988, 1991). Par ailleurs, les expériences de séparation dans l'enfance, souvent témoin des difficultés familiales et de la qualité des rapports parents-enfants, contribuent à créer une source de difficultés dans le développement des relations d'attachement, dans le développement de l'estime de soi, et dans la capacité de développer des relations intimes à l'âge adulte (Tousignant et al., 1988). Cette chaîne développementale se prolonge aussi dans la formation personnelle d'un modèle cognitif ou d'une façon de percevoir le monde, qui sont associés à l'utilisation d'un certain répertoire de stratégies de résolution de problèmes, et à la création d'un réseau social dont la qualité varie en fonction des individus. Ces éléments du développement humain interagissent avec les événements de vie et avec le milieu socio-culturel, tout au long de l'exis-

tence de l'individu, pour créer des cascades qui peuvent le rendre vulnérable à la dépression et ultérieurement au suicide (Rutter, 1985).

Si l'on examine la vulnérabilité à l'aide du concept de résilience, décrit par Rutter (1985), on constate que certaines personnes réagissent mieux devant l'adversité, alors que d'autres sont prises dans une cascade d'événements qui s'accumuleront et provoqueront d'autres pertes et blessures qui les rendront encore plus vulnérables lorsqu'elles auront à faire face à d'autres événements malheureux. Rutter (1985) décrit le genre d'événements en chaîne et d'interactions qui s'entremêlent avec les événements de vie, mettant au centre de ce tourbillon les pertes parentales précoces. Ainsi, les pertes précoces dans l'enfance peuvent se traduire par de la négligence à l'égard de l'enfant, des soins inadéquats, ou un manque de stabilité émotive. Le manque de soins dans l'enfance favorise souvent chez les femmes une grossesse précoce de même qu'une relation matrimoniale précoce, immature et insatisfaisante (Brown et al., 1977; 1990). Ceci crée une perception d'impuissance qui augmente les risques de voir les problèmes se multiplier. Chez les endeuillés suite à un suicide, cette perte se rajoute à toutes les expériences antérieures. Plus l'individu aura vécu des pertes comme enfant, des blessures dues à l'abandon, au rejet, à la négligence parentale, aux abus physiques et sexuels, plus ces expériences d'adversité pourront entraîner un sentiment d'impuissance à modifier sa situation de vie (Harris et al., 1986). C'est donc dire que les expériences de séparation placent l'individu dans une situation d'insécurité lorsque les soins disponibles sont inadéquats. Ceci amène la personne à se questionner sur sa propre valeur et ultimement crée des difficultés dans sa capacité de renouer des liens d'attachement stables et sécurisants; l'incapacité de se sentir intimement lié à d'autres personnes entraînant encore plus d'hésitations et de doutes quant au sens de sa vie.

Le type même de séparation que vient provoquer le suicide reflète peut-être l'importance des difficultés développementales qui pouvaient prévaloir dans une famille. Dans cette perspective, on peut croire que généralement les personnes en deuil suite à un suicide sont une population dont la capacité de réaction peut être affaiblie, et ainsi l'ajustement devient plus complexe lorsqu'elles doivent faire face aux événements déclencheurs. Malgré que certains endeuillés suite à un suicide sont très résilients face à cette perte, pour d'autres, le deuil vient s'ajouter aux événements en cascades qui s'accumulent déjà, les rendant encore un peu plus vulnérables à la dépression. Dans ce cas, le deuil amène et rajoute d'autres éléments de douleur et de

souffrance chez des personnes probablement déjà vulnérables. Il sera important de confirmer ce cadre élargi du deuil dans des études ultérieures, et d'identifier également ce qui constitue des éléments de protection pour certains, donc ce qui renforce la résilience devant l'adversité.

Conclusion

L'examen attentif de l'ensemble de ces résultats indique que l'expérience du deuil par suicide amène des sentiments et des réactions de choc, de culpabilité, de honte et d'embarras à l'égard du décès. Bien que certaines réactions émotives peuvent se retrouver aussi dans l'expérience vécue chez des endeuillés par décès accidentel, il existe néanmoins une interaction entre les dimensions psychologiques et sociales chez les endeuillés suite à un suicide. Ces endeuillés ont le sentiment d'avoir été punis pour quelque chose, ils croient qu'ils ont été rejetés par la personne décédée, tout comme ils perçoivent l'être par leur entourage. Cette interaction constitue une différence quant à l'expérience du deuil par suicide. Les résultats indiquent aussi que le suicide se produit davantage chez des familles plus vulnérables. Il faut tenir compte du fait que le deuil provoque l'apparition de sentiments particuliers, chez des gens qui, souvent, ont une histoire d'adversité et de vulnérabilité à la dépression.

Les études ultérieures devront tenir compte des éléments méthodologiques suivants: 1) le deuil représente un processus et doit s'étudier longitudinalement; 2) des groupes de comparaison d'endeuillés et de sujets vivants doivent être constitués; 3) une attention doit être portée à obtenir des tailles suffisantes de l'échantillon; 4) il faut adapter les instruments de mesure au deuil non pathologique, et porter attention à la mesure fine et de l'ajustement et des sentiments de honte, d'ennui, de regrets.

Plus encore, le cadre conceptuel du deuil devra être élargi pour tenir compte du modèle de vulnérabilité avec ses dimensions génétiques, développementales, psychologiques et sociales qui s'inscrivent dans les travaux récents sur la résilience des individus face à l'adversité. Les méthodes de recherche devront aussi évoluer afin de tenir compte de cette nouvelle approche du deuil.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (Third Edition Revised, DSM-III-R), Washington, DC.

BARRACLOUGH, B., BUNCH, J., NELSON, B., SAINSBURY, P., 1974, Hundred Cases of Suicide: Clinical Aspects, *British Journal of Psychiatry, 125*, 355-373.

BARRETT, T.W., SCOTT, T.B., 1990, Suicide bereavement and recovery patterns compared with nonsuicide bereavement patterns, *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 1-15.

BLACK, D.W., WARRACK, G., WINOKUR, G., 1985, Excess mortality among psychiatric patients, *Journal of American Medical Association, 252*, 58-61.

BOWLBY, J., 1961, Processes of mourning, *The International Journal of Psycho-Analysis, 42*, 317-340.

BRENT, D.A., PERPER, J.A., MORITZ, G., ALLMAN, C.J., ROTH, C., SCHWEERS, J., BALACH, L., 1993, The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history, *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*, 118-122.

BRENT, D.A., PERPER, J.A., GOLDSTEIN, C.E., KOLKO, D.J., ALLAN, M.J, ALLMAN, C.J, ZELENACK, J.P., 1988, Risk factors for adolescents suicide: A comparaison of adolescent suicide victims with suicidal inpatient, *Archives of General Psychiatry, 45*, 581-588.

BROWN, G., BIFULCO, A., ANDREWS, B., 1990, Self-esteem and depression III. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 235-243.

BROWN, G., HARRIS, T., COPELAND, J., 1977, Depression and loss, *British Journal of Psychiatry, 130*, 1-18.

CAIN, A.D., 1972, *Survivors of Suicide*, Springfield, Ill. Thomas.

CALHOUN, L., SELBY, J., STEELMAN, J.K., 1989, A collation of funeral director's impressions of suicidal death, *Omega, 4*, 365-373.

CALHOUN, L., ABERNATHY, C., SELBY, J., 1986a, The rules of bereavement: Are suicidal deaths different? *Journal of Community Psychology, 14*, 213-218.

CALHOUN, L., SELBY, J., WALTON, P., 1986b, Suicidal death of a spouse: the social perception of the survivor, *Omega, 16*, 283-288.

CALHOUN, L., SELBY, J., ABERNATHY, C., 1984, Suicidal death: social reactions to bereaved survivors, *Journal of Psychology, 116*, 255-261.

CALHOUN, L., SELBY, J., SELBY, J., 1982, The psychological aftermath of suicide: an analysis of current evidence, *Clinical Psychological Review, 2*, 409-420.

CALHOUN, L., SELBY, J., FAULSTICH, M., 1980, Reactions to the parents of the child suicide: a study of social impressions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 535-536.

CLEIREN, M., 1993, *Bereavement After Suicide Compared to Other Modes of Death*, Congrès de l'Association Internationale de Prévention du Suicide, Montréal.

D'AMOURS, L., KIELY, M., 1985, Le processus de deuil après un suicide: essai de conceptualisation, *Revue québécoise de psychologie, 6*, 105-117.

DEMI, A., MILES, M., 1988, Suicide bereaved parents: emotional distress and physical health problems, *Death Studies, 4*, 297-307.

DEMI, A., 1984, Social adjustment of widows after a sudden death: suicide and non-suicide survivors compared, *Death Education, 8*, 91-111.

DUNNE, E.J., MCINTOSH, J.L., DUNNE-MAXIM, K., 1989, *Suicide and its Aftermath*, New York, Norton.

FARBEROW, N., GALLAGHER, D., GILEWSKI, M., THOMPSON, L., 1992, The role of social support in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural deaths, *Suicide and Life Threatening Behavior, 1*, 107-124.

FARBEROW, N., GALLAGHER, D., GILEWSKI, M., THOMPSON, L., 1987, An examination of the early impact of bereavement on psychological distress in survivors of suicide, *The Gerontologist, 5*, 592-598.

GOLDNEY, R., SPENCE, N., MOFFIT, P., 1987, The aftermath of suicide: attitudes of those bereaved by suicide, of social workers, and of a community sample, *Journal of Community Psychology, 15*, 141-148.

GORDON, R.S., RANGE, L.M., EDWARDS, R.P., 1987, Generational differences in reactions to adolescent suicide, *Journal of Community Psychology, 15*, 268-274.

GRIFFIN, M., FELSENTHAL, C., 1983, *A Cry for Help*, Doubleday and Co., New York

HARRIS, T., BROWN, G.W., BIFULCO, A., 1986, Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care, *Psychological Medicine, 16*, 641-659.

HATTON, C., VALENTE, S., 1981, Bereavement group for parents who suffered a suicidal loss of a child, *Suicide and Life-Threatening Behavior, 11*, 141-150.

HOROWITZ, M.J., 1976, *Stress Response Syndrome*, Jason Aronson, New York.

KALISH, R.A., REYNOLDS, D.K., FARBEROW, N.L., 1974, Community attitudes toward suicide, *Community Mental Health Journal, 10*, 301-308.

LAVOIE, F., 1983, Veuvage et solitude, *Revue québécoise de psychologie, 4*, 48-61.

LESAGE, A.D., BOYER, R., GRUNBERG, F., et al., 1994, Suicide and mental disorders: A Case-control study of young male adults, *The American Journal of Psychiatry*, sous presse.

MCGUFFIN, P., KATZ, R., RUTHERFORD, J., 1991, Nature, nurture and depression: a twin study, *Psychological Medicine, 21*, 329-335.

McGuffin, P., Katz, R., Bebbington, P., 1988, The Camberwell collaborative depression study, depression and adversity in the relatives of depressed probands, *British Journal of Psychiatry, 152*, 775-782.

McIntosh, J., 1987, Survivor family relationship: Literature review, in E.J. Dunne, J. McIntosh, K. Dunne-Maxim, eds., *Suicide and its Aftermath*, Penguin Books.

McNeill, D.E., Hatcher, C., Reubin, R., 1988, Family survivors of suicide and accidental death: consequences for widows, *Suicide and Life Threatening Behavior, 2*, 137-148.

Miles, M.S., Demi, A.S., 1992, A comparaison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident or chronic disease, *Omega, 3*, 203-215.

Ness, D., Pfeffer, C., 1990, Sequelae of bereavement resulting from suicide, *American Journal of Psychiatry, 3*, 279-285.

Osterweiss, M., Solomon, F., Green, M., 1984, *Bereavement: Reactions Consequences and Care*, National Academy Press, Washington, D.C.

Parkes, C.M., 1990, Risk factors in bereavement; implications for the prevention and treatment of pathological grief, *Psychiatric Annals, 6*, 308-313.

Parkes, C.M., 1972, *Bereavement Studies of Grief in Adult Life*, Pelican Books.

Pennebaker, J.W., O'Heeron, R.D., 1984, Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental death victims, *Journal of Abnormal Psychology, 4*, 473-476.

Range, L.M., Thompson, K.E., 1987, Community responses following suicide, homicide and other deaths: the perspective of potential comforters, *The Journal of Psychology, 2*, 193-198.

Raphael, B., Nunn, K., 1988, Counseling the bereaved, *Journal of Social Issues, 3*, 191-206.

Reed, M.D., Greenwald, J.Y., 1991, Survivor-victim status, attachment and sudden death bereavement, *Suicide and Life Treatening Behavior, 21*, 385-401.

Reynolds, F., Cimbolic, P., 1988, Attitudes toward suicide survivors an a function of survivors' relationship to the victim, *Omega, 2*, 125-133.

Roy, A., 1992, Genetics, biology and suicide in the family, in R. Marris, A. Berman, *Assessment and Prediction of Suicide*, Guilford Press.

Rudestam, K.E., Agnelli, P., 1987, The effect of the content of suicide notes on grief reactions, *Journal of Clinical Psychology, 2*, 211-218.

Rudestam, K.E., Imbroll, D., 1983, Societal reactions to a child's death by suicide, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 461-462.

Rutter, M., 1985, Resilience in the face of adversity, *British Journal of Psychiatry, 147*, 598-611.

SABLE, P., 1992, Attachment, loss of spouse and disordered mourning, *Families in Society: The Journal of Contempory Human Services*, Family Service America, Inc.

Santé Bien-Être Canada, 1987, *Le suicide au Canada*, Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada, Ottawa.

SÉGUIN, M., KIELY, M., LESAGE, A., 1993, *Deuil parental suite à un suicide et suite à un accident d'automobile: étude comparative*, Congrès de l'Association Internationale de Prévention du Suicide, Montréal.

SÉGUIN, M., 1989, *Le deuil après un suicide: l'effet des mécanismes d'adaptation*, Suicide-Action Montréal Inc., Montréal.

SHAFII, M., STELTZ-LENARSKY, J., DERRICK, A.M., BECKNER, C., WHITTINGHILL, J.R., 1988, Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents, *Journal of Affective Disorders, 15*, 227-233.

SHNEIDMAN, E.S., 1969, Suicide lethality, and the psychological autopsy, *International Psychiatry Clinics, 6*, 225-250.

THORNTON, G., WHITTEMORE, K.D., ROBERTSON, D.U., 1989, Evaluation of people bereaved by suicide, *Death Studies, 13*, 119-126.

TOUSIGNANT, M., HAMEL, S., BASTIEN, M.F., 1988, Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire, *Santé mentale au Québec, 2*, 79-93.

VACHON, M., STYLIANOS, S.K., 1988, The Role of social support in bereavement, *Journal of Social Issues, 44*, 175-190.

WEISEMAN, A.D., 1972, *On Dying and Denying*, Behavioral Publication Inc., New York.

WINCH, G., LETOFSKY, K., 1981, *Depression and Suicide*, Pergamon Press.

WORDEN, W., 1982, *Grief Counseling and Grief Therapy*, Springer Publishing Company, New York..

ABSTRACT

Mourning suicide: A unique experience?

Canada's national task force on suicide suggests that people who mourn a suicide make up a group that is itself at risk. Literature shows that mourners of a suicide have a suicide rate that is nine times higher than average. While some authors suggest that this type of mourning is more intense and of a longer duration that for other types of mourning, other authors doubt this hypothesis.

But what happens in reality? Is suicide mourning truly different from other types of mourning? Is it really a unique mourning experience? These are some of the questions the authors of this article

have attempted to answer. Following an in-depth review of studies on the matter, the authors conclude that the mourning of a suicide encompasses certain characteristics that manifest themselves especially in more vulnerable people.