

Le suicide

# JPS ACTES 2005

[www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be)

Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

**Vendredi 04 février 2005**

# **«Certitudes et Incertitudes de la prévention »**

**Journée d'étude**

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

**Avec le soutien de**



Province de Luxembourg  
DEPUTATION PERMANENTE



COCOF

## **Introduction**

Par Axel GEERAERTS

Directeur du Centre de Prévention du Suicide

## **Qu'est-ce que la prévention ?**

Par Jean Blairon

Docteur en philosophie et lettres

Directeur de l'asbl RTA à Namur

## **Qu'est-ce qui fait prévention ? \***

Par Vincent MAGOS

Psychanalyste

Responsable du programme YAPAKA

\* Texte rédigé sur base d'un enregistrement de l'intervention

## **Au nom de quoi fait-on de la prévention ?**

Par Jean-Marie LACROSSE

Sociologue Université Libre de Louvain

## **Et la prévention du suicide dans tout cela ? \***

Par Alex LEFEBVRE

Docteur en psychologie

Université Libre de Bruxelles

\* Texte rédigé sur base d'un enregistrement de l'intervention

## **Prévention du Suicide en milieu scolaire**

Par Valérie DUCHENNE

Psychologue

Cellule DClic

## **L'aide au téléphone**

Par Gaston DEMARET

Psychologue

Responsable de la formation et de la supervision des bénévoles au Centre de Prévention du Suicide

# INTRODUCTION

Par Axel GEERAERTS

*Directeur du Centre de Prévention du Suicide*

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Au nom du Réseau Prévention Suicide en Communauté Française et du Centre de Prévention du Suicide, permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue à cette deuxième Journée de la Prévention du Suicide en Communauté Française.

Ces Journées de la Prévention du Suicide sont nées d'une initiative de professionnels de terrain qui se sont, il y a maintenant près de deux ans, constitués en réseau afin d'accroître l'information et la connaissance mutuelle autour de la problématique du suicide. L'information auprès du grand public s'est faite par l'organisation de rencontres-échanges autour de courts métrages traitant du suicide, rencontres qui ont eu lieu hier soir dans cinq villes de la Communauté française à savoir Liège, Mons, Wavre, Marche et Bruxelles. Notre souhait de connaissance mutuelle et partagée se concrétise quant à elle par l'organisation de journées d'études à destination des professionnels.

Notons que cette initiative privée a reçu cette année une écoute plus qu'attentive de la part du monde politique, plusieurs ministres étant aujourd'hui représentés. Monsieur Benoît Cerexhe, ministre-président de la CoCof en charge de la Santé, Madame Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé en Communauté française ainsi que Monsieur Rudy Demotte ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé ont ainsi marqué leur intérêt pour cette journée. Plusieurs mandataires politiques sont également parmi nous.

L'année dernière, pour les premières Journées de la Prévention du Suicide, nous avons choisi comme thème « Du suicide aux suicides ». Notre objectif était alors d'ouvrir largement la problématique en questionnant le champ de l'épidémiologie, de la psychologie et de la sociologie mais aussi en portant sur ladite problématique un regard issu d'une pensée plus philosophique.

Le succès remporté lors de cette première édition nous a encouragé à poursuivre ce travail en vous proposant une deuxième journée intitulée cette fois « Certitudes et Incertitudes de la Prévention »

« *Mieux vaut prévenir que guérir* » : qui ne connaît pas ce vieil adage ?

Depuis maintenant près d'un demi-siècle, le concept de prévention s'est lentement imposé à nous et est devenu le cheval de bataille de maintes politiques de santé. On peut même dire qu'il monopolise aujourd'hui le devant de la scène avec des messages de mises en garde qui se télescopent, des campagnes de sensibilisation qui saturent l'espace social et médiatique. Cancer(s), SIDA, maladies sexuellement transmissibles, obésité, tabagisme, alcoolisme mais aussi mort subite du nourrisson, (in)sécurité routière, accidents domestiques, maladies cardiovasculaires, cholestérol, hypoglycémie ou caries dentaires, ... les champs investis sont quasiment infinis.

Il ne viendrait évidemment à quiconque l'idée de mettre en cause le bien fondé de ce « *mieux vaut prévenir que guérir* » et l'opportunité des actions développées en son nom. Tout un chacun est néanmoins en droit de mettre en question cette frénésie de prévention, d'interroger la philosophie qui la sous-tend, consciemment ou non.

En tant que Centre de Prévention du Suicide, membre du Réseau Prévention Suicide en Communauté française, il nous a semblé indispensable de nous arrêter un moment sur ce concept qui nous définit si bien... ou si mal. La réflexion entamée nous a ainsi conduits à nous interroger sur la volonté de contrôle absolu et de maîtrise totale qui se cache derrière cette soif de prévention.

On doit en effet se poser la question : mis en garde, couvé, surprotégé, l'homme échappe sans doute à certains des dangers qui le guettent au coin de l'existence mais ladite existence y gagne-t-elle en qualité? De même, il convient de se demander dans quelle mesure cette mission collective peut et/ou doit s'accomplir sans empiéter sur les libertés individuelles. Le risque ne fait-il pas partie intégrante de l'existence -certains prétendent même qu'il en est le piment- et chacun(e) ne devrait-il (elle) pas être libre de s'exposer... en toute connaissance de cause ?

Par ailleurs, il importe de savoir si la prévention telle que mise en œuvre aujourd'hui s'attaque réellement aux problèmes qu'elle prétend combattre. Fruit de l'idéologie dominante, est-elle capable d'interroger les fondements de celle-ci ou répond-elle à une grille d'analyse forcément tronquée -sinon faussée- au risque de confondre les symptômes du mal avec ses racines profondes ?

Ces questions (et bien d'autres) nous interpellent avec une acuité toute particulière, nous, les professionnels actifs dans la prévention du suicide. L'objet de notre action se situe en effet au carrefour de multiples questionnements éthiques et philosophiques. Avec le suicide, c'est le sens même de l'existence qui est interpellé et l'enjeu de la prévention n'est ni plus ni moins qu'une question de vie ou de mort.

L'origine de la prévention du suicide remonte à 1953, lorsqu'un pasteur anglais publia dans la presse londonienne une annonce incitant les gens qui voulaient se suicider à lui téléphoner. Il avait lancé cet appel à la suite de la mort par suicide d'une personne de son entourage, étant convaincu que s'il avait pu lui parler juste avant son geste, son ami aurait renoncé à son passage à l'acte. La prévention, ici, c'est donc d'abord l'échange de parole entre le suicidaire et l'aidant. Echange, parole, aidant, aidé : voila le dispositif originel mis en place

Remarquons au passage qu'en plus d'initier la prévention du suicide, notre pasteur anglais inventa du même coup la téléphonie sociale dont on connaît l'essor encore aujourd'hui.

Mais cinquante ans plus tard, les fondements de la prévention du suicide sont-ils restés les mêmes ? Sommes-nous toujours aussi convaincus que la prévention se base avant tout sur la parole ? Quand est-il de l'aidant et de l'aidé, la frontière est-elle toujours la même ? Quant à l'échange, de quel type d'échange parlons-nous aujourd'hui, dans un monde saturé de moyens technologiques sans cesse plus perfectionnés ? Est-ce que nos critères d'intervention sont toujours aussi performants face à des populations de plus en plus marginalisées, des jeunes en perte de repères qui ne peuvent que s'adresser à eux-même pour trouver les clefs du succès (...ou de l'échec) aux vieux qui vivent de plus en plus vieux et de mieux en mieux mais sans avoir d'espace et de fonction autre que la consommation pour pouvoir encore exister ?

Sans prétendre apporter des réponses définitives à des questions qui n'en appellent d'ailleurs pas, cette journée devrait alimenter une réflexion en profondeur sur notre pratique quotidienne et tout ce qu'elle implique, en amont comme en aval.

# Qu'est-ce que la prévention ?

Par Jean Blairon

*Docteur en philosophie et lettres*

*Directeur de l'asbl RTA à Namur*

Qu'est-ce que la prévention ?  
D'abord un message flottant.

Lorsqu'un mot est employé par tous dans des sens différents, rarement confrontés, lorsque l'arbitrage des interprétations se réalise en référence au poids des acteurs en présence - c'est-à-dire dans un rapport de force exercé sans épreuve, nous sommes en face de ce qu'Emile Servais a appelé un message flottant. La dérégulation et la désintermédiation (la suppression des médiations) ne touchent pas que les flux financiers, elles frappent aussi au coeur de la langue, et ce n'est guère pour renforcer l'égalité et l'équité.

Le terme « prévention » est en l'occurrence un parfait message flottant, dont les usages en tous sens permettent bien des effets de pouvoir, si ce n'est de domination ; c'est ce que nous avons constaté J. Fastrès et moi-même dans nos interventions dans les secteurs de l'aide à la jeunesse, de la santé, de l'intégration sociale, des centres de jeunes, etc. Et que nous avons présenté en partie dans notre ouvrage *La prévention : un concept en déperdition ?*<sup>1</sup>

Le souci d'y voir plus clair ne relève pas de la spéculation théorique coupée des enjeux sociaux : il est au coeur de la lutte politique, qui est aussi, comme le posait Pierre Bourdieu, une lutte cognitive, portant sur la légitimité à dire le sens du social.

Pour tenter une clarification du concept - c'est-à-dire aussi pour définir les termes d'une épreuve où les forces en présence peuvent (doivent) argumenter leurs positions - il me semble qu'il faut croiser les réponses à quatre questions :

- Dans quel(s) champ(s) nous trouvons-nous et quelles sont les problématiques qui s'y déploient ?

---

<sup>1</sup> J. Fastrès et J. Blairon, *La prévention, un concept en déperdition ?*, Bruxelles, Luc Pire, coll. Détournement de fond, 2002.

- Quelles sont les politiques actives dans le champ, c'est-à-dire de quelles demandes sociales s'estiment-elles porteuses et quelles sont les réponses qu'elles entendent y apporter ?
- Quelles sont les pratiques mises en oeuvre et en particulier quelles relations nouent-elles entre les agents et les bénéficiaires ?
- Quelles sont les orientations poursuivies et comment pèsent-elles sur la production de la société par elle-même ?

Je vais tenter d'illustrer quelques-uns de ces types de questionnement en les mettant en rapport, autant que possible, avec la problématique du suicide.

## 1. La question des champs

Il semble que si l'on se trouve dans le champ de la santé, on évoquera le plus souvent une batterie de moyens (diagnostic précoce et véloce, érection de cordons sanitaires de nature diverse) déployés en vue de contenir - si ce n'est d'éradiquer - des risques d'épidémiologie, d'extension non maîtrisée; il est vrai qu'on pourra aussi parler d'investissements anticipés pour maintenir un capital santé, parfois à l'horizon ambigu de ce que Lucien Sfes a appelé le mythe de la santé parfaite.

Si on est dans le champ de ce que je propose d'appeler le maintien de l'ordre, on évoquera en fait une batterie de dispositifs d'alerte rapprochée (infiltration de groupes à risques, réseaux d'observation voire de délation, comme les RIQ, actions de dissuasion); l'objectif est toujours un usage raisonné (souvent calculé en termes de rationalité économique) de la force : la dissuasion vaut mieux que la répression, plus coûteuse en moyens comme en capital symbolique. C'est parfois une politique de terre brûlée, comme l'arrêt de couvre-feu pris à Dinant par Richard Fournaux, interdisant les rassemblements de plus de cinq personnes (de jeunes en l'occurrence) dans des endroits commerçants pour « *prévenir les incivilités* ». Le bourgmestre avance dans une interview : « *Ils ne font rien de répréhensible, mais leur présence dans un lieu public engendre un climat de tension* ».

Dans le champ social, on évoquera une écoute et une action, souvent de proximité, visant à agir sur les causes des difficultés vécues par certains, difficultés qui, pour individuelles qu'elles puissent être parfois, n'en sont pas moins lues comme les effets de mécanismes sociaux ; ceux-ci sont difficiles à enrayer, mais ne pas essayer tout ce qui est possible en la matière revient,

comme le dit Pierre Bourdieu, à se rendre coupable de non assistance à personne en danger<sup>2</sup>.

Notons que cette distinction devrait surtout nous conduire à étudier de plus près les glissements permis par « *le taux de change entre les champs* », pour reprendre cette autre expression de Bourdieu. Il n'est pas rare, par exemple, que le champ sécuritaire emprunte au champ social son vocabulaire voire ses pratiques (comme cette rencontre « préventive » entre des policiers et des jeunes d'une commune bruxelloise, où l'on pratique ensemble le kayak en Ardenne, sous la houlette de la Cellule de lutte contre l'exclusion sociale. Le responsable de la Cellule présente le kayak comme « *le sport idéal pour susciter une complicité entre les participants* » (le mot complicité est-il bien choisi ?).

Autre glissement de vocabulaire (c'est-à-dire de pensée) dans le champ de la santé du magazine Gaël, relatant le combat des chercheurs contre le cancer : « Il est d'ores et déjà possible de « tatouer » les cellules cancéreuses « délinquantes », pour qu'elles puissent être détectées et détruites par la « police » du système immunitaire, de stimuler le dit système afin de créer une « superpolice » spécialisée dans l'éradication des cellules cancéreuses, ou encore de fragiliser les cellules cancéreuses elles-mêmes, de manière à les rendre plus sensibles aux systèmes conventionnels. »

Nous vivons d'ailleurs dans une société telle que la métaphore pourrait être inversée presque sans peine ; ça donnerait à peu près ceci : « Il doit être désormais envisagé de détecter les délinquants tatoués, pour les empêcher de se répandre comme un cancer dans le corps social; il appartient à la police de protéger le caractère sain de celui-ci en punissant de façon exemplaire les incivilités qui prolifèrent dans le tissu social, en créant un corps d'intervention spécialisé dans les affaires de jeunesse, ou encore en fragilisant les groupes à risques par des frappes chirurgicales, pour les rendre plus vulnérables par rapport aux modes d'intervention traditionnels. »

## 2. Les politiques et les forces en présence

Je n'aborderai pas ici ce thème faute de temps, mais il conviendrait, pour toute question de prévention, de voir :

---

<sup>2</sup> P. Bourdieu, *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993.

- quelle « demande » sociale est enregistrée par quel niveau de pouvoir et comment est-elle traduite en « problème » de telle manière qu'une « réponse » plus ou moins adaptée puisse être trouvée ; dans notre pays, les conflits entre niveaux de pouvoir (fédéral, communautaire, régional et local) et la répartition des compétences (par exemple en ce qui concerne la santé) pèsent lourdement sur la conception de la prévention ;
- par ailleurs, il est impossible d'étudier cette répartition sans la relier aux forces en présence (par exemple les partis), dont la plupart sont traversées et déchirées à l'interne par ce conflit, à tel point qu'il n'est pas rare de trouver des politiques contradictoires menées à des niveaux de pouvoir différents par des mandataires d'un même parti.

### 3. Les orientations

Mais je voudrais surtout m'attacher, dans les limites du temps qui m'est imparti, à illustrer, en matière d'orientation, comment la prévention - et celle du suicide en particulier - peut relever d'une lecture sociale (en matière de causes) et à étudier quelles seraient les conséquences d'une telle lecture au niveau des pratiques.

Pour rendre raison des pratiques de prévention que Jacqueline Fastrès et moi-même avons étudiées dans le champ social, tant en Communauté française (aide en milieu ouvert) qu'en Région wallonne (programmes de cohésion sociale menés à l'initiative de la Direction Interdépartementale de l'Intégration Sociale - DIIS) ou à l'étranger (réseau international des travailleurs de rue), nous n'avons pas trouvé de meilleure matrice que ce que Pierre Bourdieu a qualifié de « *loi de reproduction de la violence* ».

Pour Bourdieu, en effet, différentes disciplines montrent qu'il existe une forte probabilité pour que ceux qui ont subi précocement et intensivement des « mauvais traitements » - nous allons les spécifier - ne soient tentés de retourner contre les autres ou contre eux-mêmes des traitements analogues ; parmi les actes de violence contre soi-même, le sociologue retient l'alcoolisme, la toxicomanie ; il n'est probablement pas incongru d'y ajouter le suicide.

Agir sur les causes, c'est repérer l'enchaînement qui permet une telle reproduction de la violence.

L'analyse d'un tel enchaînement conduit à distinguer et articuler trois types de violence.

- les violences de structure ;
- les violences relais (les « mauvais traitements » sont souvent des violences qui échappent aux regards comme aux sanctions) ;
- les violences de réponses, tournées contre les autres ou retournées contre soi.

Parmi les violences de structure, il faut compter les effets souvent lourds des inégalités ou précarités produites par le fonctionnement, de plus en plus dérégulé, des marchés : relations de travail gérées comme un marché, avec des conséquences comme l'exclusion de sur-noméraires de plus en plus nombreux, mais aussi la pression sans guère de recours que fait subir l'existence de « cette armée de réserve » sur ceux qui possèdent un travail; l'extension d'un raisonnement « marché » en matière de logement, y compris de plus en plus dans le secteur du marché du logement social - il suffit de voir les difficultés rencontrées par les résidents permanents dans les campings ou parcs résidentiels pour s'en apercevoir ; enfin, marché scolaire, avec l'invasion d'une logique d'investissement, de stratégie de placement dans tout le monde scolaire, y compris sous le mode de l'actionnariat le plus ambigu : tout individu élève inscrit « rapporte » en effet à l'institution scolaire un « capital période » - organisable - (le fameux NTPP) ; on ne peut pas mieux pervertir une relation d'apprentissage...

L'apport de Bourdieu conduit à identifier, à côté de la violence « inerte » produite par les logiques marchandes dominantes, la relayant souvent (c'est-à-dire cumulant ses effets aux siens), des violences actives (même si elles sont parfois involontaires), c'est-à-dire présentes dans l'activité des hommes, au niveau des interactions les plus quotidiennes : les plus immédiatement repérables étant la stigmatisation, le mépris, la discrimination (délit de facies), etc. Ces micro-violences de nature très diverse échappent le plus souvent aux regards comme aux sanctions et c'est donc leur accumulation qui

peut produire le retournement parfois inéluctable de la violence, par exemple contre soi-même.

Les deux suicides fort médiatisés effectués en lien avec le monde du travail (cet employé d'une entreprise publique, devenu bouc-émissaire de son équipe dans un contexte de déstabilisation générale de l'entreprise ; ce suicide d'un travailleur de Volkswagen, dans l'atelier même où il travaillait, dans l'indifférence générale (et/ou l'angoisse générale d'une concurrence installée désormais à l'intérieur même des firmes, pour le maintien du droit à la production d'un modèle...) ne semblent pas à première vue en tout cas étrangers à ce type de raisonnement.

Prévenir, c'est alors agir doublement quotidiennement (en dehors d'une solide lutte politique pour l'égalité et la re-régulation des marchés) :

- tenter à tout le moins de diminuer autant que faire se peut les micro-violences subies sous le mode du cumul par un certain nombre de nos concitoyens;
- tenter d'éviter qu'il n'existe plus d'autre façon d'y réagir que dans le retournement de cette violence contre les autres (souvent les compagnons d'infortune) ou contre soi-même.

Cette conception « sociale » générale de la prévention devrait toutefois nous conduire, pour l'objet qui nous occupe, la problématique du suicide, à étudier au moins deux variations : parmi les micro-violences subies, y en a-t-il qui concernent plus spécifiquement la violence retournée contre soi-même (y a-t-il des récurrences constatables en la matière ?); dans la catégorie des micro-violences subies, y en a-t-il qui sont d'apparition récente et qui devraient retenir particulièrement notre attention en matière de prévention du suicide aujourd'hui ?

Il n'est pas possible de répondre sérieusement à ces deux préoccupations si importantes pour les pratiques de prévention sans une étude appropriée ; le travail fin qui devrait être réalisé à ce sujet devrait probablement permettre d'identifier, comme l'a fait Pascale

Jamouille pour la toxicomanie<sup>3</sup>, des variables significatives : en la résumant outrageusement, on peut dire qu'une intégration trop intense à la culture consumériste, la violence douce que constitue la permutation des places familiales (les « petits hommes et les petites femmes » des familles, enfants qui jouent un rôle parental), le marinettisme (l'investissement de la vitesse comme vecteur central du style de vie), l'invasion des relations sociales par une logique de concurrence entre pairs constituent un faisceau de facteurs significatifs pour expliquer l'émergence d'une pratique de toxicomanie comme violence de réponse.

Un travail extrêmement important de critique sociale devrait me semble-t-il être entrepris, pour débusquer quelles micro-violences peu visibles sont aujourd'hui actives dans notre culture, notre fonctionnement institutionnel, nos relations sociales, pour comprendre comment elles agissent comme des violences-relais redoutables.

A titre conservatoire, je voudrais citer quelques-uns des fonctionnements rencontrés les plus souvent au travers de nos interventions d'analyse institutionnelle dans une grande diversité de milieux professionnels; ces fonctionnements appartiennent globalement à la catégorie de violences qu'on pourrait appeler culturelles. Elles correspondent bien en tout cas à la forme de pouvoir contemporain telle que la définit Alain Touraine :

*« Le pouvoir dans cette société consiste à prévoir et à modifier des opinions, des attitudes, des comportements, à modeler la personnalité et la culture, à entrer donc directement dans le monde des valeurs au lieu de se limiter au domaine de l'utilité ».*<sup>4</sup>

Il conviendrait probablement d'ajouter que ce pouvoir culturel s'exerce beaucoup moins aujourd'hui par l'imposition d'un ordre que par l'imposition d'un mouvement permanent, ce qui implique une mise en flottaison générale des dites valeurs.

<sup>3</sup> Cfr par exemple P. Jamouille, *Drogues de rue. Récits et styles de vie*, Paris, Bruxelles, De Boeck Université, 2000. Autres contributions de Pascal Jamouille sur le site de la DIIS, <http://www.mrw.wallonie.be/sg/dsg/diis/reseau>.

<sup>4</sup> A. Touraine, *Critique de la modernité*, Paris, Fayard, 1992, p. 283.

On peut donc poser qu'il existe des micro-violences spécifiques à ces modalités contemporaines du pouvoir; en voici quelques exemples.

- Le fait d'être plongé dans un environnement institutionnel chaotique, ce qui entraîne une rupture grave entre le sujet et ses actes ; rappelons-nous qu'un des procédés dénoncé par Goffman comme étant le fait d'institutions totales, aptes à détruire la culture des usagers qui leur étaient confiés, était soit l'embrigadement, soit la plongée dans un environnement chaotique, c'est-à-dire dont le fonctionnement devenait incompréhensible et imprévisible ; dans les environnements professionnels, nous trouvons ainsi pas mal de doubles logiques : un discours mettant sans cesse en avant des valeurs citoyennes, des exigences relevant d'une logique marchande qui les contredisent sans cesse. Ou alors la promotion inconsidérée d'une obligation d'être acteur de tout et n'importe quoi (mais pas n'importe comment) : combien d'étudiants sont ainsi sommés d'être acteurs de leur apprentissage tout en se voyant reprocher les choix qu'ils peuvent poser lorsqu'ils ne conviennent pas à la culture scolaire ? Que peuvent - autre exemple - faire les détenus de l'invitation à être acteurs de leur détention ? Ou les personnes plongées dans la grande précarité et sommées - pour avoir droit à une aide sociale autrefois inconditionnelle - de faire la preuve qu'ils sont capables d'élaborer un projet de vie stratégique ?<sup>5</sup>
- Autre exemple : la culture de l'optimum défendue par le management moderniste<sup>6</sup>, optimum présenté comme le résultat maîtrisable individuellement d'un travail sur soi correctement effectué. A l'exploitation tendue à l'extrême se joint ainsi une pression culturelle laissant croire que qui veut

<sup>5</sup> Pour une analyse critique de ces fonctionnements en termes d'analyse institutionnelle, cfr J. Blairon, J. Fastrès; E. Servais et E. Vanhée, *L'institution recomposée, tome 2, L'institution totale virtuelle*, Bruxelles, Luc Pire, coll. Détournement de fond, 2002.

<sup>6</sup> Cfr à ce sujet les travaux de Jean-Pierre Le Goff.

maîtriser son environnement par un incessant travail sur soi peut y arriver. Je proposerais d'ailleurs d'appeler tendance au défaussement un certain exercice dominant de l'autorité : celle-ci doit désormais être suffisamment intériorisée « librement » par celui qui devrait en être l'objet, de sorte que ceux qui exercent l'autorité puissent « se contenter » d'être les « accompagnateurs » d'un mouvement qui se génère par ailleurs imposé.

- Autre facteur malheureusement fréquent : la violence entre pairs, jeunes et adultes, inscrite paradoxalement dans les usages de la consommation de masse (pour être accepté comme quelqu'un, il faut se fondre dans le moule consumériste).
- Enfin, comment ne pas évoquer les transformations fortes subies par les logiques d'appartenance, sujettes tantôt à une décomposition, comme la culture ouvrière ou à un resserrement, comme la tendance de certains groupes en proie au « nomadisme de misère » à imposer plus impérativement que dans le pays d'origine un certain nombre de comportements ou d'opinions ?

En évoquant ces exemples concrets, nous ne prétendons pas évidemment que telles sont les causes contemporaines principales du suicide, mais nous affirmons plutôt ceci : une lecture sociale de la prévention du phénomène doit prendre en compte les micro-violences comme chaînon intermédiaire significatif ; parmi celles-ci, certaines sont spécifiques à l'exercice contemporain du pouvoir, qui est de nature beaucoup plus culturelle qu'auparavant (propension à entrer dans le domaine des valeurs). C'est dire que la prévention doit être couplée à une critique sociale. Nous disons bien critique sociale parce que ces nouvelles normes sont bien l'effet d'une domination ; il ne me paraît pas suffisant d'évoquer sans plus un déplacement des normes, sans le relier à ce qui le produit.

Si le raisonnement que nous faisons pour définir la prévention d'une manière sociale n'est pas tout à fait inexact, il faudrait en déduire des

pratiques de prévention appropriées, tenant compte notamment de la nouvelle donne culturelle que nous avons esquissée ici.

La présence d'institutions travaillant en double amorce nous paraît à ce titre essentielle (une présence dans l'environnement non catégorisée, non ciblée permettant une réaction ciblée rapide)<sup>7</sup>, comme la nécessité de fournir aux personnes en difficulté une « couverture » leur permettant d'échapper à la stigmatisation qui guette ceux qui ne correspondent pas à la vulgate de l'optimum « être en forme et informé ».

Les intervenants pourraient aussi heureusement s'appuyer sur des connaissances culturelles appropriées (par exemple la connaissance des caractéristiques d'une culture populaire décomposée). Enfin, une attention aux dispositifs techniques (dispositifs techniques d'écoute, de communication)<sup>8</sup> comme façonnant en partie le lien social, selon les suggestions de Michel Callon, devrait aussi être prise en compte si on devait suivre une lecture sociale de la thématique de la prévention.

---

<sup>7</sup> Cfr *La prévention, un concept en déperdition ?*, op. Cit., pp.129 et sq.

<sup>8</sup> Cfr *Bienvenue, Les sens de l'accueil dans l'aide sociale*, publication de la Fondation Roi Baudouin, 2002, p. 18.

## Qu'est-ce qui fait prévention ? \*

Par Vincent MAGOS

*Psychanalyste*

*Responsable du programme YAPAKA*

*\* Texte rédigé sur base d'un enregistrement de l'intervention*

Nous allons commencer par réfléchir à l'ensemble du dispositif nécessaire pour faire de la prévention dans n'importe quel domaine.

J'ai travaillé sur des programmes de prévention de la tuberculose, du sida, de la toxicomanie et, actuellement, de la maltraitance. Je crois que, quelle que soit la problématique abordée, on peut penser d'une manière similaire en terme de dispositif. Les choses deviennent toutefois plus compliquées lorsque l'on va au-delà de la simple question du dispositif.

On a, au départ, l'émetteur : la personne, l'Etat, la structure, l'association qui a mission ou volonté de faire prévention. Cet émetteur va devoir agir sur - et en tenant compte de - différents niveaux.

Le premier niveau est celui de l'environnement.

L'environnement, en terme de prévention, c'est l'ensemble des structures, des législations, des services qui font en sorte que quelque chose va être possible. Par exemple, si les préservatifs sont trop chers, ils ne pourront pas être utilisés puisque tout une frange du public n'aura pas les moyens de se les payer. La gestion du prix du préservatif fait donc partie de l'environnement de la prévention du SIDA ou des maladies sexuellement transmissibles. De même, la gestion de la disponibilité du vaccin contre la grippe fait en sorte que les gens vont pouvoir ou non prendre ce vaccin et donc prévenir la grippe. Si le vaccin n'est pas disponible, il ne sert à rien d'inciter les gens à y recourir puisque, qu'ils le veulent ou pas, cela ne changera rien...

L'ensemble des aspects relatifs à l'environnement sont les législations, les structures de prix, le fait qu'il y ait ou non des services de proximité et/ou des hôpitaux centraux accessibles, etc. Il est capital de garder cette dimension à l'esprit quand on pense prévention car elle constitue véritable le contexte au sein - et en fonction duquel - il va falloir agir.

Dans la pratique, le plus important du travail de prévention est fait par les intervenants de première ligne - le médecin généraliste, le centre de santé

mentale, une ligne téléphonique, ... ; ce sont eux qui sont les plus proches des personnes à toucher et/ou en demande.

Pour que ces intervenants puissent agir d'une manière cohérente et concrète, il faut penser et planifier le programme de prévention sur plusieurs niveaux.

Le premier niveau est un niveau d'information, depuis la formation initiale des intervenants dans les cursus scolaire jusqu'à la formation continuée.

Au second niveau, on trouve les outils mis à la disposition des intervenants (brochures, vidéos, kits...).

Ces deux niveaux doivent être pensés de manière cohérente et complémentaire, sous peine de n'avoir aucune utilité. Prenons l'exemple d'une brochure faite pour le grand public ; elle n'a de sens que si elle est pensée comme outil que l'intervenant va pouvoir s'approprier, qu'il aura éventuellement la possibilité de modifier, adapter à son besoin spécifique. C'est seulement à ce moment-là, quand ce travail d'appropriation est réalisé, que l'outil peut servir dans la relation entre l'intervenant de première ligne et le public. Un carnet de santé ou un livre pour parents, par exemple, n'a de sens que s'il est donné dans cadre de la relation entre les parents et l'intervenant ; sorti de là, il ne s'agit que d'un papier de plus qui traîne dans une salle d'attente. S'il est pensé pour être donné dans le cadre de la relation et que la puéricultrice de crèche a été formée pour cela, elle peut dire à la maman : *« Je vois que cette question vous préoccupe. Il serait intéressant que vous lisiez ceci et on pourra en reparler demain »*.

Le dernier niveau est celui des campagnes masses média. Ceux-ci doivent avant tout irriguer la société et amener un climat favorable permettant à l'intervenant de mener son travail de prévention.

S'il y a une disjonction entre le message masses média et celui attendu par les intervenants, on se trouve dans un contexte de conflit qui génèrera un certain nombre de problèmes.

La manière dont, en démocratie, on gère les conflits ou les conflits d'intérêt, c'est tout simplement le vote : le public a un certain nombre d'attentes et vote pour tel ou tel parti qui lui semble susceptible de répondre à ces attentes. En fonction de ce vote, des ministres sont désignés et décident (entre autres choses !) d'un certain nombre de programmes de prévention.

Il y a un autre niveau d'expression et de gestion des conflits dont on parle moins mais qui est pourtant plus actif et plus agressif, c'est l'ensemble du

lobbying, des pressions exercées aussi bien par les pouvoirs économiques que par les associations. Entre parenthèse, s'il y a souvent des conflits d'intérêt entre les pouvoirs économiques et les associations, il y en a aussi parfois entre les associations elles-mêmes.

Bien entendu, ce schéma a comme arrière-fond essentiellement des conflits d'intérêts financiers. Par exemple, quand il a été question d'interdire la publicité pour les boissons alcoolisées à la télévision, il y a eu un certain nombre de négociations. Les choses progressaient mais les lobbies de la bière, de l'apéritif, ... sont apparus avec une force et une puissance telles qu'il n'y a pas eu possibilité de mener la négociation jusqu'au bout. Il y a toutefois eu des contreparties en terme de prévention.

Pour ce qui est des associations, les conflits sont le plus souvent liés aux enjeux des financements, des subsides, ...

Jean Blairon parlait dans son intervention des différences de champ. L'autre aspect conflictuel du schéma est là: Dans quel champ joue-t-on ? Est-ce un champ « maintien de l'ordre » ou un champ « solidarité » ? Exemple : quand on décide « On va faire de la prévention à la maltraitance » on doit se poser dans le même temps la question « *Comment cette prévention va-t-elle s'organiser et quel type de société va-t-on défendre ou pas en fonction de la manière dont les messages vont être construits ?* »

Evidemment, sur le principe de la prévention de la maltraitance, tout le monde est d'accord : il faut que les enfants ne soient pas battus. Cela fait consensus. Mais la manière dont on va concevoir le programme de prévention et notamment les spots télévisés - en sachant que ces spots détermineront le climat dans lequel les intervenants travailleront, donc auront une influence essentielle sur le travail de prévention là où il se fait au jour le jour -, cette manière peut elle faire débat voire générer des conflits. Et c'est capital car les choix opérés auront une influence non seulement sur la prévention mise en œuvre mais aussi sur le type de société que l'on promeut, de manière beaucoup plus large qu'à travers cette simple thématique.

Chaque fois que ce type de programme de prévention est conçu, il faut donc bien avoir à l'esprit que cela a de l'influence sur la façon dont on vit ensemble, sur le lien social.

***L'intervention était complétée par la présentation commentée de diverses campagnes de prévention.***

## Au nom de quoi fait-on de la prévention ?

Par Jean-Marie LACROSSE  
*Sociologue Université Libre de Louvain*

Au nom de quoi fait-on de la prévention ? La réponse est en apparence très simple. Mieux vaut prévenir que guérir, dit le vieil adage. Des sociétés comme les nôtres qui accordent une importance suprême à la vie humaine et aux capacités d'autonomie individuelle de leurs membres ne peuvent que se soucier de prévenir tout ce qui serait susceptible de les menacer ou de les entraver.

Une telle réponse est-elle satisfaisante ? La réaffirmation enthousiaste de notre foi dans les principes démocratiques est, on en conviendra, ce qui se porte le mieux dans notre monde. Elle s'inscrit dans une politique des Droits de l'Homme qui suscite indignations vertueuses et dénonciations véhémentes des maux du présent. Cette foi généreuse et compassionnelle, orchestrée par les médias, ne présente qu'un inconvénient : toute entière vouée aux fins sublimes qu'elle se donne, elle ne dit rien ou presque rien quant aux moyens d'y parvenir. Pire même, elle stigmatise la perte de temps coupable que représentent la recherche d'explications et la lente mise au point de diagnostics crédibles sur notre situation. Pourquoi chercher à comprendre alors qu'il y a une telle urgence à agir ? On aura beau rétorquer qu'on ne peut agir efficacement sur des situations dont les ressorts profonds échappent à notre compréhension, rien n'y fera. Nos sociétés restent sourdes et impassibles face à la formidable régression intellectuelle dans laquelle leurs idéaux les entraînent et que dissimule l'explosion de l'offre - et de la demande - de formations en tous genres.

L'émotion est si forte, la compassion si grande que les pires sottises peuvent se propager sur les ondes sans que personne ne réagisse, y compris dans les milieux supposés les plus savants. On en a eu un exemple saisissant, début 2005, avec le tsunami surmédiatisé d'Asie du Sud-ouest. Des experts en épidémiologie ont laissé se développer, près de cent ans après Pasteur, la croyance selon laquelle les cadavres amoncelés pouvaient par eux-mêmes provoquer des épidémies dévastatrices, oubliant que, si les épidémies provoquent des cadavres, les cadavres ne provoquent pas d'épidémies, les germes qui participent à la décomposition des chairs d'un cadavre n'étant pas pathogènes. Le caractère contagieux du cadavre est une croyance archaïque partagée par la plupart des sociétés dites "primitives". Plongés

dans une espèce de sidération collective, nous avons tous avalés l'information sans réagir.

Conséquence et cause à la fois, à quelques exceptions près, le retard accumulé depuis près de quarante ans par les sciences humaines - sociologie, pédagogie, psychologie etc. - est considérable. Face aux fausses querelles et aux vrais dilemmes du présent, les défis intellectuels à relever apparaissent proprement vertigineux. C'est donc bien sur le plan cognitif et intellectuel que s'impose une réponse à notre question. Au nom de quoi faisons de la prévention ? Au nom de la conception que l'on a de la rationalité dans un contexte historique et civilisationnel donné. Ce sont les présupposés qui nous guident en ce domaine que nous avons à remettre en cause. D'où viennent les concepts et les outils intellectuels qui commandent nos actions préventives et nos politiques de prévention ? Quelles sont les dimensions et les composantes du champ problématique qui permet de les articuler ? Comment ces dimensions sont-elles nouées ensemble ? Le programme est certes trop vaste pour être entamé ici. J'espère tout juste en faire ressentir l'urgente nécessité.

Quel est donc le moyen le plus assuré de s'extirper d'une situation de confusion généralisée comme celle que nous connaissons aujourd'hui ? Je répondrai sans hésiter : l'histoire et plus précisément l'histoire du problème tel qu'il se donne à nous. Ce n'est qu'en revenant méthodiquement sur nos pas que nous pouvons espérer débusquer les points aveugles, les tâches inachevées et les contradictions cachées qui minent notre sol anthropologique.

On peut assez aisément dater le contexte intellectuel d'origine de nos pratiques préventives. Elles s'ancrent dans les progrès fulgurants de la science dans la seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle. Rappelons quelques repères. L'origine des espèces de Darwin en 1859. L'introduction à la médecine expérimentale de Claude Bernard en 1865. Inauguration de l'Institut Pasteur en 1888. Découverte du bacille de la peste par Yersin en 1894. Les sciences humaines ne sont pas en reste puisqu'avec Wundt et Ribot en psychologie, Spencer, Schaeffle et Espinas en sociologie, elles s'acheminent vers la maturité que consacreront les grandes oeuvres du début du 20<sup>ème</sup> siècle.

Si, comme on l'a justement dit, le monde n'est plus le même après Pasteur, c'est entre autres parce que, par une méthode expérimentale reposant sur

des preuves indubitables, les hommes peuvent s'appliquer, à eux-mêmes et à leur environnement naturel, des techniques curatives et préventives d'une remarquable efficacité pratique. C'est dans ce sillage et cet état d'esprit positif et conquérant que s'inscrivent les premiers travaux de Freud d'une part, de Durkheim de l'autre. Freud est médecin, ne l'oublions pas. Durkheim se veut médecin du social. Tous deux sont conquis aux démarches rationnelles et aux développements des savoirs positifs.

Pourtant, sous les apparences trompeuses d'une continuité avec leurs prédécesseurs, c'est sur une rupture radicale que débouchent leurs travaux. Le continent du social qui, selon la formule fameuse « *s'explique par le social* » au même titre d'ailleurs que le continent psychique « *s'explique par le psychique* » définissent un niveau de réalité à part avec ses propriétés intrinsèques qu'il faut explorer avec des méthodes spécifiques. Ainsi, si c'est sur la question de la méthode que se focalise explicitement « les règles de la méthode sociologique », c'est en réalité d'ontologie du social que traite Durkheim comme, avec l'interprétation des rêves, c'est l'être même du psychique que Freud s'efforce de mettre en évidence.

Pour le dire autrement, nous ne pouvons entrer dans le domaine des sciences humaines qu'en procédant à une désorganicisation du social et une dénaturalisation du psychisme qui envoie au musée un système général des sciences tel qu'Auguste Comte pensait encore l'avoir reconstitué vers 1840. La vision d'un cosmos évolutionniste où nature et esprit ne font qu'un est rendue caduque par la brèche qu'ouvrent les années 1900.

Il est cependant capital de définir avec précision cette rupture : ce n'est pas une révolution anti-science ni un rejet de la démarche rationnelle. C'est le passage définitif dans un monde hors-cosmos, hors donc de tous les monismes aussi bien matérialistes que spiritualistes. Il n'est pas inutile de s'en souvenir à l'heure où la « philosophie » médiatique emplît nos écrans de sympathiques accolades du genre « moi, le matérialiste, et toi, le spiritualiste ... ». La naissance de la sociologie et de la psychologie ce n'est pas, en définitive, le passage de la philosophie à la science mais d'une philosophie à une autre, une philosophie qui est encore aujourd'hui en attente de sa cristallisation en pratiques et en institutions significatives.

En réalité, ce sont les avancées de la science elle-même dans la seconde moitié du 19ème siècle qui mettent en crise ce cosmos reconstitué à partir de la science moderne elle-même par quelqu'un comme Spencer, par

exemple. Les sciences, par la nature propre de leur démarche, poussent vers la fragmentation et la dissociation des images du réel. Elles se répartissent en spécialités. Elles découpent le réel en domaines d'investigations partielles, avec chacune leurs questions et leurs méthodes élaborées pour y répondre. Même lorsqu'elles débouchent sur des visions d'ensemble, comme celle de la thermodynamique, celles-ci n'atteignent, et elles le savent, qu'un niveau restreint de la réalité. Elles ne contredisent en aucun cas l'image d'un univers éclaté en niveaux et en secteurs. Par constitution, à la différence de la religion et de la philosophie, les sciences ignorent le problème de l'unité et de la totalité. C'est leur progrès même qui a détruit la foi mise en elles par cette véritable religion de la science qui s'est constituée vers 1850.

Ce constat fait, nous ne pouvons pas échapper à la question : les interrogations sur l'unité et la totalité du phénomène humain, voire le simple agencement de ces savoirs partiels dans un ensemble cohérent, n'ont-elles plus de place dans notre monde ? La question ne se pose-t-elle plus ou se pose-t-elle aujourd'hui autrement ?

Arrivé à ce point de mon raisonnement, je ne peux me faire bien comprendre qu'en l'illustrant par une référence universellement lue et connue de tous, profanes aussi bien que professionnels de la discipline sociologique. Est-ce un hasard, il se trouve que ce livre unanimement considéré comme fondateur de la discipline peut également se lire comme un modèle insurpassable ( et insurpassé ) en matière de prévention du suicide, l'objet même de l'institution qui nous accueille aujourd'hui.

« Le Suicide » de Durkheim ( 1897), paru deux ans après les règles de la méthode sociologique (1895) et explicitement conçu comme la mise en chantier concrète de celles-ci, est un ouvrage pour le moins bizarre. Bourré de statistiques, de cartes, de tableaux, de taux systématiquement comparés et passés au crible subtil de la co-variation, ce livre est tout à fait adéquat pour former les étudiants novices aux rigueurs des méthodes quantitatives. Mais attention, un livre peut en cacher un autre ! Sous le voile des quantités, c'est la totalité des institutions humaines et des pratiques symboliques qu'elles ont engendrées qui se profile : stoïcisme, épicurisme, judaïsme, catholicisme, protestantisme, institution de la famille et du mariage, droit, économie mais aussi, pleinement maîtrisées, références à la biologie, à la psychologie, à la psychopathologie etc ...

Bref, « Le Suicide » c'est aussi et avant tout un livre qui expose une philosophie politique. Quelle philosophie ? Celle d'un auteur résolument moderne - Durkheim est intimement associé à la fondation de la Ligue des

Droits de l'Homme et à la définition du socialisme français - qui, sans aucune nostalgie du passé, réhabilite en douce l'organisation religieuse des sociétés dites « traditionnelles » et leur capacité à protéger psychologiquement leurs membres en leur évitant la cascade de crises individuelles auxquelles les sociétés modernes exposent chacun de nous. Ainsi, les mots « protéger » et « immuniser » sont de ceux qui reviennent fréquemment sous la plume de l'auteur.

Une philosophie donc de la prévention ou de l'anticipation des crashes psychiques par la socialisation entendue dans son sens le plus profond : l'inscription psychique des êtres dans un social qui les précède et les domine, l'installation dans le social par incorporation des normes de la société et par identification de chacun aux significations symboliques collectives. Envisagées sous cet angle, disons de la « santé mentale » comme on dit aujourd'hui, nos sociétés passent, au fur et à mesure qu'elles se détraditionnalisent, du préventif au curatif et au curatif urgent. Rien d'étonnant donc à ce que le sigle le plus utilisé aujourd'hui par ce vaste réseau de « prévention » soit celui de l'urgence : S.O.S. ( jeunes, femmes, enfants...).

En réalité la réflexion que voulait provoquer Durkheim sur le rôle protecteur des sociétés traditionnelles n'a eu que peu d'impact de son vivant. Les guerres de la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle ont décimé les élites intellectuelles et l'inspiration fondatrice de la discipline s'est obscurcie. Pour les étudiants en sociologie des années 60 et 70, « Le Suicide » était devenu un livre bizarre et impénétrable mécaniquement ramené au « fonctionnalisme » de son auteur et principalement envisagé dans son aspect technique et méthodologique.

Ce qui faisait alors office de théorie de la prévention venait de l'Amérique des années 50 et 60, les « Principles of Preventive psychiatry » de Gerald Caplan<sup>(1)</sup>. Le modèle implicite, on peut le montrer, est identique à celui de Durkheim mais il part dans l'autre sens. C'est en effet à partir d'un événement survenu pendant la seconde guerre mondiale, l'incendie - qui a fait plusieurs centaines de victimes - d'un dancing de Boston, le Coconut Grove, qu'est né le concept de « crisis intervention », l'intervention de crise avec laquelle nous sommes aujourd'hui entièrement familiarisés.

Le point important à retenir est que des psys sont confrontés ici non seulement à des individus traumatisés sur lesquels il faut intervenir à chaud afin de limiter les éventuelles séquelles post-traumatiques mais à des

groupes sociaux, à des communautés humaines vis-à-vis desquelles s'impose une modification des techniques d'intervention<sup>(2)</sup>.

Le modèle théorique des trois niveaux de prévention ( primaire, secondaire et tertiaire ) fait clairement écho à la pratique de l'intervention de crise mise au point à l'occasion de l'incendie (prévention primaire sur l'ensemble des individus soumis à un stress, secondaire sur ceux que le traumatisme a rendus particulièrement vulnérables, tertiaire sur les individus les plus atteints ). Mais, par l'extrapolation gigantesque qu'il opère, il redécouvre, en partant dans la direction opposée et sur un mode purement technique, voire techniciste, le problème de la sociologie durkheimienne. La fameuse « destruction créatrice » par laquelle Schumpeter définissait l'économie moderne n'est peut-être pas purement ni même avant tout économique. Dans la haute modernité, elle concerne l'ensemble des aspects de l'existence humaine. La prévention primaire mobilise dans les écoles, les entreprises, les quartiers, les loisirs, des armées de plus en plus importantes de travailleurs sociaux qui s'attellent à reconstruire du lien social un peu comme monsieur Jourdain faisait de la prose ou comme les danaïdes remplissaient chaque soir leur tonneau.

Comprenons-nous bien, je n'entends nullement remettre en cause ici la nécessité de ce vaste dispositif préventif au nom de je ne sais quelles « économies budgétaires ». Je pense seulement que nous y gagnerions tous en l'extrayant de sa gangue techniciste pour y injecter un peu de pensée. On ne perd rien à faire en connaissance de cause et en explicitant les raisons ce que l'on a fait jusque là dans une semi-obscurité ou, au mieux, une semi-clarté. La mise en perspective longue permettrait, pour le continent préventif comme pour le continent éducatif où elle commence à porter ses fruits<sup>(3)</sup>, de mieux comprendre les conditions primordiales de son exercice et les limites de ses pouvoirs là où la modestie affichée des expertises techniques cache souvent un utopisme qui s'ignore.

Tout ceci est d'autant plus vrai qu'en matière d'héritage durkheimien et freudien, la confusion et l'opacité l'ont peu à peu emporté. La matrice de mai 68, selon l'heureuse expression de Marcel Gauchet qui en donne une lecture pénétrante dans son dernier ouvrage<sup>(4)</sup>, a paru un moment à même de faire coaguler à nouveau dans un ensemble théorique cohérent les percées qu'opéraient simultanément, entre autres, la psychanalyse et la linguistique avec Lacan, l'ethnologie avec Levi-Strauss, l'histoire avec le Foucault des « Mots et les Choses ». Mais ces percées, fédérées dans ce que l'on appelait alors le paradigme structuraliste, ont lamentablement échoué. Qui, par

exemple, dans le champ psy, s'est sérieusement soucié de ce que signifiait l'application aux psychothérapies de l'idée d'efficacité symbolique formulée par Levi-Strauss ? Qui s'est efforcé de reprendre sur des bases plus solides en en précisant la portée exacte la comparaison « sauvage » du chaman et du psychanalyste opérée par l'auteur ? A la mobilisation intellectuelle enthousiaste des débuts ont vite succédé le marasme et la morosité. Citons Marcel Gauchet : *«La gueule de bois théorique de la génération 68 a été à la mesure de cet investissement. Elle est le point de départ et le facteur sous-jacent de ce qu'on appelle la crise des sciences humaines. Une crise rampante. Parce que le paradigme structuraliste-critique n'a jamais été vraiment remis en question ni critiqué pour lui-même. Il s'est affaissé, il s'est démodé, mais il est resté longtemps en place, par l'inertie du système académique. Les plus habiles ont su l'adapter, Bourdieu, par exemple. Les façons de faire traditionnelles ont repris le dessus, petit à petit. Mais les conséquences de son échec n'ont pas été tirées, d'une manière ouverte, publique et réfléchie. D'où ce climat de déclin. Le marasme intellectuel prolongé des sciences humaines et sociales me semble tenir en grande partie à ce refus d'examen.»*<sup>(5)</sup>

Après deux siècles de philosophie du progrès et de mise en oeuvre du programme des lumières, il nous est sans doute difficile d'accepter ce diagnostic peu complaisant. Nous ne pouvons pourtant pas nous cacher qu'en l'état actuel nos savoirs « scientifiques » ne suffisent plus. Ils laissent échapper la part la plus importante de la réalité et accroissent l'opacité générale. Le désarroi et l'incertitude sur ce qu'il faut faire face à des situations hautement problématiques ont rarement été aussi patents. Nous nous enlisons dans des perplexités sans fin, des querelles inextricables, des dilemmes sans issue envisageable à court terme. Nous sommes devant des défis considérables dont l'issue déterminera, il faut oser le dire, la possibilité même d'un avenir pour l'humanité.

En matière de prévention - cela vaut aussi bien, quoi que selon des modalités différentes, pour la santé physique que pour la santé mentale - je plaide donc pour que nous développons une philosophie politique de la prévention, ou, dit autrement, pour que nous inscrivions les pratiques de prévention dans une philosophie politique. Il ne s'agit pas ici, bien sûr, de la philosophie des philosophes qui n'est pas vraiment au mieux de sa forme et pour tout dire, dans sa frange médiatique en particulier, franchement déconnectée du réel. Il s'agit plutôt de l'effort des praticiens et des spécialistes de diverses disciplines pour prendre du recul vis-à-vis de leurs perspectives particulières et les situer dans un champ d'ensemble où ces perspectives prennent un sens.

Je conclurai en proposant successivement un exemple négatif puis un exemple positif de ce qui pourrait nous faire avancer. Les deux références en question ont à voir avec le même domaine, ce que nous appelons communément la protection de l'enfance.

L'exemple négatif c'est le genre d'ouvrage dont nous sommes particulièrement friands dans ce pays depuis le grand réveil « citoyen » de 1996. Chacun de ces livres aligne à la queue-leu-leu quelques dizaines de contributions particulières, rédigées chacune par un auteur supposé compétent sur le sujet qu'il traite. L'intention est louable. Elle repose implicitement sur un constat identique à celui que j'ai dégagé ici-même : aucun de ces points de vue particuliers - celui du juriste, du philosophe, du médiologue, du psychanalyste, du sociologue, etc - n'apporte une lumière décisive sur le phénomène étudié. Il importe donc de croiser les regards, de multiplier les éclairages et les points de vue.

Le résultat est hélas souvent décevant, laissant dans l'ombre ce qui précisément nous importerait le plus : comment toutes ces dimensions sont-elles nouées ensemble ? De quoi est fait le tissu qu'elles forment en s'enchevêtrant les unes dans les autres. Ce qui manque le plus par exemple au dernier ouvrage de ce type « Procès Dutroux. Penser l'émotion » c'est précisément ... d'être pensé. Pour penser, il faut un cadre d'ensemble et celui-ci est ici introuvable. Le tout n'est jamais une simple somme des parties. Qu'un élément ne prenne son sens que par rapport à l'ensemble où il est situé, voilà un acquis du paradigme linguistico-structuraliste sur lequel nous pouvons faire fond, quels qu'aient été ses dévoiements et ses échecs.

L'exemple positif m'est fourni par un numéro récent de la revue « Le Débat » intitulé « L'enfant-problème »<sup>(6)</sup>. Plus de dix auteurs totalement indépendants les uns des autres, armés de références hétérogènes, énonçant à l'occasion des propositions incompatibles entre elles et qui cependant composent un monde aisément reconnaissable : le nôtre. J'en extrais un problème particulièrement épineux, celui de la violence des jeunes et du rapport qu'elle entretient avec notre univers médiatique. Sous le titre « Enfance et violence : le miroir des médias - Vers une culture de l'immaturation », l'auteur, Dominique Ottavi, démontre de façon convaincante l'insuffisance criante des procédures et des outils intellectuels qui pourraient enfin nous donner le sentiment d'avoir une prise minimale sur ces problèmes. Le constat en la matière est plutôt troublant : c'est, en partie, la façon dont nous demandons des preuves aux sciences humaines qui nous conduit à la paralysie et au blocage. Il faut remarquer au passage que c'était

déjà le motif qui avait conduit certains à jeter le discrédit sur « Le Suicide » de Durkheim.

Nous semblons ainsi prisonniers d'une alliance monstrueuse de scepticisme (qui met la barre de la vérité trop bas) et de scientisme (qui met la barre de la vérité trop haut). Vertigineuse déperdition d'intelligibilité que de tels textes mettent concrètement en évidence. Leur lecture terminée, l'honnête homme ne peut que se demander, perplexe : mais qu'attendons-nous donc pour nous y mettre...? Ou pour le dire à l'envers : quand cesserons-nous donc de nous acharner à vouloir résoudre des problèmes que nous ne nous donnons ni la peine, ni le temps, ni les moyens de poser ?

1. New-York, 1964
2. voir à ce propos Françoise Castel, Robert Castel, Anne Lovell, La société psychiatrique avancée. Le modèle américain, Grasset, 1979, spécialement pp. 149-196)
3. voir par exemple Marie-Claude Blais, Marcel Gauchet, Dominique Ottavi, Pour une philosophie politique de l'éducation. Six questions d'aujourd'hui, Bayard 2002
4. La condition historique, spécialement pp.27-60, Stock 2003
5. Marcel Gauchet, op.cit. p.45
6. Le débat n°132, novembre-décembre 2004

## Et la prévention du suicide dans tout cela ? \*

Par Alex LEFEBVRE  
Docteur en psychologie  
Université Libre de Bruxelles

\* *Texte rédigé sur base d'un enregistrement de l'intervention*

Je me permettrai de parler aujourd'hui d'un niveau qui n'a aucune prétention de premier rang : je n'ai pas de pratique directe dans la prévention du suicide, ni même dans des centres qui écoutent et accueillent psychologiquement les suicidants. Je me situerai donc plus ici en tant que chercheur universitaire qui s'est penché sur une série de réflexions, de questions, liées au problème du suicide, lequel n'est pas une maladie en soi mais un aboutissement dans certaines formes de pathologies et en particulier dans les pathologies bien connues de la dépression.

Je vais essayer de vous parler de deux choses. D'abord, faire un petit voyage dans le domaine de la sociologie, non pas pour être dans l'air de la matinée, mais pour poser quelques réflexions, à partir de la psychologie, sur l'environnement, sur le milieu dans lequel on évolue. Je reviendrai ensuite plus sur la clinique et je développerai un élément d'une recherche que nous avons réalisée sur le suicide dans le couple et la manière dont il peut être vécu. J'essayerai également de mettre en évidence un concept cher à René Kaes, le « pacte dénégatif » qui, dans le suicide, me semble déboucher sur quelque chose d'important que j'ai appelé le « pacte traumatique ».

Le suicide me semble être un événement sociologique - j'allais presque dire un événement culturel - important. Une mythologie tourne autour de cet acte, il existe une esthétique du suicide. Rappelons-nous la fameuse phrase de Camus : « *Le seul problème philosophique, c'est le suicide. Est-ce que la vie vaut la peine d'être vécue ?* ». Celui-ci reprenait cet espèce de travail absurde qui, au niveau du quotidien, doit remettre au travail le psychisme et le lien social pour continuer à donner du sens à ce qu'on aime et à ce qu'on vit en société.

Mais nous avons tous en mémoire d'autres suicides artistiques, littéraires ou cinématographiques.

Je n'en évoquerai qu'un : le 27 août 1950, dans une chambre de l'hôtel Roma à Turin, César Pavese se tuait en absorbant une vingtaine de cachets

de somnifères. Le 17 août, il écrivait dans son journal - que l'on peut retrouver dans « Le métier de vivre » où il consigna son cheminement vers le caractère absurde, dépressif et désespéré de son existence -, il écrivait, avec un certain humour et une dérision qui peut paraître à la fois extraordinaire et inquiétante, cynique : « ... *les suicides sont des homicides timides* ». Cette formule désespérée est intéressante au point de vue psychique : dans quelle mesure n'y a-t-il pas là un retournement sur soi de quelque chose qui initialement devrait s'exercer sur l'autre, ou en tout cas dans le social avec les autres ? Comment gérer la violence au quotidien ? Comment faire pour que la violence puisse se sublimer et non pas venir s'exprimer sous sa forme la plus crue, à savoir la destruction ? Le 18 août, peut-être déjà dans sa chambre d'hôtel, il écrivait ceci : « ... *la chose la plus secrètement redoutée arrive toujours. J'écris ce désir de prendre une position, de décrire. J'écris : Oh Toi, aie pitié... Et puis, il suffit d'un peu de courage... Plus la douleur est déterminée et précise, plus l'instinct de la vie se débat et l'idée du suicide tombe. Quand j'y pensais, cela semblait facile. Et pourtant, de pauvres petites femmes l'ont fait... Il faut de l'humilité, non de l'orgueil. Tout cela me dégoûte. Pas de parole. Un geste. Je n'écrirai plus.* » J'imagine que ces phrases que Pavese écrit, beaucoup de personnes qui ont côtoyé des suicidaires les ont entendues prononcées, énoncées même. Retenons cet espèce de regard froid sur soi-même qui finalement va un peu se retourner dans une espèce de ce que, psychologues, nous pourrions appeler une « forme de pulsion narcissique de mort » qui va revenir sur soi violemment. Pulsion souvent trop facilement expliquée par le désespoir et toutes les associations que l'on peut y faire mais qui reste quand même un acte d'une violence extraordinairement forte, éphémère, suspendue dans le temps et qui, par rapport à la personne qui « réussit » ce suicide, n'aura pas d'autre suite. D'où la raison pour laquelle tout à l'heure, j'essayerai de reprendre cliniquement ce qui se passe après un tel acte et ce qui permet aux proches de suicidés non seulement de faire un deuil impossible, comme tous les deuils, mais également insupportable parce qu'il y a eu là une espèce d'effraction dans un contrat, dans un pacte. Ceci notamment quand on est engagé dans un couple, dans une famille ou tout simplement dans des liens sociaux.

Deuxième réflexion sur l'aspect mythique, un peu esthétisant, du suicide avec cette image que Philippe Van Meerbeck appelle « l'image du kamikaze », c'est-à-dire ces gens qui se suicident par idéologie fascisante, qui se font exploser dans un engagement politique, idéologique ou religieux. Une forme de suicide que l'on montre continuellement à nos enfants avec des images mais aussi avec les discours tenus par ces personnes avant leur acte et qui manifestement construisent des « discours de l'idéalité » ou plutôt des

discours des idéautés. Ces idéautés sont enfermées dans l'idéologie, dans la morale, dans l'éthique. Elles sont également proposées dans les positions, dans les statuts, dans les postes à prendre et s'expriment aussi dans l'énoncé d'interdiction. Une notion exprimée dans une intervention précédente par : il ne suffit pas d'être là, encore faut-il assumer. A-t-on encore, dans notre société, des personnes qui assument leur position, sur lesquelles vont pouvoir venir buter les désirs d'expression violente dans l'éducation ?

Je vais prendre maintenant une autre image. Vous avez sûrement vu, à la télévision ou au cinéma, cette publicité pour un mobilophone qui représente un couple de vieux, sans doute des grands parents, un père qui prépare une fête et deux jeunes adolescents qui reviennent de leurs activités respectives. Finalement, ils arrivent tous à la maison du père et ils sont heureux car ils peuvent communiquer et ils se retrouvent. Cherchez l'absent dans cette publicité... Il n'y a pas de mère ! Il n'y a pas de mère réelle mais il y en a une autre qui est suggérée : le gsm, le portable. Il s'agit de cette espèce de réseau virtuel qui vient prendre une place de mère archaïque qui, pourtant, dans cette publicité, est étrangement absente. Il y a peut-être là-dedans un lien avec la perte de quelque chose d'essentiel et qu'on espère désespérément retrouver dans sa vie, éventuellement dans une forme de suicide non pas médiatique mais téléphonique...

J'avais commis en son temps une conférence à Louvain sur le «point G» où on s'interrogeait sur les fonctions du gsm. Je ne vais pas reprendre cela mais le petit caillou que je voulais apporter au regard sociologique que j'avais trouvé particulièrement intéressant dans la première partie de cette matinée, c'est celui-là : n'y a-t-il pas confusion à notre époque entre communication et relation à travers ces outils intermédiaires et ces outils médiatiques ?

Par rapport aux excellents documents que M. Magos nous a montré tout à l'heure, on peut s'interroger sur le contexte dans lequel ils vont être présentés. Va-t-on diffuser ces spots entre une pub pour Pepsi et une autre pour Coca ?

On peut très bien imaginer que les gens n'aient pas toujours soucieux de cela, qu'il y ait une espèce de patchwork qui soit toujours proposé, une forme de virtualité sociale dans laquelle on propose tout le temps à communiquer. Car s'il y a une injonction actuellement dans notre société, c'est bien celle-là : communiquer ! Avec d'ailleurs toutes les facilités proposées pour le faire. Mais la communication n'est pas une relation. Etre face à quelqu'un est sans

doute un moment de communication mais c'est aussi bien plus : il s'agit surtout d'un moment de confrontation au corps et au psychisme de l'autre, non seulement au psychisme conscient et exprimé mais aussi à ce psychisme inconscient. Celui-ci va laisser des traces dans l'un et dans l'autre. On ne conflictualise pas dans la communication, on zappe. Le zapping est refuser la confrontation, refuser l'exigence d'écouter quelque chose d'embarrassant.

Il y peut-être moins de paradoxes qu'il n'y paraît lorsque l'on regarde la société actuelle, lancée dans une espèce de fuite en avant de communication, et les pathologies qui s'y développent. Les taux des suicides chez les adolescents sont effrayants.

Paradoxalement, dans un siècle qui est le siècle de la communication par excellence (on a commencé avec les transports puis ce furent la TSF, la télévision, l'audiovisuel, le GSM, Internet, ...), le grand problème est la solitude, l'isolement avec l'illusion que l'on communique et que l'on est toujours en communication. Pour prendre une image, l'individu est aujourd'hui un relais de communication(s) mais est-ce suffisant dans la construction du social et dans la construction du psychisme humain de n'avoir qu'une position de relais ? Il y a là beaucoup de questions mais ce n'est pas vraiment le lieu pour les poser, elles seraient sans doute trop psychologiques. Je voudrais toutefois évoquer Donald Winnicott, certains d'entre vous en ont déjà sans doute entendu parler, qui écrivait en 1957 un article vraiment intéressant : « De la capacité d'être seul avec l'autre ». Cette notion m'a vraiment intéressé par rapport à notre société : pouvoir être seul avec l'autre, apprendre à investir son intériorité psychique et ne pas être pris continuellement dans ce réseau de communication. Juste penser, juste pouvoir prendre le temps de penser, un temps de réflexion pour soi. Il décrit cela simplement, en observant les rapports d'une mère à l'enfant d'environ un an. Il regarde cet enfant et sa mère qui ont tous les deux des activités très légères. Ils ne se parlent pas et ne se regardent pas, ils ne sont pas en apparence en communication, mais ils sont en « co-présences » et ils pensent. Grâce à cela, l'enfant va pouvoir penser sans l'autre. Si l'enfant ne peut pas apprendre à penser, à être seul avec l'autre, il ne pourra jamais être seul sans l'autre. Cela vaudrait la peine de réfléchir sur toutes les dimensions pédagogiques des techniques audiovisuelles en tous genres, des GSM en tous genres qui sont pour beaucoup de parents l'expression d'un outil qui gère leurs propres inquiétudes, leurs propres angoisses vis-à-vis du monde : « *Je peux le toucher, le contacter à tout moment, en tout lieu, et lui de même* », « *T'es où ? Où t'es ?* » J'ai parfois appelé cela « CNN international ». Ces gens qui sortent de quelque part et qui doivent téléphoner pour dire :

« *Je sors de quelque part* » ! Tout cela veut dire que je ne suis pas capable de penser simplement et de postposer le fait de pouvoir rencontrer l'autre qui m'attend et par rapport auquel je peux gérer mes angoisses. Avec cela, on désapprend à gérer nos angoisses. Or, le psychisme humain est un psychisme qui fonctionne avec des angoisses, c'est même son moteur. La question est : qu'en fait-on ? Comment traite-t-on cela ? Comment pouvoir le traiter pour soi et avec l'autre ? On ne peut pas le traiter pour soi si on n'a pas pu le traiter avec l'autre. Il y a sans doute là énormément de réflexions à faire sur le statut, la position, l'attitude parentale.

Autre élément qui me semble également à réfléchir dans le social, au-delà de ce paradoxe de la communication qui nourrit finalement l'illusion d'une grande fraternité communicationnelle et universelle : Internet. Je peux à tout moment, avec Internet, parler à quelqu'un qui est au bout du monde. La question que l'on a tout de suite envie de poser est : pour lui dire quoi ? Est-on vraiment en relation ? Tout cela se passe en général au détriment des relations de proximité. On ne se parle plus dans la famille, tout juste si on ne s'envoie pas des mails ou un courriel interne. Je caricature et cela me paraît un peu facile de dire ces choses là. Je pense néanmoins qu'il y a quand même là, par rapport à la notion de prévention et plus particulièrement dans ce qu'on pourrait appeler une prévention primaire, quelque chose qui relève d'un choix de société. Apprenons à vivre ensemble, ok. Mais qu'est-ce que cela veut dire, vivre ensemble ? En tant que psychologue, je pense que vivre ensemble, c'est construire, difficilement, avec beaucoup de butées et d'échecs, une ou deux relation(s). Communiquer est plus simple, on est pris par et dans la communication...

La deuxième chose que je voudrais dire concerne l'association de la communication avec la consommation, laquelle représente un autre mythe de la société. On consomme tout, y compris le bonheur. L'illusion associée à la chance pour tous (Star Academy, Lotto...) est accessible à tout le monde, même très rapidement. Tout cela donne un climat qui renvoie paradoxalement à l'isolement et à la solitude. La chose très actuelle dans « Le Suicide » de Durkheim, que Monsieur Lacrosse vient d'évoquer, est son fameux « suicide anémique ». Il doit bien entendu être relu dans l'air du temps. Il ne s'agit plus d'une anomie par absence de norme, comme le soulignait Durkheim, dans ce moment de chaos dans lequel on n'a plus de repères. Je pense qu'il y a des repères, qu'il y a des valeurs. Elles sont même sur Internet. On peut les trouver rapidement. Par contre, ce qui me semble manquer, ce sont des personnes qui prennent acte et position d'assumer ces valeurs au risque justement qu'elles se voient attaquées et démolies par

l'autre, au risque d'une conflictualité et d'un nécessaire dialogue qui doit prendre un temps supérieur à celui d'un spot publicitaire.

Si je devais conceptualiser tout cela, ce qui est toujours utile lorsqu'on n'a pas le temps d'aller à fond dans un sujet, je dirais qu'il y a actuellement une forme de virtualisation du social dans la communication à tout prix, au détriment d'une réalité du social consistant en la difficile mise en relations d'individus entre eux, avec tout ce que cela crée et suscite.

Un dernier petit point : la précarité, qui est principalement liée à l'absence d'emploi. A l'occasion d'un Congrès de Liège, j'ai eu l'impression que ces populations précarisées, qu'intellectuellement on pourrait imaginer comme étant celles qui vont se suicider, procédaient en fait, d'une manière assez structurante et organisatrice, à l'aménagement du pire. Autrement dit, même si ces personnes ont beaucoup de pensées idéatoires associées au suicide, elles semblent les avoir transformées, dans leur réalité, en une espèce de destruction d'elles-mêmes. Ceci au sens du réel, du concret, c'est-à-dire au niveau du corps, au niveau de leur vécu, au niveau de ce qu'elles mangent, de la manière dont elles s'habillent... Cette forme d'aménagement du pire me paraît les sauver du suicide et les amener dans une forme de société ou de sociabilité particulière, très éphémère aussi, dans laquelle les relations sont violentes et les amitiés n'existent pas.

Cet aménagement semble être une forme d'organisation qui tourne autour de cette survie comme une espèce de tentative désespérée contre l'acte suicidaire. Bizarrement, on pourrait dire qu'il y a 36 manières de se suicider mais il ne semble pas y avoir énormément de suicides violents, de décisions d'actes suicidaires, de passages à l'acte suicidaire dans ces types de populations. Ce qui me paraît important, c'est ce processus dans nos sociétés qui ne limite plus le suicide à son acte violent que nous connaissons et qui clôt définitivement la vie ; il existe également une forme de suicide au quotidien qu'on voit chez ces personnes qui ne parviennent plus à s'inscrire dans un tissu de relation, au sens vrai d'une relation c'est-à-dire investir l'autre dans un rapport où on s'implique soi-même dans différentes formes de rencontres archaïques, de corps à corps où on doit gérer les passions, rencontres par rapport à l'absence, à la perte, au manque. Ou bien on doit vivre seul en attente de l'autre, en suspens de l'arrivée ou de la séparation d'avec l'autre, ou on doit au quotidien vivre la conflictualité à l'autre au niveau des statuts réciproques que l'on a à assumer à certains niveaux.

J'en viens à la dernière partie de cet exposé. Je partirai d'un cas et d'une vignette clinique pour exprimer ce que je vais dire au sens de ce que j'appellerais la prévention tertiaire. Pour nous mettre à l'aise, je me réfère simplement là à ce que Jean Bergeret, lors d'un colloque à Nancy il y a quelques années, définissait au point de vue psychologique comme étant trois niveaux de prévention :

- la prévention primaire, qu'il considérait comme étant l'étude, les facteurs de risque encourus avant que le désordre ou le symptôme ne s'installe. C'est le sens habituel que l'on donne là à prévoir les choses avant qu'elles ne s'installent ;
- la prévention secondaire, qui recouvre les remèdes à apporter à ces difficultés dès lors qu'elles se sont avérées sous forme de symptômes, de souffrance, voire même de demandes ;
- la prévention tertiaire, qui consiste aux mesures en vue de la réintégration sociale de ceux qui en sont sortis ou qui devraient ne plus y retomber. Avec le suicide, on est dans quelque chose de très particulier. Celui qui a réussi son suicide, la prévention tertiaire ne le concerne pas, par contre cela concerne tout son environnement et par ricochet, la société et la manière dont la société va vivre cette fameuse « esthétique » du suicide. Cette esthétique est valorisée chez les grands écrivains, les acteurs, les actrices mais désintéressée lorsqu'il s'agit manifestement de tout un chacun.

Irma est âgée de plus de 70 ans et elle a perdu son époux par suicide après 22 ans de vie commune. Leur union était un second mariage pour les deux conjoints et le couple n'avait pas d'enfant en commun. Au moment de l'entretien que nous avons eu dans cette recherche, son mari était décédé depuis 17 mois. Il a mis fin à ses jours en se tirant une balle dans la tête. Elle le découvrit dans le jardin du domicile conjugal. Des images traumatiques du drame s'imposent toujours à elle dans toute leur violence. Par ailleurs, elle présente des plaintes somatiques diverses : perte de poids importante, trouble du sommeil. Elle parle de son état de tristesse permanent et d'une souffrance qui lui inflige la solitude. Son discours est parfois confus et ruminatif autour du scénario suicidaire.

Tous ces éléments corroborent un état dépressif important et un deuil mal résolu en dehors de tout problème de démence précoce et d'Alzheimer, j'insiste sur ce dernier point, son âge étant ce qu'il est. La quête de sens semble toujours à l'avant plan dans son quotidien et s'actualise de manière ambiguë et paradoxale. En effet, Irma évoque l'hypothèse médicale d'un

cancer de la prostate comme explication au geste de son conjoint. Celui-ci se serait donné la mort car il se savait condamné depuis un an et ne voulait pas souffrir. Elle évoque alors les visites de son mari chez le médecin. Visites auxquelles elle ne pouvait pas assister et dont il revenait en disant que tout allait bien et que cela ne la regardait pas. Elle mentionne aussi divers symptômes qui se sont progressivement accentués tels une perte de poids atteignant plus de 17 kilos avant le décès, l'aggravation d'une énurésie nocturne et diurne ainsi qu'un changement important dans le comportement de son mari dans les derniers mois précédant le suicide. Il était devenu agressif, ne lui parlait presque plus ainsi qu'à ses amis proches, voisins. Il restait assis, mutique sans plus jamais s'adonner à ses activités privilégiées. Elle dit aujourd'hui qu'elle voyait qu'il souffrait mais il niait tout problème de santé.

On retrouve là toute une série d'indicateurs comme étant des prémices possibles à un acte suicidaire. Cependant, on remarque que, la plupart du temps, cela rentre dans une forme de pacte dénégatif, à savoir qu'entre les deux personnes, pour des raisons très contextuelles, relationnelles et historiques, les choses sont dites, sûres, mais elles sont traitées avec le déni. Les Canadiens ont d'ailleurs bien répertoriés tous les indicateurs habituels que l'on peut retrouver au niveau des comportements, des énoncés suicidaires. Il ne s'agit pas là d'un véritable déni mais plutôt quelque chose de l'ordre d'un pacte : on est d'accord que l'on ne va pas parler de cela ... tout en en parlant. Il n'y aura pas nécessairement une demande qui va sortir de cela et un espace pour aborder cet aspect.

La veille du suicide, le mari refusa d'aller chez son médecin pour un rendez-vous prévu en prétextant que cela ne servirait à rien, qu'il était trop tard et qu'il était condamné, que le médecin allait l'envoyer dans une clinique et qu'il préférerait se tirer une balle dans la tête plutôt que d'y aller. On voit très clairement l'énoncé de ce qui allait se passer. Le tabou levé, il s'est suicidé le lendemain matin, profitant d'une courte absence de sa compagne. Une des choses qu'il faut toujours dire dans le suicide est que l'on n'est pas coupable du suicide lui-même. On ne sait rien faire contre cela. Un suicidant qui veut réussir, va réussir.

Irma évoque alors sa colère envers le médecin et on remarque-là les aménagements immédiats : il faut trouver un « mauvais » objet... Ce médecin qui ne l'a pas avertie de l'état de santé de son mari (alors qu'elle le savait d'elle-même). On peut voir le type de travail qui se met en place au point de vue psychologique ainsi que la conviction farouche que le médecin

ne lui dira jamais rien sur la maladie de son mari. Elle se refuse donc catégoriquement d'aller le voir ... tout en continuant à chercher le portefeuille disparu de son mari et une éventuelle lettre que celui-ci lui aurait laissée. Une recherche d'un témoignage qui va dans un premier temps apaiser et relancer toute la culpabilité par la suite.

La dame exprime sa colère envers son conjoint par l'absence de lettre : elle lui en veut de ne pas lui avoir laissé un message (alors qu'il lui en a déjà dit beaucoup avant). Elle évoque surtout combien il lui manque, n'exprime aucun sentiment de culpabilité. Elle dit ne jamais avoir pu imaginer qu'il ferait une pareille chose et qu'elle ne s'y attendait absolument pas.

Dans ce témoignage, on voit que les signes annonciateurs du suicide sont confondus avec les indices d'une maladie grave, elle-même niée en grande partie. Cette maladie fait l'objet d'un interdit, d'un tabou dans le couple. Il existe donc vraiment ce que l'on peut appeler un pacte de non-dit ou ce que Kaes appelle un pacte dénégatif autour de la maladie et de la mort qui est imposé par le partenaire d'Irma. Il est accepté et entretenu tacitement par elle. Ceci relève sans doute de l'impossibilité pour le mari, se sachant condamné, d'envisager sa mort et d'entamer le deuil de soi si difficile dans le cas d'une maladie incurable. Ce déni opéré par le conjoint permet aussi à Irma de se protéger contre l'angoisse de la perte possible de l'être aimé. Quand, petit-à-petit, les symptômes surgissent dans la réalité, ils sont aussitôt déniés dans leur valeur signifiante ou banalisés. L'annonce directe par le mari d'Irma de sa volonté de se suicider ne pouvait être perçue comme une menace réelle tout autant que sa mort inscrite au cœur de sa maladie ne pouvait être envisagée consciemment par elle. Le déni de la valeur signifiante des symptômes faisait donc sens pour les deux partenaires et pour le couple, constituant ainsi un pacte dénégatif réel entre eux. Ce pacte dénégatif autour de la maladie et de la mort dans le couple devient après le suicide ce que j'ose appeler un pacte traumatique.

A ce moment là, le suicide fait effraction violente chez la personne, venant bouleverser et renverser toute l'histoire. Dans certains cas, cela génère sans doute des attitudes de culpabilité massive, chez d'autres, cela renforce le niveau de la dénégation. Pour Irma, le déni du sens des signes avant-coureurs opéré avant le décès a un effet immédiat sur la reprise de ceux-ci dans le travail du deuil. Celui-ci ne peut s'accomplir en partie à cause de l'impact effractant que prennent ces signes une fois la mort advenue. Le moi du sujet qui reste est confronté à un retour massif du refoulé, à la réémergence du dénié, ce qui enclenche bien entendu très souvent une culpabilité persécutive pour le moi. Celui-ci a alors recours au clivage, ce

sont des choses que l'on ne peut pas aborder en même temps, et à l'externalisation de la haine destructrice sur un tiers (dans le cas présent, la figure du médecin qui devient la cause massive de ce retour de la dimension violente, effractante, de ce qui avait été un déni).

On peut aussi comprendre la raison de la difficulté pour Irma d'aller se confronter au médecin traitant. La quête de sens, que l'on porte ici, à un aspect ambigu lié au paradoxe entre le désir de savoir pour elle et le désir de ne pas savoir. La préservation du doute permet de maintenir inconscient le sentiment de culpabilité en projetant la responsabilité du suicide sur un tiers, dans le cas présent le médecin. La colère s'exprime sur lui et il est tenu pour responsable par son mutisme, qui était par ailleurs le mutisme du couple et d'Irma elle-même. Rencontrer le médecin serait sans doute prendre le risque de voir cette défense s'écrouler et que la culpabilité se retourne alors contre le moi du sujet. Ne pas savoir maintient aussi les effets prolongés du pacte dénégatif entre les deux partenaires, sauvant ainsi l'image de leur couple sans devoir engager le deuil de ce qui a fondé leur relation. Cette culpabilité tenue inconsciente complique le travail de deuil bien sûr déjà difficile de par l'extrême douleur liée à la perte et à l'impact traumatique de la scène suicidaire.

Pour terminer, en terme de généralisation, je souhaite insister sur l'attention que l'on doit avoir cliniquement par rapport à ce volet après suicide. Pouvoir resituer cela dans l'histoire personnelle et être conscient qu'il y a eu là dans l'histoire récente des personnes, et notamment de la personne qui reste, quelque chose qui, par l'acte suicidaire, a ramené dans l'inconscient, au sens effractif du terme, une dimension qu'elle ne peut pas gérer immédiatement. En effet, il y a ce pacte dénégatif et cela apparaît, à ce moment là, réellement comme ce que l'on appelle tragiquement un traumatisme, alors que, manifestement, le deuil ne peut pas se mettre en place à partir de là. Le type de travail que nous avons peut-être à faire sur cette notion de prévention tertiaire est de nous interroger sur les signes annonciateurs qui sont habituellement niés ou repris dans un contexte dénégatif. D'autre part, et cela reste une question thérapeutique, psychothérapeutique, on doit s'interroger sur la manière dont nous venons éventuellement faire effraction dans la vie de ce sujet. Il ne faut jamais oublier que la notion de prévention est une intrusion dans l'autre, la personne, les relations ou le social. Ceci est important pour le concept même de prévention.

Les retombées dans le rapport entre ce qui est de l'ordre d'un travail oppressif à travers la prévention et le relais qu'il peut y avoir avec un travail répressif à partir de cette prévention met en place ce que les sociologues appellent habituellement les structures, les tissus de contrôle social. Ceux-ci font que se diluent dans des discours des formes d'idéalité qui en retour confrontent l'individu à la difficulté d'être soi. Parce que cette idéalité, très souvent, fait ombre sur le moi ; elle rend, par défaut de personne -parent, éducateur, enseignant....- confrontante la possibilité de s'actualiser dans une relation et non pas à travers des réseaux de communication. Ceci est tout à fait indispensable pour devenir un homme au point de vue psychique, à savoir se confronter à un autre homme.

# Prévention du Suicide en milieu scolaire

Par Valérie DUCHENNE

*Psychologue*

*Cellule DClic*

Au sein de notre service, nos actions de prévention du suicide se centrent à la fois sur la prévention primaire, dont font partie les différents outils que je vais vous décrire tout à l'heure, ainsi que de la prévention secondaire, qui concerne des consultations thérapeutiques pour personnes endeuillées, et notamment après suicide ; des postventions : interventions dans les milieux, équipes de travail où la problématique est survenue, afin de mobiliser les ressources du milieu, de la classe. Par ailleurs, nous collaborons à différents réseaux, comme celui des intervenants en prévention du suicide, avec qui nous avons créé ces journées internationales.

## Outil de Prévention du Suicide

Au début de nos actions de prévention du suicide, nos axes de travail concernaient des actions de sensibilisations et/ou de formation du personnel scolaire et des intervenants psycho-médico-sociaux. En effet, nombre d'études rapportaient le risque d'effets pervers d'identification lorsque les programmes de prévention, et donc la question du suicide, étaient adressés directement aux jeunes. Notre objectif était donc de sensibiliser les intervenants de « 1<sup>ère</sup> ligne » aux signes et facteurs associés chez les jeunes suicidaires. La notion de détection était centrale à ce moment.

Au cours de l'année 2001, des contacts ont été établis avec le Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie (CRISE) et l'Association Québécoise de Suicidologie. Ils avaient pu créer un outil multimédia dont ils avaient évalué les effets à deux reprises. Cet outil a été construit en vue de neutraliser les effets pervers par rapport à la prévention du suicide auprès des jeunes. Ce point a donc particulièrement attiré notre attention. Une collaboration a donc vu le jour pour que nous analysions la possibilité de l'implanter en Belgique. Cet outil multimédia est composé de différentes étapes :

1. La 1<sup>ère</sup>, la plus importante, est le réseautage, de créer une toile dense et solide pour répondre aux besoins des jeunes en difficultés. Le réseau d'aide doit inclure autant les professionnels que les proches des suicidaires. Je repense ainsi aux travaux du Centre de Prévention du Suicide de Genève qui insiste sur l'importance d'utiliser les réseaux existants (familles, amis, ...) lorsqu'un adolescent est en crise suicidaire et non pas de briser ces réseaux pour implanter les nôtres et renvoyer ainsi à l'impuissance les proches du jeune suicidaire et les isoler d'avantage. Quel paradoxe d'attendre que le jeune fasse lui-même la démarche de demande d'aide alors que nous savons bien que là est une de leurs principales difficultés.
2. Implantation du programme auprès du personnel scolaire, des parents et des adolescents. Préparation du milieu et non un « parachutage » ponctuel d'une action de prévention.

Ce que nous utilisons aujourd'hui au niveau de nos actions de prévention du suicide est la « préparation du milieu », l'aspect formatif. Celui-ci a grandement évolué. En effet, la détection des comportements à risque n'en est plus le point central, mais bien tout ce qui concerne l'intervention en gestion de crise suicidaire ainsi que le travail des représentations associées. Nous avons donc mis sur pied une formation à la « gestion de la crise suicidaire chez les jeunes » pour des intervenants scolaires, psycho-médico-sociaux et les policiers. Ces formations nous semblent particulièrement intéressantes car elles permettent de travailler en profondeur :

- leur position (permissive – restrictive) par rapport au suicide, ainsi que leurs croyances et limites. En effet, celles-ci ont un impact important sur leurs interventions ultérieures. Nous y reviendrons bientôt.
- la compréhension de la crise et du processus suicidaire
- les indices de comportements à risque encore et toujours
- l'intervention en fonction de l'urgence suicidaire (outil d'évaluation de l'urgence : COQ analyse de la planification du geste suicidaire)
- l'importance de prendre soin de soi en tant qu'intervenant pendant et après l'intervention.

Nous allons à présent analyser nos certitudes et incertitudes actuelles face à ce travail de prévention.

## « Certitudes »

### *Prévention primaire :*

- Travail de réseautage. Avec l'importance d'avoir des relais et de ne pas laisser les jeunes face à eux-mêmes, seuls dans leurs souffrances et même de les accompagner dans leurs démarches si la situation le nécessite.
- Travail de sensibilisation du personnel scolaire volontaire face aux signes et comportements à risque. Ouvrir la porte sur la discussion lorsqu'ils réalisent des changements inquiétants ou un isolement chez certains jeunes. Travail de formation des intervenants pouvant prendre en charge les personnes en crise suicidaire.
- Position interventionniste : En effet, nous considérons que le suicide n'est pas un choix, mais une absence de choix. C'est quand la personne souffre et qu'elle ne voit plus d'autres solutions pour échapper à sa situation qu'apparaît cette idée de mort. Il est donc important de pouvoir voyager sur le continuum entre l'attitude permissive et l'attitude restrictive par rapport à la problématique du suicide. En effet, chacune de ces positions renferme des aspects positifs ainsi que des pièges. En fonction de l'urgence suicidaire, nous préconisons des attitudes différentes. Lorsqu'il n'y a pas de risque de passage à l'acte, avoir une attitude permissive est importante car le questionnement sur le sens de la vie, la mort, est essentiel et même existentiel, oserais-je dire. Thanatos nous habite tous. Ici peut être travaillé la question du sens du désir de mort et ce à quoi cela renvoie dans l'histoire personnelle des sujets. Mais cela peut créer de négliger d'intervenir en urgence élevée alors que la situation nécessiterait de l'interventionnisme. L'attitude restrictive est préconisée lorsque l'urgence le nécessite. Ce n'est plus le temps du cogito philosophique, mais bien des actions concrètes visant à la sécurité des personnes et le fait de pouvoir les guider. Attention par contre à la rigidité et aux jugements de valeur face à une personne qui souffre au point de vouloir mourir. En effet, il est abusif appeler les ambulances dès qu'il est question

d'idéations suicidaires ou de refuser d'écouter une personne quand elle parle de son désir de mort.

- Oser questionner la planification du geste suicidaire : Certains d'entre vous pourraient avoir des réticences à poser des questions lorsque vous suspectez des idéations suicidaires chez la personne en face de vous. Pourtant, de par notre expérience, nous pouvons témoigner que l'interroger sur ses désirs de mort ainsi que la planification de son geste suicidaire n'augmente pas les risques de passage à l'acte mais signent de l'intérêt que vous portez à son discours. Osez lui demander s'il veut dire qu'il pense à se suicider, s'il a déjà pensé à un moyen, à un lieu, à un moment où il poserait son geste (= c'est ce que nous appelons le COQ). Ceci en lui expliquant que vous avez besoin de ces renseignements afin de bien comprendre où il se situe dans le processus suicidaire et quelle en est l'urgence. C'est un moyen objectif d'analyser la situation et d'adapter votre intervention.
- Secret professionnel : Certains d'entre vous sont probablement interpellés par cette position interventionniste et l'impact qu'elle a sur le secret professionnel. Il est bien entendu que rien ne doit être mis en place à l'insu du consultant. Par contre, pour respecter la confiance qu'il nous accorde et mettre en place des stratégies d'aide, il peut être négocié un « contrat de non-suicide » ou une discussion par rapport au fait que la personne accepte de l'aide, quitte à ce que ce soit, en extrême urgence, l'intervention d'une ambulance ou de la police. Tout sera réalisé en collaboration avec le jeune.

### *Prévention secondaire :*

- Proposer des consultations thérapeutiques pour les personnes vivant un trauma ou un deuil, notamment après suicide car ils présentent des risques suicidaires plus élevés.
- Postvention : intervention à la demande lorsque la problématique est apparue dans un milieu professionnel ou scolaire, afin de remobiliser les ressources internes.
- Réflexion de fond avec les intervenants en situation difficile car nous servons ainsi à trianguler et permettre de sortir de l'émotion.

## Incertitudes

### *Prévention primaire :*

- Faire de la prévention en milieu sain : En effet, comment savoir quelles sont les représentations de chacun par rapport à la problématique du suicide, ainsi que leur histoire personnelle. Ont-ils été touchés par le suicide d'un proche ? Sont-ils eux-même en difficultés à ce moment ? Là se trouve une de nos grandes interrogations quant au fait d'avoir cette action spécifique, même si le programme ne crée pas d'effets pervers d'identification. De plus, comment évaluer l'effet de ces actions ?
- Quel travail avec les parents ? En effet, quand nous insistons sur le fait d'en faire des partenaires, des relais, des ressources d'aide, nous savons par ailleurs qu'il n'est pas simple, d'une part, de créer une collaboration entre eux et le milieu scolaire, et d'autre part qu'un de leur mécanisme de défense éventuel est le déni par rapport au risque que leur enfant pourrait désirer mourir. C'est en effet tellement inimaginable ! Beaucoup d'entre eux préfèrent donc rester loin de cette préoccupation afin d'essayer, un peu magiquement, de s'en protéger.

### *Prévention secondaire :*

- Etude institutionnelle nécessaire quand nous intervenons dans une école, à accomplir pour analyser, d'un point de vue systémique, le milieu impliqué. Mais ceci est parfois tellement compliqué ... Les enjeux et les conséquences peuvent être parfois si diffus ... je repense aux revendications de certains professeurs ayant vécu le suicide d'un élève et pointant le délabrement de leurs classes ainsi que leurs manques de moyens.
- Que prévenons-nous alors ?

Pour illustrer mon propos, je vais vous parler d'une situation à laquelle nous avons été confrontées : nous avons été appelées par un centre PMS pour que nous intervenions dans une classe de 4<sup>ème</sup> secondaire suite à différents comportements de mutilations d'élèves et le sentiment d'être en pleine escalade. Bien sûr ceci est une interprétation des professeurs et de l'équipe

du PMS. Leur demande, pour caricaturer un peu, était que nous venions expliquer à ces élèves que la vie est belle et qu'ils ne devaient pas avoir ces comportements de mutilation.

Un travail avec le centre PMS fut nécessaire. Nous avons travaillé avec eux pour qu'ils puissent ensuite eux-mêmes répondre aux demandes de l'école. Ceci est un choix d'intervention, de valoriser les ressources en interne, eux qui sont sur place. Quel intérêt en effet dans ce cas d'une action ponctuelle d'intervenants extérieurs ? C'est donc avec les intervenants psycho-sociaux que nous avons travaillé.

Parler du suicide et de comportements associés m'amène aussi à vous parler de vous, même de nous puis-je dire car je ne m'en exclus pas. Je voudrais vous parler d'un phénomène de base, important dans notre réflexion : Le milieu psycho-social est chroniquement lassé. Vous, moi, sommes en 1<sup>ère</sup> ligne et dès lors que faut-il faire de nos défenses, de nos croyances et de nos limites. Ne faut-il pas les questionner pour la cause, ne pas les remettre en question ? Et que nous puissions rester investis et efficaces.

Dans l'exemple dont je viens de parler, apparaissait la dépressivité de cette équipe ainsi que leur impuissance et leur incapacité à transmettre la joie de vivre. Or, il n'y a qu'Eros pour vaincre Thanatos.

Face à cette situation, nous pouvons penser, comme Freud l'indique, qu'il y a de l'énergie à libérer derrière nos défenses. Ou alors que ces défenses sont nécessaires pour survivre dans ce milieu, tel un scaphandre, car le milieu est très sollicitant. Et donc, de là, l'importance de respecter ces défenses mais risquer aussi de se « couper » d'une position compréhensive.

Nous pensons qu'un travail sur nos représentations et nos interventions sont indispensables, mais qu'il ne faut pas combattre à outrance ces croyances. C'est grâce à celles-ci que nous, travailleurs psycho-sociaux tenons, nous défendons même pourrait-on dire. En effet, reprendre une maîtrise sur la mort et la destructivité de l'Autre permet de combattre nos propres peurs. Trop nous confronter nous empêcherait peut-être alors de rester dans ces milieux.

Quel choix professionnel en effet nous avons fait ! Le sauveur est mort, dit-on, il y a 2000 ans, voulons-nous prendre sa place ? Faut-il ou non combattre l'idée que l'on sauve des vies ? Ou tout au plus que nous parons un acte ? Est-ce que l'on aide les personnes, est-ce qu'on les guérit ? Dans la problématique du suicide cette question prend toute la place et est essentielle. Pour qui menons-nous nos actions ?

Pour nourrir cette réflexion, je voulais aborder les satisfactions et les risques associés dans le choix d'une profession en santé mentale.

Thomas Szasz (1956) a défini 8 types de satisfactions basées sur les catégories d'Ella Sharpe :

1. Désir de comprendre, de « faire sens »
2. Maîtrise de nos propres anxiétés en travaillant sur leurs conflits
3. Sentiment de curiosité
4. Contact avec de nombreuses personnalités
5. Plaisir de faire du travail « utile »
6. Plaisir que les autres aient besoin de nous
7. Maîtrise des conflits au travers de la verbalisation et de la compréhension
8. Contact avec les patients pour nous protéger de nos solitudes

L'idéal, bien sûr, serait que chacun de nous soit bien au clair par rapport à toutes ces questions afin que ce soit en pleine conscience que nous mènerons nos actions quotidiennes. Confrontés à la problématique du suicide, n'oublions jamais que si nous valorisons la demande d'aide pour les personnes qui viennent nous consulter, sachons nous-mêmes prendre soin de nous et accepter le soutien de nos équipes et des ressources existantes.

# L'aide au téléphone

Par Gaston DEMARET

Psychologue

Responsable de la formation et de la supervision des bénévoles au  
Centre de Prévention du Suicide

S'il peut être possible de tenir un discours sur les incertitudes de la prévention, il devient nettement plus risqué de parler des certitudes. Une certitude, en effet, implique un « état d'esprit qui ne doute pas » ou encore une « assurance pleine et entière que l'on a la vérité » (définitions du dictionnaire) Qui peut dire qu'il possède la vérité dans ce domaine ?

Quand on associe l'aide par téléphone et la prévention du suicide, une série de questions se posent qui renvoient inmanquablement à ces incertitudes : Un Centre d'aide téléphonique pour des personnes en crise et suicidaires sert-il à quelque chose ? Réalise-t-il là une réelle action de prévention? Quel est ce type de prévention ou encore à quel niveau s'exerce-t-elle? Est-elle mesurable? Quel peut être l'effet négatif d'un tel organisme? Comment concevoir cette relation téléphonique pour qu'elle soit efficiente? Quelles sont les conséquences de travailler avec des personnes bénévoles pour assurer la permanence téléphonique?

Lorsque l'on consulte la littérature concernant l'évaluation du rôle des Centres de prévention du suicide, on peut schématiquement distinguer deux grands types d'études (Patrick Hardy) :

L'évaluation de l'efficacité (*efficacy*) des Centres : c'est-à-dire la capacité des Centres à prévenir le suicide ;

L'évaluation de l'efficacité (*effectiveness*) des Centres : c'est-à-dire leur capacité à atteindre les objectifs ou à remplir les règles qu'ils se sont fixés.

Les études sur l'efficacité des Centres peuvent se réaliser de différentes manières mais elles utilisent toutes les statistiques du nombre de suicide. Elles comparent, par exemple, l'évolution du taux de suicide entre des régions qui ont un Centre et des régions similaires qui n'en n'ont pas ou encore l'évolution du taux de suicide dans une région avant et après l'installation d'un Centre de prévention.

Une analyse faite par Lester de 14 études évaluant l'efficacité des Centres montre que la moitié de celles-ci ont des résultats significatifs en faveur d'un effet préventif des Centres.

Une autre analyse statistique effectuée par le même chercheur sur 13 des études précédentes montre un effet préventif de 12 d'entre elles.

L'évaluation de l'efficacité (c'est-à-dire la capacité des Centres à atteindre les objectifs ou à remplir les règles qu'ils se sont fixés) peut se réaliser autour de quelques objectifs généraux :

- vider, attirer et caractériser les appelants ;
- définir et évaluer des critères de bon fonctionnement du Centre ;
- recruter des accueillants adaptés aux missions du Centre ;
- contrôler les procédures d'intervention et proposer des entretiens adaptés ;
- réduire la souffrance psychique et/ou la suicidalité des appelants.

Les différentes études qui ont tenté d'évaluer l'influence des Centres d'aide par téléphone sur la mortalité par suicide ne permettent pas de montrer, de manière certaine, un effet positif de leur action.

C'est à partir d'une réflexion sur la permanence téléphonique du Centre de Prévention du Suicide de Bruxelles que je vous propose d'aborder ensemble quelques-unes des questions que nous évoquons il y a quelques instants. Pour ce faire, dans un premier temps, je vous décrirai brièvement le fonctionnement de cette permanence téléphonique, ses buts et ses caractéristiques ; dans un deuxième temps, je vous parlerai des populations qui sont concernées par le Centre et dans un troisième temps, après quelques remarques sur la relation au téléphone, nous pourrions débattre ensemble des questions que posent ce type de prévention.

## **Description du fonctionnement de la permanence**

Le Centre de Prévention du Suicide existe depuis 1970. La permanence téléphonique a été instaurée en s'inspirant du modèle de la crise et plus particulièrement de la crise suicidaire (Caplan, Farberow). Nous considérons que les personnes qui nous appellent sont dans un moment de malaise, de

déséquilibre plus ou moins important qui les oblige à prendre position. Par la suite nous verrons que, en réalité, seul un pourcentage des appels reçus peut correspondre à cette description de la notion de crise.

### *Objectif de la relation téléphonique*

L'objectif n'est certainement pas de soulager la personne de toutes ses difficultés en les résolvant grâce à un appel. Nous n'avons pas de solution pour la personne qui appelle. Nous n'avons pas de réponse directe à la question si souvent posée : « *Qu'est-ce que je dois faire ?* » ou encore plus directement « *Trouvez moi la solution !* » ou encore « *Donnez moi une raison de vivre...* ». La personne en crise n'est pas sans capacité, passive, elle est compétente pour son problème et peut être active pour le résoudre (Auloos). Comme répondant, nous ne sommes pas investis d'un savoir ou d'un pouvoir sur l'autre. L'appel vise essentiellement à aider une personne à dépasser un moment de crise, d'angoisse, l'aider à ne pas passer à l'acte suicidaire pendant ce moment de crise ; ou si elle est passée à l'acte que cet acte n'aboutisse pas à la mort. Quand c'est possible envisager avec la personne des pistes d'aide à plus long terme.

### *Description brève du « cadre » de fonctionnement*

- Une permanence téléphonique est assurée par des bénévoles formés par le Centre.
- La relation est uniquement téléphonique.
- Le bénévole respecte l'anonymat de l'appelant sauf en cas de tentative de suicide en cours.
- Le bénévole, quant à lui, reste toujours anonyme.
- La relation est ponctuelle, il n'y a pas de prise en charge à long terme, pas de suivi, pas de relation privilégiée entre un appelant et un répondant, pas de psychothérapie au téléphone.
- L'appel téléphonique est gratuit depuis l'année 1999.
- Le répondant est accessible à tout moment sauf lorsque les lignes sont occupées.

### *Conséquences du cadre*

Les contraintes relationnelles pour l'appelant sont très réduites : pas de contrainte d'espace (il peut appeler de n'importe où), de temps (il peut appeler à n'importe quelle moment et il n'y a pas de limite préétablie de durée d'appel), de coût (l'appel est gratuit)

Le mode d'accès au Centre étant peu contraignant, il facilite la dépendance de certains appelants vis à vis de l'organisme et parfois renforcer un mode relationnel disfonctionnel ou déviant (ex.: tentatives toujours répétées de mettre en échec la relation d'aide pour se confirmer dans le fait qu'on ne peut être aider).

Remarque : C'est la personne suicidaire qui effectue la démarche d'aller vers le répondant du Centre et pas l'inverse.

Au Centre, deux groupes de personnes entrent donc en relation:

- les appelants ;
- les répondants bénévoles.

### **Première population concernée par le Centre : les appelants**

Les informations que nous avons sur les appels proviennent des fiches encodées par les bénévoles après chaque appel. Les données ainsi recueillies ne peuvent pas prétendre à une grande objectivité et n'ont donc qu'un caractère indicatif. En effet, l'objectif du répondant au cours de l'appel n'est pas de récolter des informations les plus précises possible mais bien d'établir une relation d'aide.

Remarquons que les informations que l'on possède correspondent aux caractéristiques des appels et pas à celles appelants (une même personne pouvant téléphoner plusieurs fois sans que l'on puisse le savoir).

Le nombre d'appels reçus au Centre a évolué : de 12.642 en 1998 il est passé à 23.720 en 2003.

L'augmentation importante du nombre des appels ces dernières années est due au fait que le numéro d'appel du Centre est devenu un numéro gratuit en 1999. Cette gratuité a d'ailleurs modifié la répartition des différents types d'appels reçus (muet, crise, blague...)

Depuis le début du Centre, nous recevons plus d'appels de femmes que d'appels d'hommes.

La proportion entre ces appels évoluent avec le temps le pourcentage d'appels d'homme reste stable (en moyenne 28%), celui des appels de femmes diminue (50,45% en 1998 à 38,40% en 2003) au profit des appels muets dont le nombre augmente.

En ce qui concerne l'âge des appelants, les données que nous possédons restent approximatives. En effet, l'âge n'est pas relevé systématiquement lors de chaque appel, il n'est pas non plus noté avec précision.

Globalement nous recevons : 20% des appels de jeunes de moins de 21 ans ; 77% des appels de personnes dans la vie active, professionnelle ; 3% de personnes de plus de 60 ans.

En ce qui concerne l'état civil des appelants : quelque soit le sexe de l'appelant, les appels les plus nombreux sont ceux de célibataires (45% des appels de femmes et 55% des appels d'homme) ; 20% des appels de femmes et 15% des appels d'hommes viennent de personnes mariées.

Le pourcentage des appels de personnes séparées est de 28% (hommes ou femmes).

On constate que ce sont les appels de personnes vivant seules qui sont les plus nombreux.

Les appels reçus lors des permanences téléphoniques peuvent être classés en différents types.

- Les appels de crise : Des personnes téléphonent étant angoissées, perturbées, bouleversées devant parfois décider d'un comportement à adopter. Ces crises peuvent parfois s'intensifier jusqu'à des états de panique. Ce bouleversement peut être dû à des causes extérieures à la personne : rupture brutale d'une relation, échec, perte ... ou intérieures : malaise, angoisse... Les idées suicidaires sont souvent présentes parfois avec une menace de passage à l'acte suicidaire immédiat. Environ 20% des appels reçus au Centre sont de ce type.

- Les tentatives de suicide en cours : Au cours de l'appel, la personne n'est plus dans la menace de se suicider mais est déjà passée à l'acte avant l'appel. Souvent ce sont des tentatives de suicide médicamenteuses (parfois avec prise assez importante de médicament). Nous recevons entre 250 et 350 appels de ce type par an.

Ces deux types d'appels correspondent nettement à la population visée par le Centre.

- Les appels pour un tiers : Ces appels sont le fait de personnes confrontées dans leurs relations à une personne suicidaire. Ces

personnes sont anxieuses, impuissantes, déroutées par la situation, se demandant qu'elle est la bonne attitude à adopter. Ces appels représentent 5% de l'ensemble.

- Les appels de soutien et de compagnie : Ces appels sont souvent le fait d'appelants dit « habitués » ou « chroniques » qui se sentent seules et téléphonent très régulièrement au Centre. Généralement ils s'adressent à différents organismes d'aide par téléphone. Parfois ces personnes parlent de suicide mais nous pensons que, dans certains appels, cela constitue comme un passeport pour pouvoir être écouté au Centre de prévention du suicide. Ces idées suicidaires sont parfois énoncées quand un appel touche à sa fin pour pouvoir prolonger l'appel. Nous recevons environ 16% d'appels de soutien et 9% d'appels de compagnie.

- Les appels muets : appel sans mot ; après avoir décroché le combiné le répondant essaie d'entrer en communication avec son interlocuteur mais celui-ci « ne dit rien » Parfois on peut entendre une respiration, des soupirs, des pleurs...Ce sont généralement des appels de très courte durée, quelques secondes, l'appelant coupant la communication très rapidement. Ce sont des appels interpellants : que se passe-t-il à l'autre bout de la ligne ? Le répondant peut avoir l'impression de ne pas avoir été assez accueillant. Ces appels sont parfois le fait de personnes qui désirent entrer en communication avec le Centre mais quand elles entendent la voix du répondant sont prises au dépourvu, ne savent pas comment commencer à parler, ont peur.... Ce sont parfois aussi des appelants qui cherchent un répondant de l'autre sexe ou encore essayent de retrouver une voix qu'elles ont déjà entendue. 27% des appels sont de ce type.

- Les appels de blagues : la proportion de ces appels a quadruplé en quelques années. De 4% en 1997 ils sont passés à 16% en 2003. Cette augmentation semble essentiellement due à la gratuité du numéro d'appel. Ces appels proviennent surtout d'adolescents. Il est très rare de pouvoir, dans ces appels, aller au delà de la blague pour établir un dialogue. Il est cependant important de rester vigilant en effet ce sont parfois des appels servant à tester le répondant : tester son accueil par exemple ou encore les limites du répondant. L'adolescent entre en relation mais il ne s'y « mouille » pas.

Les appels d'ordre sexuel : masturbateur et pervers : exhibitionnisme par les mots.

Il semble impossible d'établir une véritable relation avec ces personnes ou relation ou le répondant existerait en tant que personne. Il est en fait utilisé comme objet de satisfaction, de plaisir. La proportion de ce type d'appel a également augmenté de manière très importante avec la gratuité du numéro d'appel : de 1% en 1998 à 6% en 2003.

Nous pouvons constater qu'une partie non négligeable des appels émanent de la population visée par le Centre. Dans un tiers des appels reçus, les appelants parlent d'idées suicidaires et 15% parlent de tentatives de suicide antérieures. Il n'en reste pas moins que les appels de compagnie, les blagues et les appels sexuels posent question. En effet, ils ne correspondent pas directement aux objectifs que le Centre s'est fixé. Un élément du cadre de l'intervention a un rôle déterminant dans l'augmentation de ces types d'appels c'est le fait que le numéro d'appel est devenu gratuit. Cette gratuité a bien certainement des avantages : elle permet à toute personne de nous appeler même si elle vit dans des conditions précaires.

Cependant elle a aussi des conséquences négatives : elle favorise la dépendance de certains appelants et entraîne une augmentation des appels ne relevant pas de l'objectif poursuivi par le Centre. L'activité du répondant en est parfois perturbée ne serait-ce que par l'énervernement causé par une suite d'appel d'ordre sexuel ou des blagues.

Ces questions sont souvent débattues au sein de l'équipe du Centre mais actuellement aucune solution adéquate n'a pu être trouvée.

## **Deuxième population concernée par le Centre : les collaborateurs bénévoles**

Qui vient répondre au Centre de prévention du suicide ?

Quelles sont les motivations des personnes à devenir bénévole et plus particulièrement dans un Centre qui s'occupe de personnes suicidaires ?

Voici quelques caractéristiques de la population des collaborateurs bénévoles :

- l'âge des répondants se situe entre 22 et 75 ans ;
- le rapport entre les femmes et les hommes est d'environ 2/3 - 1/3 ;
- la moitié des répondants sont célibataires et plus d'un tiers sont marié ou vivent en couple ;
- plus de la moitié des répondants ont une activité professionnelle.

Il est intéressant de se poser la question de savoir pourquoi des personnes décident un jour de devenir bénévoles dans une association sans but lucratif et plus précisément qu'attendent-elles d'une activité dans un Centre d'aide par téléphone qui s'adresse plus particulièrement à une population suicidaire ?

Nous avons analysé 40 dossiers de bénévoles (pris au hasard) pour essayer d'obtenir des informations par rapport à cette question.

Dès les premiers contacts avec le Centre nous demandons au candidat bénévole de répondre à un questionnaire qui comprend entre autre les deux questions suivantes :

- Qu'est-ce qui fait que vous ayez pris contact avec le Centre de Prévention du suicide ?
- Quelles sont vos attentes par rapport à ce qu'il va vous apporter ?

Nous avons pu regrouper les réponses en cinq grandes catégories :

- Engagement pour une cause porteuse de sens : faire du bénévolat, aider, donner un sens supplémentaire à ma vie, donner un sens caritatif à ma vie devenue trop bourgeoise, être utile, engagement personnel, donner quelque chose de soi-même, travailler en équipe et être solidaire.
- Recherche de formations, une expérience : désir d'apprendre, rester en contact et approfondir, par une expérience pratique, sa formation (psychologue par exemple), se réorienter professionnellement, avoir une formation pratique de la relation d'aide

- Recherche de vérité et de pureté dans la relation : rechercher une vraie rencontre où les apparences sont laissées au vestiaire, aider des gens qui ne trichent pas, qui laissent tomber leur masque, défi de donner le meilleur de soi-même, se consacrer à l'essentiel, servir à quelque chose de concret humainement (autre que les activités professionnelles matérialistes)
- Recherche d'un épanouissement personnel : découvrir une autre face de soi-même, découvrir ses possibilités, ses limites, tester le dépassement de ses limites
- Recherche d'un impact direct de l'activité sur sa vie personnelle : améliorer les relations difficiles ou conflictuelles avec des personnes proches

Notons que si les motivations exprimées sont de différents ordres, elles visent dans l'ensemble à un mieux être personnel au travers de relations plus vraies. Les répondants viennent chercher au Centre « quelque chose » pour eux-mêmes et vivre « une expérience particulière » par l'intermédiaire du bénévolat. Ils ont des attentes par rapport au Centre mais aussi par rapport aux appelants, entre autre une qualité de relation différente de celle qu'ils peuvent avoir dans la vie de tous les jours.

On peut se poser la question de savoir si ce type d'attente ne rend pas difficile l'écoute et l'acceptation de certains appelants comme lors des appels de blagues, ou lorsque l'histoire racontée ne leur paraît pas cohérente.

## **Quel est le rapport des bénévoles au suicide ?**

Pourquoi s'engager dans un bénévolat qui s'adresse à des personnes suicidaires ?

Deux questions permettent d'aborder ce thème :

- Avez-vous déjà été en contact proche avec des personnes suicidaires ?
- Si oui, lesquelles ? Comment avez-vous vécu cette relation ? A l'époque et maintenant ?

Dans notre échantillon :

- 30% des répondants (12 sur 40) n'ont pas eu de contact proche avec des suicidaires ;
- 32,5% (13 sur 40) se sont sentis concernés de manière indirecte (ex : suicide d'une amie de ma meilleure amie) ;
- 37,5% (15 sur 40) se sont sentis concernés de manière directe par un comportement suicidaire :
  - 20% (8 sur 40) d'une amie ou d'un ami
  - 7,14% (2 sur 40) d'un petit ami ou d'une petite amie
  - 10,7% (3 sur 40) d'un frère ou d'une sœur
  - 7,14% (2 sur 40) d'un père ou d'une mère
  - 3,5% (1 sur 40) d'un enfant
  - 21,4% (6 sur 40) un membre de la famille : oncle, cousin, grand parent ...

Plusieurs répondants ont été confrontés à plusieurs situations de personnes suicidaires (ex : dans la famille mais aussi des amis), ce qui explique que la somme des pourcentages est supérieure à 100.

Certaines réponses au questionnaire, nous indiquent comment ces situations ont été vécues.

Nous retrouvons les vécus suivants :

- impuissance (se sentir incapable d'aider, de faire quelque chose, parfois paralysé par la douleur) ;
- tristesse, désarroi, écoeurement, (« mal vécu », « vécu pénible ») ;
- culpabilité ;
- responsabilité (se sent comme responsable du comportement de l'autre) ;
- incompréhension ;
- irritation, colère, révolte ;
- soulagement puis souffrance.

Plusieurs répondants soulignent que la tentative de suicide d'un proche leur a permis de modifier les relations établies avec lui dans un sens positif : meilleur compréhension, plus grande proximité

Au vu de ces informations et des contacts que nous pouvons avoir avec les répondants, nous pouvons émettre l'hypothèse que, chez beaucoup d'entre eux, leurs motivations comprennent une part de recherche d'une meilleure compréhension de ce qu'il peuvent avoir vécu, d'une déculpabilisation et d'une réparation. Réaliser par l'intermédiaire du téléphone ce qu'ils n'ont pas pu faire dans le contexte de leur vie c'est à dire aider et faire en sorte que l'autre de ne pas passer à l'acte.

A la question de savoir s'ils ont eu des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide ? (Si oui, dans quelles circonstances ? Comment ils ont traversé ce passage difficile de votre vie ? Quel regard ils portent actuellement par rapport à ce qui vous est arrivé ?), les réponses sont les suivantes :

- 16 répondants (40%) n'ont pas eu d'idée suicidaire ou fait une tentative de suicide ;
- 21 répondants (52,5%) ont eu des idées suicidaires ;
- 3 répondants (7,5%) ont déjà fait une tentative de suicide.

Cadre dans lequel apparaît le comportement suicidaire :

- au moment de l'adolescence
- suite à une rupture relationnelle ou à une perte (d'emploi par exemple)
- une incompréhension de l'entourage ou de difficultés relationnelles
- lors de situation, de problèmes qui paraissaient impossibles à surmonter
- au cours de période dépressive ou de passage à vide

Dans leurs réponses, les répondants soulignent souvent le fait qu'ils ont pu dépasser ces moments difficiles avec l'aide d'un proche, membre de la famille, ami ou avec l'aide d'un professionnel.

En regardant cette période, ils constatent qu'elle leur a apporté un enrichissement.

Remarquons qu'au téléphone, ils vont se retrouver à l'écoute de personnes présentant des moments difficiles semblables aux leurs. Les appels sont comme un miroir de leurs difficultés passées. Ils semblent que, pour certaines des bénévoles, les appels peuvent représenter le « remboursement d'une dette » rendre à quelqu'un d'autre ce qu'ils ont eux-mêmes reçu.

Devenir répondant au Centre peut ainsi représenter une demande d'aide pour soi-même :

Soit une meilleure compréhension de ce qui a été vécu, une déculpabilisation et une réparation soit le remboursement d'une dette.

Nous avons pu observer combien les attentes des répondants par rapport au Centre et la relation qu'ils ont au suicide ont une influence sur les relations qu'ils établissent au téléphone et sur la manière dont ils vivent ces appels.

### **Quelques remarques sur la relation établie au téléphone**

L'évaluation de la relation qui s'établit au téléphone et l'impact qu'elle peut avoir par rapport à la prévention de l'acte suicidaire est difficile à apprécier objectivement et cela pour différentes raisons :

- il n'est pas aisé d'établir des critères objectifs qui seraient l'indice de l'effet préventif et aidant d'un appel et plus difficile encore d'opérationnaliser ces critères ;
- la relative brièveté de la relation au téléphone et le caractère anonyme de celle-ci rend difficile l'évaluation du rôle que l'appel peut jouer dans la suite de la vie de l'appelant ;
- l'impression que laisse l'appel chez le répondant n'est pas non plus un critère fiable. Les supervisions montrent que parfois un appel perçu par le bénévole comme « raté » avait beaucoup de chance d'être aidant, l'inverse étant vrai aussi. De même, la satisfaction éprouvée par l'appelant à la fin d'un appel n'est pas nécessairement liée à l'aide apportée. Aider quelqu'un n'est pas nécessairement le satisfaire et le critère de réussite d'un appel ne peut être de manière systématique la satisfaction de l'appelant ;
- il est possible de mettre en place un système d'observation des appels en vue de permettre une évaluation par des juges expérimentés extérieures à l'institution. Ces méthodes sont lourdes, coûteuses en temps et peuvent également poser des problèmes déontologiques.

Les études qui ont tenté d'évaluer l'influence des Centres d'aide par téléphone sur la mortalité par suicide n'ont pas permis de montrer, de manière certaine, un effet positif de leur action.

Les seules certitudes que nous pouvons déduire de l'expérience de la permanence téléphonique portent sur la qualité de la relation au téléphone. Cette qualité et par conséquent l'aide aux personnes qui appellent n'est pas

une question de technique qui serait appliquée par le répondant. Dans le rapport à l'autre qui est en souffrance nous sommes moins dans un savoir faire que dans un savoir être. L'écoute et plus particulièrement l'écoute empathique qui est souvent mise en évidence dans ce type de relation est souvent sans effet si elle est utilisée comme une technique apprise. Elle n'aura de valeur qu'à la condition d'être incarnée, en accord avec ce que vit le répondant.

Dès lors, la qualité de la permanence téléphonique d'aide sera directement proportionnelle à la rigueur de la sélection des bénévoles, à la formation de base qu'ils reçoivent et au suivi de leur activité c'est à dire des supervisions régulières.

Un des objectifs fondamentaux de la formation et des supervisions est de développer chez le répondant sa capacité à reconnaître l'Humanité de l'appelant, le confirmer dans son Humanité, l'accueillir comme un semblable avec ses différences.

La parole de reconnaissance va plus loin qu'une parole de compréhension : la compréhension peut être condescendante. La reconnaissance c'est considérer l'appelant comme une personne capable, ayant des potentialités propres entre autre celle de garder le pouvoir de décider. Le rôle du répondant sera d'aider, dans la mesure du possible, l'appelant à clarifier sa situation et à retrouver sa liberté d'action. Cela implique que le répondant respecte l'autre dans ses choix et ses décisions et ne « désire » pas pour lui, à sa place.

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



Centre de Prévention du Suicide