

Le suicide

**JPS
ACTES
2004**

www.preventionsuicide.be

Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Jeudi 05 février 2004

«Du suicide aux suicide »

Journée d'étude

**Dans le cadre des premières Journées de la Prévention
du suicide en Communauté Française**

Avec le soutien de



Province de Luxembourg
DEPUTATION PERMANENTE



Avec le parrainage
de la Fondation Julie
Renson

Avant-propos

Par Axel GEERAERTS

Directeur du Centre de Prévention du Suicide

Introduction

Par Martine BAUDIN

Directrice de la Fondation Julie Renson

Le suicide : point de vue épidémiologique-démographique

Par le Docteur Myriam DE SPIEGELAERE

Directrice de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles- Capitale

Quelle place pour la sociologie dans la prévention du suicide ?

Par Matthieu LUSTMAN

Médecin généraliste ; sociologue

Le suicide, point de vue philosophique

Par Denis CETTOUR

Philosophe ; Président des Comités éthique et scientifique de l'UNPS (Union Nationale pour la Prévention du Suicide)

Le suicide, point de vue médico-psychologique

Par le Docteur Xavier GERNAY

Psychiatre ; Directeur du Centre Patrick Dewaere

Avant-propos

Par Axel GEERAERTS

Directeur du Centre de Prévention du Suicide

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, au nom des différents partenaires du « Réseau Prévention Suicide », permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue.

« Du suicide aux suicides », tel est le titre de cette journée qui s'inscrit dans le cadre des premières journées de prévention du suicide en Communauté française. Hier soir a eu lieu une soirée grand public dans quatre villes wallonnes et à Bruxelles intitulée « Le suicide parlons-en ! ? ». Cette soirée fut pour nous l'occasion de discuter et de rencontrer ceux qui de près ou de loin ont été touché par la question du suicide. Expérience un peu inédite pour nous professionnels plus habitués à parler entre que de débattre directement avec le grand public. Mais la qualité des échanges et les témoignages entendus hier nous montrent combien la prévention gagne à être sans cesse réinterrogée.

Et c'est bien dans cette optique qu'on été mise sur pied ces premières journées qui ont de plus été pensées en collaboration avec les journées de prévention du suicide organisée en France depuis plusieurs années déjà par l'UNPS.

« Du suicide aux suicides », du singulier au pluriel. Vaste programme, ambitieux peut-être trop pensent peut-être certain.... nous verrons.

Sujet tabou pour les uns, déni de la chose pour les autres, simple symptôme d'un mal plus profond ou choix éthique et philosophique ... le suicide est à la fois global, total et singulier.

Global car il nous renvoi à la question universelle de la vie et de la mort, mais aussi de la souffrance, singulier car c'est bien de notre propre mort qu'il s'agit.

C'est dans ce sens que nous avons voulu vous inviter aujourd'hui à réfléchir sur la notion même de suicide, sur la manière dont sociologue, philosophe ou psychiatre aborde la question et sur ce qu'il représente exactement en terme de mortalité.

Ensuite nous tenterons de montrer comment la question du suicide se retrouve en lien avec des réalités concrètes très différentes. Du suicide aux suicides donc, du singulier au pluriel.

Mais avant toute chose je voudrais remercier ceux qui ont soutenu la mise en place de ces journées : Cera Foundation, la Province du Luxembourg, le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de la Région Wallonne - Monsieur Detienne, Le Ministre Gosuin et la Commission Communautaire Commune ainsi que la Fondation Julie Renson qui a accepté de parrainer nos journées.

Par ce parrainage nous avons voulu placer d’emblée notre réflexion dans le champ de la santé non pas pour l’enfermer et la cadenasser mais bien pour l’ouvrir et nous ouvrir à de plus vastes horizons.

C’est donc avec plaisir que je cède la place à Madame Martine Baudin, directrice de la Fondation Julie Renson qui va introduire les débats de la journée.

Quant à moi je vous retrouve en fin de journée pour les conclusions de nos débats.

Bonne journée.

Introduction

Par Mme Martine BAUDIN
Directrice de la Fondation Julie Renson

Mesdames, Messieurs
Chers Collègues,
Cher(e)s Ami(e)s,

Il m'incombe d'introduire cette Journée d'étude inscrite dans le cadre des « Premières Journées de Prévention du Suicide en Communauté française ». Lourde responsabilité ! Le thème est difficile en soi, le sujet du suicide ne s'aborde jamais de façon légère. Or le suicide est souvent en arrière-plan des problématiques de santé mentale, sans pour autant être toujours abordé de façon claire et directe dans ce champ.

Le suicide, c'est la mort, c'est aussi bien souvent l'échec : l'échec d'une relation, l'échec d'une histoire, l'échec d'une vie, l'échec d'une tentative parfois. Personne n'aime parler de mort et d'échec. Pourtant, c'est à parler du suicide que nous sommes invités pendant ces « Premières Journées de Prévention du Suicide », en partant de nos vies et de nos pratiques.

Il n'est pas possible de maintenir le silence autour d'une des premières causes de décès des jeunes, des hommes à la maturité et des personnes âgées. Il s'agit bien d'une des difficultés majeures de notre époque, touchant à des aspects multiples des questions de santé mentale.

C'est un suicide, entend-on dire, avec plus ou moins de sous-entendus. C'est déjà un progrès par rapport à la situation d'il y a une vingtaine d'années, quand on faisait comme s'il s'agissait d'une mort dite naturelle, sans parler des usages plus anciens encore qui excluaient les personnes suicidées d'une sépulture chrétienne, c'est-à-dire dans le cadre du cimetière de la communauté d'appartenance. Le poids du secret alourdissait encore une situation familiale difficile et souvent pesait longtemps et insidieusement sur les vivants.

Aujourd'hui, il est devenu possible d'évoquer le choix de la mort par la personne décédée, mais il reste le malaise induit par ce choix. Comment il ou elle en est-il, en est-elle venu(e) à un telle solution ? N'aurait-on pas pu

l'éviter? Ces questions hantent ceux qui l'ont connu(e), et il est alors trop tard pour y trouver réponse.

Le choix de la mort interpelle les vivants, interpelle ceux qui ont perdu quelqu'un, raté une rencontre, perdu un bout de vie partagée. Répéter que c'est un choix respectable, que chacun est libre de disposer de sa vie, ne peut occulter qu'un tel choix pose une multitude de questions à la société qui y pousse. Cette société est celle des vivants d'aujourd'hui, qui risque de pousser encore d'autres personnes à la mort si rien n'est tenté pour comprendre et accompagner.

Parler du suicide, comme d'un concept unique, occulte la réalité, la réduit à l'abstraction, et permet de faire l'impasse sur la personne dont il est question. En une phrase, une situation unique se retrouve couverte du voile d'une généralisation « pudique », camouflage de tant de situations toutes particulières. Qu'y a-t-il de commun entre la démarche suicidaire d'un jeune adolescent en quête d'identité, et le suicide brutal d'un homme dans la maturité apparemment bien inséré socialement, ou la mort volontaire d'une personne âgée en perte de lien social ? Rien, sauf la mort. Quel lien entre les différentes formes de violence pour aboutir à la mort ? Le choc ressenti par les survivants, seul. Chaque histoire, malgré des dimensions communes sociologiquement identifiables pour chaque catégorie de cas, restera toujours une histoire particulière.

L'ampleur prise par le phénomène persuade aisément que quelque chose doit se faire en ce domaine. Sa complexité impose que les efforts soient multiples et coordonnés. En parler, donc, mais à plusieurs, à partir d'une multitude d'expériences et d'approches, telle est l'ambition de ces « Premières Journées de Prévention du Suicide ». Les suicides sont autant de symptômes de situations de vie à ce jour mal éclaircies; un suicide donne une conclusion, qui se veut définitive, à un problème dont l'énoncé est inconnu. Chaque suicide interpelle les survivants qui ont côtoyé le mort, la mort. Il les questionne sur leur vie, sur leurs liens avec le mort, sur la suite, et peu d'entre eux échappent à la culpabilité, celle de non-assistance, celle de la responsabilité, mais aussi celle de la survie, tout simplement.

Les suicides se rencontrent en filigrane de l'activité de presque tous les lieux de prise en charge psychologique : soit parce que les « TS », comme on les appelle, sont en demande de suivi, ou en quelque sorte contraints à un suivi thérapeutique; soit parce que des comportements sont de façon si manifeste suicidaires qu'on ne sait que faire; soit que la douleur de vivre est telle que la

mort prend des airs séduisants; et quand l'envie de mort se dit clairement, le clinicien ou le travailleur social ne peut plus l'é luder, mais se retrouve souvent très démuni.

Souvent, presque toujours, le suicide réalisé, qu'il soit raté ou réussi, surprend, a un aspect inattendu. On ne s'y prépare pas, on ne peut s'y préparer, ou... on ne veut pas s'y préparer. Il est proprement inenvisageable, il ne se regarde pas en face. Or les suicides sont là, chaque année, nombreux dans les causes connues de mortalité. Ils disent l'inacceptable. Ils questionnent les limites de la liberté humaine. Ils mettent à mal les systèmes de soins et d'entraide.

Le réseau qui se met en place en Communauté française veut ramener ces questionnements en un lieu d'échanges, en faire une base de travail en concertation, afin que chacun, dans sa pratique, puisse intégrer les moyens de prendre en compte cet élément-là de la vie, qui en est le refus pur et simple. Faire de la prévention du suicide ne signifie pas nier cette ultime liberté humaine, mais éclairer les éléments du choix, pour qu'il s'agisse bien d'une question philosophique, d'un choix personnel, et pas d'une chute dans le vide, d'une tentative désespérée d'arrêter l'insupportable. C'est d'enrayer l'insupportable qu'il doit être question, et cet insupportable est difficile à débusquer.

Les situations de suicides sont polymorphes, sont multifactorielles. Même si la thématique n'est pas neuve, déjà aux balbutiements de la sociologie Durkheim les étudiait comme indicateurs de société, le regard porté sur elles évolue, et les conditions qui l'encadrent changent. Une société n'est pas l'autre, que ce soit dans le temps ou dans l'espace. La valeur donnée à la vie n'y est pas la même, d'un contexte à l'autre : donner sa vie pour un idéal peut être glorifié, l'actualité nous en fournit des exemples à suffisance, ou à l'inverse la vie est sacrée, donnée par dieu et ne peut donc être reprise. Selon chaque contexte, la lecture que l'on fait de l'acte suicidaire connote le chagrin de la perte bien différemment : entre la gloire du héros et la honte de la faute, le deuil ne se vit pas du tout de la même manière. Et « l'entrée en suicide » non plus.

Même aujourd'hui, dans notre société, les contextes sont relatifs. Durkheim, encore lui, proposait de lier les démarches suicidaires à deux faits sociaux : l'intégration et la régulation. Entre une intégration sociale et familiale insuffisante et l'intégration excessive, il y a deux vécus qui conduisent à des

situations suicidaires différentes, des douleurs de vie incomparables. De même les questions de régulation, de prégnance plus ou moins fortes des règles sociales au sein de la société ou dans une famille, peuvent donner un éclairage différent provoquant une incertitude ingérable ou au contraire induisant une aspiration à la délivrance absolue. De quels suicides parlons-nous alors ? Dire qu'ils sont induits par la société est un raccourci aussi brutal que de les réduire à une lâcheté individuelle.

La règle de la relativité s'applique totalement aux données qui entourent une démarche de mort volontaire. Elle suppose de pouvoir réfléchir sans a priori trop puissants, ni du point de vue des référents théoriques ni du point de vue des valeurs personnelles, ni en matière de préjugés sociaux. Exercice périlleux s'il en est ! Mais c'est à un tel propos que la journée d'étude d'aujourd'hui nous incite.

Aujourd'hui l'inacceptable du suicide, de la mort, rencontre l'inacceptable de la vie, des modes de vie. Il devient dès lors possible d'en parler, de dire où chacun, comme personne et comme acteur professionnel, a rencontré cette réalité-là. Il devient envisageable de chercher à déceler de quoi les suicides rencontrés sont les symptômes, par la réflexion croisée. Toutes ces histoires particulières s'enrichissent mutuellement, et s'éclairent.

Les suicides concernent et interpellent tous les volets de la santé mentale, de la clinique individuelle au travail social, de l'étude épidémiologique et symptomatique à la réflexion sociologique et institutionnelle. C'est à cet échange que les membres du réseau « Prévention du suicide » en construction nous invitent aujourd'hui, sans tabous ni secrets, pour mieux intégrer les suicides dans leurs diversités au sein de nos pratiques, par un aller et retour permanent entre la réflexion théorique sur le suicide, et les vécus particuliers des suicides rencontrés.

Le suicide : point de vue épidémiologique

Par le Docteur Myriam DE SPIEGELAERE

Directrice de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Les quelques données épidémiologiques que je vais vous présenter sont essentiellement basées sur l'analyse des bulletins statistiques de décès en région bruxelloise pour la période 1998-2000 (soit 3 années civiles rassemblées pour permettre des analyses plus approfondies).

Pourquoi uniquement des données bruxelloises ?

La première raison est que, comme Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, nous avons pour mission de rassembler les informations concernant la région bruxelloise.

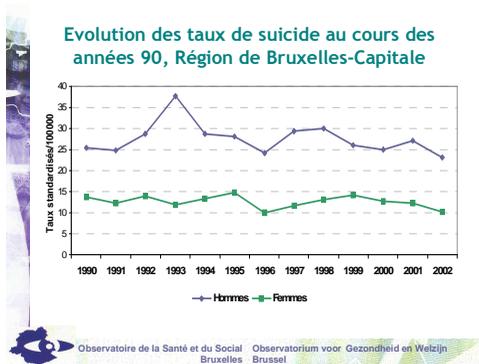
La deuxième raison est qu'il n'existe pas de données concernant la Communauté française.

Pour des raisons institutionnelles, la gestion et l'analyse des statistiques de naissances et décès est confiée à l'administration de la Communauté française pour la Wallonie et à la Cocom (Commission Commune aux deux communautés) pour Bruxelles. Suite à un retard dans le traitement des données pour la Wallonie, il n'est pas possible de regrouper les données au niveau national après 1997.

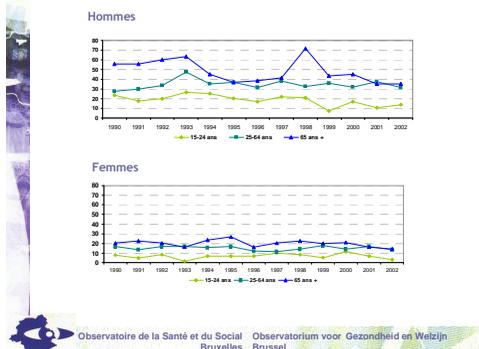
Ceci étant, l'épidémiologie du suicide est très semblable d'une région à l'autre même si, selon les statistiques jusqu'en 1997, la Wallonie a un taux de suicide un peu plus élevé que Bruxelles et la Flandre un peu plus faible (même si les données récentes de la Flandre montrent des taux similaires aux taux bruxellois).

Je ne parlerai pas des aspects méthodologiques, en particulier de la sous-estimation du nombre de suicide et des procédures de certifications mais si vous avez des questions à ce propos j'y répondrai volontiers. Tous ces

aspects sont largement développés dans le dossier « Le suicide en Région de Bruxelles-Capitale, situation 1998-2000 » disponible gratuitement à l'Observatoire de la Santé et du Social. Vous y trouverez également d'autres données qui ne sont pas présentées ici.

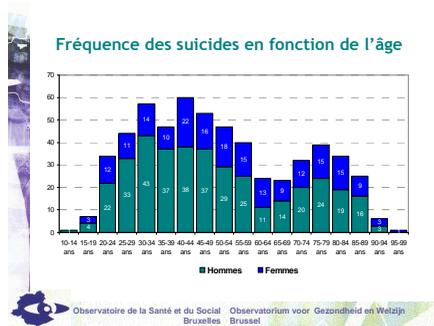


Après une augmentation importante des taux de suicide au cours des années 70, on a observé une tendance à la diminution dans les années 80. Vous voyez sur ce graphique l'évolution des taux de suicide entre 1990 et 2002. On observe une augmentation des taux chez les hommes au début des années 90, depuis les taux sont stables, voire en légère diminution les dernières années.



Si on regarde l'évolution par groupe d'âge, on constate que l'augmentation notée en 1993 concernait surtout les adultes et les

personnes âgées. En ce qui concerne le suicide chez les jeunes on note une faible tendance à la diminution. Il existe des oscillations isolées d'une année à l'autre qui ne peuvent pas réellement être interprétées étant donné le petit nombre de sujets.

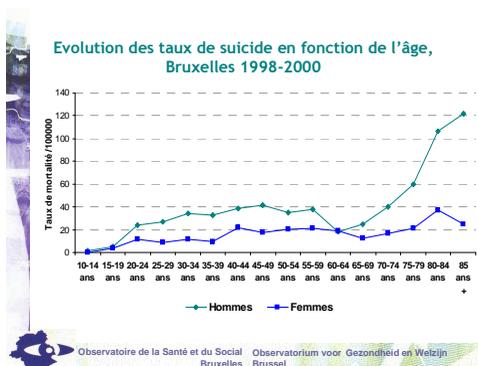


La mortalité par suicide varie fortement avec l'âge.

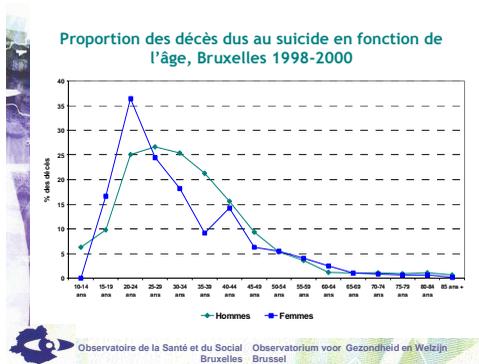
Pour bien comprendre l'importance du suicide dans les différents groupes d'âge il faut considérer 3 types de mesures complémentaires :

1. le nombre absolu de suicide

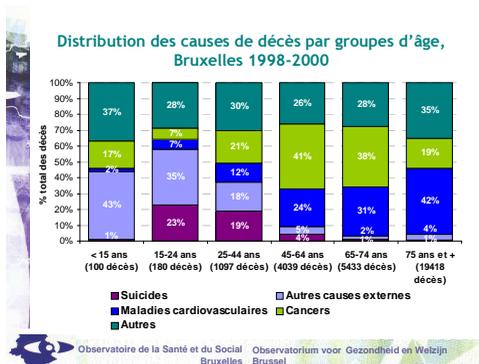
(ici présenté par tranche d'âge de 5 ans) qui montre que la plus grande part des suicides concernent des personnes d'âge moyen. Il y a aussi un nombre plus important de suicide entre 70 et 90 ans. 7 % des suicides concernent des jeunes de moins de 25 ans.



2. le taux de suicide, exprimé en nombre de suicide pour 100 000 habitants, indique le niveau de risque d'une tranche d'âge: ce risque augmente avec l'âge. Ainsi les personnes âgées (particulièrement les hommes âgés) courent un risque plus élevé que les jeunes de décéder par suicide.

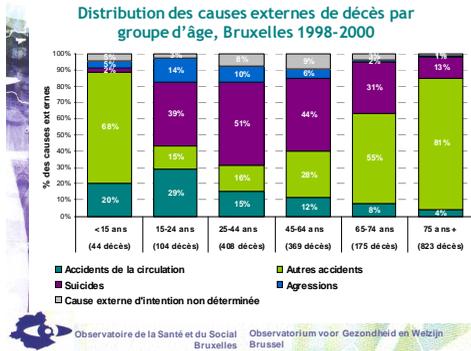


3. la proportion des décès liés au suicide qui dépend fortement de la mortalité par d'autres causes. Pour les hommes, elle est maximale entre 20 et 35 ans, où le suicide représente plus d'un quart des décès. Pour les femmes elle est la plus élevée entre 20 et 24 ans, mais on note aussi un pic entre 40 et 44 ans où le suicide représente 15 % des décès.



Sur ce graphique vous voyez, par tranches d'âge, la répartition des causes de décès. On voit que la part des suicides dans l'ensemble des décès diminue au

fur et à mesure que se développent les cancers et les maladies cardiovasculaires.



Ce graphique montre la répartition des causes « non naturelle » de décès (accidents, suicides, homicides) par tranches d'âge. Entre 15 et 64 ans, le suicide représente la première cause. Parmi les plus jeunes et les plus âgés, les accidents domestiques représentent la première cause « non naturelle » de décès.

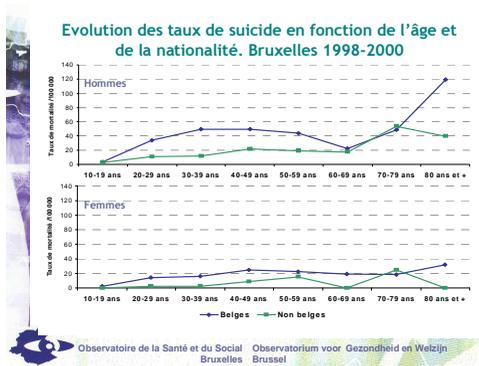
Taux de mortalité par suicide selon l'état civil

	Hommes		Femmes	
	Taux bruts	SMR (IC 95%)	Taux bruts	SMR (IC 95%)
Mariés	22.6	1.0	11.1	1.0
Célibataires	34.4	1.9 (1.6-2.2)	14.2	2.0 (1.4-2.5)
Séparés /divorcés	61.6	2.9 (2.1-3.7)	31.5	2.5 (1.7-3.2)
Veufs	132.9	3.2 (2.3-4.2)	22.7	1.1 (0.8-1.4)

Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

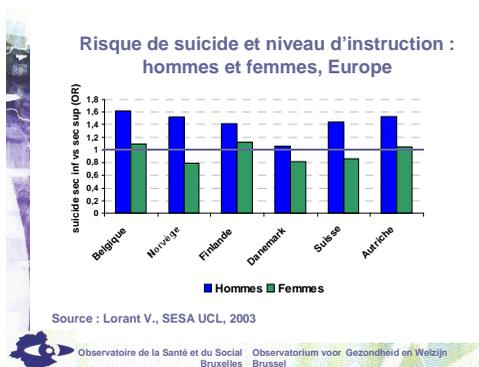
Les taux de suicide varient également fortement en fonction de la situation familiale. Parmi les variables disponibles sur les bulletins statistiques de décès on trouve l'état civil qui permet d'approcher plus ou moins cette dimension. On observe que, après contrôle pour l'âge, les hommes veufs ont 3 fois plus de risque de se suicider que les hommes mariés. Chez les hommes

comme chez les femmes, les personnes séparées ou divorcées et les célibataires ont 2 à 2,5 fois plus de risque de se suicider que les personnes mariées.



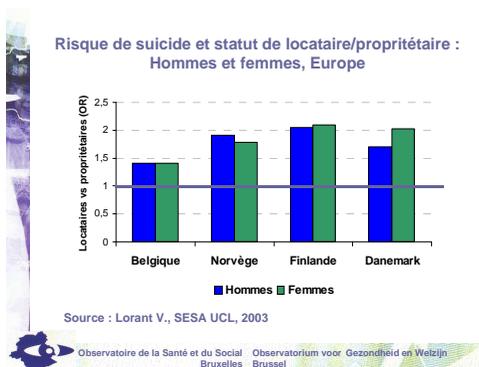
On sait que les facteurs culturels influencent fortement les comportements suicidaires. Certaines études ont montré que, en règle générale, les communautés immigrées présentent des taux de suicides proches de ceux des pays dont elles sont originaires. Dans les bulletins statistiques de décès nous ne disposons pas de variable très fine concernant l'origine des personnes, seule la nationalité est enregistrée.

Vous voyez ici les taux de suicide chez les Belges (en bleu) et chez les non Belges (en vert). Les taux de suicide sont 2 à 3 fois plus élevés chez les Belges que chez les non Belges. Sur ce graphique on observe que ces différences concernent surtout les moins de 60 ans.

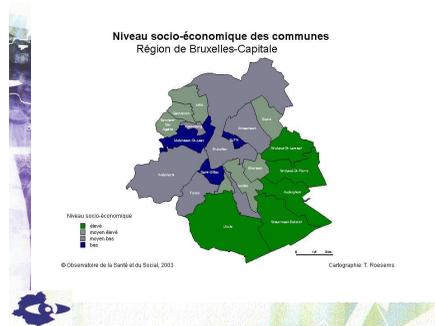


Plusieurs études montrent que les taux de suicide sont plus élevés chez les personnes qui sont au chômage ou qui ont un statut social plus précaire par rapport aux personnes socialement favorisées. Ces constatations ne sont cependant pas systématiques (certaines études ne retrouvent pas de liens entre statut social et suicide). Dans une large étude portant sur la période 1990-1995, des chercheurs dont Vincent Lorant qui m'a aimablement transmis ses données, ont comparé les inégalités sociales face au suicide dans différents pays européens.

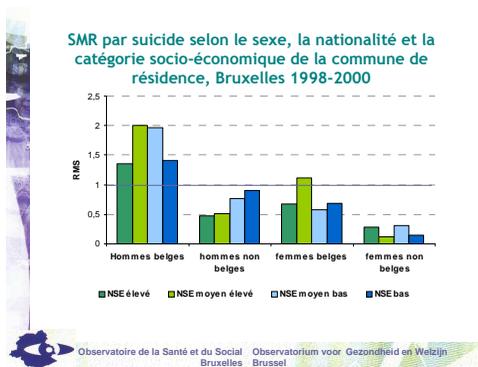
Sur ce graphique-ci on a représenté le risque de suicide des personnes ayant un niveau d'instruction inférieur ou égal au secondaire inférieur par rapport à celles qui ont au minimum un diplôme du secondaire supérieur. En bleu les hommes, en vert les femmes. On constate que les inégalités sont plus importantes pour les hommes que pour les femmes et aussi qu'elles diffèrent d'un pays à l'autre. Pour la Belgique, les hommes qui ont au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont 1,6 fois plus de risque de se suicider que ceux qui ont un niveau d'instruction plus élevé. Pour les femmes cet excès de risque est beaucoup plus faible.



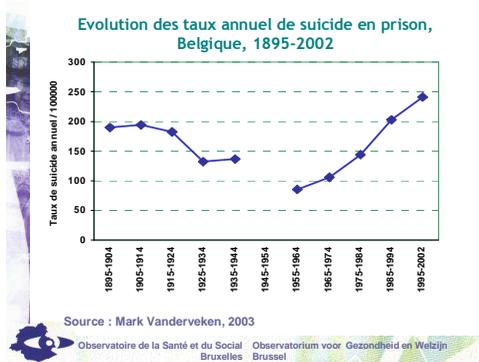
Si on prend comme indicateur du statut social le fait d'être ou non propriétaire de son logement, on observe que les inégalités sont plus homogènes entre hommes et femmes. En Belgique, les locataires ont 1,4 fois plus de risque de se suicider que les propriétaires.



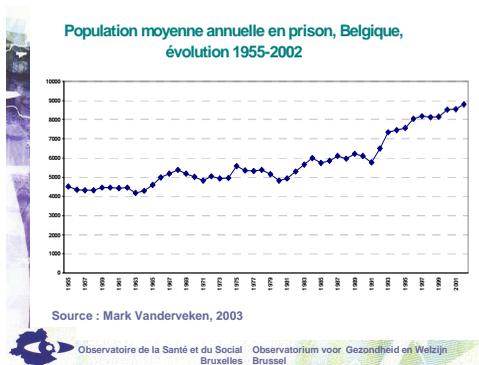
En plus du statut social individuel, l'environnement social dans lequel on vit peut également influencer le risque de suicide. Nous avons catégorisé les communes bruxelloises selon leur niveau socio-économique. On constate que les taux de suicide sont les plus élevés dans les communes à statut socio-économique intermédiaire et les plus faibles dans les communes les plus riches et les plus pauvres.



Si on analyse séparément les taux de suicides des Belges et non Belges, après standardisation pour l'âge, on constate que les hommes de nationalité belge habitant les communes intermédiaires ont les taux de suicide les plus élevés. Pour les hommes non belges, le taux de suicide est d'autant plus élevé que la commune est pauvre. Pour les femmes belges, celles qui habitent une commune à niveau socio-économique intermédiaire élevé ont les taux les plus élevés. Les femmes non belges ont des taux très bas quelque soit la commune de résidence.

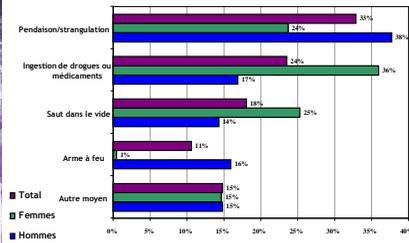


Mark Vanderveken a rassemblé des données sur les suicides en prison. On observe que les taux de suicide y sont 10 fois supérieurs aux taux en population générale et que les taux augmentent régulièrement. Entre 1955 et 2002 le taux de mortalité par suicide dans les établissements pénitentiaires a triplé.



Cette augmentation des taux de suicide est parallèle à l'augmentation de la population carcérale qui après avoir diminué durant l'entre-deux-guerres a augmenté à partir des années 60.

Fréquence des moyens utilisés pour le suicide, Bruxelles 1998-2000



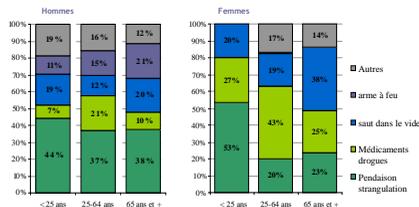
Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

Je ne m'étendrai pas sur les moyens utilisés par les personnes qui mettent fin à leurs jours. Le moyen le plus utilisé est la pendaison (1/3 suicide). C'est le moyen le plus utilisé par les hommes. Les femmes utilisent plus souvent l'intoxication par médicaments.

Le saut dans le vide vient en 3^e position.

Les armes à feu sont utilisées presque exclusivement par les hommes. La proportion de suicide par arme à feu est plus faible en Belgique que dans d'autres pays et n'a plus augmenté depuis 1980 (alors qu'on avait observé une forte augmentation au cours des années 70).

Fréquence des moyens utilisés pour le suicide en fonction de l'âge, Bruxelles 1998-2000



Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

Les moyens utilisés diffèrent aussi selon l'âge. Ainsi on constate que la pendaison est le moyen le plus utilisé par les jeunes. L'utilisation des

armes à feu et le saut dans le vide sont proportionnellement plus fréquent chez les personnes âgées.

	Suicide	Tentatives de suicide
Fréquence	1	14
< 25 ans	1	100 à 200
> 65 ans	1	2 à 3
Ratio Hommes/femmes	2,3	0,5 à 0,3
Alcoolisme / toxicomanie	++	++
Précarité sociale / chômage	+ (+/-)	++


 Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

Il est très difficile de recueillir des données fiables sur les tentatives de suicides. Selon les données recueillies par l'équipe de Gand et d'autres études menées en Europe, on compte 1 suicide pour 14 tentatives de suicide. Mais cette proportion dépend fortement de l'âge : si on compte 100 à 200 tentatives pour 1 suicide réussi chez les moins de 25 ans, cette proportion est de 2 à 3 tentatives pour 1 suicide réussi chez les personnes de plus de 65 ans.

Si le taux de suicide des hommes est 2,3 plus élevé que celui des femmes, inversement on compte 2 à 3 fois plus de tentatives de suicide chez les femmes que chez les hommes.

Des facteurs de risque comme la dépendance à l'alcool ou d'autres toxicomanies sont importants tant pour les tentatives de suicides que pour les suicides réussis. Alors qu'on observe une tendance à accorder moins d'intérêt et d'attention aux personnes qui tentent de se suicider sous la dépendance de l'alcool ou de drogues, ces éléments indiquent un risque plus important de récidives et de mortalité.

L'association entre statut social et suicide est nettement plus marquée pour les tentatives de suicide que pour les suicides.

Conclusions

Bulletins statistiques de décès = outil utile pour monitoring du suicide au niveau régional

⇒ Investir pour améliorer la qualité des données (données administratives, sensibilisation des médecins certificateurs)

⇒ Collaboration entre les communautés et les chercheurs pour développer l'utilisation de ces données

Les données de mortalité par suicide sont insuffisantes pour définir des priorités en terme de prévention. La question de la prévention du suicide est une question de société qui implique bien plus que des épidémiologistes.



Observatoire de la Santé et du Social
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn
Brussel

Quelle place pour la sociologie dans la prévention du suicide ?

Par Matthieu LUSTMAN
Médecin généraliste ; sociologue

Depuis longtemps le suicide est un sujet de réflexion pour les sociologues. De nombreux auteurs, comme Emile Durkheim avec son ouvrage « Le suicide » et Maurice Halbwachs avec « Les causes du suicide », exercent une influence importante sur la recherche en suicidologie.

Pour résumer, la sociologie aborde classiquement la problématique du suicide à partir de deux types d'approches :

- une description épidémiologique afin d'établir un tableau précis des chiffres du suicide ;
- une recherche des facteurs sociogéniques, c'est à dire des causes pouvant expliquer le suicide.

Cette recherche aboutit à la formulation par E. Durkheim du célèbre concept d'« anomie » (absence de loi qui conduit à un état de dérèglement). Ce concept d'anomie explique qu'on invoque fréquemment le renforcement des « liens sociaux » comme solution à la problématique du suicide, souvent d'un point de vue moralisateur et normalisateur.

Deux mots résument l'approche sociologique du suicide : chiffre et cause. Dans ce cadre, la sociologie s'intègre dans la logique des théories médicales, l'outil sociologique ne sert qu'à suppléer au raisonnement médical, mais l'approche dominante reste fondée sur les théories médicales. Or le suicide est un phénomène complexe. Si le regard médical est en partie pertinent, le suicide ne peut être uniquement assimilé à une maladie. La sociologie se doit donc de l'analyser en dehors du prisme médical et s'efforcer de répondre à des questions comme celles là :

- Comment la société gère t-elle la problématique du suicide ? Comment expliquer par exemple que le suicide qui, il y a peu, était un tabou absolu est en train de devenir un objet de réflexion ? Comment expliquer cette évolution ?

- Quel sens la société donne-t-elle au suicide ? Le regard que la société porte sur le suicide n'est pas univoque à travers l'histoire : interdiction totale, interdiction relative, relative tolérance voire même, dans certains cas, valorisation de l'acte. Réfléchir au suicide revient toujours à réfléchir au statut de l'individu dans la société et à se demander quel degré d'autonomie la société accorde à chaque individu. La société contemporaine porte sur le suicide un regard ambigu, elle est prise dans une logique contradictoire : chercher à la fois à valoriser l'autonomie des acteurs mais considérer comme malade tout individu qui entend utiliser cette autonomie comme un droit à disposer de sa propre vie. Sur le terrain de la prise en charge du suicide cette attitude se traduit par le fait que, paradoxalement, on va s'intéresser davantage au suicide des jeunes qu'au suicide des personnes âgées alors que ce sont ces dernières qui se suicident le plus : le suicide demeure un acte jugé intolérable surtout pour un jeune, en revanche l'euthanasie semble être acceptée.

Je n'entends pas ici développer les approches ci-dessus mais utiliser ce que nous appelons en sociologie, la sociologie des professions. Il s'agit d'étudier comment les professionnels de la santé prennent en charge le suicide.

Je suis médecin généraliste et sociologue. C'est de ma confrontation concrète avec les suicidants en tant que jeune interne aux urgences qu'est né mon intérêt pour cette problématique

Je suis arrivé aux urgences armé de deux certitudes :

- mon savoir théorique qui m'informait qu'il fallait prendre toute tentative de suicide au sérieux, évaluer le risque de récurrence, poser un éventuel diagnostic psychiatrique et ne pas hésiter à proposer l'hospitalisation au patient avec son accord, ou contre son accord si cela s'avérait nécessaire ;
- une image que je me faisais de mon rôle de médecin : un humaniste, proche et à l'écoute des gens.

La prise en charge au quotidien des suicidants a complètement bouleversé ces certitudes :

- Au lieu d'être des patients dociles, les suicidants se sont révélés des patients ambigus voulant tout et son contraire. Nous demandant de les aider, mais refusant le type d'aide qu'on leur proposait. Certains refusaient l'hospitalisation qu'on leur proposait, d'autres au contraire voulaient rester alors même que leur hospitalisation n'était pas jugée indispensable !
- De leur côté les soignants semblaient lassés, résignés et ne s'intéressaient pas vraiment aux suicidants sauf pour connaître la cause de leur geste qui les faisait souvent sourire.

Les tentatives de suicide sont nombreuses aux urgences, tellement nombreuses que je me suis surpris à dire « *Encore un ! Ca n'en finit plus !... Pourquoi il vient encore nous ennuyer celui là ? Pourquoi il ne nous laisse pas soigner les vrais malades, ceux qui ne sont pour rien dans leur état alors que lui il s'est fait ça volontairement ?* » Le malaise était là : le médecin humaniste avait disparu, d'un seul coup je ne comprenais plus ma pratique et le pourquoi de mes réactions.

Face à ce malaise, je me suis demandé si j'étais le seul dans cet état d'esprit.

Etant aussi sociologue, j'ai mené un travail d'enquête qui m'a confirmé la difficulté pratique et concrète de prise en charge de ce genre de patient :

- Un taux élevé de récurrence, évalué entre 40 et 60%.
- Une grande difficulté à établir un pronostic et à évaluer le risque de récurrence.
- Une place très imprécise et mal évaluée pour la thérapeutique médicamenteuse.
- Stigmatisation des suicidants aux urgences.
- Absence de coordination ville/hôpital.
- Absence d'évaluation de l'intérêt de l'hospitalisation des suicidants.
- Absence de formation des médecins généralistes.
- Difficulté des médecins généralistes à travailler avec les psychiatres.
- Absence de protocole général de prise en charge, chaque unité travaille selon sa propre logique.

Tout ceci aboutit à un étrange paradoxe. Beaucoup d'études insistent sur l'importance d'établir « une alliance thérapeutique », concept un peu vague que l'on peut expliquer ainsi : établir un lien de confiance basé sur la qualité de la relation médecin/malade afin d'envisager un véritable suivi du patient. Or les urgences ne sont certes pas le lieu adéquat où peut se nouer une relation médecin/malade de qualité. Au contraire mes observations montrent qu'aux urgences cette relation médecin/malade est en souffrance.

Il est alors une logique qui s'est imposée : si d'un côté l'alliance thérapeutique est capitale et que de l'autre la structure et les soignants ne permettent pas de l'établir, il convient, pour améliorer la prise en charge, d'étudier tant les soignants et la structure que le suicidant en lui même.

Il s'agit de l'objet de l'enquête que j'ai menée sur deux ans pour l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et les Laboratoires Lundbeck : « Evaluation des stratégies de prise en charge des suicidants »

L'enquête a été menée à travers le suivi de patients dans diverses structures pendant un an, avec, comme indicateur, l'inscription ou non dans une alliance thérapeutique. Il devient alors possible d'évaluer l'influence de la structure sur les possibilités de cette alliance thérapeutique. L'étude a utilisé les outils de la sociologie qualitative : entretien semi directif et observation directe (base méthodologique : « La sociologie compréhensive » de J.C. Kaufmann, Collection 128, Nathan).

Quatre services qui présentaient tous un protocole différent ont été étudiés :

- un service d'urgences dans un hôpital intercommunal de banlieue parisienne qui avait mis en place un protocole spécifique de prise en charge (entretien systématique, hospitalisation obligatoire de trois jours, adressage à la sortie) ;
- un service d'urgences d'un CHU (Centre Hospitalier Universitaire) qui, à coté des urgences classiques, a créé un espace particulier de prise en charge des patients psychologiques : l'Unité médico-psychologique ;
- un service d'intervention psychiatrique à domicile qui se fonde sur les théories systémiques, avec pour but d'éviter l'hospitalisation (intervention à domicile d'une équipe constituée d'un psychiatre et

d'une infirmière, avec suivi des patients à domicile pendant un mois, la prise en charge se faisant dans le milieu familial, avec la famille) ;

- un service de courts séjours spécialisé dans la prise en charge des jeunes suicidants (hospitalisation de dix jours des patients présentant soit une crise suicidaire, soit une tentative suicidaire ; évaluation psychologique intensive ; possibilité de psychothérapie familiale, la prise en charge se faisant en rupture avec la famille dans le cadre d'une unité type « colonie de vacances » réservée aux jeunes).

Résultats :

La comparaison des différentes trajectoires des patients suivis dans ces services très hétérogènes, en utilisant les outils de la sociologie qualitative, ne permet pas de donner un tableau statistique représentatif et comparatif mais permet de comprendre les mécanismes et les facteurs qui influencent les trajectoires. Il est difficile de résumer une enquête de deux ans. Je vais donc essayer d'insister sur quelques points qui me paraissent significatifs :

1. Décalage entre recherche théorique et terrain

Le travail du sociologue est souvent un travail de décryptage, de déconstruction des routines. D'un point de vue général, l'étude montre l'ambiguïté de nos approches théoriques sur deux points en particulier :

- le type de théorie utilisé pour comprendre le suicide : il existe en effet plusieurs types d'approche : médicale, sociogénique et stratégique ;
- le type de modèle théorique utilisé pour prendre en charge le suicide fondé sur une logique bio-médicale.

Dans les congrès, les approches dominantes sont psychiatriques ou sociogéniques. Dans ces deux logiques le suicidant est une victime, prisonnier de forces qui le dépassent, que cela soit la maladie mentale ou la violence de la société, qui entraînent chez lui anomie avec rupture du lien social : sa liberté est illusoire, ce n'est pas un sujet autonome. Or sur le terrain, aux urgences, les soignants ajoutent à ce type d'approche la thématique de l'appel au secours : le patient utiliserait le suicide comme une

stratégie de communication. Son geste serait un appel au secours pour l'aider à modifier son environnement. Dans cette logique, le sujet a fait un choix clair et conscient, il utilise sa liberté : il s'agit alors d'un sujet autonome dont il faut respecter l'acte.

Ce qui complique les choses est que les soignants de terrain utilisent les deux types de modèles théoriques : dans un cas le suicidant est perçu comme un malade qu'il faut soigner, dans l'autre cas c'est un sujet autonome qui a un problème à régler et ce n'est plus vraiment de la médecine. La seule façon concrète de sortir du paradoxe pour les soignants de terrain est de classifier les tentatives de suicide comme « graves » ou « pas graves ». Quand la tentative de suicide génère un risque vital, elle est jugée comme grave et le patient rentre dans le moule de la victime. Quand il n'existe aucun risque vital et que le patient n'a pas de pathologie psychiatrique clairement avérée il s'agit d'un simple appel au secours, il rentre dans la catégorie des « pas graves », il ne s'agit plus vraiment de médecine. Finalement ce n'est pas l'intensité de la crise suicidaire qui est l'élément déterminant mais l'état somatique du patient qui devient le critère de la véritable envie de mourir.

Pour brouiller encore les pistes, les psychiatres affirment que toutes les tentatives de suicide doivent être prises au sérieux et qu'elles doivent toutes aboutir à une hospitalisation. Se référer ensuite au modèle grave/pas grave devient donc bien difficile voire impossible. Le soignant des urgences se retrouve prisonnier de modèles théoriques contradictoires. Ce que l'on observe sur le terrain est la difficulté qu'ont les soignants à évaluer jusqu'à quel degré ils doivent s'investir. Jusqu'où faut-il respecter l'autonomie des individus, à partir de quand commence la non assistance à personne en danger, sont-ils légitimes pour intervenir et à quel titre ?

L'analyse sociologique permet de préciser qu'en fait toutes ces approches sont valides et que finalement le suicidant nous envoie un discours complexe : aidez moi, mais comme je le veux, trouvez moi une solution que je puisse comprendre et qui n'empiète pas trop sur mon autonomie.

Le second point que je voudrais soulever vient encore complexifier l'analyse. Les soignants aux urgences fondent leur savoir et leur pratique sur le modèle bio-médical, c'est à dire que, pour toute pathologie il existe un diagnostic, un processus pathologique, un pronostic et une thérapeutique. Or l'étude montre que le suicide ne s'intègre absolument pas dans ce modèle bio-médical :

- Le diagnostic n'est pas clair : en effet, nous venons de le voir, il est impossible de définir clairement cet acte : quelle est la liberté exacte de ce type de patient, s'agit-il d'une maladie avec des causes psychiatriques et des facteurs sociogéniques ou d'un individu autonome qui a le droit de décider pour lui même.
- Il n'existe pas de processus pathologique clairement identifié, il n'existe pas de pathologie psychiatrique explicative. Actuellement on parle de crise suicidaire qui fait davantage appel à des processus psychologiques que psychiatriques. Chaque décennie apporte son mode d'explication du suicide : dans les années 70 il est corrélé à la maladie, dans les années 80 au chômage, dans les années 90/2000 aux problèmes de développement de la personnalité : stress, violence sexuelle et harcèlement au travail.
- Il n'existe pas de pronostic : la question capitale pour le soignant est le risque de récurrence qui reste très élevé alors qu'aucune échelle prédictive ne s'est révélée fiable.
- Il n'existe pas de thérapeutique claire. Pour prendre en charge le suicide il ne suffit pas d'un médicament à avaler, il faut au contraire établir une alliance thérapeutique qui ne peut se fonder que sur la qualité de la relation médecin/malade.

Conclusion : le soignant des urgences utilise donc pour prendre en charge un suicidant un modèle scientifique théorique, le modèle bio médical qui contraint le suicidant à intégrer un modèle, modèle qui permet au médecin d'exercer son art mais qui ne correspond à la réalité complexe du suicide. Au lieu de chercher à comprendre la complexité du phénomène, la médecine adapte le suicide à ses modèles théoriques.

Nous avons donc un soignant des urgences qui se retrouve au centre de nombreuses contradictions. Il doit gérer une situation qu'il ne peut réellement définir avec des impératifs opposés : assister toute personne en danger tout en respectant l'autonomie du patient ; sans disposer d'outil fiable pour évaluer les risques, ni de thérapeutique facile à mettre en place.

2. Comparaison des trajectoires

Il me faut maintenant illustrer mes propos par quelques exemples concrets qui permettent de mieux saisir les interactions entre les soignants dont nous venons d'exposer la complexité de la tâche, la structure qui n'est pas

toujours adaptée et le patient qui lui même a souvent une demande ambiguë : aidez moi mais à ma façon et sans trop piétiner mon autonomie.

Premier exemple : il s'agit d'une jeune fille que j'ai rencontrée dans le service d'urgences classique.

La jeune fille, de 17 ans, est assez représentative des adolescentes mal dans leur peau, vivant dans une famille pathogène de type mère possessive et père absent : en relatif échec scolaire, elle est remarquée par l'infirmière scolaire qui perçoit son mal être et l'adresse à un médecin généraliste. Celui-ci, constatant les risques suicidaires mais n'estimant pas le risque de tentative de suicide imminent, décide de prendre la jeune fille en charge sous la forme d'un soutien psychologique. Ce soutien a duré cinq mois, la situation se stabilisant sans s'améliorer. Surgit alors une conjonction de deux éléments concomitants : les vacances du médecin généraliste et la jeune fille venant de présenter des coupures aux avant-bras, simulant un cisaillement des veines. Le médecin généraliste ne s'est plus senti capable d'assurer la prise en charge et passe la main à un psychiatre. Le contact avec le psychiatre s'est relativement mal placé, la jeune fille s'est sentie jugée par quelqu'un qu'elle n'intéressait pas vraiment. Selon ses propres termes elle n'était qu'un « objet de curiosité ».

Que cela soit suite au sentiment d'abandon de la part du médecin généraliste, ou suite au mauvais contact avec le psychiatre, la jeune fille a effectué une première tentative de suicide. Elle s'est donc retrouvée aux urgences où elle a très mal ressenti le premier entretien avec un psychiatre qu'elle a décrit comme moralisateur, dur et insensible. Elle a alors rencontré un second psychiatre le lendemain et, pour la première fois, elle a rencontré, selon ses dires, un soignant avec qui elle se sentait bien. Un soignant qui remplissait le paradoxe d'être à la fois un vrai professionnel, qui paraissait compétent, et en même temps une personne qui pouvait être sensible à son histoire personnelle sans qu'elle se sente complètement objectivée.

Cependant ce psychiatre la renvoie logiquement au psychiatre de ville qu'elle avait déjà vu. Se soumettant à cette autorité et voulant faire plaisir à sa mère, elle accepte. Mais, comme elle a gardé sa première impression négative, ce contact ne permet pas d'établir une véritable alliance thérapeutique. Alors une sorte de cercle vicieux se met en place : elle réédite une deuxième tentative de suicide, elle retourne à l'hôpital où elle retrouve le même psychiatre avec qui elle avait eu un bon contact qui la rassure pour un moment, elle continue aussi à être proche de l'infirmière scolaire qui, à

chaque fois qu'elle sent que le jeune fille replonge, la renvoie aux urgences à l'hôpital. Ces aller-retours durent sept, huit mois, les choses se stabilisent, s'améliorent un peu mais aucune solution de fond n'est mise en route.

Elle arrête le suivi avec le psychiatre de ville, puis reprend contact avec son médecin généraliste. Ce dernier décide de ne pas la reprendre en charge mais de lui proposer un nouveau psychiatre qu'il connaît bien. La jeune fille accepte de retenter l'expérience et cette fois le contact passe avec le nouveau psychiatre de ville. Le dialogue s'amorce, une psychothérapie est mise en route : les choses s'améliorent. Après avoir échoué l'année précédente au bac elle réussit cet examen et intègre une université. A l'heure actuelle elle poursuit sa psychothérapie, a arrêté le traitement antidépresseur, le dialogue avec la famille est à peine amorcé mais le lien est créé. Elle semble aller mieux mais l'équilibre demeure fragile.

Il existe un point qui doit être souligné : le maillon important de cette chaîne de soignants, référant, semble avoir été ici l'infirmière scolaire et non un médecin.

Deuxième exemple : Celui d'un jeune homme de 16 ans hospitalisé dans l'unité de courts séjours dans le cadre d'une crise suicidaire suite à des harcèlements sexuels de la part de son père ; un procès est actuellement en cours.

Le jeune homme est adressé à l'unité de courts séjours suite à un échec scolaire total, ses rapports avec ses amis se sont complètement désagrégés, il s'isole totalement, il est aussi en rupture avec l'autorité familiale et se réfugie dans un seul domaine : la musique. Il est donc hospitalisé pendant dix jours dans l'unité de courts séjours avec rupture plus ou moins totale avec son milieu familial, symbolisé par la confiscation du téléphone portable et le fait que, pendant les premières 48 heures il n'a droit ni de sortir ni de communiquer avec l'extérieur. Pendant ces 10 jours où il vit en communauté avec d'autres jeunes de son âge, un suivi psychologique intensif est mis en place qui insiste beaucoup sur le procès et sur ses droits à se défendre. Les soignants ont établi un contact avec la mère du jeune homme et lui ont proposé une psychothérapie familiale sans insister outre mesure.

A la sortie il n'y avait pas d'évolution notable et les choses ont continué comme auparavant dans le milieu familial. Sa mère désespérée s'est résignée à l'éloigner et à l'envoyer en pension. Là, se trouvant plongé dans

un milieu totalement différent, il a repris goût aux études, a renoué un lien social avec les jeunes de son âge et réintégré le jeu de la vie. Ne revenant que le week-end chez sa mère il a pu aussi rétablir un contact avec elle. La situation semble s'être dénouée mais sans que les problèmes de fond aient été abordés, il semble que la rupture familiale prolongée ait permis à chacun pour un temps d'enfermer aux oubliettes les problèmes.

Deux points importants à noter : la difficulté d'estimer l'influence des psychiatres de l'unité de courts séjours mais elle ne semble pas avoir été prépondérante, puisque c'est la mère qui a du faire appel à d'autres ressources pour trouver une partie de la solution. Deuxièmement, lorsque je l'ai interviewée, la mère du jeune homme a bien précisé que, même si les psychiatres l'avaient invité à pousser la porte de la psychothérapie familiale, elle n'avait pas pu la pousser, c'était comme ça, elle n'avait pas d'explication à donner.

Troisième exemple : il s'agit d'une jeune fille de 21 ans en pleine crise suicidaire avec violence familiale et rupture de tout dialogue avec sa famille.

L'équipe d'intervention à domicile composée d'un psychiatre et d'une infirmière est arrivée à minuit dans une famille au bord de la crise de nerfs. Les parents ont dressé un portrait apocalyptique d'une jeune fille en plein échec. Les choses ressemblaient à un jugement dont la famille était le procureur, la jeune fille l'accusée et l'équipe d'intervention les juges. Le tableau se présentait ainsi : depuis sa rupture avec son petit ami, il y a deux ans, leur fille harcelait ce dernier. Sans compter un échec scolaire retentissant où, d'écoles publiques en écoles privées, elle était incapable de rester plus de deux mois au même endroit. A cela s'ajoutait la litanie des échecs de prise en charge médicale : médecin généraliste, médecins du SAMU, deux psychiatres et même une hospitalisation de 15 jours.

Lorsque l'équipe est intervenue les violences intra familiales étaient encore plus insupportables que d'habitude avec menace de suicide. Le psychiatre a pris les choses en mains : il a à la fois soutenu les parents dans leur demande, tout en refusant de stigmatiser la jeune fille : il a tenu à la réintégrer dans le jeu familial e lui proposant de faire un gâteau comme acte de réparation symbolique. Il a proposé dans un second temps de faire le point le lendemain avec les parents et la jeune fille dans sa propre unité.

Le lendemain la réunion s'est très mal passée : elle a de suite focalisé sur le conflit factuel : l'utilisation du portable par la jeune fille. Le psychiatre a proposé à cette dernière un contrat très concret : elle accepte de donner son portable à ses parents ou elle reste hospitalisée. Elle a refusé et elle est restée. Lors de l'hospitalisation le psychiatre a précisé le contrat qu'il lui proposait : tant qu'elle n'acceptait pas l'autorité de ses parents elle resterait hospitalisée. Les choses se sont envenimées, elle a refusé et même réussi à fuguer. Malgré tout les parents l'ont ramenée et au bout d'une semaine elle a accepté nominalement l'autorité de ses parents et est rentrée à domicile.

Cependant l'équipe n'avait pas terminé son travail : ce qui venait de se passer n'en était que le prélude. Pendant un mois, deux infirmiers se sont rendus à domicile deux fois par semaine et une discussion de fond a été engagée avec l'ensemble de la famille. Je ne sais pas ce qui s'est passé lors de ces entretiens. Mais suite à cela le dialogue s'est réellement réamorcé dans la famille, le conflit s'est apaisé, elle a pu définitivement rompre avec son petit ami et surtout intégrer un stage professionnel. Après six mois un poste stable lui a même été proposé. La jeune fille a refusé de faire une psychothérapie, en revanche ses parents se sont engagés dans une psychothérapie de couple.

Deux points importants : le travail s'est déroulé à domicile, la psychothérapie familiale n'a pas été proposée, mais imposée de façon naturelle comme méthode de travail. Contrairement aux deux premiers exemples, il semble qu'ici le problème de fond a été abordé.

Analyse

Ces 3 exemples sont significatifs des résultats de mon enquête : dans les 3 premiers services très peu d'intégrations dans une alliance thérapeutique, alors qu'elle est significativement plus importante dans l'unité d'intervention à domicile.

Dans les trois premiers cas le patient se retrouve prisonnier d'une logique complexe : beaucoup d'acteurs interviennent, tout est centré sur lui, il est censé faire lui-même la démarche de venir vers le psychiatre, à la famille n'est laissé qu'un strapontin, elle est éventuellement invitée à participer mais c'est à elle de pousser la porte avec force. Dans le dernier cas l'équipe s'appuie sur une théorie forte, la théorie systémique : infirmier et psy travaillent main dans la main, l'intervention à domicile se fait dans le milieu familial. La famille est intégrée de façon obligatoire dans le projet de prise

en charge sans qu'on lui demande son avis. Mais cette démarche est appréciée des familles : dans le troisième exemple les parents de la jeune fille ont ainsi exprimé leur ressenti : « avant on avait l'impression d'avoir affaire à des psychiatres mous, pour la première fois on a eu l'impression d'avoir affaire à un psychiatre actif qui prenait réellement les choses en main ».

Il existe une chose capitale à retenir dans la prise en charge du suicide : il ne suffit pas de proposer une thérapie mais la MANIÈRE dont on la propose est tout aussi essentielle. Il ne suffit pas de proposer une psychothérapie familiale il faut aider le groupe familial dans son ensemble à s'y intégrer.

Conclusion

Face à un taux de suicide qui reste relativement stable, à un taux de récurrence qui reste relativement élevé (entre 40 et 60%), l'approche sociologique permet de comprendre les raisons de ce relatif échec. Elle montre que la prise en charge du suicidant ne se limite pas à l'établissement d'une alliance thérapeutique entre un soignant et un patient avec la mise en route d'une psychothérapie.

Bien au contraire, le suivi des suicidants sur un an montre qu'ils ont souvent un parcours chaotique, qu'ils rencontrent de multiples soignants, de multiples structures. Ce parcours chaotique peut s'expliquer en partie par l'inadéquation des structures et des théories scientifiques utilisées pour prendre en charge les suicidants.

L'analyse sociologique peut proposer à la recherche de nombreuses pistes de réflexion

Dans un premier temps, réfléchir à la pertinence des outils scientifiques utilisés :

- Faut-il continuer à utiliser l'approche bio-médicale pour prendre en charge le suicide ? Surtout que s'impose de plus en plus le modèle de la crise suicidaire qui repose sur une approche psychodynamique et non sur une approche psychiatrique.

- De quelle façon les soignants doivent-ils intégrer dans leur prise en charges du suicide le modèle théorique de l'appel au secours ou stratégie de communication ? Cela revient à se demander comment gérer l'autonomie du patient, comment l'aider comme lui voudrait être aidé et non comme l'institution le propose.
- Quelle place exacte faut-il laisser à la famille, faut-il continuer à chercher la rupture avec elle et tout centrer sur le patient ou au contraire l'intégrer, mais de quelle façon et avec quelle limite ?

L'analyse sociologique permet aussi de comprendre les obstacles concrets que le soignant rencontre pour mettre en place une alliance thérapeutique. Il faudrait décortiquer pas à pas tous ces obstacles :

- comprendre les ambiguïtés et les souffrances du soignant face à la difficulté de gérer l'autonomie du patient et de sa famille ;
- comprendre comment la structure par sa lourdeur peut compliquer la tâche du soignant ;
- comprendre les ambiguïtés de la famille vis à vis du patient et réfléchir à la manière dont on propose une psychothérapie familiale.

Enfin, l'analyse sociologique devrait permettre de répondre aux questions concrètes que se posent les soignants de terrain :

- Pourquoi les échelles de prédictions ne sont pas fiables, comment les utiliser, les remplacer ?
- Faut-il hospitaliser ces patients et pour combien de temps ?
- Faut-il créer des services spécifiques de prise en charge ?
- Faut-il un entretien psychiatrique après la TS ?
- Jusqu'ou faut-il s'impliquer dans la prise en charge de ce patient ? faut-il attendre qu'il fasse la démarche lui même ou faut-il par exemple prendre un rendez-vous pour lui avec un psychiatre dès la sortie de l'hôpital ?

L'approche sociologique ne se limite pas aux chiffres et aux causes mais peut permettre une réflexion sur nos pratiques avec une véritable lecture épistémologique.

Le suicide : point de vue philosophique

Par Denis CETTOUR

Philosophe ; Président des Comités éthique et scientifique de l'UNPS (Union Nationale pour la Prévention du Suicide - France)

Je me souviens d'un ancien maître, devenu ami, qui nous disait lorsque nous étions étudiants, pressés par les concours : « *La philosophie, c'est un travail de seconde main.* » Je ne savais pas trop alors ce qu'il voulait dire mais j'ai compris ensuite que nous, philosophes, sommes des coucous, c'est-à-dire que nous volons le nid des autres, non pas pour nous l'approprier, mais pour mettre en correspondance les différents savoirs, les différentes pratiques. C'est d'autant plus vrai lorsqu'on a à faire à une réalité que j'appellerai spectrale, une réalité qui ne peut supporter une approche unilatérale. C'est dans cet état d'esprit que j'ai rencontré, d'un point de vue philosophique, la question du suicide. Car on l'a dit et il faut le redire, le suicide est une réalité qui échappe à une catégorie, à une approche unilatérale, de chapelle ou de monopole.

Je commencerai en évoquant le mot d'un écrivain peu connu, Théodore Jouffroy, rapporté par André Breton. Jouffroy dit que le mot suicide, qui signifie se tuer soi-même, est un mot mal fait. Pourquoi ? Parce que, je le cite, « *Ce qui tue n'est pas identique à ce qui est tué* ». Je suis parti de là et je vous propose de prendre cette entrée pour suivre ma réflexion.

Il est un fait anthropologique connu de beaucoup, rapporté dans des travaux par Marcel Mauss, et qui concerne le don. Tout don, dit Mauss, génère un contre-don et ce contre-don doit être supérieur au don sous peine d'être approprié, d'être humilié par lui.

Considérant avec Jouffroy que le mot suicide est mal fait et qu'il aurait plus de sens à dire « *Se donner la mort* », on peut envisager qu'on ne se donne pas la mort mais on se **contre-donne** la mort. C'est un contre-don. La question se pose alors de savoir qui effectue le premier « don » auquel ce contre-don vient répondre. Je répondrai simplement : le social, l'humain, le proche, le lointain et j'oserai la formule : peu importe ! Disons que la sphère sociale est thanatogène. Ceux qui ont participé à nous faire, participent à nous défaire. Et si je dis « *Peu importe* » c'est qu'il me semble qu'il y a plus important, en l'occurrence l'effet de cette hypothétique première mort.

Je pense que la formule souvent employée par les jeunes, « *Ça tue quelque part* », est à prendre littéralement. « *Ça* » tue une part et pour cette part tuée l'être suicidaire rend plus. Pourquoi ? Parce qu'on veut toujours rendre plus sous peine d'être humilié, mais aussi parce qu'on ne discerne pas toujours cette partie tuée. Je me sens propriétaire de cette mort mais le paradoxe est que je ne la discerne pas.

A bien réfléchir, et pour imaginer un petit peu mon propos, c'est l'histoire de la branche d'arbre qu'il faut élaguer : on ne la discerne pas, alors, pour l'élaguer, on abat l'arbre. Une autre illustration : amoureux, je ne parle plus à mon amoureuse et je fais une tête silencieuse à tout le monde. Cette dialectique de la partie et du tout me semble clé pour le propos qui est le nôtre. Et cette dialectique, on la partage tous. Il s'agit d'une expérience commune. Il y a chez le suicidaire ou le suicidant quelque chose qui s'apparente à ça.

Cette dialectique de la partie et du tout me semble fondamentale pour dire : on a tué une partie de moi et je rends, je rends plus en faisant le choix de tuer le tout. Pour imaginer encore mon propos, je parlerai de Gribouille, ce personnage de légende que vous connaissez peut-être. Que fait Gribouille pour éviter la pluie ? Il se jette à l'eau, il se suicide, il se noie. Sa crainte de l'eau de pluie lui fait choisir l'eau qui tue. A un mal qui lui a été donné, qu'il n'a pas choisi, il réplique en choisissant de se tuer avec l'eau.

Je voudrais vous livrer ici quelques pensées sur la tentation qui, vous allez le voir, à pleinement sa place dans notre propos.

Si nous restons sur la base de Gribouille, la tentation consisterait à lui faire, non pas choisir l'eau qui tue, mais essayer l'eau qui rafraîchit, l'eau qui désaltère... et aussi l'eau qui peut tuer. Seulement voilà : nous ne sommes pas dans une culture de la tentation, de la tentation bien comprise, nous sommes dans une culture du choix, à mes yeux négative. La tentation n'appartient pas du tout à la culture du choix mais à la culture de l'essai. Or, la culture de l'essai est, me semble-t-il, totalement dépréciée. Partout, on nous plombe avec des projets de vie. On plombe même des gosses à l'école ; ils ont dix ans, onze ans, douze ans, ils ne sont pas encore entrés au Collège, qu'on veut leur projet. « *Quel est ton projet ?* » On décline l'identité de l'élève à partir du projet. On parle aussi de l'éducation des choix. Professionnellement, regardez l'usage qu'on fait de l'essai. On met les gens « à l'essai », ce qui est un processus constituant la négation même de l'essai. Il n'y pas expérimentation mais mise à l'épreuve.

Tout ça pour vous dire que la tentation, l'essai n'a pas bonne presse. Je crois, pourtant, qu'il faut regarder de ce côté. Du moins, il s'agit d'une piste parmi un foyer de pistes.

« Tentation », allez-vous me dire, est trop proche de « tentative », mot qui résonne lourdement dans le contexte qui nous occupe. Je ne crois pas et je voudrais vous dire deux mots sur ce qui différencie fondamentalement les deux choses. La tentation, à mes yeux, est le balancement entre deux pôles que l'on essaye, sans choisir. Au contraire, la tentative est la manifestation d'un choix dont la réalisation est incertaine. Dans la tentative, le but est clair -je veux tuer, je veux établir un record...- mais les moyens sont incertains. Dans la tentation, par contre, le but est incertain, indistinct, et ce n'est pas là le fait d'un accident. C'est essentiel à la tentation. Pourquoi ? Parce qu'être tenté, c'est être tendu entre deux pôles que l'on contient, c'est-à-dire que l'on a en soi et que l'on repousse. Il me semble que dans le verbe « contenir », il y a toute la tentation au sens où, je le répète, contenir est simultanément avoir en soi et repousser.

Ce mouvement, je le verrais volontiers comme le pivot d'une attitude préventive. C'est-à-dire pousser un clou au moyen d'un autre clou. La formule n'est pas de moi. Je l'ai trouvé, entre autres, dans un écrit d'un moine du quatrième siècle après J.C. ; Evagre le Pontic, qui travailla sur la cédille, la maladie des moines, une sorte de mélancolie. Il nous dit : *« Il faut chasser un clou avec l'autre clou. »*

Je crois que pousser un clou au moyen d'un autre clou est tout à fait salvateur par rapport à l'être qui est pris dans le choix de la mort, qui, pour rester dans l'image, n'a qu'un seul clou et qui l'enfonce. C'est parfois, peut-être aussi être soi-même ce clou manquant...

Pour finir ce qui ne se voulait qu'une petite conversation, je vais vous donner quelques exemples éloignés de la question du suicide, pour signifier par là que je ne cherche surtout pas à établir de recettes.

Comme première illustration de cette possibilité de pousser un clou avec un autre clou et de réinscrire une certaine tentation pour chasser la tentative, j'aimerais prendre un exemple qui pourrait m'être défavorable. Pourquoi ? Parce que cet exemple est fondé sur l'interdit de la loi. Parfois, l'interdit autorise autant, sinon plus, qu'il n'empêche.

En France, on a remarqué qu'il y avait des jeunes gens violents avec des chiens très agressifs voire dangereux. Or, ce qui est surprenant, c'est qu'on a fait une loi pensant que ces jeunes, égratignés par la vie, allaient la bafouer. Or, bien au contraire, la loi est infiniment respectée. Il y a même des jeunes avec des gentils chiens et on leur met la muselière. C'est-à-dire que la loi a poussé, déplacé le mal sur les chiens en les muselant. Mais, une part de l'identité de ces jeunes gens violents n'est pas éradiquée, elle est déplacée.

Autre possibilité d'action : face à un mal, ne pas opposer le bien mais proposer un mal de transit. Une autre partie à cette partie endeuillée, mortifiée, morte. Une autre branche à la branche qui est à élaguer. C'est du va-et-vient entre ces deux maux que naîtra peut-être ce qu'on pourrait appeler le bien. Evidemment, cette morale de la tentation suppose qu'on laisse de côté ce qu'on appelle en philosophie des présupposés. Il n'est pas facile de dire : « *Proposons un autre mal de transit au premier mal.* »

Un exemple pour illustrer ceci - vous allez me dire que je vais chercher mes exemples dans des domaines bien particuliers mais, à vrai dire c'est pour vous faire rire. J'ai lu certains textes de confesseurs qui sont stupéfiants. Ainsi, le cas d'une jeune femme qui vient confesser la trop faible ardeur de son mari. Bref, je cite : « *La cloison virginale restant virginale.* » Cette brave dame parle à son confesseur de rompre, ni plus ni moins, la conjugalité, la nuptialité, ce code absolu. Or, le confesseur lui recommande l'usage d'un instrument... Et l'autre mal de transit qui est suscité n'est, ni plus ni moins que la masturbation très opposée à la Loi de l'époque ! Ce brave confesseur a compris qu'il représente deux personnages : l'éducateur qui impose l'orthodoxie et le confesseur qui n'est pas l'éducateur, qui ne dit pas le bien mais qui dit autre chose. Et, je serais tenté de croire qu'il y a là une piste.

Oser proposer un mal de transit, oser parfois être le substitut de ce mal quand le mal fait défaut, suppose évidemment un dialogue et non pas un discours. Cela suppose une implication dans le dialogue qui peut nous rendre complice. La complicité n'est pas l'empathie océanique. Mais la complicité, pour peu qu'on réfléchisse un petit peu au mot, a une très belle étymologie : « *implico - complico* » = être dans les plis de l'autre. Parfois, ne faut-il pas être dans les plis de l'autre pour éviter les faux plis effrayants ? Je crois.... Avec un petit peu de joie et de sourire.

Le suicide : point de vue médico-psychologique

*Par le Docteur Xavier GERNAVY
Psychiatre ; Directeur du Centre Patrick Dewaere*

Neuropsychiatre, je travaille depuis une douzaine d'années au sein d'une commission de Prévention du Suicide mise en place par la Province de Liège. Cette commission développe sur le territoire de la Province une série de réflexions mensuelles ayant débouché sur des initiatives d'information, de formation mais aussi d'intervention parmi lesquelles la création du Centre Patrick Dewaere, une institution de prise en charge de jeunes suicidants qui fonctionne depuis huit ans et dont j'ai l'honneur et le privilège d'être le médecin responsable.

On se plaint, en Belgique, de ne pas disposer de chiffres fiables et actualisés au niveau national sur le nombre de suicides. Pourtant, on sait pertinemment bien que ces suicides « accomplis », « terminant », « mortels » ou encore, comme on le dit souvent, « réussis », ne sont que la face visible de toute une constellation de pensées et d'agissements plus ou moins clairement suicidaires. Ainsi, dans une étude faite en Province de Liège, le pourcentage de personnes admettant avoir, à un moment donné de leur vie, pensé à la question du suicide, autrement dit avoir caressé un projet suicidaire d'un peu loin, atteignait 100 % !

Il convient donc de relativiser les chiffres même si, on le sait, ceux-ci sont toujours au centre de toute intervention de la presse sur la problématique du suicide. Et on sait également qu'une des techniques que le monde socio-médical ou médico-social a utilisé, par la force des choses, pour intéresser le politique à la question de la prévention du suicide a été de sortir de cette constellation de chiffres ceux, médiatiquement percutants, relatifs à la population jeune. C'est un mouvement qui a sans doute été nécessaire mais le temps est certainement venu d'élargir la question à d'autres tranches d'âge. Nous allons voir pourquoi.

Si l'on essaye de déterminer une étiologie précise d'un passage à l'acte suicidaire, on se heurte évidemment - je pense qu'il ne faut pas le nier et je ne suis pas certain qu'on ait jamais cherché à le nier... - à une analyse en niveaux successifs inter-impliqués entre eux.

Ils sont inter-impliqués entre, d'une part, ce qui est la situation socio-économique et, d'autre part, les facteurs biologiques et génétiques, ce qui fait l'être humain, son aujourd'hui et son possible demain. Parmi ceux-ci, évidemment, il y a l'état de santé de l'individu et plus particulièrement son état de santé mentale. On objectera : « *Oui, mais toutes les personnes qui se suicident ne sont pas folles...* », ce que je suis tout à fait disposé à reconnaître. La question essentielle étant évidemment celle opposée de tout temps au psychiatre, à savoir : « *La santé mentale, c'est quoi au juste ?...* » Et c'est bien là le nœud de la question ; je vous dirai combien il y a exactement de suicidaires malades mentaux le jour où vous me donnerez une définition limitée de la santé mentale ! L'O.M.S. a essayé d'en publier une qui fait référence à la notion de bonheur, ce qui me laisse particulièrement pantois puisque j'ai l'occasion de soigner dans l'institut où je travaille des personnes qui ont commis des actes particulièrement graveleux, crapahuteux, permettant à l'ensemble de l'équipe de les traiter de monstres sans que personne ne pense même à les contredire, et qui sont parfaitement heureux...

Alors, que faire avec tout ça ? On pourrait avouer son impuissance, démissionner et dire : « *Ecoutez, on est vraiment désolé. Vous avez envie de vous suicider, eh bien, on ne peut rien pour vous... Nous sommes impuissants et donc nous n'agissons pas.* » Mais ce serait bien mal connaître le monde médical que de croire que parce qu'il est impuissant, il cesse d'agir ! La première chose que j'ai apprise quand je suis arrivé en médecine, c'est que j'allais voir mourir des gens, c'est que tout ce qu'on allait m'apprendre ne me servirait pas à grand-chose dans une bonne proportion des cas. Mais que ce n'était pas là une raison suffisante pour ne pas essayer, pour ne pas continuer à tenter de comprendre, pour ne pas continuer à essayer d'améliorer la pratique de la médecine et de mettre mon art - j'insiste sur le mot - au service de la population. Donc, ceci étant emballé, à partir du moment où on n'a pas de cause précise, où on ne peut pas dire « *C'est parce qu'il se tape sur la tête avec un marteau qu'il souffre de céphalée* » - relation directe entre le facteur étiologique et la pathologie -, on va travailler avec une notion statistique, très largement utilisée en médecine et dans d'autres sciences : le facteur de risque.

Qu'est-ce qu'un facteur de risque ? Il faut que l'on comprenne bien qu'un facteur de risque n'est en rien un facteur de prédiction. Un facteur de risque, c'est simplement ceci : statistiquement parlant, si je prends 1.000 personnes tout à fait au hasard, il y aura un certain pourcentage de ces personnes qui va faire une tentative de suicide, qui va présenter une pathologie telle ou

telle ; maintenant, si au lieu de prendre 1.000 personnes au hasard, je prends 1.000 personnes qui ont un point commun, un caractère spécifique qui les différencie de la masse, un « facteur de risque », est-ce que le pourcentage de personnes qui présentera cette pathologie sera le même ?

L'exemple le plus connu est le tabac. On sait que le tabac favorise le cancer. Prenez 1.000 personnes au hasard dans l'annuaire, sans vous soucier de savoir s'ils fument ou pas ; un certain pourcentage d'entre elles développera un cancer du poumon. Si vous prenez 1.000 personnes fumeuses, un plus grand pourcentage de ces personnes aura un cancer du poumon. Donc, la science médicale, science statistique par excellence, se base là-dessus pour dire aux gens : « *Vous feriez mieux d'arrêter de fumer, sinon vous allez faire un cancer.* » Ce qui ne signifie nullement qu'il n'y a pas des gens qui peuvent fumer toute leur vie et ne pas choper la moindre bronchite alors qu'à côté de ça, des gens qui n'ont jamais touché une cigarette de leur vie développeront des cancers ressemblant à s'y méprendre au cancer des fumeurs. Au point que l'on pourrait - et je pense que certains de mes confrères cèdent parfois à cette tentation - être convaincu qu'ils ont quand même fumé en cachette parce qu'une chose pareille n'est pas possible.

Il m'a semblé important de prendre du temps pour expliquer clairement ce qu'est le facteur de risque afin que l'on comprenne bien ce qui va suivre.

Il y a donc un certain nombre d'éléments qui peuvent être considérés comme des facteurs de risques pour le passage à l'acte suicidaire et pour le suicide complété. Je vais vous en proposer une liste qui m'est personnelle ; bien sûr, il y a d'autres moyens de les classer. En premier lieu, je place la pathologie mentale. J'ai déjà fait tout à l'heure une incise à propos de ce qu'est ou n'est pas la pathologie mentale. On ne va donc pas recommencer à se battre pour savoir si elle concerne 85 % ou 65 % ou 87,5 % des suicidaires, là n'est pas l'intérêt. Ce qu'il importe de remarquer c'est que, dans les études faites sur des suicides complétés, on retrouve dans un nombre très important de cas une pathologie mentale au sens large. La plus fréquente, cela peut paraître une évidence, est la dépression. « *Pourquoi s'est-il suicidé ? Parce qu'il était triste.* » Précisons toutefois qu'il y a énormément de personnes dépressives qui, Dieu merci, ne se suicident pas !

Les psychoses, particulièrement les psychoses schizophréniques, mais aussi et surtout, de plus en plus, les addictions toxicomaniaques - alcool ou drogue ; alcool et drogue - nous offrent des populations dans lesquelles le taux de décès par suicide devient fort inquiétant. Les troubles de la

personnalité - personnalité limite, personnalité psychopathique - sont aussi, excusez le terme, de gros fournisseurs.

En ce qui concerne les personnalités psychopathiques, il faut savoir que les chiffres sont peut-être un peu biaisés par l'importance du suicide dans les prisons (un phénomène qui inquiète à plus d'un titre les autorités sanitaires et carcérales de différents pays). Or, c'est évidemment dans l'exclusion, et notamment dans la population carcérale, qu'il y a beaucoup de psychopathes - bien qu'il y en ait ailleurs aussi.

On sait que la proportion entre le nombre de tentatives de suicide et le décès par suicide s'inverse au cours de la vie. Dans les tranches d'âge les plus jeunes, on recense un nombre important de tentatives de suicide mais les décès sont relativement rares alors que chez les personnes âgées, si le nombre de tentatives est plus faible, celles-ci sont, malheureusement, quasi systématiquement suivies d'une issue fatale.

On sait aussi que la statistique concernant la tentative et le suicide abouti n'est pas tout à fait la même selon qu'on est un homme ou une femme. Les hommes décèdent plus alors qu'il semble que les femmes commettent plus de tentatives.

Par ailleurs, les moyens mis en œuvre par les personnes pour mettre fin à leurs jours sont différents selon le sexe. S'agit-il de phénomènes uniquement culturels, la culture de la violence ou de la compétition semblant plus cohérente avec l'image de l'homme ? Ou s'agit-il d'un phénomène biologique ? La testostérone n'est pas une hormone qui rend doux. ! Quoi qu'il en soit, la question reste ouverte.

Pour ce qui est de la dimension sociale ou socioprofessionnelle, les chiffres sont tout sauf cohérents. Ainsi, des études mettent régulièrement en relation le taux de chômage dans une région déterminée et l'émergence de pics de décès par suicide dans la dite région. Ce n'est cependant pas le cas, semble-t-il, pour un certain nombre d'enquêtes réalisées en Angleterre et en Italie... Je pense que nous sommes donc là plus encore qu'ailleurs dans un épais brouillard.

Pour qui veut réfléchir à la question de la causalité de la tentative de suicide, une série de données historiques peuvent s'avérer éclairantes, en particulier celles sur le faible taux de passage à l'acte suicidaire pendant les périodes de guerre. Deux grandes hypothèses s'opposent pour (tenter d')expliquer la chose.

D'un côté, on évoque l'engagement dans les forces armées qui offre une mort à moindre prix, qui plus est une mort « étoilée », et rejaillit sur toute la famille n'ayant plus qu'à être fière de ce terrible disparu. Quand j'étais petit, un film passait en boucle à la télévision, il s'appelait « J'avais cinq fils ». C'est l'histoire horrible d'une famille américaine de cinq enfants qui vont s'engager pour aller combattre sur la vieille terre d'Europe. Ils meurent tous et tout le monde pleure. C'est clair que là-dedans, il y a cette volonté de braver le danger typique des jeunes. On me racontait encore récemment l'histoire de ces jeunes Canadiens partant pour l'Europe en 42 avec cette impression d'aller participer à un gigantesque camp de boy-scouts où tout le monde allait s'amuser.

De l'autre côté, on avance qu'en ces temps de guerre, de pénurie et de souffrances particulières, la question de la mort se pose moins, la question centrale étant celle de la survie. Ce qui apparaît cohérent avec un certain nombre d'analyses que l'on peut faire concernant le faible taux de suicide dans les populations africaines les plus pauvres où la question n'est pas tellement de savoir pourquoi on vit mais plutôt comment faire pour être encore vivant le jour suivant...

D'un certain nombre d'études, d'un certain nombre de réflexions personnelles, également, on voit régulièrement sortir des chiffres signalant que l'évolution, possiblement catastrophique ou en tout cas présentée comme catastrophique, du taux de suicide dans les sociétés modernes, serait du à une dilution des valeurs morales. *« Il n'y a plus de morale, il n'y a plus de parents, même dans les écoles, c'est terrible... »* On peut voir là une manière quelque peu différente d'employer et de caractériser le concept d'anomie développé par Durkheim, en disant : *« Est-ce que, la société évoluant avec moins de lois ou avec des lois moins claires, moins réductrices, il n'y a pas un plus grand espace de liberté et, partant, un plus grand espace de souffrance ? »* C'est possible. Toutefois, je pense qu'il convient d'être très prudent avec ce type d'analyse car on voit se profiler de plus en plus dans la pensée moderne l'idée qu'un tel constat justifierait le retour à une forme morale particulièrement insidieuse et pernicieuse où, tout hébétés que nous sommes d'avoir perdu nos confesseurs, nous nous jetterions dans les bras d'autres structures pour leur confier le soin de guider sinon nos âmes - puisque nous n'avons plus le droit de croire que nous en avons -, du moins nos vies. Et je dois dire, qu'à mon sens, c'est là que se situe l'enjeu central de la pensée sur la prévention du suicide dans les années à venir. Ne commettons pas l'erreur de nous substituer à d'autres pairs, ne commettons pas l'erreur de bafouer les libertés individuelles, ne commettons pas l'erreur

de croire qu'on sait mieux que les autres parce que l'on a été appris à certaines techniques.

Les récidives constituent un important facteur de risque, on doit le savoir et le garder présent à l'esprit. Sur 10 personnes qui commettent une tentative de suicide, 1 mourra par suicide dans les 10 ans qui suivent cette tentative manquée. Un chiffre important qui démontre, combien il est important de rester attentif à la question de la tentative de suicide et de réfléchir à la meilleure manière de mettre en place une prévention, un filet suffisamment bien pensé pour ne pas laisser ces personnes échapper à la bienveillance de leurs contemporains et continuer leur parcours mortifère, ceci tout en respectant la liberté individuelle qui caractérise l'être humain,.

J'en arrive à un aspect de mon exposé que j'ai développé pour répondre au reproche, sans doute pertinent, qui m'était fait de laisser planer la résignation et l'impuissance en disant : « *Finally, on ne sait pas vraiment prédire l'avenir...* » Ce qui est vrai. Mais il est tout aussi vrai que le modèle de la crise suicidaire, qui a actuellement la côte dans les congrès, met à jour un processus qui, s'il ne permet pas de prédire le suicide, met à jour un certain nombre d'éléments pouvant être annonciateurs de celui-ci. Ainsi, il est habituellement admis que les personnes qui sont tentées par le passage à l'acte suicidaire voient leurs pensées s'appauvrir. Au point que, d'idée vague qu'on évoque en rigolant, le suicide va petit à petit devenir une solution possible puis une solution qui s'impose avec de plus en plus de force à la personne. Cette personne va donner des signaux d'alertes, va lancer des S.O.S., des appels, des tentatives de communication autour de son mal-être et de ce futur qui s'impose à elle comme une fatalité qu'elle ressent de plus en plus menaçante.

La meilleure manière de repérer ces perches qui nous sont ainsi tendues est, à mon sens, de les classer en trois ordres d'importance.

Il y a tout d'abord les gestes les plus clairs, les plus compréhensibles, les plus explicites (commencer à faire des stocks de médicaments...) et l'expression directe d'idées suicidaires soit très claires - elles sont malheureusement les plus rares, soit chargées de sous-entendus particulièrement lourds : « *Je voudrais m'en aller ; je voudrais me barrer ; je voudrais me casser...* » On doit être également attentif à un certain nombre de productions explicites ; les jeunes en particulier ont l'habitude de laisser derrière eux des dessins, des textes...

Au deuxième rang, on mettra tout ce qui est de l'ordre de la manifestation de crises psychiques, tout ce qui fait qu'on reconnaît qu'une personne va mal : le fait qu'elle soit triste, qu'elle soit beaucoup plus irritable qu'à l'habitude, qu'elle parle de sa fatigue, de son sentiment de ne pas s'en sortir, toutes ces paroles innocentes qui nous embêtent tellement quand on rencontre un collègue, qu'on lui dit : « *Ca va toi ?* » et qu'il répond : « *Oh non, tu sais, hier, j'ai passé une nuit atroce et je me suis fait engueuler...* » On a déjà tourné les talons, on est déjà parti. Tout ce qu'on voulait, c'est qu'il nous réponde : « *Ca va !* » et qu'on puisse continuer sa journée tranquille, sans s'emmerder. Mais, les suicidaires manquent d'éducation ... peut-être. (Je ne voudrais pas que vous preniez mal ce trait d'humour mais il est important parce qu'il va arriver à ma conclusion.)

Enfin, il y a un contexte général induisant une vulnérabilité particulière : certaines époques de la vie, le fait d'être atteint ou non d'une affection psychique, un caractère particulièrement impulsif... Tout cela se traduit plus souvent par des changements de l'attitude de la personne que par des états. Il convient donc de prêter attention à tout cela.

J'en terminerai par les attitudes à adopter face à une personne supposée suicidaire.

Si je me suis permis cette blague, un temps soit peu déplacée je l'admets, concernant le manque d'éducation des personnes suicidaires, c'est pour mettre l'accent sur ce qui, au plan de la relation sociale, est peut-être le moyen le meilleur et le plus économique de faire une bonne prévention du suicide, un moyen décliné dans cette fameuse formule : « *Le suicide, parlons-en !* »

Soit dit en passant, je n'aime pas tellement cette phrase car elle peut prêter à confusion. On pourrait ainsi comprendre : « *Faisons du suicide un sujet de débat national, parlons-en à l'envi, ouvrons dans toutes les écoles des classes de suicidologie.* » Je suis d'ailleurs régulièrement sollicité par des professeurs de morale qui me demandent de venir dans les écoles faire du prosélytisme anti-suicidal comme si, pour des jeunes gens et des jeunes filles de 16-18 ans qui ont la tête pleine de rêve(s) et de visions d'avenir angélique, voir un type comme moi débarquer et leur dire « *La vie vaut la peine d'être vécue* », cela avait la moindre utilité !

Quand on dit « *Le suicide, parlons-en !* », il faut entendre « *N'ayons pas peur d'en parler* ». Quand on est en train de parler avec quelqu'un en colloque

singulier et qu'on a l'impression d'avoir à faire à quelqu'un qui va mal, qu'on repère une série des signes évoqués plus haut, n'ayons pas peur de poser la question : « *Quand je t'entends parler comme cela, j'ai l'impression que tu veux me dire quelque chose. Est-ce que tu es en train de me parler de suicide ? Est-ce que tu es en train de me dire que tu penses à mettre fin à tes jours ?* » Une question ouverte qui permet l'établissement du dialogue. Ça marchera ou ça ne marchera pas. On n'en sait rien. Il restera toujours des gens qui diront « *Non, non. Je ne veux pas t'embêter avec cela. Dors bien.* » et que l'on retrouvera froid le lendemain matin. Ça arrive. Mais cette question peut sauver des vies ; c'est un geste qui sauve de la même manière que lorsqu'on apprend en masse aux secouristes de la Croix Rouge de ne pas mettre des garrots serrés mais plutôt des pansements compressifs sur les plaies qui saignent parce qu'on augmente le taux de survie.

Ateliers

Suicide, homophobies et hétérosexisme

Par Rosine HORINCQ

Psychologue, psychothérapeute ; Equipe Magenta

Le suicide chez les personnes âgées

Par Géraldine CASTIAUX

Psychologue ; SSM ULB

La problématique des suicides et tentatives de suicide en milieu carcéral

Par Philippe LAMENS

Licencié en psychologie et diplômé en criminologie

Psychologue au sein du Service Psychosocial de la prison de Ittre

Harcèlement moral : l'ostracisme et la psychologisation comme facteurs de risque

Par Margarita SANCHEZ-MAZAS

Psychosociologue ; Université Libre de Bruxelles

Deuil vécu par les enfants après le suicide d'un proche

Par Florence RINGLET

Psychologue ; D.Clic (Cellule Luxembourgeoise d'Intervention Concertée)

Suicide, homophobies et hétérosexisme

Par Rosine HORINCQ

Psychologue, psychothérapeute ; Equipe Magenta

Durant l'année 2003, Magenta a réalisé une recherche en promotion de la santé concernant le sujet des orientations sexuelles et des identités de genre minoritaires ainsi que de la question de genre dans les animations scolaires en vie affective et sexuelle. Dans ce cadre, nous avons rencontré Nicolas Miest, du Centre de Prévention du Suicide. En juin 2003, celui-ci écrivit sur le site de son institution un article qui met en évidence les liaisons dangereuses qui peuvent se déployer entre homosexualité et suicide.

Les chiffres au sujet des idéations suicidaires et des tentatives de suicide sont à cet égard hautement prévalents. De nombreuses études spécifiques réalisées de par le monde mettent en évidence que le taux de tentatives de suicide est de 6 à 16 fois supérieur chez ces publics d'orientations sexuelles ou d'identité de genre minoritaires. En outre, les chiffres généraux concernant le suicide ne comprennent généralement pas comme variables celles de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. Le genre fait par contre partie des variables étudiées. Ils ne comprennent pas non plus les comportements d'équivalents suicidaires qui restent donc invisibles. Ces chiffres peuvent donc être mésestimés. Ils restent néanmoins impressionnants, souvent peu connus et ils devraient susciter des politiques et des pratiques de prévention spécifiques.

A titre d'exemple, une étude belge menée par l'Université de Gand en 2000 met en évidence que :

	orientations sexuelles minoritaires : homosexuelle, bisexuelle	orientation sexuelle majoritaire : hétérosexuelle	conclusion
♂ et ♀ idées suicidaires	37,7%	21,5%	2 x plus à risques
♂ et ♀ comportements suicidaires	17,2%	5,6%	4 x plus à risques
♂ comportements suic.	12,4%	5,9%	2 x plus à risques
♀ comportements suic.	25,0%	5,5%	6 x plus à risques

n = 404, n or.sex.min. = 215, n or.sex.maj. = 189, ♀ = 196, ♂ = 208. Age moyen, 20 ans.

*C. van Heeringen – J. Vincke, 2000, University of Gent, Belgium.
“Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people:
a study of prevalence and risk factors”.*

Les adultes d'orientations sexuelles minoritaires sont également plus vulnérables. A titre d'exemple :

♂ 5x PLUS A RISQUE DE COMMETTRE UNE TS
♂ épisodes dépressifs plus précoces (âge moyen 14,8 ans et hétéro 20,4 ans)

*Gary Remafedi, cité dans ; E. Verdier et J-M Firdion,
« Homosexualité et suicide, les jeunes face à l'homophobie », 2003.*

Des études concernant les femmes d'orientations sexuelles minoritaires sont plus rares, comme le sont ces femmes elles-mêmes, ce qui constitue (l'invisibilité) un facteur de vulnérabilité supplémentaire.

Le lien entre orientation sexuelle minoritaire et suicide est-il donc causal?

Suicide et homophobie et hétérosexisme

Dernièrement, la Belgique s'est pourvue d'outils juridiques qui sont utiles aux personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle. Il s'agit de la loi anti-discrimination et de l'ouverture du droit au mariage pour les personnes de même sexe. Ces lois, qui s'inscrivent dans une symbolique instituée, ouvrent un champ possible pour les tentatives de changement de certaines représentations à l'égard de ces personnes. Elles répondent notamment à des directives européennes de lutte contre les discriminations.

Néanmoins, au quotidien, les représentations des personnes à l'égard de celles qui sont homosexuelles, bisexuelles et/ou transgenres sont encore fortement connotées négativement, tant sur le plan familial que social. Les orientations sexuelles et les identités de genre minoritaires sont encore trop souvent considérées comme un péché, un crime, une perversion, une pathologie. Ces attitudes et ces valeurs reposent et s'ancrent dans la tradition religieuse et les mythes culturels, les valeurs morales socialement partagées et aussi, malgré les avancées, dans les institutions juridiques. Même si, depuis la fin des années 1960, on assiste à des changements importants, les relations amoureuses et sexuelles entre des personnes de même sexe ont été et sont encore actuellement l'objet de méconnaissances et de préjugés. En effet, celles-ci touchent à la sexualité, à l'intime, à l'ordre des genres construit socialement et à la peur de l'autre en soi et continuent de susciter des préjugés et des stéréotypes, ainsi que des pressions sociales et individuelles importantes.

Lorsqu'un jeune prend conscience de ses attirances sexuelles (d'orientation homosexuelle ou bisexuelle), il est confronté à d'énormes pressions de la société et de son milieu (familial et scolaire). Les pressions de cette stigmatisation sociale se présentent globalement sous deux formes : l'homophobie (que nous utiliserons comme terme générique bien que des différences qualitatives existent entre gayphobie, lesbophobie, biphobie et transphobie) et l'hétérosexisme, qui sont intimement liés. L'une comme l'autre ont de lourdes conséquences sur la santé des jeunes d'orientations sexuelles ou d'identités de genre minoritaires. Chez ces jeunes, de tels combats accroissent le risque de dépression, d'isolement social et de rejet de la part de la famille et des amis, d'augmentation des taux de décrochage scolaire, de toxicomanie et même de suicide.

Toutes ces réactions trouvent leurs origines dans la honte que ressentent ces jeunes en regard de leur orientation sexuelle et reposent sur l'intégration des préjugés et des stéréotypes homophobes et hétéronormatifs, ainsi que le rappel incessant de ceux-ci dans la société, la famille, à l'école, etc.

Définitions de ces notions

Homophobie

- **Homophobie générale** : Réaction agressive de rejet, forme générale d'hostilité à l'égard des personnes et des comportements homosexuels et, plus largement, envers les personnes dont l'apparence ou le comportement déroge aux standards de féminité et de masculinité pré-établis. « *L'homophobie est le produit de la peur de l'autre en soi ; c'est la réaction agressive de rejet qu'entraîne cette peur. Loin d'être une conduite d'évitement ou de fuite, l'homophobie est agression, stigmatisation et discrimination. L'homophobie est une sorte de domination.* »¹
- **Homophobie cognitive ou sociale** : Elle se traduit par le maintien des différences entre homosexuels et hétérosexuels, même si elle prône la tolérance à l'égard des gays et des lesbiennes. Elle refuse donc l'égalité entre hétérosexuels et homosexuels tout en affichant l'acceptation à l'égard de ces derniers.
- **Homophobie spécifique** : Hostilité spécifique vis-à-vis des gays, des lesbiennes et des bisexuels.

Daniel Welzer-Lang décrit et étudie ce concept, qui est fortement liée au sexisme. L'homophobie est une construction sociale qui envisage la pseudo nature des hommes, définie comme le genre masculin, comme étant supérieure. Elle distingue donc les genres sociaux et les hiérarchise. Dans cette pensée, le sexe biologique détermine l'appartenance à un genre social et à chaque genre social correspondent des attributions que l'on croit « naturelles ».

¹ « La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie », sous la direction de Daniel Welzer-Lang, Pierre Dutey et Michel Dorais, vlb éditeur, coll. Des hommes en changement, 1994.

Hétérosexisme ou Hétéronormativité

Promotion de la supériorité de l'hétérosexualité comme modèle relationnel. Les discours et les pratiques hétérosexistes créent l'illusion que tout le monde est hétérosexuel en occultant la diversité réelle des orientations sexuelles. L'idéologie hétérosexiste assume qu'il est plus normal, moral ou acceptable d'être hétérosexuel que d'être gay, lesbienne ou bisexuel. Comme le racisme, le sexisme ou toute autre forme d'oppression, l'hétérosexisme accorde des privilèges au groupe dominant (les hétérosexuels) et prive les minorités sexuelles des droits humains les plus fondamentaux.² Cela se manifeste notamment par de l'exclusion et/ou de l'omission des personnes d'orientation sexuelle minoritaire dans les politiques, les pratiques ou les actions des institutions.

Ces deux concepts s'intriquent et explicitent ainsi la construction sociale qui met l'homme, masculin, hétérosexuel en haut de la pyramide hiérarchique. Dans la construction identitaire, le poids des valeurs transmises et le regard de l'autre sont importants. Dans notre société, la culture valorise donc encore l'homme, masculin, hétérosexuel. Ces trois niveaux se confondent ainsi pour coïncider aux prescriptions et aux attentes de la société. Or, ces entités ne relèvent pas du même. D'une part, il y a le sexe biologique, qui définit le bébé comme garçon ou fille, dès la naissance. D'autre part, l'identité de genre est la reconnaissance, par l'individu lui-même, d'attributs physiques, psychologiques ou symboliques mâles ou femelles. L'individu éprouve un sentiment d'appartenance au sexe masculin ou féminin, il-elle développe sa propre alchimie entre son féminin et son masculin, tous deux présents chez chacun-e. Cette alchimie peut évoluer avec le temps. Le plus souvent, l'individu développe une image de soi conforme à son sexe biologique. Il faut souligner le fait que ce qui est reconnu comme caractéristiques masculines et féminines est du domaine culturel et de la construction sociale. En effet, le sexe biologique ne dicte pas à l'individu des caractéristiques psychologiques féminines ou masculines et celles-ci varient selon les sociétés et les cultures (apports des études anthropologiques). L'orientation sexuelle est, quant à elle, l'attrait érotique ressenti pour des

² Irène Demczuk, « Des droits à reconnaître : les lesbiennes face à la discriminations », Montréal, les éditions du remue-ménage, 1998.

personnes de l'un et/ou l'autre sexe (homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle). Elle peut se traduire, séparément ou simultanément, par des fantasmes, des désirs et des comportements. Dans cette perspective et dans notre société, un homme, féminin, hétérosexuel peut ainsi subir de l'homophobie et être ostracisé.

Facteurs de vulnérabilité de cette population

Durant le processus identitaire adolescent se mêle le processus du *coming out* (le fait de se révéler puis de révéler à autrui son orientation sexuelle minoritaire). Ceci est spécifique des personnes d'orientations sexuelles et d'identités de genre minoritaires et crée une vulnérabilité accrue à ce moment de la vie. D'autres personnes se révéleront plus tardivement dans leur vie et ce processus ne se fera pas forcément sans mal. Les risques liés au suicide dépendront aussi du degré d'estime de soi, des piliers (amis, famille, connaissance d'autres personnes d'orientations sexuelles minoritaires, etc.) et des épisodes dépressifs précédents.

Les pluridiscriminations sont des facteurs aggravants. Par exemple, les lesbiennes sont doublement vulnérables ; en tant que femmes et en tant que lesbiennes. Dans cet atelier où des intervenants parlent du suicide chez les personnes âgées et dans les populations migrantes, je serai tentée de dire que mieux vaut ne pas être une lesbienne arabe âgée !

Quatre contextes qui s'emmêlent

Il existe une intrication du vécu dans les différents contextes de vie dans la construction identitaire et de l'intégration des préjugés et des stéréotypes homophobes et hétérosexistes, qui favorise les idéations et les conduites suicidaires.

- **Devenir étranger chez soi.**

Le jeune va rarement trouver du soutien dans sa famille, au sujet de son orientation sexuelle minoritaire et de ses questionnements à ce sujet. Souvent, il recevra de la réprobation de sa famille, qui elle-même, en apprenant cela, entrera dans un processus similaire à celui qu'a connu le jeune en question (processus familial du *coming out* ; « *ce n'est pas possible, c'est une passade* » - « *pourvu que les voisins, le reste de la famille ne l'apprennent pas* » - « *qu'ai-je fait de mal dans l'éducation ?* » ; etc.). La honte est aussi un sentiment que partagent alors parents et enfant et cela scelle le tabou et le non-dit, qui va créer un risque

suicidaire supplémentaire. D'autre part, l'orientation sexuelle étant invisible, le jeune peut, dans un processus inconscient pour se dire tout en restant loyal à sa famille, tenter de se suicider. En outre, le jeune concerné, s'il est discriminé à l'extérieur de la famille (il est souvent insulté, violenté, etc.), ne pourra pas en parler avec les siens, comme pourrait le faire un jeune « black » maltraité dans la rue, à l'école et qui en parle et trouve du réconfort auprès des siens qui ont vécu des choses similaires. Cette difficulté spécifique d'être étranger chez soi est également un facteur supplémentaire de risques.

- **L'école, lieu d'apprentissage des relations sociales et du mépris.**

L'école est un haut lieu des violences psychologiques et physiques par les pairs, de l'ostracisme (la moitié des violences subies par ces jeunes ont lieu à l'école, par des pairs : violences psychologiques et verbales 90%, harcèlement 61%, violences physiques 71% et/ou sexuelles.³ D'autres violences sont réalisées par des membres du personnel scolaire). Les jeunes d'orientations sexuelles minoritaires ont très peu de secours disponible à l'école, tant auprès des pairs que des adultes. Il y a une réaction lorsque des blagues racistes s'énoncent. L'absence de réaction, lorsque des blagues homophobes circulent, est liée au principe que celui qui défend un homosexuel peut-être lui-même soupçonné de l'être et que ces blagues touchent à la sexualité et à l'intime, ainsi qu'aux valeurs homophobes socialement construites et intégrées dans l'éducation par la personne témoin de ces violences. En outre, l'école est souvent réfractaire à reconnaître la violence homophobe comme un problème collectif. Or, comme le racisme, le sexisme, etc., elle doit être traitée comme telle. Notons enfin que les filles ne sont pas encore à égalité des chances avec les garçons à l'école et que les jeunes filles d'orientation homosexuelle ou bisexuelle cumulent donc les facteurs de vulnérabilité.

- **Les représentations sociales et le niveau sociétal.**

Les personnes d'orientation sexuelle minoritaire sont plus visibles depuis quelques temps. Il existe un effet de mode, dans les médias notamment. Mais ceci ne favorise pas nécessairement un processus d'intégration dans le sens de la normalisation et de la banalisation. En effet, de nombreux stéréotypes et préjugés sont encore véhiculés en

³ Recherche de Mason et Palmer, 1996, citée dans « Talking about homosexuality in the secondary school ».

termes d'identité de genre et d'orientation sexuelle (correspondance entre sexe biologique, identité de genre et orientation sexuelle). En outre, la tradition orale est encore truffée de phrases homophobes : « *Un garçon, ça ne pleure pas...* » ; « *On n'est pas des tapettes !* » ; « *Le fils du voisin s'appelle Pierre, mais on l'appelle Pierrette.* » ; « *Sale pédé !* »...

- **Le rapport à soi et l'intrapsychique ; l'homophobie intériorisée.**

Les personnes d'orientations sexuelles minoritaires ont intégré elles-mêmes les valeurs homophobes, sexistes et hétérosexistes reçues dans l'éducation familiale et scolaire. Celles-ci forment l'homophobie intériorisée sur laquelle s'appuient la honte de soi, ainsi que les sentiments puissants de culpabilité. Cette intégration de l'homophobie et de l'intolérance face à la non-conformité de genre se fait très tôt, très jeune. Pour exorciser cette image négative de soi (honte de soi), il reste le déni (jusqu'à devenir soi-même homophobe), la fuite (dans l'alcool, la drogue, les fugues, les prises de risques dans les relations sexuelles, avoir des relations hétérosexuelles pour se voiler,...) ou encore la volonté d'en finir le plus vite possible avec cette vie, perçue comme sans issue (idées et conduites suicidaires).

Hypothèses sur les fonctions et les sens spécifiques des symptômes suicidaires chez les personnes d'identités de genre ou d'orientations sexuelles minoritaires

Lors d'un colloque (2001) organisé par l'Observatoire su Sida et des Sexualités sur le suicide chez les publics que cible cet article, Mr Delor émettait l'hypothèse que les tentatives de suicide étaient des solutions paradoxales aux tensions identitaires, à l'interface du psychologique et du social. D'une part, il s'agissait d'une modalité d'auto-exclusion du jeu social lorsque les enjeux et les règles paraissent hors de contrôle et d'atteinte. Le suicide est alors une manière de s'infliger à soi même un carton rouge. D'autre part, il s'agit d'indiquer à autrui son impuissance et sa souffrance sous forme de déclaration de forfait.

Selon cet auteur, la prise de risque est parfois une tentative pour échapper à quelque chose de plus insupportable encore, à savoir, la révélation du secret indicible, tout en indiquant le secret. Il s'agit peut-être aussi d'une tentative désespérée d'être moins mis à distance lors du coming out et de payer son sentiment de dette, liée à sa culpabilité ressentie.

Facteurs de résilience à cultiver et recommandations pratiques à déployer

Dans la grille d'écoute des intervenants du Centre de Prévention du Suicide, il serait opportun d'indiquer le genre de la personne et son orientation sexuelle. Ces critères permettraient de rendre visible la problématique du suicide, que les écoutants aient une attention à ce sujet et que les personnes concernées reçoivent une aide adaptée, en les renvoyant vers des intervenants formés aux problématiques de l'homophobie.

Ce ne sont pas toutes les personnes d'orientations sexuelles minoritaires identifiées comme telles qui font des tentatives de suicide. De même, des personnes de ces publics, ex-suicidaires, trouvent un équilibre de vie. Il importerait de dégager les facteurs de résilience qui permettent de s'en sortir.

Il est utile pour tous et toutes, qu'une éducation à la citoyenneté et à la diversité se développe et que tout le monde entende des messages et vive des actions qui visent au développement de l'égalité des sexes et des sexualités, tout en respectant les différences (« on n'est pas tous les mêmes », distinction entre similarité et égalité).

La lutte contre les discriminations doit se développer, y compris auprès des plus jeunes.

Il s'agit aussi de briser l'isolement des jeunes et des adultes concernés, de leurs fournir des ressources cognitives et émotionnelles et d'agir sur leurs différents contextes de vie pour qu'ils leur soient plus favorables.

En guise de conclusion

Magenta espère que ce bref article permettra une plus grande sensibilisation des intervenants au sujet des réalités des personnes d'orientations sexuelles et d'identités de genre minoritaires. Car aujourd'hui encore, pour beaucoup trop d'entre elles, il vaut parfois mieux être morts que pédés, lesbiennes ou de l'autre genre.

Le suicide chez les personnes âgées

Par **Géraldine CASTIAUX**

Psychologue ; SSM ULB

D'après l'étude de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles Capitale, « *les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, on observe une augmentation dès l'âge de 20 ans avec un plateau entre 40 et 60 ans, suivi d'une augmentation très importante des taux à partir de 65 ans. Chez les femmes, on note une augmentation du taux de suicide à 40 ans avec ensuite une stabilisation jusqu'à une augmentation légère entre 75 et 85 ans. Cette augmentation des taux de suicide avec l'âge se rencontre dans tous les pays européens.* »

Le décès par suicide est une des trois principales causes de décès, avec les maladies cardio-vasculaires et le cancer, chez les personnes âgées.

Le risque de décès en cas de passage à l'acte suicidaire est aussi beaucoup plus grand pour les personnes âgées, deux fois plus grand que pour les adolescents, étant donné leur faiblesse physiologique, mais peut-être aussi leur forte détermination quant elles en arrivent à cette extrémité.

Le taux de suicide est 2 à 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Au niveau des moyens utilisés, « *chez les hommes, la pendaison est le moyen le plus souvent utilisé pour tous les groupes d'âge, mais la fréquence des suicides par arme à feu augmente avec l'âge. Chez les femmes, au-delà de 65 ans, c'est le saut dans le vide qui est le moyen le plus utilisé.* »

Quoi qu'il en soit, le risque ou la menace suicidaire est toujours à prendre très au sérieux, y compris chez les personnes âgées et très âgées. Quand la détresse de vivre est au devant de la scène, la mort peut représenter la seule échappatoire et la détermination peut alors surpasser le manque de moyens. Je repense ici à cette dame de 96 ans, hospitalisée suite à un accident vasculaire cérébral et qui criait son désir de mourir, elle jusqu'ici parfaitement autonome et qui entrevoyait désormais une vie de dépendance. « *Je me jetterais bien de mon lit* » me dit-elle. Cette menace, qui pourrait sembler dérisoire était bien le reflet de toute l'impuissance qu'elle ressentait.

Malgré notre aide, malgré des efforts importants de toute l'équipe pour la soutenir et l'encourager à faire un travail de deuil, cette vie ne la contentait

plus. Nous avons le sentiment qu'elle se sentait clairement de trop, notamment pour sa famille. Un message implicite passait, une sorte d'incitation.

Alors qu'elle se remettait progressivement de sa thrombose et retrouvait de l'autonomie, elle mourut une nuit, dans son lit, sans que rien ne laisse présager cette fin précipitée. Sans doute l'heure était-elle là, mais ce décès ne laissa pas sans questions l'équipe des soignants qui avaient tenté d'aider la patiente et sa famille.

Nous pensions, « *quand même, on la reconnaît bien là...* ».

Etiologie du suicide chez les personnes âgées

Troubles « psychiatriques »

La dépression est souvent présente dans l'étiologie suicidaire de la personne âgée, pas nécessairement sous sa forme la plus grave, mélancolique, mais parfois sous une forme d'intensité moindre, voire masquée, se traduisant alors sous la forme de plaintes somatiques multiples passant pour des obsessions ou de l'hypochondrie. Il n'est pas rare d'entendre formuler un certain dégoût de la vie, l'intention de mettre fin à ses jours ou d'imaginer un tel projet si tel ou tel événement devait se produire : « *Plutôt mourir que de devenir comme ça* » ; « *Quand on n'a plus besoin de vous, il vaut mieux disparaître* » ; etc.

Dans certains cas, un vécu dépressif plus ancien est ravivé et s'aggrave au cours du vieillissement où le Moi se trouve affaibli par l'âge. Dans d'autres, c'est cette confrontation à l'avancée en âge, peut-être stigmatisée dans notre société par la mise à la retraite qui, en amenant une détérioration progressive du corps et parfois une diminution des capacités cognitives est à l'origine du vécu dépressif. Comment, alors que l'on se sent attaqué dans son corps par le passage inexorable du temps, faire face et s'adapter ; comment mobiliser son énergie afin de profiter au mieux de la vie avec les moyens restants ? Ce n'est pas toujours chose facile et le réaménagement psychique qui permettrait l'adaptation à la réalité n'est pas toujours aisé !

Les sentiments de dévalorisation - « *je ne vaud plus grand-chose* », d'inutilité - « *je ne sers plus à rien, je ne suis qu'une charge pour les autres, je serais mieux morte* », si l'on n'y prend garde peuvent prendre toute la place et pousser la

personne déprimée à une idéation de plus en plus morbide. La dépression qui apparaît là doit être diagnostiquée et traitée.

Mais si les traitements médicamenteux sont aujourd'hui fréquemment utilisés dans le cas de dépressions chez des personnes âgées, voire très âgées, le recours à la psychothérapie reste l'exception et l'encadrement social très insuffisant.

Dans un autre registre, un délire à thème persécuteur peut aussi amener dans ses moments aigus, la personne âgée à fuir les dangers par lesquels elle se sent assaillie. Là aussi, le diagnostic et le traitement s'imposent.

Ces situations nécessitent souvent l'hospitalisation, surtout si la personne vit seule.

Mais le suicide de la personne âgée n'est pas toujours rattaché à une pathologie psychiatrique. Certaines étapes du vieillissement peuvent être vécues sur un mode traumatique et précipiter la personne dans une crise majeure entraînant désarroi, angoisse ou confusion pouvant amener des passages à l'acte graves comme le suicide.

La mise à la retraite coupe la personne pensionnée d'un milieu qu'elle fréquentait quotidiennement et qui entretenait activement une part de son estime de soi, lui donnant le sentiment d'être utile, performant et, dans le meilleur des cas, reconnu. Il n'est pas toujours si aisé de vivre cette fin de carrière, de réinvestir son énergie dans d'autres domaines ou d'autres groupes d'appartenance sociale. Ceci signifie alors une première restriction de l'environnement social, parfois aussi liée à une baisse de revenus, et même pour certains, une forme d'isolement. Or, l'isolement constitue un énorme risque pour le psychisme.

Le décès du conjoint, d'un enfant, ou de proches, amis, contemporains, vient également marquer une perte d'étayage au niveau du Moi.

Le deuil pathologique

Simon a 76 ans. Cela fait presque 40 ans qu'il partage la vie de Suzette ; ils se sont rencontrés après avoir été l'un et l'autre mariés une première fois. Elle a des enfants, lui pas.

Suzette souffre depuis plusieurs années de la maladie d'Alzheimer. Elle est toujours impeccable ; il s'en occupe comme d'un bébé, la dorlote, la coiffe, la gâte, la rassure jour et nuit. Il ne la quitte jamais plus d'une heure.

Simon vient d'une fratrie de 24 enfants. Il est un des plus jeunes. Tous ont été placés à l'orphelinat, les garçons séparés des filles, certains des enfants en Flandre, d'autres en Wallonie.

Au décès de Suzette, Simon s'écroule. Elle était tout pour lui. Il l'avait toujours dans le regard, même quand il travaillait, il l'emmenait avec lui dans son camion. Elle avait réussi à mettre en veilleuse le sentiment d'abandon et les attaques narcissiques. C'est vrai, quand même cela, il gardait un caractère pas facile, mais bon.

Simon annonce que *« ça ne durera plus longtemps », « il a ce qu'il faut... », « il était venu habiter en maison de repos pour sa femme, mais maintenant, lui, il ne va pas rester longtemps ici »*. Plus rien ne le retient.

Plusieurs fois, son médecin est appelé en urgence. Le risque semble sérieux. Les passages à l'acte autodestructeurs se multiplient : menaces, pulsions violentes en voiture, comportements inquiétants.

Simon a confiance, son médecin le comprend, mais celui-ci est inquiet. Le traitement médicamenteux n'aide pas ; la violence verbale augmente à la mesure du désarroi ; le personnel, sans cesse agressé ; perd patience.

Quelques jours plus tard, on le surprend avec la corde. *« Vous ne perdez rien pour attendre ! »* menace-t-il, *« Moi, je ne resterai pas ici. Ma place est près d'elle. »*

On m'appelle auprès de lui, avec sa souffrance insupportable, ses menaces qui ne trompent personne. Chacun se sent agressé. C'est nous qu'il attaque disent les soignants. Il ne se tuera pas, il veut nous embêter.

« Maintenant, à quoi je sers ? » me dit-il, *« Ma seule raison de vivre, c'était elle. Et ce n'est pas une psy comme vous qui va pouvoir faire quelque chose. La bonne parole, ça ne marche pas avec moi. »*

Suzette lui a fait un sale coup en partant, lui dis-je. Lui qui tentait de faire tout pour elle, et voilà qu'elle le laisse, à nouveau à se sentir seul au monde, et comme si rien ne pouvait plus le faire aimer... Le deuil a réouvert la

blessure. C'est un bébé orphelin qui est là assis devant moi. A nouveau abandonné, pas capable de rester aimé jusqu'au bout. L'agressivité qu'il ressent risque de se retourner contre lui ; même si les menaces semblent provocatrices, le danger est réel.

Il faudra beaucoup de temps, beaucoup de travail, et beaucoup de compréhension et de créativité de la part des soignants malmenés pour que Simon puisse peu à peu s'apaiser et faire son deuil. L'agressivité violemment retournée contre lui dans les premiers temps, mais quand même aussi adressée à l'entourage, se dirige ensuite totalement sur les autres dans un mouvement plus paranoïde et interprétatif. Les soignants les plus investis deviennent l'objet de critiques et de projections. Tous des voleurs, des cupides, des profiteurs, des retors.

Le mauvais se trouvant désormais à l'extérieur de lui, il semble pouvoir enfin s'installer et vivre un peu.

Moi qui ne servais à rien, il me permet de lui rendre visite chaque semaine pendant quelques années, ponctuant mes visites de quelques commentaires mi-figue, mi-raisin, prononcés haut et fort dans les couloirs. Je me rends compte qu'il chronomètre mes visites auprès d'autres résidents, ses voisins. La menace agressive revient parfois, en situation de crise, lors de conflits. On reste sur la corde raide.

Peu à peu, Simon trouve des repères, il vit aujourd'hui dans une relative harmonie avec l'équipe soignante, les voisins et peut-être des amis. Ma carte de visite est restée, paraît-il, plus d'un an sur sa table après mon départ de l'institution. Les entretiens furent repris ultérieurement avec une collègue à laquelle il demanda de mes nouvelles. Les mauvais objets avaient pu laisser une petite place aux bons, les soignants avaient pu se laisser traiter en mauvais objets...et ils avaient survécu.

D'autres événements viennent marquer la faiblesse éventuelle de la personne vieillissante à réagir de façon vitale. L'annonce d'une maladie grave, le début ou la crainte d'une évolution démentielle, un événement somatique, chute, accident vasculaire, une agression, un accident, la maltraitance, peuvent être à l'origine d'un désarroi insupportable.

L'entrée en maison de repos, si elle n'est pas acceptée, ou du moins préparée, peut également devenir dramatique tant elle se transforme alors en équivalent d'une fin de vie libre, une attaque profonde de l'identité

entraînant un sentiment d'aliénation que la personne souhaitera fuir à tout prix, parfois au prix de sa vie même.

Il me paraît fondamental d'anticiper ce moment en accompagnant la personne âgée dans un deuil de la vie autonome afin de pouvoir investir cette nouvelle vie plus assistée mais éventuellement plus sécurisante ou confortable étant donné la perte des moyens individuels.

Si cette anticipation ne peut se faire, le choc risque d'être difficilement supportable, donnant lieu, soit à des projections négatives massives sur la maison de repos, avec toute la difficulté à s'intégrer dans un lieu perçu alors comme mauvais, soit au retournement de l'agressivité et de la dévalorisation sur soi, ce qui donnera alors lieu à des attaques autodestructrices comme le suicide. Je vous en donne un exemple.

Entrée en maison de repos

Léon n'a pas de famille. Un problème de santé l'envoie à l'hôpital, puis, en revalidation dans un autre hôpital où personne ne vient le voir. Il se sent très perdu. Dans son dossier, une tentative de suicide est relatée, c'est ce qui aurait finalement entraîné l'hospitalisation, mais on n'en sait pas plus.

Léon devra aller en maison de repos. Ils ont décidé ça pour lui. Léon ne dit rien. Sans doute n'en pense-t-il pas moins. Ca lui a passé dit-on, il va mieux maintenant, il est content quand on le met devant la fenêtre, il regarde les oiseaux.

Il sourit, il ne dit rien, il regarde les oiseaux, ils ont décidé de le placer. La nuit qui suit son arrivée à la maison de repos, Léon se lève, s'assied à la table et découpe consciencieusement le contenu de son portefeuille. On s'en étonne à peine. Un peu plus tard, Léon saute par la fenêtre...

On voit à travers ces exemples qu'il existe de nombreux facteurs de risque suicidaire chez les personnes âgées.

Ce ne seraient donc pas les pertes en tant que telles qui font trauma mais plutôt le fait qu'elles n'aient pas pu être anticipées, que la personne âgée n'ait pas pu s'y préparer. De plus, comme le souligne Marguerite Charazac, « *les pertes sont principalement facteurs de risque quand elles s'accompagnent d'un désinvestissement de la personne âgée vis-à-vis du monde extérieur.* »

Les personnes les mieux protégées de ce désinvestissement sont celles qui ont pu se préparer à vivre le vieillissement, même parfois très jeunes. Elles ont intégré la dimension du temps qui passe, le processus de maturation pouvant alors continuer malgré l'angoisse de mort. Ainsi, « *le traumatisme n'a une dimension destructrice que par le caractère essentiellement imprévisible de l'événement.* »

Ce qui protège le mieux de l'éventualité suicidaire, ce ne sont pas les facteurs socio-économiques mais bien la capacité personnelle à anticiper la perte, à intégrer la frustration du temps qui passe et nous rapproche de la privation de la vie.

Sens du suicide

Sans doute pouvons-nous trouver différents sens au geste de la personne qui porte atteinte à sa propre vie. Confrontée au handicap, à la dépendance, au contrôle abusif de l'autre qui remet en question le sentiment même d'exister, elle peut voir dans cet acte final une sorte de reprise de contrôle.

Face à l'angoisse de mort et à la perte de l'illusion, ce sera peut-être une manière de renoncer à la vie, mais sans oser tout à fait lâcher prise. On décide encore du moment, la mort ne surprendra pas autant... Ce n'est pas négociable, alors anticipe... C'est ce que reprend Henri Danon-Boileau quand il nous dit : « *L'âge, la moindre résistance physique et morale du vieillard le laissent très vulnérable au « à quoi bon tant d'efforts ? » qui fait un violent retour quand surgit la souffrance. La solitude joue souvent ici un rôle aggravant.* »

La culpabilité aussi, nous l'avons vu, celle de n'avoir pas pu empêcher la mort de l'autre, son conjoint, son enfant, de n'avoir pas fait les bons choix, financiers, ou autres, peut augmenter le désarroi. Le suicide serait alors comme une sorte de remise à niveau, de dédommagement.

Le geste du suicidaire peut aussi manifester une revendication affective, une grande agressivité qui se retourne contre soi-même mais qui en réalité vise celui qui l'a abandonné.

Parfois aussi, le choix du suicide équivaut dans le désir du suicidant à une sorte de mort dans la dignité, quand il est encore capable d'en décider. Je pense à ceux qui, atteints d'une maladie grave et incurable, souhaitent ainsi échapper à ce qu'ils vivent comme de l'acharnement thérapeutique.

Le syndrome de glissement peut sans doute être pensé comme une forme de suicide passif de la personne âgée. Il reflète une profonde dépression, se caractérise par un enfermement de plus en plus grand, une sorte de prostration au lit ou au fauteuil, de désintérêt social. L'anorexie est parfois totale, les soins sont refusés ou subis sans aucune participation.

Je trouve ce tableau extrêmement pénible pour l'entourage, famille et soignants. Il nous confronte avec force à notre impuissance, et n'est pas facilement réversible.

La menace suicidaire, quant à elle, permet parfois à la personne qui la profère de réutiliser quelque chose de la maîtrise, de restaurer son narcissisme. Curieusement, elle pourrait alors refléter une sorte d'appétence de vie, on pourrait la voir comme une sorte de levier psychique et relationnel. Elle est souvent difficile à vivre pour l'entourage qui la vit comme agressive et qui se trouve alors confronté à ses propres désirs de mort : *« S'il voulait vraiment le faire, il ne le dirait pas ! » - « Et bien qu'il le fasse, alors, plutôt que de nous mettre ça sur le dos tout le temps ! »*

Pourtant, il est important de l'entendre et de s'y accrocher. Elle représente au moins une première manifestation d'appel vers l'extérieur et le désir même ténue, d'être entendu.

Conséquences du passage à l'acte dans la famille et dans l'institution

Dans tous les cas, le suicide ne laisse jamais indemnes ceux qui en sont les témoins, les survivants, que ce soit les membres de la famille ou les soignants de l'institution gériatrique.

« C'est toute une conception de la vie et de la transmission qui se trouve », selon le terme employé par Marguerite Charazac, *« empoisonnée à travers les générations. On voit que la prévention du suicide des adolescents est directement liée à la prévention du suicide des grands-parents. Cette identification, qu'elle soit consciente ou inconsciente, s'effectue à travers la transmission de l'inconscient familial, pour le meilleur et pour le pire. Le pire étant nous dit-elle, l'absence de transmission verbale pour des raisons d'oubli ou de déni. »*

Les institutions gériatriques aussi ont leurs fantômes. Ils ne sont guère ou rarement évoqués, mais ils sont là. Cela s'est passé. Parfois c'est seulement l'angoisse ou la culpabilité qui demeurent et paralysent, parfois, un

questionnement peut émerger, une envie de changer les choses, de permettre que la vie puisse s'épanouir au sein des murs.

Signes précurseurs

Il y a certainement des signes auxquels nous pouvons être attentifs auprès des personnes âgées. Nous les avons évoqués :

- le désinvestissement massif de la vie, jusqu'à arrêter de regarder la TV ;
- l'abandon de l'intérêt pour les activités corporelles, nourriture, digestion, activité intestinale au profit de la prostration (position fœtale) ;
- plainte de fatigue, marre de la vie, envie d'en finir ;
- perte de mémoire et désorientation sur un temps relativement court ;
- confusion soudaine ;
- alternance de moments de confusion et de périodes de conscience claire où la personne prend conscience de la détérioration (lors d'un début de démence dont la personne réalise l'involution et est déprimée et angoissée) ;
- adieux aux proches ;
- changements testamentaires ;
- décisions de dons (argent, organes, etc.)
- manière désaffectisée de dire ou manifester ces choses.

La capacité d'adaptation est un indice de bonne évolution possible et d'intégration du vieillissement, elle permet de réagir efficacement au stress en se protégeant de l'angoisse et de la dépression.

Prévention

On ne peut qu'être frappé par le peu de prévention existant actuellement dans la question du suicide des personnes âgées. Il est vrai que le suicide, dans la mesure où il réussit, coûte peu d'argent à la société, s'il n'en rapporte pas.

Il est parfois même implicitement encouragé. Je suis frappée par la compréhension que l'on peut développer face au suicide de personnes âgées. A leur âge, on peut si facilement imaginer qu'elles souhaitent en finir... Peut-être ce phénomène n'est-il pas sans lien avec des préoccupations pour

les aspects économiques liés au vieillissement et les questions de dépendance des vieux supportée par les plus jeunes.

Il est dans l'ordre des choses que les vieux meurent. Le suicide des jeunes suscite plus d'émoi.

Le suicide d'une personne âgée est parfois accueilli comme un soulagement par la famille si la personne âgée se montrait déprimée, exigeante ou plaintive.

Dans le cas où le parent avait été maltraitant avec ses enfants, on assiste souvent à un renversement ; l'enfant, loin de pouvoir offrir à son parent le contenant qui lui permettra de mener à bien sa vie jusqu'au renoncement nécessaire à la mort, s'inscrit lui-même dans la répétition de la violence et permet le suicide. Cela s'avère pourtant dommageable pour le transgénérationnel (destructivité).

Dans les institutions gériatriques, on trouve aussi des mouvements de résistance à la prévention. L'idée de la dépression des personnes âgées est banalisée ou déniée. Sans doute cela est-il à mettre en lien avec la difficulté à supporter l'agressivité sous-tendue par la position dépressive.

Les soignants se sentent aussi très impuissants face au vécu dépressif de la personne âgée, ainsi qu'aux mécanismes qu'elle met en place pour tenter d'y faire face et qui sont insupportables pour les soignants. Je pense au déni de la réalité, aux comportements exigeants, critiques, aux coups de sonnettes incessants, aux plaintes somatiques, aux rituels obsessionnels, etc. Le personnel s'épuise devant de telles attitudes et en ressent de l'agressivité. La dépression est donc banalisée, les troubles confusionnels abusivement taxés de démence et le risque suicidaire dénié ou sous-estimé.

Conclusion

Prévenir le suicide, c'est informer les personnes qui vieillissent des risques qui les attendent afin de les aider à s'y adapter.

Préparer, c'est sensibiliser, former, informer, aider à anticiper, à organiser, à développer ses intérêts et sa créativité. C'est aussi informer les familles, former les soignants de tous bords et permettre l'échange de la parole, A TOUT PRIX ! ■

Bibliographie

- Charazac-Brunel M., « Prévenir le suicide : clinique et prise en charge », Dunod, Psychothérapies, Paris, 2002.
- Danon- Boileau H., « De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager », Calmann-Lévy, Le passé composé, Paris, 2000.
- Ferrey G., Le Gouès G., Psychopathologie du sujet âgé, Masson, Abrégés, Paris, 1989.

La problématique des suicides et tentatives de suicide en milieu carcéral

Par Philippe LAMENS

Licencié en psychologie et diplômé en criminologie

Psychologue au sein du Service Psychosocial de la prison de Ittre

Invité à participer à la journée d'étude sur le suicide organisée par le Réseau Prévention Suicide en Communauté Française, je vous propose de réfléchir à cette problématique au sein du contexte singulier de l'enfermement carcéral au départ de l'hypothèse suivante : le suicide en prison émerge au confluent de dynamiques individuelles pathologiques et d'un contexte de vie soumettant l'identité de l'être humain à rudes épreuves.

Précisons d'emblée que par « suicide », nous entendons le suicide avéré mais aussi toutes formes de conduites auto-agressives qui s'apparentent de près ou de loin à une tentative de suicide.

Comparativement au taux de suicide observé dans la population globale, sa fréquence d'apparition est bien plus élevée parmi la population carcérale. Son incidence au sein des institutions pénitentiaires est bien connue des pouvoirs politiques, qui ont développé à son encontre une importante préoccupation. D'un point de vue élargi, c'est l'accroissement d'un climat de violence en milieu carcéral qui inquiète, dont le suicide constitue une expression symptomatique parmi bien d'autres mais certes des plus graves de par sa nature morbide.

Avant de poursuivre cette introduction, il importe de préciser que le contenu de cet exposé repose sur des connaissances acquises de mon expérience professionnelle de psychologue en milieu pénitentiaire d'une part, et d'autre part d'une recherche documentaire approfondie au travers de divers ouvrages scientifiques parcourus dans le cadre de la réalisation d'un mémoire universitaire ayant eu pour thème : « Enfermement carcéral et Automutilation : lien de cause à effet ? Réflexion théorique autour de l'étude d'un cas ».

L'enfermement carcéral semble être vécu par certains détenus comme une rupture restauratrice, comme un entre-deux susceptible de permettre un étayage et d'esquisser une reconstruction. En effet, les détenus pour qui

carence et abandon, marginalité affective et sociale, constituent le quotidien de leur vie à l'extérieur des murs de la prison, celle-ci peut leur offrir une forme de sécurité, un contenant pour ces personnes qui sont à la recherche d'un contenu. Inversement, nous devons aussi concevoir que d'autres détenus vivent cette rupture que représente l'incarcération de manière très brutale et angoissante. Nous devons penser qu'elle génère chez ceux qui ont construit des points de repère stables à l'extérieur et tissé des liens affectifs importants, une expérience radicale d'impuissance sur son environnement qui s'accompagne d'une perte de contrôle de sa propre destinée.

A côté des bienfaits de l'emprisonnement, vient donc se poser la question de ses méfaits. En plus d'être un lieu criminogène et de participer aux risques de récidive, elle paraît alimenter une souffrance physique et/ou psychique de certains, et participer à l'entretien des carences socioéconomiques et/ou culturelles d'autres. A ce sujet, les témoignages des détenus sont d'ailleurs assez éloquents, ainsi que ceux du personnel pénitentiaire.

La prison est-elle bonne ou mauvaise, structurante ou déstructurante ? Qu'en est-il du rôle que joue l'enfermement carcéral dans la souffrance de l'individu de par l'isolement, la solitude, l'exclusion, la stigmatisation sociales qu'elle crée ? Que pouvons-nous comprendre des violences intra-pénitentiaires en tout genre, qu'il s'agisse d'agressions morales et psychologiques, de rackets, de bagarres, d'abus sexuels, de grèves de la faim, d'automutilations, de tentatives de suicide ?

Pour la problématique qui nous préoccupe aujourd'hui, en l'occurrence celle du suicide en prison, le questionnement portera sur le sens et les fonctions que de tels comportements exceptionnels peuvent recouvrir pour son auteur, mais aussi pour le milieu dans lequel ils s'inscrivent. Dans quelle mesure qualitative et quantitative, le détenu comme le pénitentiaire participent-ils à la mise en scène de tels actes extrêmes ?

Dans le but d'approcher cette réalité dramatique avec un souci d'objectivité, d'y apporter des éléments de réflexion et peut-être aussi de réponse, je vous invite à partir de la compréhension des différents facteurs susceptibles de participer à l'émergence du suicide en prison, tant au niveau de ce qui appartient à l'identité de l'auteur, que de ce qui constitue l'identité de la prison. Il s'agit donc d'aborder la part d'incidence, sur une telle manifestation comportementale dramatique, de l'individuel, du collectif et de l'institutionnel.

Pour conclure cette introduction, j'avertis le lecteur que l'organisation pratique dans laquelle s'inscrit cet exposé m'impose un niveau de circonscription et de directivité qui ne peut que s'avérer réducteurs dans une certaine mesure. En d'autres mots, les considérations qui vont suivre se veulent concises et ciblées en fonction du thème précis abordé mais non exhaustives, dans la mesure où elles sont animées par l'objectif principal de constituer le support d'un débat.

1. Enjeux et retombées de l'incarcération sur l'être humain

La prison apparaît constitutive d'un espace isolé du reste du monde, géré par ses propres règles, par des lois qui lui sont propres auxquelles doivent se soumettre ses pensionnaires, et au sein duquel l'ensemble des comportements obéit à une logique hermétique spécifique et radicalement différente de celle qui prévaut dans la société « libre ». Nous pourrions dès lors percevoir l'institution pénitentiaire comme la machine-outil d'un conditionnement visant à remplacer l'identité préexistante à l'entrée en prison par une autre, via un apprentissage à long terme ainsi que l'intériorisation de normes, de valeurs et de comportements en rupture avec ce qui constituait auparavant l'identité sociale de l'individu.

Mais concevoir que la prison fonctionne en autarcie serait une démarche erronée et réductrice. Considérer qu'il n'y a pas de sociabilité en prison et que le détenu y serait un constituant complètement passif serait aussi faire fausse route. Bien que le pénitentiaire possède un sens et des fonctions qui lui sont propres, dont la première est la sécurité et le contrôle totalitaire, il n'en prend pas moins la forme d'un système possédant des caractéristiques primaires communes à tout système, tel que la société. Ceci présuppose donc la construction de liens et le fait que le détenu, bien qu'il soit coincé dans des logiques pratiques qui s'imposent à lui, ne soit pas moins un acteur social de la prison puisqu'il contribuerait lui-même à produire et reproduire les rapports sociaux. Il en serait de même des surveillants, de la hiérarchie pénitentiaire tant intra- qu'extra-muros, des intervenants médico-psycho-sociaux et éducatifs, mais aussi et entre autres, les producteurs de textes législatifs ou magistrats.

La première entrée en détention est naturellement vécue comme le passage d'un monde familier à un univers marqué par la méconnaissance, l'étrangeté et l'imprévisibilité. L'individu qui arrive en prison est brusquement coupé d'un univers familier dans lequel un certain contrôle rassurant des situations était opéré, pour être confronté à l'obligation de s'adapter à un

nouvel environnement où les repères habituels sont brouillés ou manquants. Cette adaptation nécessite la capacité d'investir les maigres ressources proposées par l'institution (les activités sportives, culturelles, éducatives, intellectuelles, le travail, les visites, les soins médicaux, l'aide psychosociale,...) mais aussi et surtout de mobiliser les ressources personnelles qui sont transférables dans l'univers carcéral, principalement celles liées au corps.

La confrontation brutale ou anticipée à l'incarcération représente donc un bouleversement considérable, non sans colère, inquiétude ou stress. Ce bouleversement s'actualise encore par le chaos du système de valeurs du détenu, une rupture dans son histoire, la perte ou la distension des liens affectifs. L'expression la plus visible de ce traumatisme se retrouve dans les conduites auto-agressives et suicidaires, dont la fréquence se révèle la plus élevée en détention préventive durant laquelle, à ces pertes et souffrances multiples, s'ajoute l'incertitude de l'avenir, d'autant plus lourde à supporter que le jugement pénal à venir porte sur des faits de délinquance graves.

Par ailleurs, il n'est pas rare que les détenus soient atteints de pathologies lourdes lorsqu'ils arrivent en prison. Parmi celles-ci peuvent être distinguées les maladies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose), les troubles mentaux et les affections autodestructrices comme le suicide, les automutilations, la grève de la faim. D'autre part, les perturbations non somatiques liées à l'incarcération sont aussi nombreuses. Les troubles du sommeil représentent la cause la plus fréquente de la demande de consultations psychiatriques. De même, les troubles anxieux et dépressifs sont caractéristiques de la vie carcérale. Ils peuvent donner lieu à des troubles psychosomatiques, comme des troubles digestifs, des douleurs diverses et des troubles neurologiques. L'ensemble de ces symptômes, constitutifs de troubles visibles à même le corps et/ou dans l'expression comportementale, sont liés à des éprouvés intérieurs de stress et d'angoisses dont un grand nombre résultent des effets délétères de conditions de vie extrêmes.

Qu'en est-il de ces conditions de vie pour que l'on puisse les qualifier de déshumanisantes ?

Le régime pénitentiaire réduit l'espace individuel, tant au niveau de l'identité en partie gommée par de multiples dépossessions, qu'au niveau de l'intimité du fait de la promiscuité avec les co-détenus et d'une surveillance possible en permanence. Cette promiscuité et cette suppression totale d'intimité, mais aussi les conditions d'hygiène bien souvent plus que

déplorables en prison, ont des conséquences déplorables sur le rapport que l'individu entretient avec son propre corps.

Aussi, l'incarcération impose un isolement qui est double, le détenu étant séparé à la fois de ses proches et de lui-même, ce dernier ne s'appartenant plus. L'institution pénitentiaire opère une emprise qui tend à réduire le sujet à son corps. De plus, la perte de contrôle de son environnement le plus immédiat, et celle de son autonomie, altèrent l'image de soi. La prison constitue ainsi une expérience de fragilisation et de perte de repères, où l'identité est massivement mise à l'épreuve. C'est le lieu de la contrainte, de la privation, et de la dépossession par excellence, celle du droit, du désir, de l'autonomie, de la dignité.

Une autre caractéristique fondamentale de l'incarcération, et qui soulève d'ailleurs un paradoxe d'envergure, est le fait que l'institution pénitentiaire alimente la passivité, la dépendance, et l'immaturation de ses pensionnaires. Alors que la prison a comme projets dans sa finalité, entre autres, de rééduquer, de responsabiliser, de réinsérer socialement, elle organise l'infantilisation et la régression des détenus à travers l'exigence de justification de tout pour tout, ainsi qu'elle promeut l'abandon de soi à l'institution qui prend ainsi l'allure d'une mère nourricière. En même temps, mais en parallèle, elle développe des outils constitutifs de tentatives de resocialisation, de responsabilisation et d'humanisation, dont une dernière illustration est l'avènement de la politique de justice réparatrice.

L'enjeu de vivre en prison, ou plutôt d'y survivre, est d'une part la préservation de la dignité, et d'autre part la défense de son intériorité. Une fois enfermé, le détenu part en quête d'une restauration de soi, de la reconstruction d'un Ego continuellement menacé par l'uniformisation, voire la dépersonnalisation, qu'alimente le contexte carcéral. Mais encore faut-il être doué d'un imaginaire mobilisable suffisamment riche, ainsi que posséder des capacités d'adaptation et des défenses assez solides, que pour ne pas perdre les liens fragiles sauvegardés avec soi.

Supporter l'incarcération exige ainsi des détenus qu'ils soient capables de développer des « stratégies ». Celles-ci consistent en des formes d'adaptation pouvant être perçues comme des découvertes qui font appel à la créativité des détenus, et s'élaborant dans la rencontre entre l'histoire personnelle de chacun et une réalité extérieure commune. Elles vont pur la plupart au-delà de la soumission, et représentent un système de défense contre la

déshumanisation subie au quotidien. Parmi ces stratégies, peuvent être distinguées la soumission ou au contraire l'opposition, et encore la débrouillardise, l'investissement des failles du système carcéral, l'usage des moyens défendus pour alléger le poids de la contrainte, la révolte, ou s'effacer par la fuite dans des produits de substitution ou dans l'imaginaire.

Pour saisir les processus d'adaptation en question, il faut prendre en compte l'ensemble des ressources dans lesquelles puisent les personnes incarcérées. Il existe les ressources personnelles d'ordre économique autorisant ou non l'accès à un certain « confort », ainsi que les ressources culturelles qui contribuent aussi aux disparités des situations de par le capital scolaire acquis et l'appartenance culturelle, qui fournissent des moyens différents pour s'orienter dans le monde pénitentiaire et y façonner tant bien que mal de minimes transformations. Les ressources relationnelles sont aussi importantes, en terme de liens établis tant à l'intérieur qu'avec l'extérieur via les visites, le téléphone, le courrier. Ces liens avec l'extérieur apparaissent pertinents dans ce qu'ils fournissent pour lutter contre le sentiment d'abandon et de perte, dans l'illusion qu'ils peuvent alimenter de participer à l'existence libre de ceux du dehors.

D'autre part, les ressources psychiques et somatiques sont essentielles. La capacité à penser son histoire passée et actuelle peut sauvegarder l'individu à travers une prise de distance par rapport à la contrainte. L'inverse peut favoriser un vécu de persécution, et le sentiment de n'être qu'une victime. L'impossibilité d'explorer son monde intérieur peut aussi mener à un éprouvé de soi dévitalisé à travers l'inhibition de la pensée et de l'affect. Ainsi, la faible capacité de symbolisation, les pauvres ressources de l'imaginaire, le défaut de mentalisation au profit du passage à l'acte, le manque d'accès à la sublimation des motions pulsionnelles, sont autant de limites aux possibilités de développer une adaptation secondaire au monde carcéral.

A côté des ressources personnelles, il faut encore tenir compte des ressources de l'environnement, en l'occurrence de l'institution pénitentiaire. Elles consistent en les visites et les différentes activités accessibles, sportives, culturelles, intellectuelles, éducatives, ludiques, ainsi que l'accès aux soins et au travail. L'ensemble de ces ressources peut être le lieu d'un bénéfice en terme de liberté, d'autonomie, de mobilité, d'espace, de savoir, de pouvoir, de privilège.

L'ensemble de ces stratégies possède les mêmes objectifs : prendre de la distance par rapport à la contrainte, atténuer les privations et le manque, restaurer son identité, préserver sa dignité, sauvegarder son intégrité physique et psychique, maintenir une bonne image de soi, défendre son intériorité ; bref, contrer les menaces quotidiennes d'uniformisation, de dépossession, et de dépersonnalisation.

2. Suicides, tentatives de suicide et conduites auto-agressives

En prison, il apparaît possible, et par ailleurs nécessaire, d'établir une différence claire entre les conduites auto-agressives d'une part, et les suicides et tentatives de suicide d'autre part. Exprimées au travers d'un comportement qui peut se révéler identique, les premières ne sont pas suicidaires, tandis que les secondes renferment un mode opératoire à visée létale.

Parmi les conduites auto-agressives, il convient de distinguer celles qui sont impulsives de celles qui sont préméditées. Les premières, telles les ingestions d'objets tranchants, les coupures superficielles, les brûlures de cigarette ..., sont le plus souvent des conduites répétitives dont le sujet est coutumier. Le caractère anxiogène pour l'entourage tient à la menace de nouveaux passages à l'acte, voire d'escalade dans la gravité. Ces conduites impulsives surviennent en réponse à une situation carcérale de frustration, telle une sanction disciplinaire sur quartier ou une suspension de parloir. Le mode de passage à l'acte est généralement stéréotypé, mais certains détenus alternent parfois les différents modes. D'un point de vue psychopathologique, ces actions sont sous-tendues par un état de tension extrême, avec une carence des processus de mentalisation. En butte à une frustration anxiogène, ces détenus sont conduits à une décharge pulsionnelle auto-agressive lors du raptus anxieux. Cette abréaction aurait un effet résolutoire temporaire sur l'angoisse du sujet.

En ce qui concerne les conduites auto-agressives préméditées, comme les mutilations, les grèves de la faim, le refus de soins vitaux..., elles représentent des actions délibérées constitutives de stratégies qui visent un résultat précis en exerçant une pression sur un adversaire (la direction de l'établissement, les instances judiciaires,...) en prenant à témoin le groupe social. Ici, le passage à l'acte aurait d'autant plus d'emprise sur ce dernier, qui en récupère l'angoisse, qu'il serait doté d'un caractère impensable et effroyable. De là l'existence d'un danger élevé. Ces conduites s'inscrivent

dans un rapport de force où le sujet prend son corps en otage, et adopte le schéma triangulaire propre à la revendication.

Quant aux suicides et tentatives, les modes opératoires les plus courants sont la pendaison, l'automutilation, et la projection dans le vide, voire aussi l'immolation. On observe aussi un nombre croissant de décès par overdose, où il est plus difficile d'évaluer si le passage à l'acte est guidé ou non par la volonté de mourir ou d'échapper à la violence carcérale. De manière générale, le suicide apparaît secondaire aux souffrances générées par les conditions de détention, et les bouleversements tant sociaux que familiaux. A cela vient s'ajouter l'incertitude de l'avenir en détention préventive.

Il semble encore que deux modes de passage à l'acte suicidaire puissent être distingués : l'acte prémédité et l'acte impulsif. Dans le premier cas, l'action est mûrement réfléchie et déterminée. Le détenu organise le déroulement de son acte de manière à laisser peu de chance aux secours. Ce geste déterminé, correspondant à une volonté destructrice maximale, est le plus souvent consécutif au désespoir réactionnel lié à la situation personnelle de l'individu, qui entre en résonance avec sa structure psychopathologique. Dans le cas de l'acte suicidaire impulsif, il apparaît consécutif de l'émergence de l'angoisse. Il est plus particulièrement le fait de personnalités impulsives. De la même manière que pour les autres catégories de passages à l'acte impulsifs, ils semblent résulter du caractère anxiogène des frustrations pénitentiaires.

De manière globale, il n'y a pas de structure de personnalité prédisposant particulièrement au suicide mais plutôt, quelle que soit la structure, le sentiment d'être dans une situation sans issue. D'un point de vue clinique, l'examen peut mettre en évidence des affects anxio-dépressifs qui constituent autant de témoins du malaise. Mais l'observation de ceux-ci ne peut pas isolément sous-tendre une évaluation de la prédiction du passage à l'acte, la prison étant un lieu où le malaise psychologique est le lot commun des individus.

3. Sens et fonctions du suicide en prison

Avant d'aborder les différents sens et fonctions que semble pouvoir recouvrir le suicide en prison, rappelons que le pénitentiaire constitue un cadre d'exercice et de réalisation des dispositions antérieures acquises lors de la construction de l'identité au cours de l'évolution de la vie en société. La population carcérale démontre qu'un bon nombre d'individus rentrent en

prison avec des troubles préexistants qui paraissent revêtir une nouvelle forme de symptomatologie en détention. Les symptômes de souffrance psychique s'y observent principalement au niveau du corps (somatique et comportemental), ce qui n'est pas étonnant étant donné que le régime pénitentiaire tend largement à réduire l'être humain à son corps, privilégiant les modes d'expression non-verbale au détriment de la pensée. Le corps se révèle ainsi souvent pris en otage dans un processus de revendication ou de détresse, au sein duquel le suicide et ses tentatives paraissent trouver leur place.

En prison, le suicide peut être la conséquence malheureuse de l'évolution de maladies mentales graves, mais aussi l'expression symptôme d'une souffrance psychique aigüe née de l'incarcération chez des individus qui pénètrent en prison avec des fragilités psychologiques. La qualité de la prison jouerait ainsi un rôle dans la sédation ou la répétition des manifestations agressives en tout genre.

Le suicide en prison peut renfermer des logiques différentes. Il est pour beaucoup de détenus l'expression la plus visible d'un traumatisme né de l'entrée en prison, celle-ci créant un bouleversement considérable au travers de nombreuses fractures dans les sphères fondamentales de la vie. Pour d'autres, le suicide représente une rupture venant solder une situation affective difficile, comme une brutale séparation sentimentale, dans un milieu qui entretient la dépossession et la perte de contrôle, tout en favorisant le passage à l'acte sur le corps comme exutoire de la souffrance. La prison constitue dans ce cas un prétexte, ou une occasion de mettre fin à ses jours. Chez d'autres détenus encore, le suicide peut être compris comme la conclusion d'un « vertige de la sortie » qui prend place au sein d'une personnalité initialement faible et plongée à long terme dans un contexte de passivité, de dépendance, et de désocialisation. Finalement, il semble encore que le suicide, et ses tentatives, puissent être la conséquence d'une agressivité prégnante qui ne peut plus s'extérioriser autrement que par le retournement sur soi en raison du contexte d'enfermement, parmi des individus bien peu capables de maîtrise pulsionnelle. La probabilité d'émergence de ce dernier cas de figure semble renforcée par l'existence d'un régime disciplinaire qui évolue vers une plus grande intolérance des la manifestation d'actes hétéro-agressifs.

Le suicide en milieu carcéral peut aussi véhiculer des fonctions différentes, tel que déjà évoqué précédemment. Nous retiendrons principalement celles de rompre un lien anxiogène, de revendiquer un besoin d'autonomie et

d'indépendance, de reprendre le contrôle sur soi et son corps, de se restaurer sur le plan narcissique et de l'identité.

4. En guise de « conclusion »

Tout individu paraît arriver à l'aube de son incarcération avec un bagage personnel, une personnalité propre. Il doit alors s'accommoder d'une identité secondaire via des processus de socialisation déterminés par le cadre pénitentiaire et ce d'autant plus que son incarcération sera longue. De par les caractéristiques du régime de vie qu'impose l'institution carcérale, le détenu se voit repoussé dans ses retranchements via la mise à rudes épreuves de son identité et de ses capacités d'adaptation. L'enfermement pénitentiaire favorise ainsi le développement de comportements inadaptés, voire pathologiques chez ceux qui possèdent un Moi faible, le vécu de l'emprisonnement renvoyant tout individu à certaines questions fondamentales qui sont le lieu de failles psychiques possibles et plus ou moins profondes.

La population carcérale cumule de lourdes carences à des niveaux différents, social, économique, culturel, éducatif, sanitaire, et psychique. Les conditions de vie du pénitentiaire favorisent l'apparition de troubles psychologiques, psychiatriques, et psychosomatiques, qu'il convient par ailleurs de pouvoir différencier des symptômes propres à un trouble grave de la personnalité. La prison se révèle en même temps réparatrice pour certains, offrant de meilleures conditions économiques et sanitaires pour les uns, et dispensant un rôle de contenance psychique et de pare-excitation pour d'autres. Aussi, elle ne paraît pas créer de troubles psychiques de toutes pièces, mais réactiver des troubles préexistants suivant des modes d'expression symptomatiques largement privilégiés au niveau du corps.

La manifestation auto-agressive en prison peut prendre diverses tournures et endosser des significations différentes selon qu'elle soit impulsive ou préméditée, qu'elle possède un objectif léthal ou non. Sa nature, son sens et sa fonction, sont par ailleurs liés d'une part au contexte dans lequel elle se déroule, et d'autre part à la personnalité qui se trouve en amont de ces comportements. Les conditions de vie qu'impose l'enfermement carcéral constituent le moteur possible d'un traumatisme psychique qui s'exprime le plus souvent sous la forme d'automutilations ou d'actes suicidaires.

Les souffrances générées par la détention et la procédure judiciaire, ainsi que celles consécutives aux bouleversements sociaux et familiaux, peuvent expliquer l'incidence considérable du suicide en milieu carcéral. Le risque suicidaire est présent dès l'incarcération, mais le plus souvent la sidération anxieuse liée à l'emprisonnement réduirait ce danger dans les premiers jours. Par contre, cette période passée, on observe un pic de fréquence durant la détention préventive où les difficultés d'adaptation entrent en résonance avec l'incertitude du devenir. La condamnation, quant à elle, ne semble pas influencer fortement le risque suicidaire. Le taux de suicide semble augmenter avec la gravité du délit, notamment quand il est question de violence, de meurtre ou de délit sexuel. Enfin, comme dans la population générale, l'incidence du suicide augmente avec l'âge du détenu, alors que les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes.

Un facteur supplémentaire qu'il paraît objectif de prendre encore en considération, existe dans le manque de structure interne au pénitencier pour recevoir l'angoisse générée par la détention. Depuis 1998, avec la métamorphose des « Unités d'Observation et de Traitement » en « Services Psychosociaux », les missions d'évaluation et d'accompagnement réalisées par les assistants sociaux et les psychologues dans le cadre de la libération conditionnelle, se sont largement complexifiées et intensifiées au détriment du temps auparavant dévolu à la mission de traitement de la souffrance et d'aide psychologique. Cette dernière est passée dans les mains des Services d'Aide Sociale aux Détenus de la Communauté Française. Les intervenants de ceux-ci restent toutefois encore insuffisamment représentés en prison proportionnellement au nombre de détenus.

Harcèlement moral : L'ostracisme et la psychologisation comme facteurs de risque

Par Margarita **SANCHEZ-MAZAS**
Psychosociologue ; Université Libre de Bruxelles

Dans cette contribution, je me propose de discuter certains aspects du harcèlement moral susceptibles d'amener les victimes à de graves impasses psychologiques. En raison des mécanismes qui y sont impliqués, cette forme de violence psychologique sape les moyens de réagir car il s'agit d'une agression insidieuse et, souvent, non reconnaissable comme telle. Je ne rattacherai pas ce phénomène à des traits de personnalité. L'identité fragilisée, une situation personnelle précaire sont certes des facteurs aggravants. Mais l'approche psychosociale avancée ici n'envisage pas les comportements comme la simple expression de tendances internes stables telles que le caractère ou la personnalité. Elle s'intéresse surtout aux interactions informelles entre les personnes et aux mécanismes par lesquels les individus expliquent leur comportement et le comportement d'autrui. Je ne considérerai pas non plus la violence psychologique au travail comme un simple produit de rapports de pouvoir. Je l'inscrirai au contraire dans un contexte particulier marqué par l'émergence de nouvelles relations dans le cadre du travail et par une situation de précarité de l'emploi. Je le définirai donc comme l'un des signes du développement de rapports informels et non réglementés au sein des entreprises et des organisations, rapports qui, à l'heure du capitalisme « flexible » et des « dérégulations », peuvent jouer comme mécanismes d'exclusion (Sanchez-Mazas, 2004). J'essayerai donc de fournir quelques éléments permettant de mieux comprendre comment cette violence peut opérer et pourquoi elle est particulièrement grave.

Il s'agit d'abord de caractériser le harcèlement moral, puis de relever les mécanismes psychosociaux qui y sont impliqués et enfin de souligner les risques pour la santé et pour la vie dont cette forme de violence peut être porteuse.

1. Caractériser le harcèlement moral

Pour caractériser le harcèlement moral, il est intéressant de partir des descriptions que présentent les victimes. Le rapprochement du vécu et des

sentiments des personnes se disant harcelées permet d'identifier ce qu'il a d'*unique*, de distinctif, à l'égard de divers malaises ou insatisfactions liés au travail. A partir de ces régularités, le harcèlement se révèle comme une *répétition*, un phénomène s'étendant sur une durée. Les témoignages révèlent aussi un sentiment de *disqualification* : effectuer des tâches ne correspondant pas aux compétences ou aux qualifications, ou se voir confier des tâches dépourvues de sens, ou routinières, en bref, l'impression de ne pas ou de ne plus être considéré comme un travailleur à part entière. Ceci confirme les analyses menées par Leymann (1996), qui classe les comportements caractéristiques du mobbing en cinq catégories :

1. empêcher la personne de s'exprimer (qui inclut le rejet du contact, la critique au travail...) ;
2. isoler la personne (la priver de moyens de communication, nier sa présence, ne pas lui parler...) ;
3. déconsidérer la personne auprès de ses collègues (lancer des rumeurs, la qualifier de malade mentale, se moquer de sa vie privée) ;
4. discréditer la personne dans son travail (ne lui confier aucune tâche, la charger de tâches inutiles, absurdes, inférieures à ses compétences, faire croire à des fautes professionnelles...) ;
5. compromettre la santé de la personne (travaux dangereux, menaces ou agressions physiques...).

C'est bien ce déni de reconnaissance au travail, par le biais de la disqualification et de la marginalisation, qui transparaît aussi de manière réitérée dans les expériences subjectives analysées par Marie-France Hirigoyen (1998).

Disqualification et isolement sont donc deux dimensions constitutives du harcèlement moral. Elles supposent non seulement qu'on dévalorise le travailleur mais aussi, si l'on se place du point de vue de la stricte rentabilité... qu'on le *sous-utilise* ! Dès lors, contrairement au « management par le stress », aux effets de surcharge, de *sur-utilisation* du « facteur humain », imputables à l'intensification de la concurrence économique et de la compétition entre travailleurs, le harcèlement moral correspond à une situation où le travailleur est plutôt *empêché* de travailler. On se trouve donc face à deux conséquences contrastées des mutations dans l'organisation du travail : l'une paraît répondre à une finalité « rationnelle » d'augmentation de la productivité, l'autre apparaît comme « irrationnelle » puisqu'elle sacrifie la contribution potentielle du salarié, en diminuant ses ressources

psychologiques et cognitives. Car le harcèlement, comme le dit Leymann (1996, p. 40), « est une attitude visant à priver de toutes ses possibilités professionnelles et sociales une victime désignée ». En conséquence, si dans le cas du management par le stress ou de la surcharge de travail, le travailleur reste inclus dans l'organisation et d'une certaine manière reconnu, y compris dans la surexploitation, dans le cas du harcèlement, il semble voué plutôt à un processus d'exclusion, à l'intérieur même de l'organisation, mais aussi au niveau des réseaux qui sont un élément clé de l'insertion professionnelle et sociale actuelle. Or, l'exclusion, la marginalisation ou le rejet à l'intérieur de l'entreprise sont souvent le le prélude à une « auto-exclusion » de l'organisation, d'autant plus commode qu'elle permet de pousser le salarié à démissionner et de contourner ainsi les procédures de licenciement. Parallèlement à l' « auto-exclusion » (invalidité, absence répétée), des mesures surviennent (mise à l'écart, transferts successifs, mises en congés prolongés, licenciement ou mise en invalidité...), qui, jointes au développement de problèmes de santé mentale ou physique, aboutissent le plus souvent à l'exclusion du marché du travail (Faulx et Geuzaine, 2001) et, dans 10 à 20% des cas, selon Leymann, à une maladie grave ou au suicide.

2. Mécanismes psychosociaux des relations abusives

Comme pour beaucoup de cas d'abus et d'agressions physiques et psychologiques, le harcèlement moral se caractérise souvent par trois traits fondamentaux :

- **La difficulté de quitter la relation abusive**

La difficulté de quitter la relation ou même de la contester (*l'Exit* ou la *Voice* selon les fameux termes d' A. Hirshman, 1970) est à rattacher d'abord aux rapports de pouvoir et à la situation de dépendance qui existent aussi bien dans le cadre du travail que dans celui du couple ou de la famille.

Dans les rapports de dépendance, il est très difficile de quitter la relation car une relation alternative n'est pas disponible ou alors le coût de la rupture est exorbitant. De telles dépendances, aussi bien dans la famille que dans le travail, sont bien entendu d'autant plus fortes que l'asymétrie des ressources ou la menace de chômage sont importantes et constituent un risque de maintien de relations abusives.

- **L'incrédulité de l'entourage**

Il s'agit de la tendance, largement partagée dans nos sociétés occidentales, à attribuer les causes des comportements à des dispositions personnelles, à des traits de personnalité, à surestimer l'importance des facteurs internes, au détriment de facteurs externes, d'éléments du contexte, de déterminants liés à la situation. C'est souvent chez la victime que l'on va chercher la cause des événements qui l'affectent, de telle sorte que le spectacle de la souffrance ou d'un sort défavorable engendre de l'aversion pour celle-ci plutôt que de la compassion. Le fait de blâmer la victime renvoie en outre à un système plus global d'interprétation du monde dénommé en psychologie sociale « croyance au monde juste » : cette croyance permet d'expliquer comment les gens peuvent côtoyer la souffrance et l'injustice mais en même temps continuer à vaquer tranquillement à leurs occupations.

Une telle attitude s'explique par un postulat largement répandu - une théorie « naïve » -, selon lequel le monde est non seulement prévisible et contrôlable, mais qu'en plus il est juste, de sorte que l'on n'a que ce que l'on mérite. La stigmatisation de la « victime innocente » permettrait d'échapper à la déstabilisation provoquée par l'injustice et de rétablir la croyance en un monde juste et donc, rassurant (Lerner, 1980).

- **La culpabilité éprouvée par la victime**

Les recherches en psychologie sociale sur la victimisation soulignent depuis longtemps que les victimes d'un traumatisme (une maladie, un accident, une agression, ou simplement un sort défavorable dans une expérience de laboratoire) ont tendance à s'en attribuer la responsabilité, même si le hasard ou des facteurs extérieurs objectivement incontrôlables sont en cause (voir Jannoff-Bulman, 1983).

Bien que cette tendance constitue parfois une réponse adaptée face à l'anxiété dans la mesure où elle restaure chez la victime un sentiment de contrôle sur sa destinée (« c'était de ma faute, j'aurai pu y faire quelque chose et on ne m'y reprendra plus »), elle peut également engendrer une double victimisation, des sentiments de culpabilité et des troubles dépressifs (« c'est de ma faute, je le mérite bien et je ne vaux pas plus »).

Difficulté à quitter la relation abusive, incrédulいたé de l'entourage, culpabilité chez la victime sont autant de caractéristiques que la violence psychologique au travail partage avec d'autres formes de violence, y compris dans le domaine privé. Mais pour distinguer le phénomène du harcèlement psychologique au travail de ces autres formes de violence il faut le replacer dans le contexte professionnel actuel et en particulier celui des mutations dans les rapports de travail eux-mêmes. Par là, les concepts évoqués jusqu'ici prennent une signification particulière et permettent de mieux éclairer l'idée selon laquelle le harcèlement moral serait symptomatique d'une évolution récente et ne serait pas réductible à n'importe quelle forme de relation abusive. Il importe de souligner les caractéristiques contextuelles favorisant les conduites harcelantes afin de prendre toute la mesure des risques qui existent à un niveau social global.

3. Facteurs contextuels et importance des risques

En ce qui concerne la question des réactions de l'entourage, il faut expliquer autant l'incrédulいたé que la passivité.

Certains auteurs dénoncent l'absence de réaction face à la souffrance d'autrui dans le cadre du travail, en avançant que l'on assisterait au développement d'une tolérance à l'injustice sociale, à sa banalisation, motivée par des stratégies de défense qui « nous aident à fermer les yeux sur ce dont, pourtant, nous avons l'intuition pénible » (Dejours, 1998, p. 17). Implicite dans cette dénonciation est l'idée que le sens de la justice sociale serait intact, mais que ce réflexe d'auto-protection nous amène à consentir à des pratiques injustes « *même lorsque nous y répugnons* ». Or on assiste de plus en plus aujourd'hui à des processus de « décatégorisation », à davantage de variabilité dans les critères pour juger de la valeur des personnes et à multiplication des situations singulières. Cette évolution vers l'individualisation rend de plus en plus incertaine la tâche de distinguer, dans la multiplicité et la diversité des traitements réservés de nos jours aux personnes, ceux qui atteignent leur dignité et leur intégrité, ceux qui seraient « justifiés » ou non.

Il s'agit donc de situer le phénomène de harcèlement moral dans ce contexte d'individualisation, de disparition du groupe, où l'opacité sociale s'accroît, les points de repère qui recoupaient les catégories se dissolvent au profit de « parcours individuels et de leur variation dans le temps » (cf. Fitoussi et Rosenvallon, 1996, p. 26-27). Les nombreux témoignages montrent que le

harcèlement moral n'a pas pour cible un groupe ou une catégorie mais apparaît massivement comme une agression à l'encontre des individus.

Ce brouillage des critères du juste explique en partie la passivité de l'entourage, laquelle renforce la situation d'impasse dans laquelle la personne abusée se retrouve. Elle éclaire aussi la difficulté des victimes à rapporter, voire même à reconnaître les faits. Mais des facteurs liés aux modes de gestion des entreprises aujourd'hui doivent également être pris en compte. Les ouvrages et les discours du nouveau management pointent la dimension d'*autocontrôle* comme l'élément clef de l'actuelle « gestion des ressources humaines » (Courpasson, 2000 ; Le Goff, 1999). Déclaré « libre » (d'accepter un poste, un contrat, dans le déroulement du travail, etc.), l'individu intériorise la contrainte (Beauvois, 1994), de sorte que tout ce qu'il fait apparaît comme émanant de lui-même et tout ce qu'il réalise (ou ne réalise pas) comme l'effet de ses caractéristiques psychologiques, ses qualités (ou ses défauts) intrinsèques. Se voulant en rupture avec la discipline coercitive et promouvant l'individualisation des conduites plutôt que leur uniformité, le pouvoir libéral amène les personnes à se sentir exclusivement responsables de ce qui leur arrive.

En outre, il les désoriente en raison de la multiplication des critères de jugement qui instituent un véritable arbitraire (Sanchez-Mazas & Vrancx, sous presse). Dans un système qui secrète les surnuméraires, l'arbitraire doit être institué dans la mesure où l'exclusion doit pouvoir toucher *n'importe qui*. L'*intériorisation* du principe de l'arbitraire par les individus pourrait bien figurer la version *néo-libérale* de l'idée du « coup du sort » que le libéralisme classique attribuait à « la Providence ». L'acceptation du malheur d'autrui et de sa propre disgrâce par intériorisation, plutôt que par intervention divine, suppose d'adhérer à la maxime libérale selon laquelle « chacun a ce qu'il mérite ». Une circonstance additionnelle amenant à ressentir comme faute personnelle toute situation d'exclusion ou d'échec.

La disparition des collectifs, l'émergence de rapports informels dans les entreprises et les organisations, un contexte de précarité de l'emploi doivent donc être retenus comme autant d'éléments formant la toile de fond du phénomène. Le harcèlement se présente comme un processus d'exclusion informel mis en oeuvre par les entreprises et les organisations à la faveur de la remplaçabilité des « collaborateurs ». Mais au-delà, il doit être approché à partir de l'hypothèse de la montée de l'arbitraire et de l'ostracisme comme traits marquants des contextes professionnels actuels, si ce n'est, plus généralement, de notre société. En effet, *l'exclusion d'un seul* qu'est

l'ostracisme pourrait bien représenter la forme par laquelle un collectif, dans le contexte actuel de « désaffiliation » (Castel, 1995), assure une sociabilité minimale, se donne l'impression de « faire corps » fût-ce au détriment d'autrui. Envisager le harcèlement sous l'angle d'un *ostracisme* est important au regard des risques graves que *l'isolement social* représente pour la santé des personnes, voire pour leur survie. La conjonction de l'exclusion et de l'intériorisation de l'échec, rapporté, par psychologisation, à ce qui est constitutif de la personnalité d'un individu, est certainement un facteur de risque majeur, qui se pose aujourd'hui à large échelle. ■

Références

- Beauvois, J.L. (1994). *Traité de la servitude libérale. Analyse de la soumission*, Paris, Dunod.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une critique du salariat*, Paris, Fayard.
- Courpasson, D. (2000). *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- Faulx, D., & Geuzaine, C. (2001). Le harcèlement moral au travail (« Mobbing ») : manifestations, conséquences et perspectives de prise en charge, *L'année sociale 2000*, pp. 230-247.
- Fitoussi, J.P., & Rosenvallon, P. (1996). *Le nouvel âge des inégalités*. Paris, Seuil.
- Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Paris, Syros.
- Hirschman, A.O. (1970). *Exit, voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge, Harvard University Press.
- Jannoff-Bulman, R. & Frieze, I.H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.

- Le Goff, J.P. (1999). *La barbarie douce. La modernisation aveugle des entreprises et de l'école*, Paris, La Découverte.
- Lerner, M. (1980). *The belief in a just world : A fundamental delusion*. New York, Plenum.
- Lemann, H. (1996). *Mobbing, la persécution au travail*, Paris, Seuil.
- Sanchez-Mazas, M. (2004). Harcèlement sexuel et harcèlement moral au travail : de la domination à l'exclusion. In C. Louche & P. Pansu (Eds.), *La psychologie appliquée à l'analyse de problèmes sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Sanchez-Mazas, M. & Vrancx, V (sous presse). Violence psychologique, dépendance et pouvoir libéral, *Revue de Changement Social*, L'Harmattan, Paris.

Deuil vécu par les enfants après le suicide d'un proche

Par Florence RINGLET

Psychologue ; D.Clic (Cellule Luxembourgeoise d'Intervention Concertée)

Je ne vais pas parler ici de la conception de la mort chez l'enfant en fonction de son âge et de ses stades de développement. Je n'aurai pas non plus la prétention d'amener de nouveaux concepts théoriques mais simplement d'en rappeler quelques-uns qui me semblent importants, notamment dans le vécu du deuil d'un enfant après le suicide d'un parent. Notre objectif ici est d'aborder ces différents concepts en relation avec notre pratique thérapeutique.

Il faut avant tout savoir que le deuil des enfants est souvent déterminé par la façon dont la famille le vit. Les enfants ont besoin du regard et des mots des adultes pour donner un sens à ce qu'ils vivent. Les enfants ont d'autres moyens que les adultes pour exprimer leur détresse et cela se fait souvent par des moyens non verbaux. C'est pourquoi il faut être attentif aux changements de comportements qui peuvent s'opérer sous formes d'état dépressif, de prise de distance (qui est d'ailleurs souvent interprétée comme de l'indifférence par la famille). On constate également des comportements d'autopunition involontaires mais répétés, du négativisme et une augmentation de l'agressivité, ... Pour l'enfant, ce sont des façons d'ingérer, d'intégrer quelque chose de trop lourd...

Il est également très important de dire la vérité du suicide aux enfants quel que soit leur âge. On constate, en effet, très souvent, le souhait de la famille de vouloir protéger l'enfant. Mais les non-dits et les tentatives de camouflage provoquent souvent des dissonances cognitives et entraînent la naissance de mythes familiaux souvent plus dévastateurs que la reconnaissance du suicide. Cela peut entraîner chez l'enfant un doute par rapport à sa perception de la réalité car il finit toujours par apprendre la vérité.

Il est important de répondre clairement aux questions des enfants (plus ils avancent en âge, plus ils veulent des détails). Par contre, si l'enfant refuse de parler du parent décédé, il ne faut pas le forcer, car cela pourrait renforcer

ses résistances. C'est au parent survivant de reprendre l'initiative d'en parler et de maintenir l'image du disparu. Il est essentiel pour l'enfant d'entendre parler positivement du suicidé et de savoir qu'on ne l'oubliera jamais et qu'on l'aimera toujours.

En ce qui concerne la prise en charge : la technique et le cadre doivent rester souples (sans être laxistes), par exemple, par des entretiens individuels répétés à un rythme variable et/ou par la participation à un groupe de soutien pour enfants endeuillés.

1. Expression des émotions au travers du corps

La souffrance de l'enfant s'exprime différemment de celle de l'adulte, car :

- il ne peut la mettre en mots
- il n'a pas la capacité de supporter une trop lourde peine.

Etant donné que sa souffrance s'exprime surtout dans son comportement et dans son corps (Changements de comportements, somatisation...) il faut être particulièrement attentif aux risques de somatisation et aux comportements mal adaptés, nous essayons dans notre pratique de permettre aux enfants d'exprimer leurs émotions autrement.

Exemples :

- **Mandala** : Expression des émotions associées à des couleurs dans un cercle. (Pour Jung, il reflète l'état du Moi).
- **Dessin** : Exemple : « Quelle température fait-il dans ton cœur aujourd'hui ? » (Consigne reprise de G.Deslauriers)
- **Masques** : L'enfant représente son état d'esprit en peignant à la gouache les sentiments qu'il ressent. Le premier masque représente son état d'esprit au moment du décès et l'autre représente son état aujourd'hui. (Idée reprise des groupes d'enfants endeuillés organisés par Isabelle et Michel Hanus)

Remarque : Chez les tout petits qui n'ont pas encore atteint le langage, la mort est inconnue mais ils ressentent l'absence → on peut faire des massages, les prendre dans les bras pour rétablir le contact au corps et ainsi augmenter son sentiment sécurité.

2. Comportements régressifs/autonomisation

Lorsqu'un enfant a vécu le deuil d'un être proche, on constate dans la plupart des cas, un mélange de comportements de régression (ralentissement des acquisitions développementales, demande d'affection plus importante,...) et d'autonomisation (désir de se prendre en charge, montrer qu'ils sont «grands» et autonomes, ...) On a pu constater que ces deux comportements se manifestaient par exemple dans le jeu avec une poupée (bébé).

⇒ Utilisation du jeu pour mettre en mots ce qu'ils vivent dans leur réalité.

3. Imaginaire/réalité

Chez l'enfant, le sens de la réalité n'est pas encore bien acquis, c'est ainsi qu'une personne peut être «morte et vivante à la fois». Il arrive que l'enfant continue à vivre avec son parent mort en imagination pour rendre le manque plus supportable.

Contrairement à la réalité matérielle, la réalité psychique est plus difficile à accepter, en particulier les émotions fortes, telles la colère et le ressentiment à l'égard du parent décédé, en particulier à cause des fantasmes originaires chez l'enfant.

Pour permettre à l'enfant d'exprimer davantage sa colère, on utilise par exemple :

- **Histoires** (littérature enfantine) : Ces histoires rassurent l'enfant car il reconnaît chez les personnages ses propres émotions et se comprend un peu mieux. Cela facilite également le dialogue entre enfant et adulte.
- **Masques**
- **Mandala**
- **Bataille de coussins** (important d'imposer des règles)
- **Dessins** : Dans l'exemple d'un père hospitalisé avant son suicide, les psychologues de l'hôpital ont parlé à l'enfant (Alex, 6 ans) de la maladie mentale.

Nous reprenons l'explication donnée dans nos consignes :

Consigne 1 : « *Si la maladie mentale était un monstre, comment serait-il ?* »

Consigne 2 : « Si tu pouvais le tuer, comment t'y prendrais-tu ? »
(travail de la colère)

Pour parvenir à renforcer l'emprise de la réalité de la mort dans les conceptions internes des enfants :

→ Ils ont besoin de mots clairs et d'explications précises.

→ Ils ont aussi besoin de garder en imagination la permanence du parent perdu.

(Pour M.Hanus : « Ce que l'on appelait les « hallucinations du deuil » sont des illusions qui aident l'enfant à supporter l'absence, elles diffèrent la disparition. »)

4. Culpabilité

L'ambivalence des sentiments (amour et haine en même temps) est beaucoup plus vive chez l'enfant =>sentiments inconscients de culpabilité plus forts. Ceux-ci peuvent être renforcés (lors d'un suicide) par des sentiments conscients de culpabilité dus à plusieurs choses :

- sentiment d'impuissance d'avoir pu aider le parent suicidé ;
- toute puissance infantile ;
- mode de pensées magiques (ils ont toujours tendance à croire que tout ce qui se passe autour d'eux, vient d'eux (responsabilité de l'enfant)).

Les enfants ont besoin qu'on ne leur cache pas la vérité concernant la cause de la mort (notamment lorsqu'il s'agit d'un suicide), même si l'on doit la leur reconnaître avec tact et progressivement.

Exemples :

- **Dessin** : par exemple proposer à l'enfant de dessiner comment il imagine que son parent est mort.
- **Ecrire une lettre** au défunt
- **La participation aux funérailles** est très importante. Les rituels permettent souvent à l'enfant d'avoir un rôle actif : dessins joints au cercueil, petit mot lu à l'église, ... → C'est ici une façon pour lui de se racheter. (Culpabilité)

Si, par exemple, l'enfant n'a pas eu l'occasion de participer aux funérailles, on créera ensemble d'autres rituels.

5. Processus identificatoires

Les identifications peuvent devenir problématiques et pourraient de ce fait pousser l'endeuillé à vouloir partager le destin de celui ou celle qu'il aimait et qui vient de mourir.

L'essentiel pour les enfants endeuillés par suicide est d'entendre dire par la famille, et surtout par le parent survivant, que l'on oubliera jamais celui qui est parti et qu'on l'aimera toujours. ⇒ Ces mots d'amour sont ressentis par eux comme le signe du pardon (ne plus être dans la haine).

Il faut leur permettre un cheminement à travers la souffrance partagée et le pardon afin de dépasser une partie de leurs sentiments ambivalents. En effet, s'il leur est possible de redécouvrir tous les aspects positifs de la personne disparue par suicide, ils pourront alors s'identifier à elle sur ces points.

Exemples :

- **Dessiner** son meilleur souvenir avec le défunt.
- **Apporter un objet** ayant appartenu au défunt en souvenir de lui. (Création de « boîtes à secrets »)
- **Citer les qualités et les défauts du défunt** et demander de quelles qualités il a ou aurait voulu hériter.

6. Deuil traumatique

Le suicide est violent et (comme chez l'adulte) il entraîne chez l'enfant des images traumatiques (qu'il l'ait vécu ou non) et empêche l'accès à d'autres souvenirs (insomnies, absence d'appétit...)

L'enfant ne pourra entrer dans le travail de deuil que lorsque ces images ou souvenirs violents auront pu être suffisamment exprimés avec toutes les émotions fortes qui s'y attachent.

Dans notre pratique nous utilisons également le **dessin** (des circonstances du décès en demandant comment cela s'est passé) en demandant à l'enfant ce qu'il en pense et ce qu'il ressent.

7. Peur de l'abandon

Crainte du décès de l'autre parent. Il est important de rassurer l'enfant (c'est surtout le rôle du parent survivant) et de lui rappeler que le maximum sera fait pour lui !

Rejouer les enterrements ou jouer à être mort (surtout entre 3 et 5 ans), soit par des scénarios avec des marionnettes, des personnages miniatures ou dans la réalité.

Ces mises en scène de la mort leur permettent une certaine maîtrise de la situation, la possibilité de se créer des images, des représentations dans une situation d'échanges.

Il leur arrive de reproduire de manière répétitive le suicide en simulant la mort d'une poupée. A travers ces gestes, ils expriment leurs angoisses, leurs peurs, leur incompréhension. Ceci nous permet de les travailler plus en profondeur.

Comment aider l'enfant ?

Pour aider l'enfant ou l'adolescent endeuillé à s'extérioriser, il est très utile de se rappeler qu'il y a un écart considérable entre ce qui est ressenti « à l'intérieur » et ce qui est réellement exprimé. La formation de l'idée de mort chez l'enfant fait donc partie intégrante de son développement. Et la fonction ultime de cette maturation, c'est de permettre à l'enfant, puis à l'adulte qu'il deviendra, de trouver un sens à sa vie.

Remarque : La période centrale du deuil est constituée chez l'enfant comme chez l'adulte par un véritable état dépressif. La dépression est largement sous estimée chez l'enfant car elle ne revêt pas les mêmes formes que celle des adultes.

Les manifestations de la dépression chez l'enfant se montrent dans un ordre relativement hiérarchisé d'apparition même si, par la suite, on les retrouve toutes mélangées.

- chagrin, tristesse, moins de spontanéité, moins de jeux ;
- instabilité de l'humeur avec tensions et anxiété ;
- troubles du caractère : irritabilité, colère, caprices ;
- fléchissement de l'activité et des résultats scolaires ;
- troubles fonctionnels : anorexie, insomnies, épuisement ;

- troubles du comportement ;
- perturbation de la santé ;
- l'enfant va beaucoup moins vers ses proches et à tendance à s'isoler.

Les enfants n'ont pas encore les moyens de mener leur deuil jusqu'au bout. En général, si leur deuil évolue bien, il n'aboutira qu'à la fin de l'adolescence.

Nous pourrions porter notre attention sur deux critères pour évaluer si le deuil a été fait :

- arriver à nouer une relation affective valable ; pouvoir traverser correctement un nouveau deuil.

Ces Actes ont été publiés grâce au soutien de la Loterie
Nationale



Centre de Prévention du Suicide