

Réactions de deuil suite au suicide d'un proche

KAOUR Fatma Imène

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
Université Constantine 2- Abdelhamid MEHRI

Résumé

Le traumatisme psychique est le résultat d'une situation caractérisée par sa soudaineté et sa violence. Il engendre un effroi intense chez la victime. De par sa soudaineté et sa brutalité, le suicide est considéré par la plupart des auteurs comme un événement traumatisant. Bien qu'il soit un phénomène ancien ayant déjà suscité l'intérêt des chercheurs dans diverses disciplines, son approche du point de vue traumatisique est relativement récente. Dans cet article j'aborderai les réactions de deuil chez l'endeuillé suite au suicide d'un proche.

Mots clés : Deuil, Suicide, Traumatisme psychique.

ملخص

الصدمة النفسية هي نتاج وضعية عنيفة و فجائحة بحيث تحدث فزعا و خوفا شديدين عند الضحية . و يعتبر الانتحار ظاهرة قديمة اهتم بها الباحثون من مختلف الشخصيات حيث صنف أغلبهم الانتحار على أنه حدث صدمي لما له من فجائحة و عنف . يتطرق هذا المقال إلى ردود الفعل الحدية للأشخاص بعد انتشار شخص عزيز عليهم .

الكلمات المفتاحية: حداد ، انتحار ، صدمة نفسية .

1- Problématique :

Le suicide d'un proche représente probablement l'expérience la plus douloureuse que nous pouvons connaître. L'impression de perte et la douleur frappent si fort que certains d'entre nous se sentent coupés en deux, comme s'ils avaient perdu une partie d'eux-mêmes. C'est pour cette raison que la plupart des auteurs considèrent le suicide comme un événement traumatisant du fait de sa soudaineté et de sa brutalité ainsi que des perturbations durables qu'il engendre sur le plan physique et psychique chez les endeuillés.

En effet, face à un événement ayant un tel potentiel traumatogène, puisque ce dernier ravive des angoisses de morts liées au questionnement sur le sens de l'acte suicidaire. Cet acte provoque une blessure qui requiert une période de réparation dont la durée varie d'un individu à l'autre. Cette période d'adaptation appelée « deuil » est nécessaire pour accepter la séparation, donc l'individu va faire un travail psychique, un travail de deuil qui vient après la perte, processus psychologique lent et douloureux dont le but final est de surmonter la perte (1). A ce propos, on dira que toute perte d'un proche est considérée comme traumatisante, et pour faire face à ce traumatisme, le moi met en place un processus de réparation.

Chaque personne vit son deuil à sa manière puisque chaque relation à l'être suicidé est unique, le dépassement d'un deuil passe par trois étapes : l'état de choc (phase de détresse), la phase dépressive et la période de rétablissement. Cependant, même s'il laisse des traces durables et comme toute blessure physique, après un long et douloureux processus de cicatrisation, le deuil peut arriver à son terme.

Cependant certaines blessures cicatrisent mal ou ne cicatrisent jamais. Dans le deuil après suicide, l'intensité du vécu traumatisant de la perte est tel que le niveau de stress est insupportable(2). Le fait de voir le corps du suicidé sur la scène du décès est le facteur de stress le plus élevé. De ce fait, on peut imaginer le caractère traumatisant qui peut résulter de cette découverte et qui peut être à l'origine d'un syndrome de stress post traumatisant PTSD pouvant entraver le processus du deuil.

La notion ESPT ou PTSD est définie comme étant un choc violent, surprenant le sujet qui ne s'y attendait pas et qui s'accompagne « d'effroi d'horreur, d'angoisse et de stress qui traduisent la rencontre avec le réel de la mort. Pour Crocq (1994), le traumatisme psychique est occasionné par un

événement soudain et violent menaçant un sujet qui ne s'y attendait pas et c'est une rencontre tragique avec la mort qui agresse son intégrité physique et mentale débouchant immédiatement sur une réaction d'alarme pour faire face à cette agression. (3)

L'étude que nous avons entreprise a pour objectif d'identifier et de recenser les différentes réactions observées chez les endeuillés qui ont perdu un proche par suicide. Rappelons cependant que le deuil est un processus naturel de réparation qui va permettre à l'endeuillé de se détacher, de surmonter et de s'adapter à la perte d'un proche. Le deuil est donc la seule issue qui permettra de cicatriser et d'apaiser la souffrance et la douleur qu'a engendrées la perte d'une personne proche.

Chez les adultes endeuillés, le deuil suit son cours de lui-même avec le temps. Cependant, la séparation est un traumatisme difficilement intégrable pour le psychisme, qui bouleverse différentes sphères. Toutes ces considérations sur le vécu psychique des endeuillés suite au suicide d'un proche nous ont amené à nous poser les questions suivantes :

Quelles sont les réactions de deuil suite au suicide d'un proche, et est ce que le suicide d'un proche peut produire chez l'endeuillé un état dépressif majeur qui peut s'apparenter à un état de stress post traumatisque ?

Pour répondre à ces questions, nous avons émis les hypothèses selon lesquelles :

- Le suicide d'un proche peut produire chez l'endeuillé un état dépressif s'apparentant à un état de stress post traumatisque.
- Les personnes ayant vécu un suicide d'un proche présentent un état dépressif.
- Les personnes ayant vécu un suicide d'un proche présentent un état de stress post traumatisque.

2- Les concepts de l'étude :

2-1 Le suicide :

Le sens courant du mot suicide nous est donné par le dictionnaire Larousse qui le définit comme « meurtre de soi ». La première définition de Durkheim date de 1897 « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement

d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat, est un suicide. » (4)

Baechler (1975) définit le suicide comme « tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet. » (5)

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé cité par De Broca (2001), le suicide est « un acte ayant une issue fatale, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale, en visant cet acte à causer des changements désirés. » (6)

Les définitions de Durkheim et l'O.M.S introduisent la notion d'intentionnalité : le sujet est conscient et mesure les conséquences de ses actes.

2-2 Le deuil en générale :

Le deuil se caractérise par l'ensemble des réactions psychologiques et physiques ressenties à la mort d'une personne significative, ainsi que le travail de détachement et d'adaptation qui suit. Ces réactions psychologiques et physiques consistent en un travail de détachement qui suit le décès d'une personne qui a de l'importance pour l'individu et qui lui permet d'accepter cette situation et de s'y adapter.

De Broca s'appuie sur la douleur pour définir le deuil. Pour lui le terme Deuil fait référence à tout sentiment de douleur ou de souffrance psychologique, psychanalytique et médicale (7). Donc le sens du deuil est centré sur le travail intérieur suite à la perte (suicide).

2-2 Particularités des deuils après suicide :

Pour Hanus (2007), « les deuils après suicide sont avant tout des deuils et à ce titre, tout ce qui existe dans tous les deuils va se retrouver chez eux ». (8)

En réalité, ce qui nuance les deuils après suicide des autres deuils relève plus de l'intensité des manifestations et processus inhérents à tous les deuils que de l'existence de manifestations spécifiques aux deuils après suicide.

Par ailleurs, si la mort d'un proche, qu'elles qu'en soient les causes, nous ramène toujours à notre propre finitude, la mort par suicide a cela de particulier qu'en plus elle vient nous rappeler violemment que nous allons mourir. Cependant, le deuil après un suicide est particulier, car il impose une

réflexion philosophique sur la valeur de sa propre vie, au risque de l'identification mortifère avec le défunt.

Les endeuillés par suicide éprouvent plus de sentiments de culpabilité, de honte et de stigmatisation que les endeuillés par mort naturelle. Les sentiments intenses entraînent un vécu d'autant plus difficile, agrémentant les vécus traumatique, dépressif et d'angoisse. En 2004 et 2009, Mitchell et al (9) ont attiré l'attention sur l'importance à accorder au degré de relation entre le suicidé et l'endeuillé. Plus leur relation avant le décès était forte, plus le deuil serait à risque traumatique.

2-3 Le traumatisme psychique :

Crocq définit le Traumatisme Psychique comme un phénomène psychologique d'effraction dans les défenses psychiques du sujet, d'incompréhension face au réel de la mort ou du néant et de débordement de ses capacités d'assimilation de l'événement. Autrement dit, le traumatisme psychique est un bouleversement profond de la personne, il perturbe ses mécanismes de défense et ébranle l'idée de l'immortalité en sapant ses croyances et sa confiance en soi. Le traumatisme psychique est lié étroitement à l'événement traumatique qui est décrit comme un « événement hors du commun dépassant le domaine des expériences habituelles (deuil, maladies, etc.) vécu avec terreur et qui prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort ». (10)

2-4 Méthodologie :

Nous avons utilisé la méthode clinique qui est la méthode la plus appropriée pour approcher le vécu psychique des endeuillés.

De plus, elle se base essentiellement sur l'étude de cas qui nous amène à des techniques de recueil des informations comme les entretiens, les tests, et l'analyse de contenu.

Pour trouver des sujets répondants aux critères demandés, nous nous sommes rapprochés du centre hospitalo-universitaire d'Annaba (CHU) et du centre Médico-psychologique (Caroubier), de septembre 2015 à novembre 2016.

3 La population :

S'agissant d'une étude clinique, une seule condition a guidé notre démarche : les personnes dont un proche s'est suicidé.

Nous avons voulu rassembler une population plus au moins importante. Au début nous avons pu réunir quatre cas qui avaient perdu un proche suite au suicide depuis 1 à 24 mois. En ce qui concerne les critères diagnostiques du PTSD, il est mentionné que pour porter un diagnostic d'un PTSD, les symptômes doivent subsister au-delà d'un mois. Dans ces trois cas nous avons observé une régression des symptômes survenue en trois mois. De ce fait, nous n'avons pu garder que le cas de Mounir qui répondait aux critères préétablis.

Nom	Sexe	Age	Profession	Type de lien avec le suicidé	L'âge du suicidé	La cause du suicide
Mounira	F	28 ans	Enseignante	Le père	61 ans	Problèmes familiaux

4 Les outils d'investigation :

4-1 L'entretien :

Nous avons choisi l'entretien clinique semi directif à visée de recherche, entretien qui regroupe selon Mucchielli (11), "un ensemble de méthodes ayant ceci de commun, qu'une question est posée par l'interviewer ou le praticien, question large, tirée soit d'une liste préétablie de questions ouvertes, soit du discours même du "client" pour élucider le sens –pour lui- d'un concept ou d'une situation".

Ce type d'entretien semble le mieux indiqué pour notre travail parce qu'il laisse une marge de liberté et d'expression au sujet sans qu'il nous éloigne pour autant des objectifs de notre recherche. Ces entretiens ont été centrés autour des axes établis préalablement à partir des hypothèses et de l'objectif de la recherche à savoir :

- Les changements dans la vie des sujets après le suicide de leurs proches.
- La famille, sa composition et son fonctionnement.
- L'histoire personnelle du sujet, son quotidien et les événements marquants.
- Les relations des sujets au sein de leur famille et à leur entourage.

- Le jour du suicide.
- Les changements dans la vie du sujet après le suicide.

5-2 L'analyse de contenu :

Tout entretien fourni des informations qui ne peuvent être décodées automatiquement et qui ne peuvent être lues qu'à travers une analyse approfondie. De ce fait, nous avons opté pour l'analyse catégorielle qui consiste à comparer et calculer les fréquences de certains éléments (le plus souvent les thèmes évoqués), et les regrouper en catégories significatives.

Cette méthode comporte les opérations suivantes :

- 1- La définition des catégories ;
- 2- Le découpage, la reformulation et la distribution des unités d'information ;
- 3- La quantification ;
- 4- L'analyse qualitative.

5-3 Le test du Rorschach :

Nous avons choisi le Rorschach, car ce test projectif se justifie par le fait qu'il permet de diagnostiquer quelques tableaux cliniques (l'état dépressif) et aussi nous permet de donner des indications précises concernant le fonctionnement psychique d'une personne à un moment précis.

5-4 Le Traumaq :

Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique, il s'agit d'un questionnaire qui permet d'évaluer la fréquence et l'intensité des manifestations du traumatisme psychique pendant et après l'événement. Il évalue le syndrome post traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres. Il se compose de 65 items répartis sur 10 échelles.

5 Présentation des résultats :

Le cas de Mounira 28 ans :

Il s'agit du suicide de son père, Mounira habitait à l'Orangerie à Annaba. Elle est licenciée en anglais. Elle est l'ainée d'une fratrie composée de 4 enfants. Elle ne présente aucun antécédent pathologique mental ou organique.

Le contexte familial :

La Maman de Mounira est décédée depuis une vingtaine d'années. Quand nous l'avons vu pour la première fois au bureau de la psychologue du Centre Médico-Psychologique, elle venait de perdre son père qui s'est suicidé depuis trois mois et demi.

Mounira était en pleurs, en plein choc, anxiouse. Elle se sentait seule, ces deux frères travaillaient (ils sont militaires) et sa sœur jumelle est officier de police. La cause du suicide était inconnue. En interrogant Mounira, celle-ci ne semblait être au courant de rien.

Histoire Personnelle :

Mounira a eu une enfance normale sans problème, plutôt heureuse jusqu'à l'âge de 8 ans où elle a vécu avec ses frères et son père. Sa mère est morte suite à un arrêt cardiaque. Les souvenirs de Mounira à propos du jour du décès de sa mère sont encore frais. Elle n'a jamais posé de problème dans son développement et dans ses relations avec son entourage. Elle n'a jamais présenté un trouble du comportement. Son père a été suivi par un psychologue et un neurologue durant plusieurs mois. Tégrétol et Dépritine ont été prescrits par son Neurologue. Ce traitement a diminué quelques troubles et a augmenté le comportement d'isolement.

Les relations avec l'entourage :

Mounira parle avec émotion de son père qui était le seul ami, père, frère, et mère. Il était tout pour elle, il l'encourageait pour être mieux et pour travailler. Mounira a une seule amie qui réside dans le même quartier qui est enseignante avec elle dans le même établissement.

Le suicide du père :

L'attitude de Mounira changea complètement lorsque nous avons voulu abordé la question de son vécu lors du jour du suicide de son père, elle nous raconta les faits en larmes. Le suicide de son père est survenu lors d'une overdose (surdosage) de Dépritine.

C'est là que vers 16 heures que s'est passé, heure de la journée où il était seul, j'étais à l'école, mes deux frères l'un est à Illizi et l'autre à Batna et ma sœur jumelle était au travail. A mon retour à la maison il était environs 12h: 20, j'ai trouvé mon père endormi, j'ai essayé le réveiller, je l'ai trouvé glacé et les médicaments jetés par terre, j'étais choquée mais à ce moment là, je n'ai

pas pleuré, j'ai appelé une voisine, ma sœur et ma tante et puis je ne me souviens pas de ce qui s'est passé par la suite.

Après le suicide :

En essayant de savoir quels étaient les changements dans la vie de Mounira depuis le jour du suicide de son père, elle nous rapporta que cet événement a perturbé sa vie, qu'elle est en conflit avec elle-même, elle qu'elle est devenue une autre personne : « je ne travaille plus, je n'ai pas d'appétit, je passe des nuits blanches, j'ai des maux de tête ». Elle trouve que sa copine ne l'a comprend pas et que depuis cet événement, elle passe moins de temps avec elle.

5-1 Analyse des entretiens :

Inventaire et décompte des catégories :

Tableau 1 : les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif (catégorie A) :

Catégorie A	Sous catégories	Fréquences	pourcentages
Conséquences symptomatiques Liées à l'état dépressif :	- Humeur dépressive - Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toute activité - Perte ou gain de poids diminué - Trouble de sommeil - Agitation ou ralentissement psychomoteur - Fatigue ou perte d'énergie - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité - Diminution de l'aptitude à penser à prendre des décisions ou à se concentrer - Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide	4 7 3 1 2 1 1 2 1	18.18% 31.81% 13.63% 04.54% 09.09% 04.54% 04.54% 09.09% 04.54%
Total		22	100%

En ce qui concerne le tableau N°1, « les conséquences symptomatiques liés à l'état dépressif (catégorie A) », nous constatons la forte présence de la sous catégorie « Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toute activité » avec 7 fréquences et un pourcentage de 31.81%. Suivie de la sous catégorie « humeur dépressive » avec 4 fréquences et un pourcentage de 18.18%. La troisième position est occupée par la sous catégorie « perte ou gain de poids » avec 3 fréquences et 13.63%. Quant la 4éme position, elle est à part égale par les sous catégories « agitation ou ralentissement psychomoteur » et « diminution de l'aptitude à penser, à prendre des décisions ou à se concentrer » avec 2 fréquences et un pourcentage de 09.09%. Et enfin, suivies à part égale par les sous catégories « trouble de sommeil », « fatigue ou perte d'énergie », « sentiment de dévalorisation ou de culpabilité », « pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide » avec une fréquence pour chaque sous catégorie et un faible pourcentage de 04.54% .

Tableau 2 : les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post traumique (catégorie B) :

Catégorie B	Sous catégorie	Fréquences	Pourcentages :
Conséquences symptomatiques Liées à l'état de stress post traumatique :	-Souvenir répétitifs et anxiogène	Néant	0%
	-Difficulté à accepter le suicide	4	11.76%
	-Rêves répétitifs et anxiogènes de l'événement	3	08.82%
	-Soudain vécu ou agissements	1	02.94%
	-Détresse si exposé à stimulus évoquant le trauma	Néant	0%
	-Eviter pensées ou sentiments associés au trauma	Néant	0%
	-Eviter activités ou situation associés au trauma	3	08.82%
	-Amnésie psychogène de certains aspects du trauma	2	05.88%

	-Réduction de l'intérêt pour activités significatives	6	17.64%
	-Sentiment d'avenir bouché	2	05.88%
	-Restriction des affects, incapacité à aimer	1	02.94%
	-Sentiment de détachement des autres	1	02.94%
	-Réaction physiologique si exposé à stimulus évoquant le trauma	4	11.76%
	-Difficulté de concentration	Néant	0%
	-Difficulté d'endormissement	1	02.94%
	-Hypervigilence	1	02.94%
	-Handicaps et dysfonctionnement	4	11.76%
	-Difficulté à s'investir dans des nouvelles relations	1	02.94%
Total		34	100%

Dans le tableau N°2 de (la catégorie B), les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post traumatique, nous constatons une dominance de la sous catégorie « réduction de l'intérêt pour activités significatives » avec 6 fréquences et un pourcentage de 17.64%, suivie à part égale par les sous catégories « difficulté à accepter le suicide », « réaction physiologique si exposé à stimulus évoquant le trauma » et « handicap et dysfonctionnement » avec 4 fréquences pour chaque sous catégorie et un pourcentage de 11.76%. La 3ème position est à part égale avec la sous catégorie « rêves répétitifs et anxiogène de l'événement » et « évitement des activités ou situations associées au trauma » avec 3 fréquences pour chaque catégorie et un pourcentage de 08.82%. La 4ème position est à part égale avec « amnésie psychogène de certains aspects du trauma » et « sentiment d'avenir bouché » avec 2 fréquences et un pourcentage de 05.88%. Puis la 5ème position est à part égale avec les sous catégories « soudain vécu ou agissements », « restriction des affects, incapacité à aimer », « sentiment de détachement des

autres », « difficulté d'endormissement, Hypervigilance et difficulté à s'investir dans les nouvelles relations » avec 1 fréquence pour chaque sous catégorie et avec un faible pourcentage de 02.94%. Quant à la dernière position, elle est occupée par les sous catégories suivantes: « souvenirs répétitifs et anxiogènes », « détresse si exposé à stimulus évoquant le trauma », « évitement des pensées ou sentiments associés au trauma » et « difficultés de concentration » avec 0 fréquence (Néant) pour chaque sous catégorie et un pourcentage de 0%.

Catégories	Fréquences	Pourcentages
Catégorie A	22	39.28%
Catégorie B	34	60.71%
Total	56	100%

D'après le nombre des fréquences du discours dans le tableau n 3, nous observons la dominance de la catégorie B qui présente les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post-traumatique avec 34 fréquences et un pourcentage de 60.71% suivie par la catégorie A qui présente les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif avec 22 fréquences et un pourcentage de 39.28%.

6-2-Interprétations des résultats :

A- Les conséquences symptomatiques liées à l'état dépressif :

Le suicide de son père a plongé Mounira dans un tourbillon de douleurs et de tourments, le suicide révèle l'échec dans l'ossature psychosociologique du groupe d'appartenance. La solidarité familiale fantasmée ou réelle se trouve prise en défaut, l'incompréhension est au premier plan « pourquoi ? », « J'ai rien vu ». Perplexe, la famille est prise dans des interrogations très complexes et bien difficiles à élucider.

Il s'agit d'un véritable état dépressif. On relève en effet une humeur dépressive avec une douleur intérieure intense, qui ressort tout au long du discours avec une fréquence de 4 mentions. Mounira a perdu tout intérêt pour les activités, le travail... D'après elle, plus rien ne l'intéresse, tout est perdu depuis le suicide de son père. Mounira dit n'avoir rien pu faire pour éviter ce qui s'est passé, elle présente un véritable sentiment de culpabilité, mais aussi de colère vis-à-vis de son époux.

Mounira a des troubles de sommeil, elle ne dort plus depuis le suicide de son père, elle se sent épuisée, et n'arrive pas à reprendre une vie normale. Cette situation s'est répercutee sur sa santé tant psychologique que physique, avec en plus des manifestations psychosomatiques telle que l'absence d'appétit. Mounira nous a déjà révélé qu'elle était fatiguée tout le temps, bien qu'elle a été active : « je me sens tout le temps fatiguée ». Toutes ses perturbations psychiques sont présentes dans chaque processus de deuil. Elles sont la cause de la perte d'appétit de Mounira.

L'évolution de cette dépression se manifeste chez Mounira par un jugement négatif porté sur les événements. Elle est confrontée à l'incapacité de changer cette situation ce qui renforce sa vision négative d'elle-même. L'activation du schéma dépressif provoque chez Mounira un enchaînement de pensées de mort, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide, mais elle cite qu'elle ne passera pas à l'acte, même si sa vie est devenue difficile et pleine de frustrations et de perte d'intérêt.

Dans le DSM-IV-TR version Juillet 2005 il est mentionné que la présence d'une réaction de deuil normal doit permettre de porter le diagnostic d'un état dépressif majeur malgré l'existence d'un deuil, mais c'est l'intensité des symptômes qu'il faut prendre en compte. Les symptômes dépressifs recueillis auprès de Mounira témoignent la présence d'un état dépressif car le DSM IV-TR 2005 soutient que les symptômes dépressifs durent au-delà de deux mois après le suicide.

B- Les conséquences symptomatiques liées à l'état de stress post traumatique :

Freud cite que tous les décès sont des événements traumatisants. Le suicide partage avec le trauma la violence de l'expérience traversée. Donc, chaque suicide est un acte violent doublement infligé à soi et aux autres. D'autre part, c'est une violence subie par l'entourage, imposée du dehors par le geste même du suicide. Comme pour tout trauma, c'est un événement soudain et brutal, provoquant un effet de surprise, un choc qui n'a souvent pas permis l'anticipation de la mort. La radicalité de cet acte imprime toujours une onde de choc. De plus, l'incompréhension totale du suicide devient pour les proches un véritable non-sens, renforçant de surcroit le caractère traumatique.

Le traumatisme de la perte brutale se vit à plusieurs niveaux. D'une part, comme blessure narcissique et comme une perte objectale sur le plan imaginaire et fantasmatique. Les chercheurs affirment qu'il faut frapper deux fois pour un traumatisme : une fois dans le réel (c'est la perte) et une fois dans la représentation du réel et le discours des autres sur la personne après l'événement.

Mounira rapporte qu'elle « ne se souvient pas de ce qu'elle faisait. L'émotion engendrée par l'événement était si violente qu'elle a bloqué ses fonctions perceptives. Elle était inconsciente des souvenirs de ce jour qui restent flous. Nous pouvons dire que le travail d'intériorisation psychique de la perte peut être gelé par le déni et le clivage psychique.

Le clivage apparaît être définitif et tenace dans la clinique du deuil après suicide. Le clivage psychique, mécanisme de protection inévitable à la découverte de cet événement qu'on ait été témoin ou qu'on ait reçu le récit des circonstances. S'il n'a pu être désamorcé en raison de moments d'abattement et d'anesthésie affective, peut persister durablement.

Durant les deux derniers mois, Mounira a été sujette à des reviviscences et à des rêves répétitifs. Il faut mentionner qu'en termes de clinique psychotraumatique, la reviviscence porte sur l'un des aspects de l'événement traumatisant, alors qu'en ce qui concerne le deuil, les souvenirs sont relatifs aux défunt. Les rêves répétitifs sont l'une des manifestations du syndrome de répétition. Cette répétition est le résultat d'une non-intégration de l'information dans les schémas cognitifs construits au préalable. Cette information qui ne cesse pas de rebondir dans le psychisme.

Mounira évite d'aborder le thème de suicide de son père avec sa copine « des fois je change de sujet, des fois je fais semblant de ne pas entendre ». Le suicide du père de Mounira représente un événement frustrant contenant une grande charge d'anxiété. A chaque fois que l'amie de Mounira lui parle de son père, elle sait qu'elle va éveiller en elle de douloureux souvenirs accompagnés de la même charge émotionnelle. Elle essaye de trouver des subterfuges à sa manière afin d'éviter ce genre de situations déplaisantes, soit en changement de discussion, soit en faisant semblant de ne rien entendre.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que le deuil après un suicide se signale par l'inflation des sentiments de culpabilité, ou par la féroce de leur surmoi. La culpabilité par l'endeuillé est particulièrement renforcée dans le

deuil après suicide en raison de l'impuissance où le sujet s'est finalement trouvé à pouvoir aider efficacement l'être aimé qui s'est finalement tué : « si je savais j'aurai passé plus de temps avec lui » Scheidemann écrit à ce propos, que le suicidé imprime « un squelette psychologique » dans le cœur de la personne en deuil.

Certes, tout deuil important laisse une marque, une cicatrice mais le suicide en rajoute, il laisse une brûlure qui ne s'apaisera sans jamais disparaître ; la cicatrisation reste douloureuse car elle porte une inscription : « tu n'as rien pu pour moi ». Ainsi les propos concernant la culpabilité, à certains moments, se teintent de honte et se confondent avec elle. Elle représente une attaque de l'estime de soi, une blessure narcissique de n'avoir pas tenu le coup, d'avoir laissé faire. La honte ressentie est liée à la confrontation avec l'idéal du moi, à l'échec de la confirmation narcissique et bouleverse les rapports que le sujet entretenait avec lui-même.

Les sentiments inconscients de culpabilité sont directement liés à l'ambivalence des liens qui unissaient le défunt et le survivant. Cette ambivalence des liens est difficile à reconnaître, à mobiliser (et ne sera rendue possible que par la présence d'un tiers) car elle attaque l'autre dans sa propre image. La notion de "pardon" qui a retenu l'attention pour la compréhension psychodynamique du deuil par suicide. Elle rappelait que « le pardon n'est pas un effacement, il opère une coupure de la chaîne persécutrice des causes et des effets, une suspension du temps à partir de laquelle il est possible de commencer une autre histoire » Mounira dit : « je lui pardonne, mais il était très aimable, il était bien avec les gens ». Dans son discours Mounira essaye de pardonner son père pour ouvrir la possibilité de renouvellement, ou les voies offertes par le pardon au cours de son deuil y accèdent.

Par le pardon, la violence persécutrice du suicide se transforme en recommencement. Un tableau symptomatologique comportant la présence des manifestations de reviviscences (flashback), évitements, hyperactivité neurovégétative et de dysfonctionnement (plaintes somatiques) et des arrêts de travail successifs, ce qui affirme la présence d'un état de stress post traumatique.

6-3. Présentation du test de rorschach:

Les planches	L'enquête	Les localisations	Les déterminants	Le contenu	Banalité
PL.I :6" 1-Un papillon 17"	Toute la planche	G	F+	A	Ban
PL.II :15" 2-deux poumons 32"	La partie rouge en haut	D	FC	Anat	
PL.III :8" 3- Deux être humain 4-un poumon 42"	Les deux en noir La partie rouge au centre	G D	K CF	H Anat	Ban
PL.IV :13" 4-autoroute 20"	La partie en bas en noir	D	F-	Géo	
PL.V :12" 6-Un papillon 14"	Toute la planche	G	F+	A	Ban
PL.IV :14" 7-poitrine d'un animal 15"	Les deux tiers en bats	D	F+	A	Ban
PL.VII :4" 8-Deux être humain 11"	Toute la planche	G	F+	H	Ban
PL.VIII :12" 9-ce sont des animaux 17"	Les parties roses	D	F+	A	Ban
PL.IX :13" 10-visage d'un insecte 16"	Une partie de la planche	D	F+	Ad	
PL.X :10" 11-je ne sais pas 22"	R	E	F	U	S

Le protocole :

Choix positif : aucun.

Choix négatif : je n'ai rien compris, tout est noir.

Le psychogramme :

R = 11	G= 4	F+=6	A = 4	Ban=6
T.Total : 5'13"	G% = 36.36	F% = 54.54	Ad = 1	Ban% = 54.54
T /R = 28	D=6	F-=1	A% = 36.36	
	D% = 54.54	F% = 63.63	Anat = 2	
		FC=1	Anat% = 18.18	
		CF=1	H = 2	
		ΣC=3	Hd = 0	
		K=1	H% = 18.18	
			Géo = 1	
			Géo% = 09.09	

Analyse Planche par Planche:

Planche I :

Planche de la confrontation à des situations nouvelles. Après un temps de latence de 6 secondes, Mounira a répondu rapidement en donnant une réponse banale ce qui reflète une bonne adaptation. Elle a donné une réponse globale (G), cette réponse est de bonne forme F+ et de contenu animal (A).

Planche II :

Après un temps de latence supérieur à celui de la première planche 15'', la réponse donnée à cette planche est de contenu anatomique (Anat) en prenant en compte la couleur - signification affective-. Cependant, la localisation de la réponse est partielle (D).

Planche III :

Après un temps de latence court 8 par rapport à la deuxième planche, Mounira a donné deux réponses : la première est globale (G). La perception de contenu humain (H) avec kinesthésie (K) indique que Mounira a une bonne capacité à s'identifier aux autres humains. Quant à la deuxième réponse elle est localisée dans la partie rouge (D), et de contenu anatomique (Anat).

Planche IV :

Après un temps de latence de 13, à cette planche Mounira donne une réponse détail (D), de mauvaise qualité formelle (F-) et avec un contenu géographique (Géo). Ces éléments pourraient traduire un sentiment d'inconfort et d'angoisse contre la signification de cette planche qui est le symbolisme paternel.

Planche V :

Après un temps de latence de 12, Mounira a donné une réponse globale (G) qui est de bonne forme F+ et dont le contenu est de type animal (A). La présence de cette banalité indique une bonne adaptation du sujet à la réalité. Cette planche symbolise la représentation de soi et l'adaptation à la réalité.

Planche VI :

Une fois encore Mounira aborde la planche par un contenu de type animal (A) en s'attachant à localisation détail (D), la qualité formelle est bonne (F+). A cette planche le temps de latence 14 est plus important, que celui des planches précédentes, ce qui nous pousse à croire que le sujet est moins à l'aise face à cette planche qui est la planche sexuelle. Aussi, l'absence d'interprétation de cette planche par des réponses à charge sexuelle est le signe d'un refus d'acceptation ou d'intégration de la sexualité à la personnalité.

Planche VII :

Après un temps de latence 4 plus court que celui de la planche précédente, la réponse donnée est globale (G) et de bonne forme (F+). La symbolique maternelle est abordée par le contenu humain (H), ce qui témoigne un bon rapport mère - enfant chez le sujet. (Sa mère est morte)

Planche VIII :

Après un temps de latence de 12 plus long que la planche précédente, Mounira a donné une réponse en bonne forme (F+) à contenu animal (A) qui est fréquemment vue par d'autres personnes Ban, c'est le signe d'une bonne adaptation affective.

Planche IX :

Après un temps de latence de 13, encore plus long la réponse donnée par Mounira s'attache uniquement à une partie de la planche (D), elle est de bonne forme et renvoie à un contenu animal détail (Ad) qui, peut être le signe d'un attachement du sujet à cet animal.

Planche X :

Après un temps de latence de 10, Mounira ne donne aucune réponse. L'éparpillement de la planche et la diversité des couleurs semblent bloquer les associations du sujet qui subit un véritable choc de morcellement. Cette perturbation est essentiellement due au blocage de l'intelligence par la forte émotion causée par la planche.

Caractéristique du protocole et du psychogramme :

Le nombre total de réponse de Mounira est de 11 qui est inférieur à la moyenne (qui se situe entre 20 et 30). Quant à la moyenne du temps de réaction, elle est de 53 secondes ce qui coïncide avec la norme qui est en moyenne 45 secondes.

Résultat global du Rorschach:

Les résultats du Rorschach nous montrent que Mounira est préoccupée par sa santé physique et aurait tendance à la somatisation. Le test démontre que le sujet a une bonne relation maternelle (malgré que sa maman est morte) ce qui n'était peut être pas le cas en ce qui concerne sa relation avec son père suicidé.

Les résultats du test nous permettent également de relever la présence d'un état dépressif qui s'est manifesté à travers :

- 1- l'augmentation des réponses déterminées par la forme (F+% =54.54%)
- 2- l'augmentation du pourcentage des réponses des déterminants animal (A% =36.36%)
- 3- une absence d'originalité (O%= 0)
- 4- la réduction du nombre de réponses (R=11).

6-4-Le résultat du Traumaq :**Etude du cas :**

Mounira avait 28 ans lorsque son père s'est suicidé.

Quand elle a essayé de réveiller son père il était froid. Elle s'était retrouvée toute seule avec le corps de son père suicidé. Son profil au questionnaire Traumaq met en évidence un syndrome psychotraumatique intense (profil A).

Face à cet événement, Mounira a eu extrêmement peur (item A1) paralysée partiellement, la première réaction physique était l'accélération du rythme cardiaque (item A4). Mounira a subit un fort traumatisme. Cela évoque chez elle une angoisse intense (la note brute de l'échelle A est 24 sur 24, soit une note étalonné de 5).

Depuis l'événement, Mounira est envahie par des reviviscences anxieuses (item B2) pendant la nuit à travers des cauchemars (item B1). Elle essaye d'éviter de parler de cet événement, car elle est traversée par l'angoisse (items B 3- B4). La note brute est 12, soit une note étalonnée de 5.

La nuit, elle a des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes qui la fatiguent (items C1, C3, C4, C5), ce qui la rend de plus en plus anxieuse.

Après le suicide de son père, Mounira est angoissée, et elle évite les spectacles évoquant l'événement traumatisant du suicide (items D2, D3, D5). Elle est également devenue vigilante (item D2). Elle est envahie par des battements de cœur, des maux de tête, des nausées, respiration difficile (item F1). Elle a également des problèmes de santé dont la cause est difficile à identifier (item F4).

Elle présente aussi des troubles dépressifs (échelle H), (note brute de 19 quand la note brute maximale est de 24, soit une note étalonnée de 5). Elle a perdu l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour elle avant. Elle se sent fatiguée, épuisée. Elle a une humeur triste, voire même des crises de larmes, elle a l'impression que sa vie est finie. Elle s'isole en évitant le contact avec autrui (item H1 à H8). Elle a ressenti de la honte vers l'acte suicidaire et de la culpabilité envers son comportement avec son père avant (échelle I). Elle se sent humiliée depuis le suicide (I3). Cet événement traumatisant a changé fondamentalement sa façon de voir la vie, elle pense qu'elle ne sera

jamais plus comme avant (I6- I7). Mounira ne trouve aucun plaisir, elle se sent incomprise par les autres (J1- J11).

Evolution clinique de Mounira réalisée à partir de l'analyse de la partie 2 du Traumaq :

Mounira souffre de répétitions et reviviscences (flashback, cauchemars ...etc). Elle repense souvent à la scène traumatique avec des images visuelles torturantes, des images encore insupportables avec angoisse et des manifestations physiologiques. Les troubles de sommeil dure jusqu'à aujourd'hui. Des problèmes alimentaires assez importants, des difficultés de concentration se sont apparus tardivement et qui durent encore aujourd'hui. Avec un désintérêt général, des idées suicidaires et un sentiment de honte et de culpabilité présents à nos jours, ce qui explique bien la chronicité des troubles psychotraumatiques chez Mounira.

7- Synthèse des résultats (Analyse de Contenu, Rorschach et le Traumaq):

Tout au long des entretiens Mounira répondait d'une manière automatique, elle éprouvait des difficultés à verbaliser ses affects.

Elle présente des symptômes dépressifs, c'est ce qui a été confirmé par l'analyse de contenu et le résultat du test de Rorschach. La dépression de Mounira est assez prononcée, sans doute en raison de ses sentiments de culpabilité envers son père suicidé, appuyés par le nombre élevé des phrases dans ce sens et par les résultats du Rorschach. Donc, Mounira souffre d'un état dépressif.

Sur le plan symptomatique : les symptômes du traumatisme sont surtout apparus à travers le questionnaire du Traumaq. En effet, Mounira souffre d'un état de stress post traumatique intense : elle souffre d'une reviviscence anxieuse telles que les images visuelles torturantes et des cauchemars, car c'est elle qui a trouvé le corps après le geste fatal de son père. Il y a évitement de tout stimulus qui réactive les mêmes sensations ressenties. Sur le plan psychologique, Mounira éprouve des sentiments de culpabilité et de honte, puisque elle se considère comme la seule responsable de ce suicide. Ces sentiments sont bien manifestés à travers les entretiens, et ont été confirmés par le Traumaq.

Tous les critères sont présents pour porter le diagnostic de l'état de stress post traumatisant : reviviscences, comportement d'évitement, émoussement de la réactivité générale et hyperactivité neurovégétative.

8- Synthèse des résultats :

Dans cette étude nous avons utilisé l'approche descriptive des personnes exposées à un événement potentiellement traumatisant, qui est le suicide d'un proche. Nous avons formulé l'hypothèse que les personnes ayant perdu un proche par suicide sont sujettes à un état dépressif ou un état de stress post traumatisant.

Mounira présente une douleur morale profonde et des sauts d'humeur avec un sentiment de désintérêt. Elle présente également des troubles de sommeil qui engendrent un dysfonctionnement cognitif (tels que des difficultés de concentration, des trous de mémoire). L'endeuillé doit se détacher progressivement du défunt, et pour ce faire, il doit se libérer de toute autre activité. Aussi, notre sujet souffre des troubles alimentaires qui sont présents dans les tableaux dépressifs. Les résultats du test du Rorschach et de l'entretien confirment la présence d'un état dépressif chez Mounira.

Dès la découverte du suicide, cet événement traumatisant crée chez les proches un état de stress aigu : ils sont plaqués au sol, sous le choc, incapables de donner le moindre sens à l'événement. Les conséquences de ce stress aigu peuvent être préoccupantes sur le long terme. Il est, en effet essentiel de comprendre que ce n'est pas seulement un processus de deuil qui s'installe avec la perte brutale de la personne aimée, une autre dynamique psychique se met en route «le processus traumatisant ».

Le syndrome psychotraumatique est caractérisé par la répétition. Celle-ci peut se manifester à travers les rêves, les flashes back ... etc. Cependant, il faut dire que dans le deuil, les souvenirs du défunt envahissent l'endeuillé, par contre dans la symptomatologie traumatisante la reviviscence porte sur l'événement traumatisant sur la totalité de la scène. Nous observons des rêves répétitifs, des flashes back avec des réactions physiologiques tels que : la crise de larmes, tremblements, peur, battements de cœur ...etc. On observe également l'évitement des stimuli (aller au cimetière). Cet évitement est un moyen d'échapper aux souvenirs douloureux et permet d'éviter les réactions associées. L'évitement traumatisant est étroitement lié à la reviviscence

puisque le sujet cherche éviter l'effroi ressenti lors de la reviviscence, donc s'il n'y a pas de reviviscence, il n'y aurait pas d'évitement traumatique.

Nous avons observé une diminution des intérêts chez Mounira. L'entretien témoigne une hyperactivité neurovégétative visible à travers la colère, les troubles de sommeil, des plaintes somatiques, et des difficultés de concentration où elle a du mal à suivre leur travail. Nous avons remarqué l'existence d'un état de stress post traumatique observé chez Mounira, notamment le syndrome de répétition, de l'évitement traumatique, et de l'hyperactivité neurovégétative. Le suicide d'un proche est donc une situation hautement traumatique.

Pour ce qui concerne notre travail, ces symptômes nous sont apparus surtout à travers le questionnaire du TRAUMAQ, qui est lui-même inspiré du DSM-IV-TR. Les résultats que nous avons obtenus par l'analyse des entretiens, le Rorschach, le Traumaq nous ont permis de conclure que le sujet endeuillé suite au suicide d'un proche souffre d'un état dépressif et d'un état de stress post traumatique.

9- Discussion:

Le travail de deuil est la séparation psychique avec l'objet perdu (qui est la personne suicidée), donc le sujet passe de l'attachement de l'objet perdu vers l'acceptation de la perte (qui est le suicide de cette personne). A partir des résultats obtenus par l'analyse de contenu, le Rorschach et le Traumaq nous pouvons dire que Mounira présente effectivement un état dépressif et un état de stress post traumatique. Dans notre travail nous nous sommes intéressés aux personnes qui ont vécu un deuil suite au suicide d'un proche. Nous voudrions mentionner que nous avons rencontré des difficultés à réunir un plus grand nombre de sujets.

Compte tenu des réactions dépressives qui découlent de chaque deuil, nous avons formulé l'hypothèse que les personnes ayant vécu un suicide d'un proche présentent un état dépressif. Les résultats de notre étude de cas confirment notre première hypothèse. Suite à l'analyse de l'entretien et des protocoles du test de Rorschach nous pouvons dire que Mounira présente un état dépressif.

Le DSM IV-TR (2005) soutient que le diagnostic d'un état dépressif doit être envisagé si les symptômes dépressifs durent au-delà de deux mois après la perte. Notamment la tristesse, le désintérêt, les troubles psychosomatiques, le

changement des habitudes alimentaires, la difficulté de travail, les crises de colère...etc. Rappelons que Freud (1988) cite que, dans tous les deuils nous avons envie de mourir durant les premiers temps. Heureusement, selon lui, les forces de la vie finissent par l'emporter. Par contre Mounira, malgré le temps passé ces symptômes sont toujours présents. En effet, la présence d'un état de stress post traumatisque existe chez Mounira.

Par ailleurs, ce qui définit ce que doit être ou non un événement traumatisique c'est la manière dont le sujet vit l'événement. Nous observons que Mounira présente divers troubles et avec des degrés différents pour chaque cas. Donc, Le suicide entraîne des symptômes post traumatiques reviviscences, des comportements d'évitement, le sentiment de culpabilité, l'impuissance et l'abandon, le désespoir, les pleurs, l'épuisement, la fatigue, la dépression, et l'angoisse. Outre ces symptômes, nous avons relevé également la présence des conduites agressives ainsi que des troubles psychosomatiques : mal de dos, maux de tête ... etc ainsi que des conflits relationnels.

Nous avons supposé que perdre un proche suite au suicide produit une symptomatologie traumatisante alliant syndrome de répétition (Crocq , 1994). Les résultats obtenus des entretiens indiquent que Mounira est victime de rêves répétitifs apparentés à l'événement.

Les résultats de l'étude de cas de Mounira et du Traumaq confirment notre deuxième hypothèse. Donc, nous pouvons dire que Mounira présente effectivement un état de stress post traumatisique .

Conclusion Générale :

Pour conclure notre recherche, il nous a apparu nécessaire de souligner le fait que le deuil est une réaction normale après le suicide d'un proche qui va permettre à l'endeuillé de surmonter et s'adapter à la perte. Hanus (1995) cite : « le deuil est la situation dans laquelle nous met la perte d'un être cher, d'une personne aimée ». Le deuil est la situation de perte. Dans notre étude nous avons supposé que le processus de deuil peut être perturbé par le suicide étant un événement traumatisant. Donc, on a essayé de comprendre l'impact psychologique du suicide d'un proche, et si les personnes qui ont vécu ce type de deuil présentent un état dépressif et un état de stress post traumatisique. Notre travail a été réalisé à partir d'une démarche clinique alliant les données des entretiens, les symptômes relatifs aux critères du DSM IV-TR (2005), le Test du Rorschach et le Traumaq. En outre, comme

souligne De Groot (2006), « la dépression lors du deuil après un suicide est marquée par un risque suicidaire fort en comparaison avec d'autres situations de deuil ». Ce risque est lié à la profondeur du syndrome dépressif et à l'identification massive au suicide qui est spécifique au deuil après un suicide. Mitchell a attiré l'attention sur le degré de relation entre le suicidé et l'endeuillé. Plus leur relation est forte, plus le risque de l'état post traumatisante est grand. Enfin, ce cas que nous avons étudié, nous a permis de confirmer notre deuxième hypothèse. Ce qui nous a permis de comprendre que les personnes qui ont subi un deuil suite au suicide d'un proche présentent un état dépressif et un état de stress post traumatisante.

Bibliographie

- 1- Baechler, J. (1975). Les suicides. Paris: édition Calman Levy. P.26.
- 2- Bon A. (2006). Deuil traumatisante et trauma chez les rescapés du tsunami de Décembre 2004. Thèse pour le Doctorat en Médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris.PP.144-150.
- 3- Crocq , L. (2000) . Critique du concept d'état de stress post traumatisante ; dans les troubles post traumatisques. sous la direction de F.Kacha . Algérie : Ministère de la santé. P. 46.
- 4- Crocq , L.(1994) .Les victimes psychiques . dans dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs, sous la direction de L.Crocq et M. Vitry, Algérie : UNICEF.P.87.
- 5- Crocq, L.(1994). Les victimes psychiques. dans dossier documentaire du séminaire de formation des formateurs, sous la direction de L.Crocq et M.Vitry , Algérie ; UNICEF. P.87.
- 6- De Groot et Al .(2006). Grief shortly after suicide and natural death : a comparative study among spouses and first degree relatives . official journal of the American Association of Suicidology . Vol, 36 , PP.31-36.
- 7- De Broca. (2001) . Deuils et endeuillés. 2éme édition. Paris: Masson. P.56.
- 8- Durkheim, E.(1897). Le suicide. Paris : Alcan. P.4.
- 9- Freud, S. (1988). Deuil et mélancolie. in métapsychologie . dans œuvres complètes . tome XIII . Paris. P.U.F. P.56.
- 10- Hanus , M.(1995) . histoire de suicide :la société occidentale face à la mort volontaire , Paris : Fayard . P.25.
- 11- Hanus, M. (2007). Les deuils dans la vie ; Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant. Paris: Maloine. P.98.

- 12- Minois G. (1995). *Histoire de Suicide : La société occidentale face à la mort volontaire*. Paris : Fayard. P 33.
- 13- Mitchell, A. et al. (2004). *Complicated grief in survivors of suicide crisis. The journal of crisis intervention and suicide prevention*; Hogrefe Publishing. P.104.
- 14- Mucchielli, R. (1977). *L'analyse de contenu des documents et des communications : connaissance du problème*, 2éme édition , Paris , E.S.F, P.97.