

L'IMPRÉVISIBILITÉ DU SUICIDE

L'idéation suicidaire est un symptôme fréquent et somme toute assez banal. Le passage à l'acte suicidaire en revanche l'est nettement moins¹. Pour éviter qu'un tel extrême ne survienne, il est indispensable que la pensée de suicide soit entendue avec le plus grand soin et discutée sans banalité.

Xavier Malisoux et Sylvia Pinna Puissant, psychologues au Centre de prévention du suicide et d'accompagnement de l'asbl Un pass dans l'impasse² - réseau Solidaris.

Ce léger souffle de mort, si on ne lui prête pas l'oreille, peut parfois très rapidement et sans crier gare, se déchaîner en un vent cataclysmique. Pour être contenue, la violence doit avant tout autre chose être entendue et reconnue. Car c'est par son truchement que s'exprime l'intolérable, les atteintes à la dignité, l'orgueil, le désespoir, qui souvent se font l'écho de blessures infantiles. La destructivité est la forme que prend, en dernier recours, la détresse lorsque celle-ci n'a pu recevoir la consolation suffisante nécessaire.

Un sentiment d'épuisement ou d'impasse

Les personnes qui succombent à la tentation du suicide expriment généralement un sentiment d'épuisement ou d'impasse face à une existence écrasée sous le poids devenu insoutenable d'un agrégat de souffrances psychiques, sociales, relationnelles, somatiques... Dans tous les cas, elles ne parviennent plus à les atténuer avec les moyens à leur disposition. Certaines se demandent si un tel mal-être est légitime. D'autres pensent secrètement qu'il est mérité, voire la griffe du destin. Toutes espèrent comprendre la signification de ce mal-être, mais s'empêchent dans une réflexion fermée sur elle-même, scellée par la maladie mentale, ou simplement aveuglée par la souffrance morale. Ces personnes souhaitent seulement arrêter de souffrir. Elles se trouvent bousculées par un tourbillon d'émotions brumeuses. Elles expriment, parfois implicitement, parfois paradoxalement, un besoin de clarté et de reconnaissance, autant que d'affection tandis que les mots « mort » et « suicide »

se sont imposés en réponse à leur quête d'apaisement. Très souvent, elles sont confuses quant aux déterminismes et aux contingences de leur situation actuelle. Elles ne parviennent plus à identifier un chemin autre que les eaux du Léthé. Main dans la main avec leur souffrance, elles recherchent un oubli salutaire. Cette complexité ne peut évidemment pas être réduite à une simple question de choix.

Des phrases telles que « *je veux mourir* » ou « *je veux me tuer* », qu'elles soient prononcées par un jeune, un adulte ou une personne âgée provoquent chez ce-

lui qui les entend un ensemble d'émotions complexes, parfois contradictoires, mais aussi différents questionnements : « *est-ce une décision mûrement réfléchie ? Puis-je faire quelque chose pour l'en dissuader ? Quel est mon rôle, jusqu'où puis-je aller ?* » Ces paroles peuvent aussi susciter des réflexions d'une tonalité tout autre : « *à son âge, c'est normal d'être fatigué de la vie ; dans sa situation, je ferais sans doute comme lui ; il n'en sera pas capable, ce n'est qu'un appel à l'aide...* »

Ces pensées ne peuvent être ignorées par celui qui les identifie, car elles résonnent en écho à un vécu et donc à des croyances. Il serait d'ailleurs vain, autant que dangereux, de chercher à les rendre muettes, dans l'idéal d'une écoute suspendue par l'objectivité. Si ces pensées méritent d'être critiquées, c'est hors de tout jugement moral, mais bien pour favoriser une écoute ouverte vers l'inconnu, c'est-à-dire vers ce qui n'est pas encore advenu en pensée chez celui qui ex-

**Pour être contenue,
la violence doit avant
tout autre chose être
entendue et reconnue.**

1. « Les pensées et les comportements suicidaires au cours d'une vie concernent respectivement 13,9 % et 4,3 % de la population en Belgique, une tendance en équilibre par rapport à 2013 », L. Gisle et al. « Santé mentale : Enquête de santé 2018. Principaux résultats », Sciensano, www.enquetesante.be.
2. www.un-pass.be.

prime sa détresse sur un mode suicidaire. La notion de critique est donc ici envisagée comme une méthode pour penser ses propres pensées dans le contexte de la rencontre avec la personne suicidaire et en réponse à ce qu'elle nous communique de son vécu. Ce processus est au service de la création d'un espace commun, intersubjectif. Ces pensées ne peuvent dès lors pas être considérées comme un bruit de fond perturbateur du bon déroulement de la rencontre ou comme contraire à l'empathie. Elles sont les fils de la rencontre et pourront en constituer l'étoffe dès lors qu'il sera possible d'y penser à deux. Face à la pensée suicidaire, qui dans son tropisme relève de l'anti-pensée, seule une appréhension singulière, incarnée et subjective, peut permettre d'interroger le néant.

Le suicide confronte à l'incertain

L'incompréhension peut être profonde entre celui qui prétend vouloir aider et celui qui affirme ne plus vouloir d'aide. L'un et l'autre se rejoignent toutefois sur un point : ils font le pari que l'autre ne tiendra pas sa position dans la durée. Tous deux pensent être en mesure de prévoir la suite de l'aventure et s'échineront à valider leurs perspectives. S'agirait-il là d'une tentative de rendre certain ce qui ne peut l'être ?

**L'incompréhension
peut être profonde
entre celui qui
prétend vouloir aider
et celui qui affirme ne
plus vouloir d'aide.**

Un besoin de maîtriser l'imprévu ? Bien que, face à de trop nombreux parcours de vie, on puisse s'attendre à cette issue, le moment du passage à l'acte reste la plupart du temps imprévisible. Quelques fois, il a été répété, parfois annoncé de longue date, si bien qu'on ne l'attendait plus. Parfois, il avait été crié avec force, mais si soudainement qu'il n'a pas laissé le temps d'être pris au sérieux. Autrement encore, c'est le candidat au suicide qui semble s'être retrouvé pris de court, saisi par un mouvement intérieur qu'il n'a pas vu venir. Le dénouement de l'acte est en lui-même aléatoire. La mort est tantôt la résultante d'une tentative malencontreusement trop bien menée, tantôt l'issue d'un plan minutieusement préparé pour aboutir irrévocablement. La survie est elle aussi souvent soumise à la loi des

contingences ; l'heureux – ou malheureux, c'est selon – « concours de circonstances ».

Face à un tel phénomène, notre seule arme est l'humilité. Elle seule peut nous permettre de nous méfier de ce que nous pensons savoir. Elle seule peut nous imposer de maintenir une disposition d'alerte sous l'égide d'une méconnaissance volontaire. Pourtant, il est impossible de travailler sans s'appuyer sur des savoirs. Ces savoirs, dans le domaine notamment de l'évaluation du risque suicidaire, peuvent nous permettre de nous repérer dans l'inconnu. Les critères d'évaluation sont, parmi les outils de la technique clinique, ceux qui permettent d'aiguiller l'écoute vers le risque, c'est-à-dire ce qui dans la parole du patient peut nous permettre d'entendre le vent tourner. Ils ne nous sont pas utiles pour tenter de prévoir l'échéance ou pour cerner l'incertain, mais plutôt pour nous alerter sur ce qui gronde dans l'ici et maintenant de la rencontre. Ils ne permettent donc pas de savoir, mais orientent vers le vouloir savoir, c'est-à-dire comprendre ce qu'il se passe en l'autre et dans l'entre-deux de la rencontre. L'écoute ignorante nous oriente vers la compréhension de l'autre et engage la construction d'un sens partagé. Car, en retour, c'est ce même mouvement qui incitera le patient à préciser pour lui-même sa pensée, à clarifier pour lui-même le drame qu'il est occupé à vivre. L'ignorance est le décalage nécessaire à la connaissance.

Des recommandations

Premièrement, prendre au sérieux la personne qui évoque la mort comme solution. Cette attitude constitue déjà une intervention thérapeutique en ce qu'elle ouvre vers la possibilité de penser à deux le vécu de celui qui depuis trop longtemps a le sentiment de souffrir seul.

Deuxièmement, proscrire toutes les platitudes que l'on entend au sujet du suicide. Une vigilance accrue du risque suicidaire ne saurait se satisfaire d'aucun simplisme. Il faudra se méfier des idées reçues du type « *si elle en parle, elle ne passera pas à l'acte* ». Car, si effectivement, l'expression d'idées suicidaires ne traduit pas forcément une intention ferme de passage à l'acte, cette éventualité ne peut jamais être totalement écartée. En matière de prévention, tout l'enjeu est d'entendre le vent tourner suffisamment tôt. Une impression de lutte avec la fatalité peut ve-

nir colorer la perception de ceux qui côtoient le suicide trop fréquemment. Or, le danger qui guette chacun, professionnel ou non, est précisément celui du fatalisme. Cette posture défensive est bien entendu légitime face à un phénomène aussi insaisissable que le suicide. Le risque est qu'il en résulte une érosion de la vigilance et un engourdissement émotionnel chez ceux qui se seraient épuisés à soutenir, accompagner, accourir aussi souvent que s'exacerbe la crise suicidaire. Et, comble de l'ironie, c'est précisément ce détachement qui viendra en retour alimenter le désespoir et l'isolement perçu du sujet aux prises avec la tentation suicidaire.

Troisièmement donc, s'appuyer sur une évaluation rigoureuse du risque suicidaire. Cette évaluation ne doit pas être envisagée uniquement comme une nécessité pratique et éthique, mais aussi comme un acte thérapeutique. On n'évalue pas le risque suicidaire pour s'en prémunir, mais avant tout pour rencontrer et s'intéresser à celui qui nous en présente les signes.

La théorie interpersonnelle du suicide

Les principaux repères d'évaluation auxquels nous nous référons sont issus des recherches de Thomas Joiner et ses collègues. Leur théorie interpersonnelle du suicide³ s'est imposée depuis plusieurs années comme une référence en matière de suicidologie. Ce modèle soutient que les individus les plus à risque de décéder de suicide sont ceux qui non seulement présentent un désir de suicide, mais conjointement aussi la capacité à mettre en acte ce désir de suicide. Ces deux facteurs ne vont pas forcément de pair et leurs mécanismes pathogéniques sont distincts. Le désir de suicide se développerait en présence d'un besoin non comblé d'appartenance à d'autres individus et en conséquence de la perception d'être un fardeau pour son entourage. Tandis que la capacité à se donner la mort découlerait plus spécifiquement d'expositions répétées à des violences et à des souffrances qui auront contribué au développement d'une tolérance élevée à la douleur ainsi qu'à une diminution de la peur associée aux comportements autodestructeurs et à la mort⁴. Ce modèle prévoit diverses stratégies d'intervention échelonnées en fonction du niveau de risque suicidaire ainsi identifié. Parmi les stratégies efficaces⁵, mentionnons celle qui consiste à briser l'isolement réel ou perçu par la

personne suicidaire. Il s'agira de l'aider à reconsidérer ses liens et ses modalités relationnelles usuelles, tenant compte de ses expériences de vie préalables, pour qu'elle puisse s'ouvrir à nouveau aux relations et au monde. Un autre objectif sera de l'aider à initier des démarches pour améliorer le soutien social dont elle peut bénéficier, et particulièrement la recherche d'aide en cas de crise. Parallèlement, le travail en réseau s'avère indispensable afin de créer un filet de sécurité autour de la personne en détresse suicidaire et pour favoriser chez le professionnel impliqué une ouverture vers différentes perspectives de prise en charge. Le suicide est une affaire de solitude, tant du côté du sujet que de celui de l'intervenant. Ces démarches pourront en outre contribuer à rendre de l'espoir à la personne suicidaire quant aux possibilités d'évolutions positives de sa situation.

Autre pierre angulaire de l'intervention en situation de crise suicidaire, le travail qui vise à rendre acceptables une discussion et des démarches tournées vers le maintien d'une sécurité suffisante dans les moments de crise. En effet, si le suicide est une réponse simple, rapide et définitive à des problèmes complexes, lents à élaborer et dont l'évolution est toujours incertaine, il faudra compenser ce déséquilibre par un renfort proportionnel des ressources internes et externes de la personne afin qu'elle puisse « tenir bon » dans les moments où sa vulnérabilité au suicide se trouverait exacerbée. Ces ressources devront être envisagées, discutées, convenues, voire formalisées sous la forme d'un « plan de crise ». Dans cette optique, toutes les démarches qui visent le retrait de l'accès au moyen léthal constituent des interventions pertinentes. Ces mesures seront d'autant plus efficaces qu'elles auront été déterminées dans le cadre d'une relation conduite par un authentique souci de l'autre.

La prudence de savoir que l'éventualité reste insaisissable nous impose une exigence de moyens pour tenter de contenir le risque suicidaire. Ajoutons à ceux-ci l'exigence professionnelle de formation continue et de supervision, non dans la poursuite d'une accumulation de savoirs, mais comme antidote à la certitude. ■

Le suicide est une affaire de solitude, tant du côté du sujet que de celui de l'intervenant.

3. T. E. Jr. Joiner et al.,

"The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients", *American*

Psychological Association, 2009 ; K. A. Van Orden et al., "The interpersonal theory of suicide". *Psychol Rev*, 117(2), 2010.

4. Traduction française du modèle de Joiner utilisée par Brabant (2012) ; M.E. Brabant, *La dépression et la problématique suicidaire chez des adolescentes victimes d'agression sexuelle : état des connaissances, profils cliniques des survivantes et prédiction des idées suicidaires* (doctoral dissertation), Université du Québec, 2012.

5. Sur les stratégies antisuicidaires :

T. E. Jr. Joiner et al, *op cit.* ; C. Lafleur, M. Seguin, *Intervenir en situation de crise suicidaire*, Les Presses de l'Université de Laval, 2008 ; J. Vandevoorde, *Psychopathologie du suicide*, Dunod, 2013.