Cet essai a été publié en 2016 par les Editions du Net, ce dont je les remercie. Aujourd'hui, j'ai souhaité récupérer mes droits d'auteur afin de mettre cet ouvrage sur mon site internet, en lecture libre et gratuite. Septembre 2022

ISBN 978-2-312-04336-4

Dessin de couverture de l'auteur

Bruno PINEL

SUICIDES

Essai

Première édition en 2016

Du même auteur

(livres accessibles en lecture libre et gratuite sur ce site, sauf « Vieillir, du mythe à la réalité »)

« VIEILLIR, du mythe à la réalité »
(avec la collaboration de Michèle PINEL)
L'Harmattan 2007

« TOUT SAVOIR POUR MAIGRIR,
ces vérités qu'il faut dire »
Editions Elzévir. 2012

« MAIGRIR, mode d'emploi »
Editions Persée. 2014

« GUERIR, mode d'emploi »
Editions Bergame. 2014

« FIBROMYALGIE, mode d'emploi »
Les Editions du net. 2016

« DORMIR, mode d'emploi »
Les Editions du net. 2016

« VADE RETRO, SATANAS ». Théâtre.
Edilivre. 2017

Mais également

Livres publiés par les éditions Sydney Laurent

« La guerre des sexes n'aura pas lieu »
Essai en 2 tomes. 2020

« Khuya, la République des rats ». Tomes 1 et 2
Les premiers volumes d'una saga animalière pour adolescents. 2021 (un troisième tome en 2022)

« Plaidoyer pour la Vie et pour la Terre ». Faire face aux réalités. Premier tome d'un essai écologique. 2022

Des romans policiers pleins d'humour, en argot avec lexique en bas de page :
« Du polonium au dessert ». 2020
« Sonate en scie bémol ». 2020
« Ice crime à l'italienne ». 2021
« L'Ankoù derrière la porte ». 2021
« Comme un poison dans l'eau ». 2021
« Du rififi chez les viandards ». 2022
Un septième polar, en cours d'écriture….

Et, en 2023

Le tome 2 du « Plaidoyer pour la Vie et pour l'Homme »
Le tome 3 des aventures de Khuya, le rat
La suite des romans policiers en argot

A mon meilleur ami,
qui connait le jour et l'heure

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION 12

CHAPITRE UN : UN NECESSAIRE
ETAT DES LIEUX

- Qu'entend-on par suicide ? 26
- Le suicide et l'Histoire 38
- Pour une épidémiologie critique du suicide 59
- Les précurseurs:
  - ✓ Durkheim et Halbwachs 64
  - ✓ Les données actuelles 74
- Un outil d'analyse : l'autopsie psychologique 115

CHAPITRE DEUX : QUELQUES
SUICIDES CELEBRES OU ANONYMES 122

CHAPITRE TROIS : LA CLINIQUE DU
SUICIDE EST RICHE ET COMPLEXE

- Introduction 161
- La crise suicidaire est
- presque toujours présente 167
- Le suicide des enfants et
- des adolescents 172
  - ✓ Le suicide de l'enfant : exception ou accident ? 173
  - ✓ Le suicide de l'adolescent :

se tuer à 15 ans 177
- Le suicide à l'âge mûr 198
- Le suicide des homosexuels 213
- Le suicide du psychotique et du névrotique 222
- Le suicide du bipolaire 231
- L'anorexie mentale 235
- Le suicide du dément 237
- Le suicide carcéral 243
- Le suicide au travail 250
- Les « volontaires de la mort » 260
  - ✓ les martyrs 262
  - ✓ Les kamikases 265
  - ✓ Le seppuku japonais ou hara-kiri 275
  - ✓ Le suttee, suicide forcé des veuves hindoues 283
- Le suicide médicalement assisté 284

CHAPITRE QUATRE : « ETRE OU NE PAS ETRE », REFLEXIONS SUR LES RAISONS DE MOURIR OU D'EXISTER
- Le suicide est une question inhérente à l'esprit humain, que chacun s'est posée une fois un jour 294
- Le suicide est-il moral ? 296
- Le suicide et le philosophe 304
- Le suicide et le sociologue 318

- Suicides, cultures et religions 319
- Le suicide et le médecin 329
- Suicide et psychanalyse 335
- Le suicide et le droit 343

CHAPITRE CINQ : IMPACT ET CONSEQUENCES DU SUICIDE SUR L'ENTOURAGE

- La mort par suicide agresse tout le groupe social 347
- Les parents et le suicide de leur enfant 349
- L'impact sur l'enfant du suicide d'un parent 3
- Le décès du conjoint 353
- Accepter le suicide de celui que l'on soigne 358
- Le suicide dans les institutions 360
- Comment survivre au suicide d'un proche ? 362

CHAPITRE SIX : STRATEGIES ET MODALITES D'INTERVENTION 365

- Principes d'intervention 366
- Désamorcer la crise 368
- La prise en charge en ambulatoire 370
- L'institutionalisation 373
- Le traitement médicamenteux 374
- L'après-crise 375

CHAPITRE SEPT : PERSPECTIVES POUR DEMAIN

- Le suicide a-t-il un avenir ? 379
- Une prévention est-elle possible ? 381
  - ✓ Histoire de la prévention 383
  - ✓ Les obstacles à la prévention 386
  - ✓ Les étapes de la prévention 388
  - ✓ Les moyens de la prévention 392
- Un exemple : la prévention 396

CONCLUSION 398

ANNEXES 402

BIBLIOGRAPHIE 431

PRESENTATION DE L'AUTEUR ET RESUME DE L'OUVRAG 444

AVANT-PROPOS

« Qui s'interdit le suicide fait de sa vie une fatalité.
Qui y consent en fait un acte ». André Comte-Sponville

La seule légitimité que je revendique, pour l'écriture de ce livre, est d'avoir éprouvé, comme beaucoup d'entre nous, à certains moments particulièrement douloureux de ma vie, cette mélancolie qui vous incite à douter de la réalité d'un véritable sens à son existence. Ces moments font alors mentir le philosophe qui affirme « *qu'il ne faut pas d'effort pour vivre quand il en faudrait un pour se tuer* ».

Je revendique aussi la légitimité acquise par le côtoiement fréquent, voire par l'accompagnement, au cours de 40 ans d'exercice médical, de nombreux suicidants dont malheureusement certains d'entre eux ne pourront plus lire ces lignes. Mais j'ai cependant, pour cet ouvrage, abandonné ma blouse de médecin qui ne m'autorisait, en tout état de cause, pas beaucoup plus que quiconque à parler du suicide.

J'ai bien évidemment profité, pour l'écriture de cet ouvrage, de mon goût iconoclaste pour l'histoire des hommes, de mes quelques formations post-universitaires en psychiatrie, en psychologie, en psychanalyse, en suicidologie et en thérapie familiale, ainsi que des connaissances acquises dans le cadre d'études en épidémiologie et en Santé Publique.

L'idée de ce livre m'est venue quand je me suis étonné, alors que mon meilleur ami se réveillait aux lendemains de tentatives de pendaison qui auraient pu réussir, de cette force qui peut pousser un homme à porter la main sur lui-même, alors qu'il n'a peut-être, à y bien réfléchir, aucune véritable envie de mourir.

J'ai pensé alors à tous ceux et celles qui n'avaient pas eu, ou n'auront pas, sa chance d'être secouru « in extremis », presque par hasard, puis d'être soutenu pour sortir d'un tunnel dont, lorsqu'on est seul, il est parfois impossible d'entrevoir seulement l'issue. Cela m'a conduit à chercher à comprendre ce cheminement mortifère « à première vue incompréhensible », capable d'emporter chacun d'entre nous dans ce qui semble d'aussi profondes ornières.

C'est ainsi que je me suis jeté sur l'abondante littérature publiée sur le sujet, sérieuse ou moins scientifique, objective ou plus partisane, austère ou romancée et intimiste, récente ou plus ancienne.

Les années ont passé. Alors, j'ai souhaité réunir dans un seul volume toute l'expérience acquise sur ce phénomène individuel d'exception, tragique, profondément humain et le plus souvent inexplicable, qui est le « meurtre de soi » par soi-même.

Cet ouvrage devrait s'adresser en premier lieu aux suicidés mais ils ne sont plus là pour le lire. Il est écrit en conséquence à tous et à toutes, suicidaires ou pas, suicidants rescapés, familles endeuillées ou confrontées à cette préoccupation pour un de leurs proches, personnes en charge des autres, éducateurs, enseignants, parents,

médecins ou soignants, psychologues et psychiatres, bénévoles, mais aussi aux responsables administratifs et de la Sécurité Sociale, aux magistrats, aux juristes, aux sociologues, aux philosophes, aux religieux et enfin aux décideurs politiques.

Ce livre, que j'ai voulu complet mais simple et d'une lecture à la portée de tous, fut en quelque sorte pour moi comme une thérapie préventive.

Peut-être faut-il que je l'en remercie.

INTRODUCTION

« La vie ne vaut rien mais rien ne vaut la vie ». André Malraux

Le suicide porte d'emblée en lui un nom à consonnance péjorative. Ce qu'il représente apparait comme un non-sens, une solution négative et une démission. Son caractère irréversible effraie. Le mot lui-même fait peur. La mort que le suicidaire semble rechercher angoisse. Le suicide est emblématique d'une multitude d'échecs, échec de la vie, échec du « vivre ensemble » dans la communauté familiale et sociale, échec des solidarités humaines, échec des enseignements reçus, religieux ou autres, échec de l'amour des proches, échec de la médecine, mais aussi échec des politiques publiques. Comme si le suicide était un échec personnel qui mettait également en échec tout le monde. Alors que le suicide est un phénomène complexe qui pourrait bien être rien de tout cela.

D'origine latine, le mot suicide signifie « se tuer soi-même ». Il entraine la mort de façon un peu prématurée. Car tout le monde doit mourir et la mort « naturelle » n'est pour autant pas considérée comme un échec. Pourquoi, ayant fait le choix d'une mort anticipée, l'individu ne mourrait-il pas mieux ?

Triste bilan planétaire à l'évidence : plus d'un million par an de suicides « aboutis » dans le Monde, soit 1 toutes les 40 secondes ! Et sans doute de dix à cent fois plus de suicides inaboutis, c'est-à-dire de tentatives de suicide !

Triste bilan national également. Ce sont plus de 10 000 morts par suicide et par an qui sont comptabilisés en France, et de 130.000 à 180.000 tentatives de suicide qui sont déclarées ! Le taux de suicide y est variable selon l'âge et le sexe, mais reste toujours plus élevé chez les hommes (72% des suicides seraient le fait des hommes), et son incidence est multipliée par vingt-cinq chez les personnes âgés par rapport aux tranches d'âge plus jeunes !

Ainsi, la mort par suicide représente 2% du total des décès, et bien plus si l'on intègre les suicides cachés et ceux qui sont à tort déclarés comme étant des morts naturelles ou accidentelles.

Il s'agit donc d'un bien triste bilan. Ces chiffres sont sans aucun doute largement sous-estimés, aussi bien chez les plus jeunes que chez nos aînés. Il est en effet admis que les tentatives de suicide que repèrent les statistiques officielles sont surtout des statistiques hospitalières, c'est-à-dire qu'elles concernent des tentatives de suicide suffisamment spectaculaires ou tellement graves sur le plan somatique qu'elles ont donné lieu à un traitement médiatique ou à un transfert vers les services d'urgence. En sont donc naturellement exclues les nombreuses tentatives qui « restent » à la maison, soit qu'elles passent inaperçues car elles sont considérées comme de simples tentations de « dormir longtemps » et

sont ainsi minimisées dans leur importance de signal d'alarme, soit encore qu'elles soient soignées ponctuellement et souvent à la va-vite, et restent cachées par l'entourage et le médecin traitant pour de multiples raisons, en particulier culturelles, religieuses, familiales, assurantielles ou sociales.

Certaines comparaisons pourraient paraître maladroites et indécentes, voire cyniques, si elles ne permettaient pas de révéler l'ampleur du déni qui recouvre le suicide. C'est ainsi que, pour alimenter ce déni, par exemple, médias et politiciens préférent donner de l'importance aux quelques centaines de morts secondaires à une overdose de drogues illicites ou aux relativement rares suicides sur le lieu de travail. Ces malheureuses catastrophes individuelles et familiales bénéficient alors de traitements médiatiques privilégiés et d'inefficaces campagnes préventives. Si un peu des moyens dispersés dans cette prévention pouvait bénéficier aussi à la prévention des autres suicides, bien plus fréquents, quelle avancée !

A côté de 3 500 tués annuellement sur les routes, on retient 10 000 morts annuels (au moins) par suicide. Et pourtant on réserve à cette hécatombe routière un traitement médiatique et une sollicitude politique bien inférieurs à ceux observés en faveur des autres morts violentes. La comparaison se veut un peu provocatrice mais il y a chaque année autant de blessés graves de la route qu'il y a de tentatives de suicide répertoriées (150 000). Le traitement médiatique est cependant loin d'être le même ! Et s'il est vrai que chacun de nous utilise quotidiennement sa voiture, s'exposant ainsi au risque de

l'accident, qui peut se prétendre totalement à l'abri d'une pulsion suicidaire ?

Quand on parle des suicides, certains d'entre eux semblent mettre plus mal à l'aise que d'autres. On en parle donc moins.

Il en est ainsi du suicide dramatique et souvent « réussi » de nos vieillards et aînés. On met tout d'abord volontiers un couvercle rassurant sur leurs souffrances physiques ou morales, sans admettre qu'elles sont pourtant de forts déterminants du suicide. Est-ce parce que nous arrange ce suicide de l'âgé, geste individuel, réfléchi et délibéré, mais aussi geste imprécateur et accusateur qui révèle un non-dit de la pensée collective et qui pointe aussi une responsabilité commune ? Ces suicides suscitent assez peu d'émotion. Certains les considèreraient même, à la limite, comme parfois légitimes et rationnels, quasi normaux car conformes à une prétendue loi de la nature qui est de mourir afin de laisser la place aux générations plus jeunes, presque comme un geste euthanasique et libérateur pour tous ! Il est en effet habituel de mourir quand on est vieux, et seule la mort d'un enfant ou d'un jeune adulte, hors celle de nos parents, serait-elle désormais capable de nous émouvoir, voire de nous révolter ? Quoi de plus insupportable, en effet, dans notre société, que la vieillesse, et avec elle la douleur, la maladie, la solitude et la proximité de la mort ? Ainsi, il est communément admis « qu'on ne peut qu'être triste et dépressif quand on est vieux ». Et comme la dépression fait le lit du suicide, le lien est vite noué. Les causes directes de décès des gens âgées ne sont pas toujours faciles à établir chez des individus aux pathologies mul-

tiples et intriquées. Et les tabous familiaux, sociaux et institutionnels incitent souvent à déclarer comme étant des morts naturelles ce qui n'est en définitive qu'un suicide bien réel.

A l'opposé, on sera plus attentif, et personne ne se plaindra bien entendu de cette attention, aux multiples tentatives de suicide de notre jeunesse, cri d'alarme d'un mal-vivre que notre société peine à entendre. Mais qui osera affirmer que, concernant toutes ces morts voulues ou accidentelles, nous mettons tout en œuvre pour en limiter l'hécatombe ?

Si le décès d'un adolescent interpelle donc et nous choque profondément car il reste pour beaucoup injuste et incompréhensible, celui d'un prisonnier, qu'il soit coupable ou non encore jugé, n'émeut ni n'interpelle par contre pas grand monde sur l'inhumanité de la prétendue justice des hommes et sur le traumatisme de l'incarcération.

Sans doute parce qu'ils sont rares, les suicides survenant au travail n'incitent encore que peu à remettre en question l'action souvent indigente des syndicats à l'égard de ce problème, le management parfois aveugle ou cruel de l'encadrement, l'insuffisance de la médecine du travail ou le fonctionnement peut-être inadapté d'une usine.

Enfin, le suicide d'un malade en institut psychiatrique n'est souvent qu'une vaguelette, quasi attendue, dans le ronron institutionnel. Il fait ainsi rarement scandale.

Quoiqu'il en soit, quelque soit l'âge auquel ils sont commis, il est désormais établi que les suicides sont le plus souvent la résultante, non d'un acte de folie passagère mais d'une souffrance psychologique prolongée. Une souffrance peut-elle donc être si grande qu'elle conduit au geste suprême mettant un terme à sa propre vie ?

Quelque soit l'âge de sa survenue, le suicide, ce meurtre de soi-même, parfois affirmation d'une dernière liberté, mais aussi parfois conclusion d'un raptus anxieux ou expression d'un désarroi extrême, est un geste qui devrait interpeller l'entourage car il agresse la société toute entière.

Quelque soit l'âge auquel il est commis, le suicide reste un acte irrationnel et mystérieux pour l'observateur, alors qu'il oeut être éminemment rationnel pour le sujet qui se tue. Pour celui-ci, ce geste se révèle alors être le seul acte qu'il reste à faire, un acte chargé de sens.

Combien faut-il, pour réaliser le geste ultime, que soient devenus insupportables les ruptures sentimentales et le sentiment d'inanité de la vie, le sentiment d'injustice ou de désespérance, les éventuelles brimades dans la famille ou sur le lieu de travail, les ruptures familiales ou sociales, les échecs amoureux ou professionnels, les douleurs physiques, les accusations injustifiées, ou le sentiment de déchéance liée à la décrépitude qui peut accompagner certaines vieillesses ? Combien faut-il que devienne intolérable la solitude et qu'apparaisse inutile et sans issue le restant de sa vie, que soit effrayante la perspective de la mort si proche, pour que tout cela devienne « invivable » et qu'un adolescent, un jeune adulte, un

prisonnier, un père de famille ou un vieillard décident d'abréger leur vie, dans un même élan, parfois de façon préméditée, réfléchie, inébranlable, préparée et cela fréquemment de manière silencieuse et cachée ?

Malgré les conclusions de cette analyse factorielle qui tente d'expliquer les raisons de nombreux suicides, il paraît difficile à la plupart d'entre nous de ne pas porter de jugement moral, éthique, philosophique ou religieux sur le suicide. Ce jugement s'étend alors aux suicidants, ôtant par là même une partie de leur efficacité aux tentatives de prévention de ce fléau contre lequel personne ne peut s'affirmer définitivement prémuni.

Il faut bien se l'avouer, comme de tout temps, le suicide n'émeut encore aujourd'hui en réalité pas grand monde, sauf les familles directement intéressées par ce drame. Trop tard !

Gênées par ce phénomène du suicide, nos sociétés ont édulcoré leur vocabulaire. Elles l'ont aseptisé par une espèce d'hypocrisie et de technicisation du langage qui va jusqu'à la création d'une science spécifique, la suicidologie. Comme si le suicide était devenu l'affaire exclusive de spécialistes !

Après l'avoir religieusement condamné, elles ont judiciarisé le suicide puis elles l'ont désormais médicalisé. Ce qui est une façon de dédouaner indûment le suicidé comme son entourage, d'une quelconque responsabilité.

Le suicide est partout autour de nous. Il guette chacun de nous car il parait consubstantiel à la nature humaine. Il nous faut donc en accepter l'existence, au moins en accepter la question. Il nous faut accepter que le sui-

cide soit un geste parfois chargé de sens, parfois imprécateur, parfois chargé d'amour. Parfois un égarement aussi.

C'est pour jeter un cri d'alarme contre cette relative indifférence ou ce faux intérêt de notre société toute entière pour le suicide, que j'écris cet ouvrage. Je le dédie ainsi à tous ceux qui sont morts et mourront encore après avoir lancé préalablement un appel que nous refusons parfois ou sommes incapables d'entendre. Je le dédie également à tous ceux qui luttent auprès des suicidants pour les aider à redécouvrir ou à retrouver un autre sens à leur vie. Je le dédie enfin aux proches des suicidants que ce geste plonge fréquemment, de façon souvent injustifiée, dans une culpabilité profonde et durable.

Tout commence officiellement avec Emile Durkheim, un des pères de la sociologie française, et avec son ouvrage fondateur « Le suicide » paru en 1897. Ses premières études sur les facteurs de suicide, sont les premières statistiques réputées comme étant, à l'époque, objectives et sérieuses. Durkheim y expose une vision prospective, mais à présent en partie controversée, de l'évolution des taux de suicide à venir. Il donne alors la première définition de la mort volontaire : « *tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* ».

Un autre sociologue, Maurice Halbwachs, environ trente ans plus tard, reprendra pour lui-même cette définition et prolongera, de façon cependant critique, les travaux initiés par Durkheim. Car il est plus facile de criti-

quer cette définition que d'en proposer une nouvelle. Pendant quelques temps, la sociologie va rester engluée alors, faute d'outils scientifiques réels, dans les mêmes errements statistiques et dans une démarche sociologique exclusive. Cependant, Halbwachs va déjà insister sur les causes environnementales qui pourraient expliquer ou conduire au suicide, et il fera aussi leur place aux causes endogènes du suicide, en particulier les causes médicales.

Comme le pressentait justement déjà Emile Durkheim, il n'y a donc pas un suicide mais « *des suicides* ». Le suicide des enfants se distingue du suicide des classes plus âgées, celui des adolescents se démarque lui-même de celui des adultes et de celui des vieux, le « *suicide sacrifice* » se différencie du suicide des individus atteints de psychose ou de démence.

Selon Durkheim, il existerait trois types de suicide. Le « *suicide égoïste* » concernerait l'homme ou la femme qui, dégoûtés de la vie, tentent d'échapper à une existence jugée misérable ou douloureuse.

Le « *suicide anomique* », suicide des veufs et des divorcés, serait la réponse qu'ils apportent à une impossibilité d'adaptation à une organisation de la société qui change pour eux peut être un peu trop vite.

Quant au « *suicide altruiste* », plus rare, ce serait le suicide des gens qui se sacrifient à autrui. C'est le suicide de Pierre Brossolette, celui du héros qui sauve un autre homme, mais aussi le suicide du vieillard qui ne veut plus être une charge pour ses enfants ou pour la société. Nous

verrons pourtant, avec Jean Baechler, qu'il faut désormais élargir la définition du suicide.

Après Maurice Halbwachs, on peut en effet proposer aujourd'hui, à la lumière des études menées depuis maintenant plus d'un siècle, qu'une acception plus large soit donnée au terme de suicide. On peut y inclure toutes les « *tentatives de suicide* » (qui ne sont en réalité peut-être que des suicides dits « ratés ») et les « *velléités de suicide* » (dont le risque est qu'elles se concrétisent). Toutes correspondent vraisemblablement à un état psychologique quasi identique à celui du suicide dit « réussi ». Nous devons y adjoindre également les « *idées de suicide* » (qui pourraient témoigner d'un terrain psychologique prédisposant fortement au passage à l'acte et sur lequel peut s'exercer efficacement la prévention). Il convient de ne pas oublier de citer les « *fantasmes suicidaires* », ces scénarios imaginaires figurant l'accomplissement d'un désir inconscient de suicide.

Surtout, et cela est vrai en particulier chez la personne âgée, il faut désormais inclure dans notre définition les « *équivalents suicidaires* », fort nombreux, que sont les refus de soins et les refus alimentaires (qui sont assez spécifiques des classes très âgées), les syndromes de glissement (également propres aux âgés), les conduites ordaliques et à risques (qui ne sont curieusement pas l'apanage exclusif de l'adolescence), les conduites toxicomaniaques (en particulier de l'adolescent et de l'adulte jeune mais qui incluent aussi l'alcoolisme chez l'âgé). C'est d'ailleurs cette dernière catégorie des équivalents suicidaires qui, si elle était prise en compte, gonflerait considérablement les statistiques en les multipliant

peut-être par deux à trois, notamment dans le grand âge. On comprend en conséquence que personne, au niveau des décideurs politiques et de l'action sociale, n'ait actuellement intérêt à les retenir dans la définition élargie du suicide.

Le suicide demeure la première cause de décès par mort « non naturelle ». C'est une mort violente.

Que le suicide des jeunes dérange, on le sait. La jeunesse n'est pas faite pour mourir et une société qui ne donne pas suffisamment de raisons de vivre à ses jeunes peut et doit se poser des questions sur elle-même.

Que le suicide des vieux n'intéresse personne ou presque, cela peut aussi, mais parfois seulement, se comprendre. Sachant que cette mort vient mettre fin à des souffrances physiques ou psychologiques, certains en viennent même à dire qu'il est une bénédiction ! Il est vrai que l'on peut aussi imaginer que, si l'on accepte d'être sordide, par les pensions de retraite qui ne seront plus versées, par les successions anticipées, par les frais de pensions qui cessent d'être à la charge des descendants, par les assurances-vie qui sont refusées et par les soins que l'on n'aura plus à fournir, cette mort un peu prématurée prématurée arrange souvent beaucoup de monde et peut s'avérer socialement et économiquement rentable. La même réflexion pourrait même être cruellement étendue au suicide carcéral ou à celui des malades psychatrique internés de façon prolongée en « asile » !

Se tuer ! Quel cheminement intérieur peut-il conduire un homme à en venir à pareille conclusion ? On élude souvent cette question embarrassante en faisant

du suicide le résultat d'un raptus anxieux, d'un mouvement impulsif dicté par le désespoir, d'un acte compulsif non arrêté à temps, voire du geste désinhibé et inconscient du dément ou du dépressif. Mais penser cela équivaut en quelque sorte à nier la responsabilité du suicidant et à lui confisquer tout sens à sa démarche.C'est faire de son suicide un geste inutile. Et c'est oublier que le suicide est bien souvent un acte conscient, même s'il demeure fréquemment soumis à l'influence de forces incontrolables.

Le suicidant met mal à l'aise bien du monde. Il interpelle son entourage et la société toute entière. En cela, on ne peut réduire le suicide à un problème individuel. Il pose au contraire la question de la relation entre les hommes, au sein de la famille tout d'abord, au sein de la collectivité de travail ou du groupe social au sens plus large, c'est-à-dire au sein de la communauté de vie. Il remet en question les équilibres relationnels et culpabilise tous ceux qu'il touche. Individu de relation, chaque être humain est une partie d'une histoire familiale, d'un groupe, d'une culture, d'une humanité. Le « meurtre de soi » est certes le meurtre d'un individu mais c'est également le meurtre de l'Autre autant que la condamnation d'un système et le meurtre symbolique de ce dernier.

Plus loin, l'épidémiologie nous montrera l'ampleur du phénomène et le rôle que jouent les facteurs individuels ou environnementaux. Ce sont ceux sur lesquels nous pourrions justement agir, s'il nous prennait l'envie sincère de prévenir ces morts inutiles. La connaissance de ces facteurs, en particulier d'une éventuelle prédisposition intrapsychique, devrait théoriquement permettre de

prédire, longtemps à l'avance, la propension qu'aura un jeune adulte à se suicider quand il sera parvenu à l'âge mûr ou durant sa vieillesse. Au moins de prédire chez celui-ci la probabilité d'avoir des pulsions suicidaires inquiétantes.

Ni la médecine ni la psychologie ne peuvent prétendent suffire à expliquer, à elles seules, les raisons qui vont pousser un homme ou une femme à commettre l'irréparable. La sociologie peut y aider. La philosophie aussi. Un tel travail est en réalité pluridisciplinaire. Ce doit être l'affaire de tous.

Si le constat est sévère, les perspectives d'avenir ne sont pas pour autant irrémédiablement sombres. Les funestes prédictions d'Emile Durkheim, en faveur d'une augmentation spectaculaire du nombre des suicides dans nos sociétés industrielles, se sont avérées heureusement démenties par les faits. Elles n'étaient que le résultat de théories exclusives et surtout d'une interprétation faussée par des statistiques qui ne pouvaient, à l'époque, qu'être orientées ou incomplètes.

Une prévention du suicide est donc possible, à laquelle tous doivent être associés de façon active : famille, voisinage, médecins, soignants, psychologues, enseignants, magistrats et pouvoirs publics.

Si la prévention s'avérait remplir son rôle, il ne subsisterait alors plus que les quelques suicides dits « *philosophiques* » qui procèdent d'une réflexion existentielle aboutie et qui sont, pour cette raison, un succès personnel. Ceux-ci ne sont alors, en aucun cas, un échec de

notre organisation sociale, ni celui d'un individu, ni même celui de la vie.

Il n'y a sans aucun doute pas de question plus essentielle que celle du sens de la vie et du pourquoi de la mort. Le philosophe Albert Camus en fait l'introduction du Mythe de Sisyphe : le suicide est « *la seule question philosophique qui vaille* ».

En réalité, le suicide n'est que rarement, dans notre civilisation actuelle, un geste réfléchi, délibéré et positif ou l'aboutissement d'une réflexion philosophique. Il n'est possible que lorsqu'un ou des facteurs déclencheurs interviennent, ceux-là même sur lesquels la prévention peut être la plus efficace.

Si bien que je crois, sauf le respect que je dois à ce philosophe qui fut un des maîtres de mon adolescence, que lorsque on a exploré le cheminement qui conduit le suicidant à accomplir le geste fatal, quand on a partagé sa souffrance, quand on a compris l'inanité qu'il y a parfois à tenter de remonter sans cesse un rocher au sommet de la montagne, on ne peut imaginer Sisyphe « *heureux* ». Et que l'on regarde alors le suicide d'une autre façon.

CHAPITRE UN

UN NECESSAIRE ETAT DES LIEUX
QU'EST-CE QUE LE SUICIDE ?

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide. Une raison de vivre est, en même temps, une excellente raison de mourir. Je juge donc que le sens de la vie est la plus pressante des questions. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie ».

Albert Camus

Se suicider, c'est quitter la vie par un acte volontaire, alors qu'il est habituel que ce soit plutôt la vie qui nous quitte, contre notre volonté ?

En 1995, dans son livre sur l'histoire du suicide, Gérard Minois nous rappelle que le mot suicide, en tant que néologisme issu du latin « sui cidere » qui signifie se tuer, n'apparaît qu'au début du XVIII^{e} siècle. On employait auparavant le terme « d'homicide de soi », de « crime contre soi-même », puis de « meurtre volontaire de soi-même » ce dernier étant un terme inventé par l'abbé Desjardins en 1737. Ces violentes périphrases témoignaient alors, d'une part de l'embarras ou de l'horreur à nommer un geste incompréhensible qui suscitait la réprobation générale, d'autre part des jugements moraux, juridiques et surtout religieux qui prévalaient à l'époque.

S'il existe plusieurs définitions du suicide, la première définition officielle qui ait été reconnue sera celle donnée par Emile Durkheim à la fin du XIX^{e} siècle : « *on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* ».

Cette définition est arbitraire et très restrictive, car elle ne fait pas mention, et situe hors du champ d'observation, toutes les tentatives de suicides comme les suicides automatiques, impulsifs ou non conscients, ainsi que les suicides par délégation. Si un autre sociologue, Maurice Halbwachs, dira quelques décennies plus tard qu'il n'y en a pas de meilleure, il la modifiera toutefois à la marge, en supprimant de son champ les suicides altruistes et en émettant un doute quant à la nécessité d'une intention délibérée obligatoire dans le déterminisme du suicide.

Entretemps, d'autres auteurs se seront essayés à des définitions, vague et inconsistante comme celle de Deshaies, ou plus arbitraire encore et plus incomplète comme celle que propose Achille-Delmas, lequel insiste sur la fréquente voire nécessaire lucidité du suicidant et sur la notion de choix, tout en excluant lui aussi la « tentative de suicide » de la définition.

La définition la plus complète et qui nous convient le mieux actuellement, celle qui recouvre la quasi totalité des situations suicidaires et laisse la porte ouverte à des élargissements, est sans aucun doute celle proposée ultérieurement par Jean Baechler dans son ouvrage « Les suicides » paru en 1975.

Pour cet auteur, le suicide désigne « *un comportement et non un acte, qui cherche et trouve la solution, (*c'est-à-dire) *toujours la seule et bonne solution (*qui soit) *adéquate aux yeux du sujet car sinon celui-ci ne l'adopterait pas, d'un problème existentiel (qu'il soit d'origine endogène ou externe, réel ou imaginaire) dans le fait d'attenter à la propre vie du sujet* ».

En opposition à la classification d'Emile Durkheim qui distingue les suicides fatalistes, altruistes, égoïstes et anomiques, Jean Baechler propose une typologie également d'inspiration finaliste de quatre catégories de suicides. D'une part les « *suicides escapistes* », suicides dit de fuite devant une situation insupportable pour le sujet. Ce type de suicide inclue les suicides de deuil à la suite de « *la perte d'un élément central de sa vie ou de sa personnalité* » et les suicides « *châtiment* », en expiation d'une faute réelle ou imaginaire.

D'autre part, les « *suicides agressifs* », comprenant les suicides par vengeance pour provoquer les remords chez un tiers ou jeter sur celui-ci l'opprobre de la société, ainsi que les suicides pour faire pression dans une sorte de chantage en privant ce tiers de quelque chose à quoi il tient. Ce sont alors des suicides en signe d'appel de détresse, ou même des suicides qui entraînent l'autre dans sa propre mort.

Il distingue encore une troisième catégorie, les « *suicides oblatifs* », qu'ils soient des suicides « *sacrifice* », provoqués pour des valeurs jugées essentielles ou supérieures à sa propre vie, ou qu'il s'agisse de suicides « *passage* », choisis dans le but d'accéder à un état supérieur jugé plus satisfaisant.

Enfin, Jean Baechler parle des « *suicides ludiques* », qui comprennent, d'une part le jeu *« dans lequel le sujet se donne des chances de mort dans le seul but de jouer avec sa vie* », d'autre part l'ordalie, dans laquelle le sujet « *risque sa vie pour s'éprouver lui-même ou solliciter le jugement des dieux* ». Jean Baechler exclue, par cette classification même, les notions de suicides normal ou pathologique qui n'ont, de fait, plus aucun sens. En vertu de quel jugement de valeur peut-on estimer, en effet, normal ou anormal qu'un individu se donne la mort ou bien décide de continuer à vivre ?

Dans les années 60, Erwin Sneidmann avait proposé de définir le suicide comme étant « *un acte d'annihilation de soi, mieux compris comme un malaise multidimensionnel survenant chez un individu en état de besoin et qui définit un problème pour lequel le suicide est perçu comme étant alors la meilleure solution* ». Ce type de définition mêle à mon sens la platitude d'évidences à une phraséologie tarabiscotée.

De même, Jacques Lacan, dans un de ses fréquents raccourcis lapidaires et métaphoriques, réservés à un cercle d'initiés et qui méritent pour les autres des pages de longs développements explicatifs, définissait l'acte lui-même comme un « *saut impulsif dans le cerceau de papier des fantasmes suicidaires* » !

En pratique, et pour employer une lapalissade, on parle en général de suicide lorsque le geste se solde par la mort du sujet : il s'agit alors d'un « *suicide accompli* », complété, ou « réussi ». Cela différencie le suicide de la tentative de suicide au terme de laquelle le sujet survit. L'étude de l'un comme de l'autre a son intérêt : après un

suicide, il faut s'intéresser surtout aux répercussions chez ceux qui restent. Après une tentative, il faut surtout s'attacher à prévenir une récidive ou « *répétition* » mortelle.

En corollaire, à l'opposé du suicide dit accompli et de la tentative avérée, il existe des suicides symboliques, verbaux, intentionnels, ou manqués (par accident, par erreur, par simple menace ou par chantage).

Jean Baechler va élargir la définition du suicide. Il évoque le suicide « *direct* », le plus fréquent, qui est réalisé par le sujet lui-même, mais il évoque également la possibilité d'un suicide « *indirect* », plus rare ou rarement reconnu, comme la provocation de l'autre à son propre homicide.

Le suicide direct peut être un acte positif (dit « *actif* »), comme la pendaison ou la défenestration, ou négatif (dit « *passif* ») comme le refus de s'alimenter ou de recevoir un traitement.

Cet auteur parle également de suicide « *actuel* », dont la conséquence est la mort à court ou moyen terme, et le suicide « *tendanciel* » qui correspond plutôt aux comportements addictifs dont on sait que les conséquences sur la vie se feront sentir sur le long terme.

Le suicide peut être « *total* », soldé par la mort, ou « *partiel* ». Il s'agit dans ce cas d'un succédané de mort comme le réalisent les automutilations, les comportements autopunitifs, et cætera…

Le suicide est en fait une mort prématurée, comme en parle Brian L. Mishara dans « Comprendre le suicide » publié en 2004. Cela permet à cet auteur d'y inclure lui

aussi, ce qui nous semble important, les *morts intentionnelles*, liées à des comportements autodestructeurs qui diminuent l'espérance de vie à long terme. Il s'agit des « *comportements suicidaires indirects* », mais dont on peut douter parfois de l'intentionnalité réelle. Si ces suicides sont le plus souvent conscients, certains d'entre eux se situent parfois à la limite du champ de la conscience, ce qui a fait évoquer la possibilité de « *suicides subintentionnels* ».

S'il existe des suicides à l'évidence délibérés, accomplis en pleine conscience, d'autres laissent en effet planer un doute quant au caractère volontaire avec lequel le geste est réalisé.

Pour ce qui concerne l'intentionnalité du geste, Erwin Sneidmann, déjà cité, a défini quatre modalités de mort dans le suicide. La « *cessation* » est représentée par le suicide absolu, où la mort est totale et définitive. Elle correspondrait à un réel désir d'anéantissement. La « *terminaison* » est représentée chez le sujet par l'arrêt des fonctions physiologiques. La mort est relativisée par l'espoir d'une survie, qu'elle se fasse par l'intermédiaire de la mémoire des êtres chers ou par le passage à la postérité. « *L'interruption* » est assimilée par le sujet au sommeil, à l'anesthésie ou au coma. Il s'agit pour lui d'une suspension temporaire de la conscience, avec l'espoir d'un retour à une conscience normale. La « *continuation* », enfin, est une notion retrouvée dans les suicides où n'existe pas de réel désir de mourir, le sujet n'accomplissant son geste que pour fuir une situation momentanément insupportable. Il concerne certaine-

ment une grande part des suicides aussi bien des jeunes gens que des personnes âgées.

Divers auteurs ont assimilé à des actes suicidaires les comportements létaux à plus ou moins long terme. Farberow inclue dans les suicides les comportements autodestructeurs, que ceux-ci soient directs ou indirects. Charazac-Brunel évoque la valeur suicidaire de certaines maladies psychosomatiques. Frighi inclue même dans les conduites suicidaires l'anorexie mentale essentielle de la jeune fille. On pourrait y adjoindre les fréquentes anorexies terminales des vieillards, peut-être le syndrome de glissement et certains médecins ou psychiatres osent aussi évoquer le suicide psychique que représenterait la fuite dans la folie, le délire ou la démence.

Une façon opératoire de considérer le suicide est assurément de distinguer, mais dans un but purement statistique et épidémiologique, comme l'évoque Luc Lewis dans son livre « Le suicide des adolescents », le « *suicide action* » et le « *suicide processus* ». Le suicide action est l'événement ponctuel et statique de se donner la mort et le suicide processus est l'aboutissement d'un long cheminement psychique vers l'acte létal commis au cours d'une crise. Cette distinction peut être le support d'une réflexion pour une action préventive efficace.

La tentative de suicide est un acte intentionnel, exécuté dans le but de se suicider, mais qui n'aboutit pas à la mort. C'est une situation, selon Lewis, « *dans laquelle un individu a manifesté un comportement qui met sa vie en danger avec l'intention réelle ou supposée de causer sa mort ou de faire croire que telle est son intention, mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort* ». Le caractère incom-

plet du geste, ou son échec, ne doit pas pour autant minimiser la portée de celui-ci ni faire douter du désir ou du risque de se tuer. On peut imaginer, dès lors, qu'une tentative qui aboutit à la mort n'est pas un suicide mais une « *tentative ratée* ». Comme on peut classer dans les tentatives de suicide ce qui n'est en réalité qu'un suicide raté. Mais quoiqu'il en soit, au niveau du sens symbolique, il existe une grande différence entre l'intention de se donner la mort pour mettre fin à une souffrance immédiate intense ou pour attirer l'attention d'un tiers, et celle de vouloir mourir parce que l'on ne voit aucune raison valable de continuer à vivre.

On compte environ, toute population confondue, un suicide complété (accompli ou réussi) pour une centaine de tentatives de suicides. Mais ces chiffres sont très variables selon les sexes et selon les âges. C'est ainsi que l'on dénombre 1 suicide accompli pour 15 tentatives chez les adolescents mâles, contre 1 pour 160 tentatives chez les jeunes filles. Tandis que le rapport est de 1 suicide accompli pour 3 tentatives chez les vieillards.

Le nombre de gens ayant fait une tentative de suicide dans leur vie est considérable puisqu'on l'estime à 1 personne sur 50, ce qui en fait un comportement extrêmement fréquent, quasiment consubstantiel à la nature humaine. Ce chiffre élevé est lié au fait que l'on ne distingue pas de hiérarchie dans le degré d'intentionnalité ni dans la gravité du geste. Kreitman parle de « *parasuicide* » dans les cas où l'intentionnalité de mourir est faible voire non revendiquée.

Relevons d'emblée le grand danger qu'il y a à sous-estimer la valeur de la tentative de suicide. Cet authentique suicide qui a échoué, volontairement ou non, conserve tout son sens : le désir d'absolu et le désir de vivre mieux. Il ne s'agit pas d'une régression psychique, mais plutôt d'une interpellation de l'entourage et du monde, de l'expression d'un mal-être non dit ou d'un « dit » non entendu ou mal compris.

La « *velléité suicidaire* » exprime la volonté de se tuer sans qu'il y ait de passage à l'acte ou lorsque l'acte est juste ébauché.

« *L'idée suicidaire* » est une idéation mentale qui consiste dans la simple pensée de se tuer, ou dans la pensée que l'on pourrait se tuer. Au début de notre présent siècle, le ministère du Québec a défini celle-ci comme « *incluant les comportements qui peuvent être directement observés ou entendus et par rapport auxquels il est justifié de conclure à une intention possible de suicide, ou des comportements qui tendent vers cette intention, mais où l'acte létal n'a pas été accompli* ». Mais, qui dit idée dit notion abstraite, relevant du domaine de la pensée et de la représentation psychique. Cette représentation est bien distante, au contraire de cette dernière définition, du caractère actif d'un comportement conscient.

C'est pourquoi est plus intéressante la notion de « *fantasme suicidaire* ». Contrairement à l'idée suicidaire qui est consciente, le fantasme suicidaire est une élaboration psychique qui échappe à la conscience. Cette notion active, directement produite par l'activité cognitive se-

condaire, est la « *construction imaginaire de scénarii figurant l'accomplissement d'un désir inconscient de suicide, mais sans passage à l'acte* ». Il semble que ce mécanisme inconscient d'apaisement de l'angoisse puisse concerner chacun d'entre nous, à un moment donné de sa vie. Il est difficile d'accorder à ce fantasme suicidaire une quelconque valeur prédictive de risque de suicide, bien que, dans certains cas, il faille y voir, pour certaines populations, un signe précurseur ou un marqueur qu'il serait important de prendre en compte.

Les « *conduites suicidaires* » sont des conduites conscientes visant à se donner la mort. Elles ne doivent pas être confondues avec les « *conduites à risque* » qui désignent des comportements où existe le risque potentiel de mourir, sans que le sujet en est ni la volonté ni forcément la conscience.

Il faut évoquer enfin, avec Pierre Moron dans un petit livre paru aux PUF en 2005, le chantage au suicide « *parce qu'il s'accompagne dans les faits d'un geste suicidaire et que l'attitude psychologique dont il résulte est, d'une certaine façon, proche, par son ambiguïté, de l'attitude de tout autre suicidant* ».

Enfin, on l'a vu, certains « *équivalents suicidaires* » s'apparentent au suicide car ils répondent en partie à la définition princeps. Il peut s'agir des refus de soins et de traitements, le refus de manger ou des comportements toxicomaniaques dont l'issue fatale est reconnue à brève échéance.

Suicide assisté et euthanasie, appelée en Suisse « *aide à l'autodélivrance* », ce qui en dit long sur ce que

pensent les Suisses de certaines situations humaines, sont des entités à part. Certains les considèrent comme d'authentiques suicides dans la mesure où elles procèdent d'une demande de mort. Il s'agirait bien, alors, non de meurtres mais de suicides, au moins du point de vue de la personne concernée. Si elles méritent actuellement une réflexion particulière, en particulier sur le point juridique, c'est qu'intervient la responsabilité directe et immédiate d'un tiers, en l'occurrence d'un médecin, professionnel auquel on demande ordinairement plutôt de lutter contre la mort.

Le geste suicidaire est le plus souvent réalisé au cours d'une « *crise suicidaire* » dont la durée est parfois extrêmement brève, comme lors du raptus du mélancolique, mais qui peut aussi être de durée plus ou moins longue et s'étaler parfois sur « un large pan de la vie ».

Les évènements de vie interviennent comme les éléments déclencheurs du passage à l'acte ou le favorisant. Ils sont parfois les « amplificateurs » de la situation qui a construit lentement les conditions qui conduisent au suicide. Ces évènements ont souvent été confondus à tort avec les causes présumées du suicide. Cette crise suicidaire est considérée comme un moment fécond de la vie, période d'intenses réflexions et de bouleversements psychiques potentiellement créateurs.

On se doit d'évoquer enfin chez le suicidaire la possibilité d'un « *potentiel suicidaire latent* », comme l'a conceptualisé R.E. Litman. Ce potentiel suicidaire amène le sujet à imaginer de mettre fin à ses jours. Il survient au cours d'une crise de mal-être psychique et invite l'individu à envisager que la mort pourrait être une solu-

tion à sa souffrance, l'amenant à modifier notablement son comportement en conséquence.

La « *vulnérabilité au suicide* » se définit comme étant « *la difficulté de l'appareil psychique à tenir son rôle d'adaptation de l'individu et de composition entre ses besoins et ses désirs et les contraintes de l'environnement* ».

On y oppose alors la solidité face au suicide, la résistance ou plutôt la « *résilience* » qui est la capacité à résister, à protéger son intégrité et à se construire ou à se reconstruire face à l'adversité. En bref, à tenir le coup et à redémarrer..

Certains meurtres enfin, ne seraient en fait que des « *suicides par procuration* », la personne décédée ayant poussé un tiers à bout au point de l'amener à le tuer. C'est le cas chez quelques psychopathes ou dans certains conflits conjugaux, par exemple.

Si bien que ces différentes définitions, qu'il était essentiel de fournir au lecteur, nous amèneront à utiliser, en parlant du suicide, le terme de « *suicidés* » quand il s'agit de ceux qui ont accompli leur geste au point d'en mourir, le terme de « *suicidants* » pour ceux qui ont réalisé une tentative mais ont réchappé à cet acte, celui de « *suicidaires* », enfin, pour ceux qui pensent au suicide sans passer encore à son exécution pratique mais mettent en jeu leur vie par des comportements à risque.

LE SUICIDE DANS L'HISTOIRE

Il n'existe que peu d'ouvrages consacrés de façon spécifique et synthétique à l'histoire du suicide, hormis le remarquable travail de Georges Minois paru en 1995. A côté de cela, seules traînent ça et là des anecdotes ou des bribes de renseignements que l'on peut découvrir au hasard de lectures éparses.

Les décès par mort volontaire sont des décès d'une signification moins historique ou démographique que philosophique, morale, culturelle ou religieuse. C'est pourquoi leur étude a souvent été abordée plutôt sous ces derniers éclairages que sous l'aspect historique à proprement parler.

Le suicide a tout d'abord été le plus souvent condamné et rejeté. Il a suscité la réprobation des autorités publiques et religieuses car il apparaissait comme étant une faute contre la nature des choses. A l'incompréhension suscitée par un tel geste, s'ajoutait le côté intolérable d'une attitude représentant tout d'abord une rébellion contre l'ordre social. La vie de l'individu appartenait de droit tantôt à son suzerain, tantôt à la société, toujours aux divinités. Se tuer était alors vécu par le groupe comme une sorte d'accusation définitive d'une politique sociale jugée inefficace. Il s'apparentait en outre à une insulte aux desseins de Dieu, une défiance dans sa miséricorde, une manifestation d'orgueil en quelque sorte.

Analysée le plus souvent comme manifestant une lâcheté devant la vie et devant les hommes, la mort volontaire a été le plus souvent, et pendant longtemps, l'objet de tous les opprobres. Mais avec le temps, avec la montée de la Raison et avec les avancées des connaissances

scientifiques, une évolution s'est faite peu à peu, tentant d'expliquer que certaines de ces morts prématurées et inexplicables pouvaient parfois être l'œuvre de la folie, laquelle avait alors le mérite d'exonérer certes le sujet d'une responsabilité morale et civique mais surtout de lever la culpabilité de la société toute entière.

De juridique et morale, la question du suicide est alors devenue médicale et philosophique, en même temps qu'elle devenait une préoccupation sociale et de santé publique.

Nous connaissons mal les époques préhistoriques mais il est probable que, en raison de l'espérance de vie limitée de nos ancêtres et de la prééminence qu'avait la lutte quotidienne pour la survie, il y ait eu assez peu de suicides authentiques. Les préoccupations de nos ancêtres étaient ailleurs.

En effet, atteindre l'âge de trente-cinq ou quarante ans devait jadis être un exploit, et toutes les forces de l'individu et du groupe étaient consacrées à la survie sans laisser grand temps pour que se posent d'aussi secondaires, voire inutiles en apparence, questions morales, existentielles ou métaphysiques. Au-delà de cet âge de la pleine puissance physique, ses forces déclinant, la survie du chasseur et du nomade était vraisemblablement et naturellement compromise. Les causes naturelles et violentes des décès, infections épidémiques, accidents de chasse ou de guerre intertribale, devaient suffire pour éviter le recours au suicide. L'homicide sacrificiel, le cannibalisme et l'euthanasie furent peut-être les solutions les plus facilement adoptées pour régler le sort des malades, des inutiles et des vieillards. Mais peut-être aussi,

dans ces civilisations encore nomades, le suicide fut-il la solution individuelle, altruiste et sociale choisie lorsque le handicap ou à la vieillesse compromettaient la survie et surtout les déplacements du groupe ?

On peut imaginer que, ultérieurement, lorsque l'humanité prit l'orientation d'une civilisation d'agriculteurs et lorsque les conditions de vie devinrent plus sédentaires, plus stables et plus clémentes, le nombre de suicides a pu ensuite progresser, dans les diverses classes sociales et à tous les âges. Et, avec l'allongement progressif de la durée de la vie, se posait de plus en plus la question du sort des incurables et des vieillards.

Quoiqu'il en soit, les suicides devaient y rester tout de même encore relativement rares. Le mode de vie en petits groupes fermés sur eux-mêmes favorisait la solidarité inter-individuelle, dont on sait que son absence est un déterminant important de la décision de se donner la mort, au côté des pulsions entrant dans le cadre de dérèglements psychiatriques.

Les périodes historiques nous sont par contre mieux connues, qu'elles aient laissé des traces écrites ou qu'une tradition orale les aient perpétuées jusqu'à nous. Explorateurs et ethnologues nous ont rapportés de leurs voyages les expériences de nombreuses peuplades qui, durant les siècles derniers, avaient trouvé dans l'assassinat ou l'acculement au suicide de leurs vieillards la solution aux problèmes économiques, aux luttes pour le pouvoir et aux problèmes sociaux que ceux-ci posaient au groupe, et

aussi à la question de l'insupportable et douloureuse décrépitude accompagnant parfois la maladie et la vieillesse.

En tout état de cause, même si les études nous font défaut pour chiffrer l'ampleur du phénomène, il semble que le taux de suicide ait été à peu près constant dans le temps des périodes historiques, quelques soient les sociétés, les cultures, les cultes religieux pratiqués et quelques soient les régimes politiques alors en cours. Aucune donnée n'est cependant disponible pour mesurer avec précision l'importance numérique du phénomène.

C'est ainsi que, dans son ouvrage sur « La vieillesse », Simone de Beauvoir nous raconte que les Yacoutes de Sibérie, les Fang au Gabon et les Sirious en Bolivie, tuaient parfois, avec leur assentiment ou parfois même contre leur gré, leurs vieillards lorsque ceux-ci menaçaient l'économie du cercle social ou lorsque leur présence contrariait l'autorité montante des jeunes adultes. Parce que cette mort correspondait au vœu de la collectivité qui considérait que ces hommes et ces femmes n'avaient plus leur place dans le groupe, parce que cette mort s'intégrait dans un rituel accepté, et peut-être aussi parce qu'il n'existait pas de remède efficace aux douleurs des pathologies chroniques de la vieillesse, les ancêtres se prêtaient au sacrifice, peut-être volontairement mais peut-être aussi sans nécessairement un grand enthousiasme. Plus que des homicides, il s'agissait assurément alors de morts acceptées, de suicides par procuration en quelque sorte.

Tout le monde a en tête le suicide ritualisé des vieux Japonais faisant l'ascension de la montagne sacrée lors-

qu'était décidée l'heure de leur mort. Des pratiques identiques ont été rapportées chez les Lapons qui s'isolaient sur la banquise ou partaient à la dérive dans leur kayak, s'abandonnant au froid glacial et à la dent des ours blancs ou des épaulards. Les Scythes, quant à eux, s'immolaient volontiers lorsqu'ils étaient parvenus à un âge avancé. On peut citer enfin les veuves indiennes s'immolant sur le bûcher de leur époux, bien qu'il ait été démontré que cette pratique, appelée le « suttee » et qui a théoriquement disparu de nos jours, était effectuée sous la contrainte sociale mais aussi physique, s'apparentant dès lors à un authentique homicide plutôt qu'à un véritable suicide.

Appartenant à notre histoire récente, les Gaulois tuaient ou euthanasiaient facilement les vieillards malades qui le demandaient, et les funérailles des chefs de tribus s'accompagnaient fréquemment d'hécatombes rituelles perpétrées parmi leurs proches, familles, serviteurs ou soldats. Les Germains, dont le mépris pour la vieillesse est connu, abandonnaient aux loups de la forêt ou égorgeaient même les vieillards, résignés, qu'ils considéraient comme un poids inutile ou comme un obstacle à la prospérité du groupe. Ainsi, ces sacrifiés pouvaient-ils accéder au Walhalla, le Paradis des dieux. Les Wisigoths, pour leur part, précipitaient les aïeux du haut d'un rocher, cette mort librement acceptée leur ouvrant ainsi les portes du Paradis.

Toutes ces pratiques étaient dictées par l'impérieuse nécessité de garantir la survie du clan, à des époques où les conditions économiques précaires ne pouvaient per-

mettre de tolérer des bouches superflues, où le nomadisme empêchait de s'encombrer de malades retardant la marche de la tribu, et où les nécessités de conquête ou du maintien des territoires commandaient d'accorder l'autorité non aux anciens mais à de jeunes adultes plus hardis ainsi qu'aux chasseurs et aux guerriers en âge de combattre et de vaincre.

Ce sont ces mêmes considérations qui expliquaient sans aucun doute que le suicide des jeunes ait été à l'époque condamné car il amputait la société d'une partie de ses forces vives.

Le monde antique a eu une position partagée concernant le suicide. Cyrénaïques, cyniques, épicuriens et stoïciens y voyaient l'expression suprême de la liberté individuelle : la vie ne valait que si elle était belle. Dans le cas contraire, le suicide devenait dès lors légitime car conforme à la raison et à la dignité. Le suicide philosophique était ainsi consacré. De nombreux philosophes, pour certains âgés, y succombèrent tels Diogène, Epicure, Caton, Lucrèce et Pythagore (bien que les pythagoriciens critiquèrent ensuite le suicide). Zénon et Démocrite quittèrent eux aussi volontairement la vie pour échapper à la décrépitude qu'ils ressentaient dans leur vieillesse.

Platon et Aristote, qui influèrent ensuite fortement pendant plus de mille ans sur la pensée occidentale et sur sa vision du suicide, condamnaient tous les deux ce dernier avec une grande fermeté, quelque soit l'âge de l'impétrant.

Ainsi, Aristote le réprouvait de façon catégorique comme étant une grande lâcheté. Il estimait que l'individu avait des devoirs envers les dieux qui étaient les seuls à pouvoir décider de sa vie et de l'heure de sa mort.

Platon, d'une façon plus nuancée, s'accordait à penser que la mort volontaire pouvait être légitime en cas de maladie incurable ou douloureuse. Cependant, l'homme étant un être social inséré dans une communauté, il ne s'appartenait pas et ne devait pas raisonner pour son intérêt personnel. L'individu avait des devoirs envers une cité où l'homme devait assumer sa mission de citoyen avant de penser à son intérêt personnel.

Aux yeux de ces deux philosophes, seuls étaient excusés le suicide mystique répondant à un appel des dieux, le suicide effectué en obéissance aux lois de la cité (comme le fit Socrate) et les quelques suicides motivés par les maladies incurables ou la grande misère. C'est dans ce contexte qu'était accepté ou toléré le suicide des vieillards.

A Rome, le suicide s'apparenta tout d'abord à une mort maudite et condamnable. Puis l'influence des Grecs amena peu à peu les Romains à considérer que l'homme pouvait parfois disposer de sa vie à sa guise, en particulier lorsque celle-ci devenait trop pénible ou altérée par des souffrances intolérables.

Cicéron et Virgile, ainsi que d'autres intellectuels et philosophes, le condamnèrent ou le légitimèrent en fonction des raisons qui le dictaient, et certains de ces penseurs se suicideront d'ailleurs eux-mêmes. Caton, dont on s'accorde à penser qu'il n'avait aucune raison apparente

de se tuer, mettra fin à ses jours, dans un geste suicidaire considéré comme l'expression d'une liberté individuelle intégrale.

Sénèque faisait preuve d'un pessimisme résigné. Bien qu'étant opposé au suicide en tant que tel, il comprenait qu'on puisse y être conduit, en particulier si la vieillesse empêche de jouir de la vie. Il se suicidera d'ailleurs sur l'ordre ou la pression de Néron, pour échapper à un probable et imminent assassinat par la garde de celui-ci. Ses écrits feront des émules et seront suivis de nombreux suicides parmi ses élèves et ses lecteurs. Mais, aux environs du II^{e} siècle et dans le monde romain finissant, on assiste au retour d'une hostilité générale vis-à-vis de la mort volontaire.

La mort volontaire des ancêtres, de pratique naturelle autrefois lorsqu'il s'agissait d'assurer la survie du groupe, s'apparentait donc à celle du miséreux. Elle était bien éloignée du suicide glorieux, sacrifice héroïque et magnifié des guerriers protégeant la retraite de leurs camarades ou refusant la défaite. Elle demeurait également sans comparaison possible avec celui des martyrs refusant l'abjuration de leur foi. A moins que, paraissant accidentelle, elle demeure ignorée ou cachée, cette mort volontaire était jugée surtout égoïste et empreinte de lâcheté face à l'infortune, face au déshonneur, face à la maladie, face à la souffrance, en somme face à la vie et à ce qui l'accompagne. Même si elle pouvait arranger familles et descendants, elle sera ainsi longtemps condamnée de principe, ou tenue secrète.

Durant quinze siècles, l'Occident chrétien eut une opposition tranchée et inébranlable, en harmonie avec celle, tout aussi irréductible, du pouvoir féodal et du pouvoir religieux qui s'épaulaient l'un et l'autre.

Dans l'empire de Constantin et son régime totalitaire, les chantres du droit civil et ceux du droit canonique s'accordaient pour déclarer sacrée la préservation de la vie humaine. Ils firent d'ailleurs beaucoup pour le recul des libertés individuelles et s'entendirent donc afin de pourchasser le suicide et en dissuader les gens. C'est ainsi qu'après eux, bien que mort, le suicidé sera par exemple supplicié et ses biens confisqués au profit du roi, du seigneur ou du clergé. A cette époque, la pensée chrétienne prétend donner alors en effet une réponse à tout. Elle définit et impose les normes en matière de savoirs et elle dicte les règles de morale et de conduite. Pour l'Eglise, le suicidé est considéré comme étant en état de péché mortel.

Saint Thomas d'Aquin décrit le suicide comme un attentat contre la nature, une rebellion contre Dieu et contre la société. Quant à lui, Saint Bonaventure prône l'amour immodéré de soi-même, remède à la tentation suicidaire. Dans ses Confessions, Saint Augustin ose même critiquer, mais sans la condamner car il la considère comme résultant d'un appel divin, la mort le plus souvent provoquée et volontaire des martyrs chrétiens des premiers siècles.

Il n'existe pas de statistiques fiables des morts volontaires durant ces quelques siècles. Seuls les jugements et les cahiers paroissiaux permettent d'avoir une idée de la répartition sociologique des suicides et de leurs causes.

Certes, quelques nobles et même des membres du clergé se tueront au cours d'un vraisemblable accès mélancolique, pour des raisons d'honneur ou encore afin d'échapper à une infamie. Les suicides des grands devaient restés cachés pour d'évidents motifs patrimoniaux. Et les suicides répertoriés ne feront ainsi état que des suicides des personnes les plus âgées du peuple, dont la pauvreté les assimilait fréquemment aux miséreux. L'extrême précarité ou les difficultés économiques de même que l'incurabilité devaient être ainsi les motifs les plus fréquents de suicide au Moyen-Âge.

Plus tard, la société civile et les penseurs laïcs hésiteront longtemps quant à l'attitude à adopter vis-à-vis de la mort volontaire.

Les textes fondateurs du christianisme sont peu explicites et aucun ne condamne expressément le suicide. Certains théologiens de l'époque considèreront même la mort du Christ comme étant un suicide altruiste, sa mort librement provoquée et acceptée étant nécessaire pour l'accomplis-sement de sa mission divine ! Cette thèse a été étudiée récemment, en particulier par P. E. Dauzat, dans un livre paru en 1998. Quant aux apôtres, ils ont souvent transmis le message que la vie terrestre était méprisable et que, celle-ci devant être d'une durée la plus courte possible, le croyant devait aspirer dans la joie à la mort, ce qui pouvait dès lors justifier le « suicide » des martyrs. Mais cette mort heureuse était alors explicitement opposée à la mort infamante du pêcheur qui se tue par désespoir, en dérobant ainsi sa vie à Dieu et à son maître. Judas sera longtemps l'archétype du méprisable lâche, jusqu'à une période récente où sa réhabilitation

est tentée au prétexte que son attitude aurait fait partie du dessein de Dieu.

Si Brunetto Latini, en 1265, emploie pour la première fois le terme de mélancolie, il faut attendre le XIV^{e} siècle pour que l'on commence à assimiler le suicide « par dégoût de la vie » à la conséquence d'une possible « folie ». La folie constitue sans aucun doute, pour cette époque, une échappatoire et une fuite face au problème prégnant du pêché. C'est une manière d'exorciser l'angoisse de l'époque au regard des grands fléaux que sont la guerre de Cent ans, les famines et les épidémies de peste. La confusion la plus extrême règne chez les penseurs. Pour Brant, il faut être fou pour se suicider tandis que pour Erasme il faut être fou pour rester en vie ! Et ce n'est qu'à partir de la fin du XV^{e} siècle que le suicide perd véritablement son côté diabolique et qu'est remise en cause sa connotation de péché mortel, en raison même de cette invocation fréquente de la folie dans son déterminisme.

Ensuite, parce que l'on en parle enfin assez librement par l'intermédiaire des arts, le suicide devient un véritable problème de société et une préoccupation tant des intellectuels que de l'homme de la rue. Shakespeare pose la véritable question : « Etre ou ne pas être ». Cette question ne trouvera pas de réponse avant le Siècle des Lumières. Les suicides de personnalités aristocratiques ou religieuses défrayent la chronique et relancent régulièrement les débats. Mais, comme aujourd'hui, l'homme de la rue, le pauvre et le vieillard se suicident vraisemblablement en silence et, quand les pouvoirs politique et religieux en ont connaissance, ils continuent d'humilier et

de spolier leurs familles. Et pour la première fois un homme, Montaigne, va affirmer que le suicide est un problème individuel qui ne relève pas d'une question morale, sociale, religieuse ou philosophique.

C'est l'époque où l'on découvre que la mort donne du prix à la vie, car elle en est la limite. Mais qu'elle en fait aussi la vanité. Le suicide fascine et la littérature, comme la peinture, livrent de nombreux exemples de morts volontaires. Si le suicide suscite de plus en plus l'indulgence de certains, il provoque encore beaucoup de réprobation chez d'autres. Il éveille la mauvaise conscience des vivants qui restent, menace l'organisation de la société que ce type de mort remet en cause, et met en accusation le pouvoir et les initiatives des médecins, des religieux et du système politique tout entier.

Face aux doutes exprimés par le monde de la Renaissance, face à la relative sollicitude des intellectuels envers le suicide et face aux tentatives de légitimation de la mort volontaire par la folie ou par le désespoir, la monarchie et le pouvoir religieux du Grand Siècle vont essayer une reprise en main culturelle et morale et condamner encore sans appel les tentatives de suicide comme les décès par mort volontaire.

En réalité, les intellectuels sont divisés. Montaigne, on l'a vu, fait du suicide une question individuelle d'où la morale est absente. Descartes, pour lequel la question du suicide relève de la raison, estime que la mort volontaire est une erreur. Tandis que pour le peuple, la persistance d'une crainte de voir se prolonger dans l'Au-Delà les maux d'ici-bas, aide sans doute à supporter sans broncher ceux-ci et leur vie misérable.

Mais, vers la fin du XVII^{e} siècle, dans la foulée des découvertes de la médecine et à la suite de la description par Thomas Willis du cycle maniaco-dépressif, les communautés intellectuelle et scientifique médicalisent le suicide en le rattachant dans un premier temps à la mélancolie.

On abandonne donc les thèses de l'influence satanique et d'une quelconque lâcheté devant la vie pour promouvoir la thèse de la détermination psychiatrique de la pulsion suicidaire. La responsabilité morale du suicidé s'en trouve ainsi dégagée, ce qui autorise en conséquence sa sépulture en terre chrétienne et évite également, en théorie, la confiscation de ses biens.

On reconnait des causes multiples au suicide. On peut citer pêle-mêle la folie, les revers de fortune, les chagrins d'amour, la honte, les souffrances physiques et les deuils non accomplis. Ces causes alléguées sont déjà le stigmate d'une sorte de signalement du relâchement des liens sociaux et des solidarités traditionnelles et familiales. Se tuer devient une aventure personnelle et humaine et le débat, y compris chez certains ecclésiastiques, abandonne le terrain théologique pour celui de la philosophie.

A la fin de la Renaissance et lors de l'entrée dans le siècle des Lumières, les intellectuels restent toujours interpellés par la question que pose Hamlet « Etre ou ne pas être » et ils choisissent « d'être », à la condition d'une réorganisation du monde qui fasse la vie meilleure au plus grand nombre. Ils affirment ainsi leur croyance en la possibilité d'un bonheur terrestre. Ils reconnaissent par là

même implicitement la liberté du choix de « ne pas être ».

Parallèlement à la reconnaissance de la folie à l'origine d'un grand nombre de morts volontaires, une série de suicides de gens illustres et l'engouement pour la lecture des philosophes épicuriens ou stoïciens de l'Antiquité relancent la thèse du suicide philosophique. Cette notion sera cependant contestée moins d'un siècle plus tard par les philosophes et penseurs du XVIII^{e}, le baron d'Holbach en tête, qui estiment que c'est le désarroi moral et psychologique qui explique les cas retentissants de suicides motivés par le dégoût de vivre ou par le désespoir amoureux. Ces morts seront illustrées par la Nouvelle Héloïse de Jean-Jacques Rousseau et par des œuvres romantiques tels le Werther de Goethe et le Faust de Marlowe.

Quoiqu'il en soit, il semble que la majorité des suicides se constate encore dans le peuple, où ils paraissent liés à la souffrance et à la misère. Et on ne parle toujours pas du suicide des enfants et des adolescents, pourtant bien réel, ni du suicide des vieillards, qui semble également fréquent.

C'est au XVIII^{e} siècle qu'on voit apparaître en France le mot de « suicide ». Il remplace désormais celui de « mort volontaire » et cette expression portée par le verbe « se défaire » de la vie. Le suicide, devenu un fait de société, fait plus que jamais l'objet de débats et de nombreuses publications ainsi que de controverses entre penseurs laïcs et religieux.

Deux écoles s'opposent alors en France. Celle d'une morale traditionnelle prônée par l'Eglise catholique et le pouvoir monarchique. Et celle d'une morale rationnelle, indulgente envers le suicide et qui en reconnaît pour causes le chagrin, la misère et la mélancolie. Cette morale rationnelle est soutenue par des philosophes tels le baron d'Holbach. Voltaire dit comprendre certains suicides mais le déconseille en général. Il se sert de la question de la mort volontaire pour critiquer le Droit Canon, Tandis que. Madame de Staël écrit ses « Réflexions sur le suicide » à l'adresse du Roi de Suède.

Sur un plan personnel, Diderot est nettement hostile au suicide mais il en fait un témoin du mauvais état de la société et du sort que celle-ci réserve à ses enfants.

A cette époque, l'idée progresse chez beaucoup d'un dérèglement cérébral à l'origine des pulsions suicidaires, lesquelles deviennent en conséquence des problèmes relevant plus de la médecine que de la religion, de la morale ou de la justice. Le climatisme, le lunatisme, l'excès de méditation s'étayent sur des constatations empiriques. L'hypo-condrie est montrée du doigt car elle est jugée comme étant à l'origine de nombreux suicides.

Malgré cette évolution des pensées et des mœurs, la condamnation des suicidés et les sévices faits à leurs corps comme la spoliation de leurs biens pour leurs familles, va perdurer jusqu'à la fin de l'Ancien Régime. Si naissent des associations ayant pour vocation de réinsérer les suicidants, les suicides manqués conduisent habituellement encore en prison ou à l'asile, dans un aveu d'impuissance des pouvoirs plitique et religieux face à ces

situations, mais aussi dans le but affiché de tenter d'en prévenir la contagion et les récidives !

Il semble qu'un tiers des suicides, chiffre considérable, soit à cette époque le fait d'enfants de moins de quatorze ans, témoignant ainsi de la triste condition qui est faite à l'enfance. Près de vingt pour cent des suicides surviendraient chez les vieillards, le plus fréquemment malades ou démunis de ressources. Souvent, le suicide est précédé de la rédaction de notes qui témoignent du caractère rationnel, pensé, réfléchi et prémédité d'une mort volontaire qui ne doit, dès lors, rien au Diable. Peu à peu, l'opinion voit ainsi, dans le suicidé, plus une victime qu'un lâche ou un criminel.

A la fin du XVIII^{e} siècle, le pouvoir révolutionnaire va exprimer une extrême méfiance à l'encontre du suicide, qu'il qualifie à son tour de crime contre la Nation et contre l'Etre suprême. On tente alors de camoufler les morts par suicide, au moins de faire silence sur ce phénomène. On recense cependant à cette époque de nombreux suicides politiques. A l'instar de ce qui se faisait sous la monarchie, le suicide est à nouveau judiciarisé et pénalisé. On assiste en conséquence au retour des exécutions spectaculaires des corps des suicidés. Le pouvoir montre ainsi qu'il ne peut supporter cette liberté que l'individu prend face à la tyrannie de l'Etat et à ses lois, manifestement impuissant à empêcher la mort volontaire de ceux qui semblent vouloir échapper à son emprise.

Après plusieurs siècles de réflexion ayant permis de comprendre le suicide, de le séculariser et de parvenir à

sa dépénalisation, le XIX^{e} siècle, siècle de la Restauration, voit donc le retour de sa culpabilisation et de sa qualification de crime contre nature.

Même la mélancolie et la dépression font l'objet d'une culpabilisation comme en atteste sa prise en charge musclée par l'institution psychiatrique, avec une mésutilisation du « traitement moral » mis en place depuis peu par Philippe Pinel. Les explications médicales et scientifiques du suicide sont écartées et l'on ne retient plus à nouveau que les considérations morales.

Le XIX^{e} siècle est pourtant celui du début d'une étude rationnelle du suicide et de ses causes sociales, médicales ou psychologiques. L'augmentation apparente du nombre des suicides, qui peut n'être qu'un artefact lié au fait que l'on ose enfin les dénombrer et en parler de façon scientifique, amène certains à plaider à nouveau la cause de la maladie mentale. On affirme, avec l'aide de la phrénologie d'un médecin autrichien, F.J. Gall, que le suicide est lié à des lésions des circonvolutions cérébrales frontales, et Bartel en trouverait le siège dans un certain « status thymolymphaticus ». La main-mise de la médecine est prégnante et c'est à cette époque que le docteur Esquirol, élève de Philippe Pinel, décrète de façon un peu péremptoire que tous les suicidés sont des aliénés.

Mais d'autres acteurs de la réflexion mettent en avant les statistiques et pensent que la révolution industrielle joue son rôle par la désagrégation de la société en général, plus particulièrement du démantèlement des familles et de la perte du sentiment religieux. Les crises économiques, la misère, la solitude et la montée de l'émancipation individuelle expliqueraient sans doute

également de nombreux suicides qui surviennent à cette époque aussi bien dans les villes que dans les campagnes.

C'est dans ce climat que le sociologue Emile Durkheim met en avant une explication sociale du suicide, qu'il s'agisse d'un suicide égoïste lorsque l'individu n'est plus intégré au groupe, d'un suicide altruiste lorsque le niveau excessif d'intégration dans la société peut conduire à se sacrifier au bénéfice du groupe, ou d'un suicide anomique lorsque l'individu ne parvient pas à s'adapter aux changements rapides de la société et qu'il n'y trouve plus de satisfaction.

Au début du XX^{e} siècle, Maurice Halbwachs, également sociologue, poursuit cette analyse sur la lancée de Durkheim. Il insiste sur les causes du suicide dont un point commun lui paraît être la solitude.

Neurophysiologiste puis le père de la psychanalyste, Sigmund Freud, aborde le fait suicidaire dans trois de ses ouvrages, « *Deuil et mélancolie* », « *Psychopathologie de la vie quotidienne* » et « *Au-delà du principe de plaisir* ». Il théorise en évoquant l'hypothèse que le suicide est un retournement sur le Moi d'une agressivité impossible à extérioriser dans une société non permissive. Il émet ensuite l'idée de l'existence des deux pulsions de vie et de mort, Eros et Thanatos, dont le déséquilibre en faveur de la seconde peut conduire au suicide. Comme le souligne Jean Baechler en 1975, le maître de la psychanalyse, *« qui n'a émis sur ce sujet majeur du suicide que trois textes et une théorie relativement générale, a échoué dans l'explication d'un comportement humain si complexe et si*

fréquent ». Ainsi, on peine à trouver dans la psychanalyse de cette époque les raisons qui font, qu'à un moment donné, un homme se tue.

Les successeurs de Freud tenteront de combler cette lacune du modèle conceptuel du maître. Ni la théorie des pulsions de vie et de mort, ni le narcissisme comme quatrième instance évoqué par Bela Grunberger, ni l'hermaphrodisme psychique, ni le suicide comme réaction agressive infantile à des déceptions selon Adler, ou la notion de triple mort (mourir, tuer, être tué) de Karl Menninger, n'emportent la conviction. L'école lacanienne sème la confusion par un langage inintelligible sauf par quelques initiés et par des thèses qui demeurent sans grande incidence pratique.

En opposition aux minces et décevantes propositions de la psychanalyse, et pour prendre également le contrepied des sociologues qui les ont dessaisis du dossier, certains médecins avancent à leur tour des thèses mettant à nouveau en avant la maladie mentale et les troubles de la personnalité. Achille-Delmas, avant la seconde guerre mondiale, distingue les personnalités normales des personnalités pathologiques et, parmi celles-ci, les hyperémotives et les cyclothymiques. Ces deux catégories fourniraient les principaux contingents du suicide et ce cadre lui permet de proposer aussi une prédisposition héréditaire au suicide. Erwin Ringel, au milieu du XX^{e} siècle, cherche à prouver que le suicide n'est pas une réaction à une situation ou à des difficultés conjoncturelles mais qu'il est la conséquence naturelle d'un comportement *« touchant l'ensemble de la personnalité* ». Les sources

seraient à rechercher dans l'enfance et dans une mauvaise gestion des traumatismes vécus au cours de celle-ci.

Actuellement, le suicide apparaît désormais comme étant une aventure individuelle et personnelle, incompréhensible pour les tiers et qu'il est, pour cela, impossible à juger. Ses déterminants peuvent être de nature génétique, biologique, psychologiques ou factuelle. Souvent, il s'agirait de la conjonction de plusieurs de ces facteurs.

Sauf chez de rares moralisateurs et chez certains clercs, il n'y a plus désormais de condamnation morale du suicide. Il existe au contraire un consensus apitoyé pour aider les suicidants, sans chercher toutefois à ce que cette aide puisse être une entrave à leur liberté d'agir.

En France et en Europe, la situation a évolué sur le plan juridique, avec tout de même un notable retard sur l'évolution des pensées. Mais c'est une constante des pouvoirs publics et des institutions que de demeurer longtemps déphasés par rapport à l'état des sociétés qu'ils administrent.

Si le suicide était moralement et juridiquement condamné autrefois, conduisant à une ridicule « *peine de mort* » pour le suicidé, à la confiscation de ses biens et à l'opprobre sur sa famille, il n'est désormais plus interdit bien qu'il suscite encore souvent une incompréhension et une certaine réprobation publique.

L'aide à la mort volontaire reste par contre interdite par la loi. L'article 223-6 du code pénal condamne même *« l'abstention volontaire de porter assistance à personne*

en péril ». La provocation et l'incitation au suicide sont de même passibles de poursuites. Un ouvrage, « *Suicide, mode d'emploi* » fut interdit dans les années 1970 et le reste encore dans notre pays. Une relative autocensure s'impose donc à l'auteur qui désire écrire sur ce sujet comme à l'éditeur qui prend le risque de le publier.

En 2002, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a curieusement décidé mais, de façon attendue et pour des raisons pratiques et de droit plutôt que pour des raisons éthiques, que le suicide n'entrait dans le champ d'aucun Droit de l'Homme !

Quant au suicide assisté ou euthanasie, il est l'objet de débats. La France l'interdit encore mais d'autres nations européennes le tolèrent, l'autorisent ou l'ont même inscrit dans leurs lois. Et les Français sont de plus en plus nombreux à franchir les frontières des pays limitrophes plus permissifs (Suisse et Belgique) pour y recourir.

En 2015, aux Pays-Bas, est étudiée la possibilité de mettre en vente libre une « pilule de la mort », qui serait réservée, il est vrai, aux seules personnes âgées de plus 70 ans ! Ce qui veut dire bien des choses.

POUR UNE EPIDEMIOLOGIE CRITIQUE DU SUICIDE

« Ce n'est pas la société qui éclaire le suicide,
mais le suicide qui éclaire la société ».
Baudelot et Establet

Depuis cent soixante ans, de nombreuses études statistiques ont été menées pour tenter de mesurer l'importance générale de ce phénomène social.

Que le suicide soit toujours présenté comme étant un problème en représente un tout d'abord. Cela peut expliquer l'esprit dans lequel sont établies ces études. Elles reposent en effet pour la plupart sur des données chiffrées dont on sait la justesse toute relative. Cela laisse ainsi une grande part à l'approximation, à la subjectivité et à des extrapolations hasardeuses, donnant alors le sentiment que ces statistiques sont utilisées dans le sens qui valident les hypothèses et les théories explicatives établies au préalable.

Ce serait en effet un leurre que de prétendre utiliser les statistiques pour expliquer le suicide, qui demeure malgré tout un phénomène individuel avant d'être un phénomène social.

Par contre, la sociologie peut, par sa capacité d'observation à grande échelle, alerter les chercheurs pour orienter vers des recherches pluridisciplinaires plus fines, comme pour guider certaines des opérations de prévention primaire.

Ce sont donc les sociologues qui, les premiers, au XIX^{e} siècle, se sont intéressés à l'épidémiologie du suicide.

En conséquence, ils ont imprimé leur marque et leur façon d'appréhender la problématique de l'homicide volontaire, le montrant sous le jour d'un fait essentiellement social (c'est la société qui suiciderait ses enfants et non l'individu qui se suicide) plus que sous celui d'un

drame individuel, parfois irrationnel mais d'essence toujours complexe. C'est qu'en effet, à leur sens, la structure de la société influerait sur les comportements et la construction identitaire de chaque individu qui la compose, créant ainsi, dans la société, un « *courant suicidogène* ». L'analyse sociologique s'avèrerait donc légitime, mais uniquement lorsqu'elle sait rester modeste et qu'elle reconnaît ses limites.

En effet, des critiques nombreuses et des démonstrations étayées sont venues prouver que n'étaient pas fiables les statistiques sur lesquelles Emile Durkheim puis Maurice Halbwachs avaient assis leurs théories. Ce dernier avait d'ailleurs usé de ce même argument pour critiquer les thèses de Durkheim. Mais il en validera les conclusions et la thèse essentiellement sociale du suicide, et les enrichira en attribuant les suicides plutôt à la conséquence de « *genres de vie* », c'est-à-dire à l'ensemble de coutumes, de croyances et de manière d'être des gens. Maintenant, les conclusions de ces deux auteurs, pour intéressantes qu'elles furent, ne résistent en réalité plus beaucoup à l'épreuve des faits.

On sait en effet aujourd'hui, notamment à la suite des travaux de D. Douglas, que les statistiques du XIX^{e} siècle étaient de recueil douteux et partial, les définitions administratives ou personnelles du suicide variant selon les pays, les époques et selon le statut et l'intérêt propre des personnes chargées de ce recueil. Les tentatives de suicide étaient en particulier exclues de ces statistiques ce qui faussait considérablement l'appréhension du phénomène suicidaire.

On ne peut pas en effet assimiler les statistiques à des faits sociaux quand il ne s'agit en réalité que des *« points de vue »* personnels et partiaux des transcripteurs, qui sont de ce fait et par essence discutables. Nous imaginons aussi la difficulté d'appliquer au suicide des théories générales en reniant ou en minimisant l'importance des phénomènes individuels, en particulier les aspects médicaux et psychologiques, ou en faisant de ceux-ci les conséquences de ces phénomènes sociaux. Les analyses de Durkheim et de Halwbachs, malgré tout leur mérite, pêchaient par leur caractère social exclusif et par, ce qu'ils ignoraient, l'insuffisance de fiabilité statistique des données dont ils disposaient à l'époque.

Le suicide ne peut donc se réduire à une affaire de sociologues, lesquels ne peuvent que nous éclairer sur l'aspect social des choses, non sur sa facette d'aventure individuelle. Ce n'est pas pour autant que nous ignorerons l'importance évidente de facteurs sociaux à l'origine de certains suicides, l'incidence des phénomènes économiques ou des conditions de vie, le ressenti d'une incarcération en prison ou d'un placement dans une institution pour vieillards.

Il apparaît tout de même utile de faire une revue des connaissances épidémiologiques relatives au suicide en général, en remarquant que certaines des données recueillies ne sont spécifiques d'aucun âge. Certaines spécificités, en particulier cliniques, liées à l'âge, au sexe et à certaines populations, les marginaux, les prisonniers, les vieux, les enfants, seront survolées puis reprises de façon plus détaillée dans les chapitres ultérieurs.

Il existe en effet des populations bien déterminées qui sont candidates soit au suicide accompli (par exemple l'homme vieillissant), soit aux tentatives de suicide (numériquement plus fréquentes chez la jeune fille et chez la jeune femme), soit enfin à l'ordalie et aux conduites dangereuses et vitales (plus propres à l'adolescent et au jeune homme). Le suicide frappe des individus parfois bien particuliers car ils sont porteurs d'un bagage génétique à l'origine de troubles de l'humeur ou d'autres maladies psychiatriques, ou bien qui disposent d'une biographie personnelle ou familiale originale pesante ou traumatisante et parfois délétère.

Avant la fin du XIX^{e} siècle, les statistiques concernant les suicides étaient balbutiantes et parcellaires et n'avaient en conséquence ni assise ni validité scientifiques véritables. Les biais de recueil étaient importants ce qui rendaient toute étude incertaine.

Durant des siècles, seuls les suicides particuliers, romancés, fantasmés et souvent héroïques de quelques gens illustres étaient relevés et faisaient l'objet de commentaires de la part des intellectuels. Ils alimentaient alors de façon dithyrambique une abondante littérature poétique et romanesque.

A partir du XVI^{e} siècle, les registres paroissiaux recensent les suicides survenus dans les paroisses, en particulier parce que les suicidés font l'objet d'un traitement funéraire spécial et ne peuvent prétendre à une inhumation en terre chrétienne. Pour étudier les suicides survenus à ces époques, nous disposons également des jugements prononcés par la justice royale ou seigneuriale en

vue de dépouiller les ayants droits du suicidé au profit du suzerain et du clergé.

A compter de la fin du XIX^{e} siècle, après ces longues périodes de malédiction religieuse et de condamnation théologique féroce du « *meurtre de soi* », se font jour des tentatives positivistes de théorisation scientifique de la pulsion suicidaire, fondée sur une analyse anthropologique et sociologique des populations de suicidés. Puis, rapidement, le monde médical trouve, dans les thèses psychiatriques, une compatissante explication au suicide.

Les précurseurs : Emile Durkheim et Maurice Halbwachs

Sur le plan épidémiologique, beaucoup de choses ont changé depuis les études sociologiques fondatrices d'Emile Durkheim et son livre « Le suicide » publié en 1897. Sa méthode a montré l'exemple et ouvert la voie aux recherches sociologiques ultérieures. Sur l'instant, ses constatations et ses évaluations chiffrées se sont avérées exactes. Puis ses prévisions à long terme et la modélisation qu'il proposait pour expliquer la progression attendue du suicide dans les sociétés industrialisées se sont révélées peu à peu, grâce à une analyse plus fine et moins dogmatique des situations, démenties par les faits. En effet, on constate que le nombre des suicides n'a pas flambé. Il n'atteint pas non plus en priorité les classes supérieures et il n'est pas, pour l'essentiel, de nature anomique.

Maurice Halbwachs, dans un ouvrage « Les causes du suicide », publié en 1930, a repris les travaux de

Durkheim pour les compléter et surtout pour en faire un début de critique constructive.

C'est ainsi que l'on peut toujours désirer classer les suicides selon les grandes catégories définies par Durkheim : le suicide égoïste ou stoïque, le suicide altruiste ou oblatif, et le suicide anomique. Mais cette classification intéressante s'avère vite insuffisante : une meilleure observation des causes de suicides amène à en reconnaître et à en comptabiliser bien d'autres.

Selon Durkheim, le suicide égoïste, ou stoïque, serait motivé par la disparition de toute raison de vivre. C'est le suicide de la dépression mélancolique auquel on peut rapprocher le suicide épicurien. Suscité par l'indifférence à la vie, il serait perpétré par ceux qui ont décidé de ne vivre que tant qu'ils trouvent un intérêt à leur vie.

On l'a vu, quant à lui, le suicide altruiste serait un suicide actif motivé par le don de sa vie pour une cause. C'est celui du combattant pour éviter de trahir ou dénoncer ses camarades, mais c'est aussi celui du vieillard qui ne désire pas continuer à être une charge pour son entourage. Avec l'allongement de la durée de la vie, ce type de suicide prend une place prépondérante à notre époque.

A l'époque de Durkheim, le suicide anomique aurait été le plus fréquent. Il concerne les individus ne parvenant pas à adapter leur niveau moral aux changements trop rapides ou trop importants que leur impose la société dans laquelle ils vivent. Dans ces temps de révolution industriele, ce type de suicide voit ainsi sa fréquence augmenter.

Tous ces différents suicides sont déterminés, selon leur auteur, par ce qu'il nomme l'état moral de la société. La prévalence du suicide anomique serait dépendante des crises économiques, heureuses ou malheureuses, qui jouent alors un rôle, régulateur ou non, sur la satisfaction des besoins des individus. La prévalence du suicide égoïste varierait en fonction inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont font partie les individus. Le suicide fataliste serait lié à l'excès de réglementation qui influe sur la perspective d'avenir des sujets d'un groupe. Quant aux causes médicales et psychologiques éventuellement invoquées, elles ne seraient, pour cet auteur, que la conséquence indirecte de cet état moral !

Emile Durkheim, abusé par des statistiques tronquées, avait conclu à une « *sursuicidité* » des classes supérieures. Le suicide, au XIX^{e} siècle, frappait en fait toutes les classes sociales, avec un fort tribut payé par le bas de l'échelle sociale mais aussi par les intellectuels. Son alarmisme n'était en réalité que le reflet de ce que l'on pensait indument à son époque, où les suicides des grands étaient médiatisés quand ceux des pauvres restaient méconnus. La littérature abondait de cas de suicides et elle contaminait les esprits d'une fascination morbide et d'une peur irrationnelle.

Constatant une fréquence du suicide inversement proportionnelle au degré d'intégration sociale et parallèle avec la montée de l'individualisme, il attribuait en conséquence l'augmentation progressive du nombre des suicides à une désagrégation de la société, à son délitement et à la perte de cette cohésion sociale qui devait per-

mettre le rapprochement des individus. Il en prenait pour exemple l'éclatement des familles lié à l'exode dans les villes, et la perte de leur capacité d'autrefois à apporter réconfort, chaleur et compréhension.

Il professait à raison que, le suicide n'étant pas un phénomène purement individuel mais une réalité collective qui dépasse l'individu, chaque société a un taux de suicide particulier qui augmente selon un coefficient propre à elle-même. Un groupe structuré protége ses membres contre le meurtre de soi, ce qui souligne l'importance du rôle de la surveillance sociale, bien visible dans certains groupes qui sont organisés et soudés. Si l'homme s'isole, disait-il, c'est que le lien social qui l'unissait à la société s'est détendu ou brisé. Le vide s'offre à lui. Et il est alors effectivement légitime de penser que « *l'on ne peut durablement rester en contemplation devant le vide sans y être attiré* ». Cela relève du bon sens et cela est sans doute en partie exact.

D'une part, le développement économique rapide contraignait les gens à une adaptation et à une autonomie nouvelle et désarmante. Cette autonomie les laissait seules pour gouverner leur vie, ce qui pouvait être source d'angoisse et accroissait leur vulnérabilité face au suicide. D'autre part, ce développement économique, cette modernité, poussait vers un individualisme que Durkheim reliait à l'augmentation apparente du nombre des suicides. Il concluait en conséquence que ce sont les crises qui tuent. Mais notre siècle, aux crises si nombreuses, montrera qu'il n'en est rien car la montée de l'individualisme actuel ne s'accompagne pas nécessairement d'une ascension du nombre des suicides. Notre

société s'est organisée en intégrant cette donnée nouvelle. Maurice Halbwachs pressentira que cette évolution du nombre des suicides n'est en effet pas aussi mécanique ni inéluctable que Durkheim l'avait prédit.

Maurice Halbwachs, qui a confirmé bon nombre des conclusions de Emile Durkheim, a souligné par ailleurs que, si le suicide renseigne sur l'état moral du groupe et sur le niveau de tolérance des transformations du « *genre de vie* » qu'il subit, il ne s'explique pas uniquement par des causes sociales, qu'elles soient présentées sous la forme de pressions collectives, extrinsèques à l'individu et qui s'imposent à lui, ou sous la forme de causes intrinsèques et plus individuelles et sur lesquelles il n'a pas grande emprise.

Selon lui, les facteurs habituellement invoqués pour expliquer le suicide, comme la misère, la solitude, les maladies ou les troubles psychiatriques, ne sont que des « *prétextes ou des occasions* », des déterminants de ces causes sociales, ou encore des explications à l'isolement de l'individu de son groupe d'origine.

Parfois, lors de l'acte lui-même ou dans les moments qui le précèdent, peut exister un trouble psychologique qui va provoquer l'acte ou le faciliter. Ce peut être un choc émotionnel, une douleur morale ou une douleur physique intense. Ainsi, ce n'est pas la misère qui tue mais l'absence de participation à l'activité économique humaine et « *le temps ainsi libéré pour penser aux raisons que chacun a de désirer sa propre mort* » ! L'activité économique et sociale, en somme, protègerait contre le suicide. La suite montrera que, en ces périodes de chômage de masse, ce n'est pas aussi simple.

Par excès de zèle sociologique, Maurice Halbwachs postulait ainsi que les personnalités suicidaires sont déterminées par la société. Ce sont des faits sociaux qui sont en cause, même si des considérations médicales et psychiatriques entrent en jeu. Le suicide survient lorsque le sujet est ébranlé « *par la complexité de la société et par l'inefficacité des coutumes et croyances élaborées pour faire face aux forces de désintégration qui agitent sans cesse la société dans son évolution* ».

Il en demeure pas moins que l'apport essentiel de ces deux sociologues porte sur le rôle protecteur de l'intégration communautaire et sociale.

Quant aux facteurs économiques, Emile Durkheim disait ne pas reconnaître leur effet de façon formelle, bien que pouvait être facilement identifié, selon lui, le lien unissant suicide et richesses.

A son époque, le développement économique et industriel était spectaculaire. Il s'exprimait en tous sens et s'accompagnait d'un rapide et profond bouleversement social et culturel. Parallèlement, dans tous les pays en bénéficiant, les taux de suicide progressaient. Mais on peut aussi imaginer que cette augmentation révélait aussi un meilleur recueil des données épidémiologiques.

On notait alors déjà, contrairement aux postulats de Durkheim, une opposition entre les villes, lieu de forte sociabilité où les taux de suicide étaient paradoxalement élevés, et les campagnes, lieux d'isolement social où ces taux étaient bas.

Par contre, on se suicidait plus dans les milieux ouvriers et chez les inactifs que dans les milieux profession-

nels de niveaux plus élevés, ce qui validait une partie de ses thèses.

Maurice Halbwachs a repris ces études pour les compléter et, ce faisant, en critiquer les conclusions. Les causes du suicide sont assurément plurifactorielles et il est difficile de les étudier séparément. Ainsi, il n'est pas possible d'attribuer à tel ou tel facteur une responsabilité totale dans le passage à l'acte suicidaire. C'est l'adjonction de plusieurs facteurs qui est déterminante. Concernant la fréquence des suicides, il n'y a pas d'incidence de la densité de population ni du caractère rural ou urbain de l'habitat, même si on se tue plus, semble-t-il, dans les grandes villes que dans les petites. Par contre, le type d'habitat, la nature du travail, sont autant de facteurs qui déterminent, selon l'appellation de Maurice Halbwachs, un « *genre de vie* ». C'est celui-ci qui peut être incriminé pour définir le niveau moral d'une population vis-à-vis du suicide.

L'influence de la religion, et surtout de la pratique religieuse, avait été invoquée comme étant de nature à protéger contre le passage à l'acte.

C'est en partie exact. Mais les études initiées par Emile Durkheim et prolongées par Maurice Halbwachs montrent des résultats contrastés, même si les pays de très forte tradition catholique (Italie, Espagne, Portugal) ont, à l'époque, des taux de suicide inférieurs aux taux des autres pays européens.

Il y a plus d'un siècle déjà, Emile Durkheim estimait le suicide quantitativement peu développé chez les catholiques. Il était légèrement plus important chez les

juifs. Bien que rien n'interdise le suicide dans les textes hébraïques, il expliquait que cette constatation était sans doute liée, moins à la pratique religieuse elle-même qu'à une grande solidarité familiale et entre individus et à une intégration forte dans un groupe réalisant une microsociété nantie de liens étroits entre ses membres. Le suicide était par contre maximum dans les pays de tradition protestante, sans doute en lien avec les habitudes de « *libre examen* » et le libre arbitre qui est la règle dans cette religion. Devait intervenir aussi l'individualisme qui en caractérise les adeptes. Peut-être les modes de vie et l'habitat, rural chez les catholiques, plus urbain chez les protestants, avaient-ils en outre leur influence ?

En définitive, pour Emile Durkheim, la montée du suicide pouvit coïncider avec la baisse d'une certaine organisation des communautés religieuses. Il attribuait cette influence générale des religions sur le taux de suicide, non à une quelconque crainte de l'enfer et de la colère de Dieu, mais plutôt à la caractéristique qu'ont ces religions de constituer des sociétés et, grâce à cela, à la capacité du groupe à protéger contre la pulsion suicidaire.

Maurice Halbwachs postulera alors que ce n'est pas l'influence de telle ou telle religion qui est en cause mais l'existence de pratiques rituelles et de coutumes, religieuses aussi bien que laïques, qui fédèrent le groupe. Celui-ci ne s'organise pas ni ne se structure autour de conceptions religieuses mais se constitue en réalité autour de coutumes et d'institutions. Ces pratiques définissent une culture ou ce qu'il a appelé, on l'a dit, un

« *genre de vie* ». Qu'il soit laïc ou religieux, le conformisme protègerait ainsi contre le suicide.

Cependant, Maurice Halbwachs faisait justement observer que, dans ces études d'observation, l'influence du statut religieux pouvait être biaisée par des niveaux culturel, social et intellectuel différents.

Le suicide est en effet plus fréquent dans les milieux sociaux élevés, où la vie intellectuelle est développée. Il est en général moins fréquent chez la femme, fréquence moindre qu'Emile Durkheim expliquait par son moindre degré d'instruction, qui était à l'époque effectivement moins développée, et par le règlement de conduites fondées sur des croyances établies.

Quoiqu'il en soit, les conclusions de Durkheim sur l'influence des religions reposent sur des biais de recueils statistiques. Les chiffres retenus paraissent avoir été plutôt des « *points de vue* » des religieux qui en faisaient le relevé. Ces chiffres étaient aussi faussés par des définitions variant avec les individus chargés du recueil. Ces chiffres étaient donc peu rigoureux ce qui leur ôtait la fiabilité de statistiques véritables.

Emile Durkheim avait remarqué également que les crises influaient sur la survenue des suicides, mais dans le même sens, qu'elles soient bonnes ou mauvaises. Lui semblait en réalité déterminant tout changement survenant dans le statut économique du moment. Cependant, d'autres observations ont mis en évidence une augmentation du nombre de suicides parallèlement aux dépressions économiques et une baisse de ce nombre lors des

embellies et des périodes de prospérité. Ce dont le bon sens populaire avait d'ailleurs l'intuition !

Pour résumer, durant la deuxième partie du XX^{e} siècle, la critique des thèses de Durkheim et de Halbwachs a été abordée sous l'angle de la statistique.

On l'a vu, les chiffres sur lesquelles se fondaient ces auteurs sont en effet sujets à caution. A côté de la faible validité statistique de leurs études, ils ne prenaient en outre pas en compte les tentatives de suicide, qui semblent avoir été de tout temps très nombreuses, ce qui fausse considérablement la vision du phénomène. Les chiffres étaient en outre sous-évalués dans les groupes et communautés où le suicide est rejeté, donc dissimulé. Les possibilités et la volonté de dissimulation des chiffres étaient énormes, comme actuellement d'ailleurs, et il est nécessaire de n'accorder désormais d'importance qu'à des instruments statistiques normalisés. La stabilité des chiffres à un niveau national, sur laquelle Emile Durkheim a défini ses lois sociales, ne signifie rien car des variations importantes s'observent plutôt à un niveau plus local et restreint, échelon d'observation qui paraît actuellement plus pertinent pour l'analyse de ce phénomène.

On peut toutefois féliciter Emile Durkheim et Maurice Halbwachs de s'être interessés à ce problème et de l'avoir abordé de façon scientifique et statistique. Mais on est en droit cependant de regretter qu'ils aient voulu établir en loi sociale toute manifestation reposant « *sur une constante des taux* » sans tenir compte parfois de la partialité avec laquelle ils sélectionnaient les données. On

peut déplorer aussi qu'ils aient appliqué des théories générales au suicide, alors qu'il reste un phénomène où le déterminisme individuel est essentiel. Mais sans doute ne pouvaient-ils pas encore en avoir les moyens ni le pressentir ?

L'analyse et le traitement du suicide ainsi que la prise en charge des suicidaires sont devenus une aventure pluridisciplinaire où la vision sociologique garde une place qui n'est plus exclusive. Nous verrons qu'elle reste cependant importante au moment de la définition et de la mise en place de programmes de prévention sociale, sachant que l'essentiel de la prévention du suicide s'oriente maintenant ou devrait s'orienter vers un abord individuel ou comunautaire restreint.

Les données actuelles : l'œil des démographes et des sociologues

Sur le plan mondial

Au niveau mondial, la distribution du suicide est inégale, tant en terme de densité qu'en terme de structure et de caractéristiques des populations concernées. Il est désormais reconnu que l'épidémiologie du suicide est complexe et qu'il n'y a pas de lien direct évident et formel entre les taux de suicide et les caractéristiques sociales, économiques et culturelles des pays où on les observe.

Les statistiques de l'OMS sont de fiabilité limitée car de nombreux pays, pour des raisons diverses, n'ont pas une comptabilité exacte de leurs cas de suicide. Il n'y au-

rait cependant jamais de surestimation des chiffres tandis que la sous-estimation serait habituelle. On estime ainsi à un million le nombre de morts par suicide chaque année dans le monde, et à environ vingt à trente fois plus le nombre de tentatives. Soit un mort toutes les quarante secondes et une tentative de suicide toutes les trois secondes. Ces chiffres sont bien entendu à réévaluer en raison de l'imprécision de leur recueil. En France, les chiffres de suicide sont également imprécis et sous-évalués bien qu'une étude de Jean Louis Chappert ait tenté de les corriger, en extrapolant à partir des chiffres des causes indéterminées de mortalité. Mais cette extrapolation conservant bien évidemment ses limites.

Les morts par suicide sont bien plus nombreuses que les décès directement liés à l'ensemble des conflits armés survenant durant une année sur le globe, mais cette catastrophe évidente qu'est le suicide frappe moins les esprits en raison de sa survenue dispersée, étalée « en miettes » dans le temps et sur le plan géographique, face à des guerres plus spectaculaires. Les morts par suicide dans les pays développés sont également bien plus fréquentes que celles par accident de la voie publique ou par homicide. Mais qui s'en soucie vraiment ? Cela permettrait pourtant d'équilibrer les moyens mis à disposition pour prendre en charge ces problèmes. Mais il est vrai que la prévention des accidents de la route est plus facile et plus immédiatement « rentable » que celle des suicides.

La tolérance collective de ces morts prématurées est en outre favorisée, d'une part par le fatalisme qui les entoure lorsqu'il s'agit de vieillards, de cancéreux, de pri-

sonniers ou de malades psychiatriques, d'autre part par l'incompré-hension ou le refus de comprendre et d'admettre une triste réalité.

Le suicide n'est pas considéré, à raison, comme étant une maladie et le CIM 10 et le DSM 4, répertoires des maladies et des maladies psychiatriques, n'en parlent pas comme telle. Cela participe peut-être à l'indigence des moyens mis en place pour leur prise en charge. Pourtant, dès 1830, Esquirol en parlait déjà comme étant un trouble du comportement. Et ce n'est qu'en 2000 que l'ANAES a réuni une conférence de consensus sur le sujet.

Quarante quatre pour cent des suicides qui survien-nent dans le monde ont lieu en Chine où ils concernent une forte proportion de femmes, alors que la population chinoise ne représente qu'un peu plus du quart de la po-pulation mondiale. Le taux est également très élevé en Europe Centrale et en Russie, l'alcool pouvant avoir ici sa part de responsabilité, comme la dureté de régimes poli-tiques oppressifs qui y sévissent. L'Europe Occidentale a un taux de suicide mo-yennement élevé tandis que les pays anglo-saxons ont des taux assez bas. Quant aux grandes régions de l'hémisphère sud, Afrique, Antilles et Amérique du Sud, elles bénéficient de taux encore très faibles, comme les régions de culture musulmane où le relatif interdit religieux et surtout la cohésion familiale paraissent être une efficace protection contre le meurtre de soi. Par ailleurs, l'observation montre que le taux des suicides augmente dans les pays où se produit une ten-dance à l'égalité des sexes, peut-être parce que les femmes s'ajoutent alors des facteurs de risque autrefois spécifiques des hommes.

Si les suicides étaient naguère prioritairement le fait des hommes adultes et des gens âgées, l'augmentation actuelle de leur nombre au niveau mondial se fait essentiellement au profit de la classe des 15 à 45 ans chez qui l'ensemble des psychopathologies mais aussi l'alcool et les drogues pourraient jouer un rôle non négligeable. Quoiqu'il en soit, partout les taux de suicide croissent avec l'âge, sauf au Canada, en Finlande, en Pologne et en Irlande. Quant aux tentatives de suicide, elles sont le fait plutôt des femmes et des jeunes.

Pierre Yves Poindron, dans un article paru dans Espace Social Européen en 1992, notait que, au plan général et toutes classes d'âge confondues, le suicide était la troisième cause de mort en Europe, après les cancers et les maladies cardiovasculaires, et qu'il se situait bien avant les décès liés aux accidents de la route.

Au niveau de la France

Actuellement, en France, les statistiques nationales des suicides sont très incomplètes. En effet, le nombre de 164 000 tentatives de suicide annuelles est très inférieur au nombre réel supposé car il ne comptabilise en réalité que les tentatives qui conduisent l'individu à l'hôpital et à un signalement. Michel Debout s'est interessé au sujet dans un livre « la France du suicide » publié en 2002.

Ainsi, si l'INSEE publie régulièrement les statistiques des causes médicales de décès, qui confirment l'ampleur du phénomène, on a évalué que le nombre de suicides répertorié en Ile de France était probablement inférieur de 31% au chiffre réel recensé, et de 74% à Paris pour la tranche d'âge des 15-24 ans. De la même façon, un do-

cument de la DREES, rédigé par Jean-Louis Chappert, estime qu'à Lyon, en 1996, le biais créé par la rubrique « causes inconnues ou non déclarées » des déclarations médicales de décès minorait les statistiques de taux de suicide et que seuls 22% des suicides étaient alors pris en compte par les statistiques nationales ! L'étude contenue dans ce dernier document conclue à une estimation de près de 24% des décès par suicide parmi les causes indéterminées chez les moins de vingt-quatre ans, et de plus de 40% chez les plus de vingt-quatre ans, ce qui fait une augmentation de plus de 7% du taux de suicide tous âges confondus par rapport aux chiffres officiellement admis. Et cette étude intéressante ne prend même pas en compte les nombreux suicides qui ne sont pas déclarés comme tels, que ce soit pour des raisons de définition du suicide (comme les suicides passifs par exemple) ou pour des raisons de non déclaration volontaire par le médecin, parfois à la demande de la famille. En effet, le suicide reste encore un tabou chez de nombreuses personnes, tabou justifié par des considérations religieuses ou assurantielles, pour échapper au regard curieux ou accusateur des voisins, ou tout simplement pour éviter les tracasseries administratives ainsi que l'horreur de l'éventuelle autopsie.

Ceci étant, le nombre des suicides des moins de 85 ans a montré une tendance à la baisse durant ces deux dernières décennies, cette baisse correspondant peut-être à l'arrivée de générations d'adultes aux conditions de vie meilleures que précédemment, en particulier de celles ayant bénéficié des Trente Glorieuses.

Autrefois, on ne prenait en considération que les suicides accomplis au cours d'un raptus, en particulier mélancolique, voire au terme d'une brève rumination suicidaire, en estiamant que les autres formes de suicide ne correspondaient pas toujours à un véritable désir de mort.

Il est essentiel désormais, pour des raisons d'efficacité préventive et de santé publique, d'étendre toute étude du suicide aux tentatives de suicide d'une part (qui sont effectuées par les « *suicidants »* dont cette tentative est, soit un « échec » du suicide, soit un appel à l'aide), et aux velléités de suicide et idéations suicidaires d'autre part (il s'agit de *« suicidaires* » qui pensent à la mort sans être toutefois déjà passés à l'acte). Cette dernière catégorie semblerait concerner 13% des Français. Ce chiffre effarant pourrait démontrer que le suicide est un fait universel et profondément humain !

En France, on recense habituellement chaque année plus de 10 000 morts par suicide pour un peu plus de 160 000 tentatives de suicide (« Les dossiers noirs du suicide » de Denis Langlois et « Le suicide en France » de F. Frahi en 2003). A noter que les derniers recensements montrent un léger recul de ces chiffres. Dans des comparaisons nationales et internationales établies en 1991, J. Andrian a identifié environ 3 000 décès par suicide par an chez les personnes âgées de France. Mais les chiffres sont largement sous-estimés, d'environ 20% au moins selon certains auteurs, beaucoup plus pour d'autres. Pour ma part, je pense qu'il faudrait encore y rajouter les nombreux décès liés à des suicides authentiques mais qui ne

sont pas reconnus comme tels, les suicides passifs par exemple, par refus de soins ou par celui de s'alimenter.

Notre pays, triste privilège, se distingue sur la scène européenne puisqu'elle se place au quatrième rang pour ses taux de suicide tous âges confondus, après la Finlande, le Danemark et l'Autriche, et au premier rang pour le suicide des plus de 75 ans. Plus encore, son taux de suicide augmente quand il baisse en Allemagne de même qu'au Japon, pays pourtant extrêmement vieillissant.

Depuis 1968 exactement, l'incidence des suicides aurait augmenté spectaculairement en France, donnant raison, quoique seulement sur le plan des chiffres, aux modélisations du sociologue du XIX^{e} siècle Emile Durkheim. Mais les dernières estimations, en particulier celles de Nicolas Bourgoin dans un article de Population et Société de 1998, montrent une évolution plus nuancée et moins défavorable. Et on a chiffré à près de 8% la proportion des gens qui ont fait une tentative de suicide dans l'année. Après une légère diminution du nombre total des suicides durant la dernière décennie, on assisterait donc à une reprise de l'augmentation de ceux-ci.

Influence de l'âge

C'est ainsi que, si cette incidence des suicides est passée en France de 1,74 pour 10 000 habitants à 2,13 pour 10 000 habitants, après un pic nettement plus élevé en 1985, cette augmentation s'est faite au détriment des plus vieux puisque cette incidence passe de 6 pour 10 000 personnes de plus de 65 ans à près de 16 pour 10 000 chez les plus de 85 ans, tandis que l'incidence baisse sensiblement depuis trente ans chez les moins de 85 ans.

L'augmentation de l'incidence chez les gens âgées a ainsi été de 50% en trente ans ! L'augmentation du taux de suicide chez les plus de 75 ans est, par là même, multipliée par cinq tous les vingt ans.

On peut cependant relativiser les chiffres. Globalement, le suicide ne représente qu'une faible part des causes de décès. Les morts par suicide ne comptent en effet que pour un peu plus de 2% des causes de décès toutes classes d'âge confondues. Ils représentent 3% des causes de mortalité des hommes et 1% de celles des femmes.

Cette augmentation concerne autant les femmes que les hommes. Malgré cela, l'incidence chez les hommes reste cependant encore deux fois supérieure. On s'aperçoit donc que le risque de suicide augmente parallèlement avec l'âge et prioritairement chez l'homme âgé, qui rassemble à lui seul deux tiers des suicidés.

Les risques d'autolyse augmentent avec l'âge, qui reste le seul facteur constamment déterminant de l'augmentation d'incidence du suicide, quelques soient les époques et les régions et quelques soient les organisations économiques. Le vieillissement de la population augmente donc mécaniquement le taux de suicide brut.

Mais la signification de ce constat est complexe et différente selon chaque âge considéré.

Chez l'adolescent, « *l'autolyse* » (terme édulcoré pour nommer le suicide et le dédiaboliser) se situe à la 2^{e} position des causes de décès après les traumatismes. Elle arrive à la 18^{e} position des causes de décès chez la per-

sonne âgée de 65 à 74 ans et à la 25e place chez les plus de 85 ans.

Ce dernier chiffre parait certes dérisoire par rapport à celui observé chez les adolescents. En réalité, et en nombre absolu, il y a plus de suicide entre 55 et 75 ans que dans toutes les autres classes d'âge, mais le pourcentage est à rapporter à la forte mortalité naturelle à cet âge de la vie et à l'augmentation de la longévité. Bien heureusement, ce n'est en effet qu'aux âges avancés de la vie que l'on est malade et que l'on en meurt le plus : les autres causes de décès (cancers et maladies cardio-vasculaires) éclipsent alors les morts volontaires. Si bien que le taux réel de suicide des plus de 85 ans reste, malgré tout, dix fois supérieur à celui des jeunes de 15 à 24 ans.

Suicides et tentatives d'autolyse sont exceptionnels avant la puberté, en raison de l'absence de conscience véritable de la mort et de sa signification de terme définitif à la vie. Les suicides « accomplis » sont alors plutôt le résultat d'accidents, de mises en jeu dramatiques qui conduisent à la mort. En outre, peu de pathologies psychiatriques, à cet âge, sont suffisamment évoluées pour entraîner une détermination telle qu'elle mène au suicide.

Chez les adolescents, le suicide accompli est relativement rare car les motifs nécessaires, que sont la vengeance, le deuil et le châtiment, ont peu de raison d'exister à cet âge.

On dénombre tout de même durant cette période de la vie environ 1 000 morts par suicide et par an en France,

ce qui place, on l'a vu, le suicide en 2e position dans les causes de décès après les traumatismes et les accidents de la voie publique survenant à cet âge.

On estime par contre à 50 000 le nombre des tentatives de suicides chez les jeunes, bien que ce chiffre soit sous-estimé en raison de l'insuffisante déclaration de toutes les tentatives qui ne conduisent pas aux services d'urgence des hôpitaux. On considère donc que 8% des garçons et 5% des filles font une tentative de suicide, les garçons près de deux fois plus que les filles.

Au total, un décès survient pour quatre vingt tentatives (mais 1 pour 15 chez le garçon et 1 pour 160 chez la fille), et 30 à 50% des adolescents récidiveraient leur tentative. La tentative de suicide correspond bien à la stratégie d'appel à l'aide, ou de chantage, d'un adolescent et d'un adulte jeune déboussolés par un avenir sans perspective claire et qui rencontrent des difficultés de communication avec leur entourage, ou encore qui peinent à trouver une véritable identité. L'ordalie correspond également, comme les conduites dangereuses, à cette période de la crise d'adolescence où l'individu questionne la vie, éprouve le besoin de mettre à l'épreuve ses capacités et de se confronter au vertige de la mort dont il découvre l'inéluctabilité et le sens. Cela explique la recrudescence actuelle des tentatives de suicides, dans une société qui génère l'angoisse en raison de son incapacité à donner un cadre rassurant et des perspectives définies pour leur avenir.

Le suicide reste toujours plus fréquent chez le jeune adulte que chez la jeune femme, laquelle fait par contre plus de tentatives infructueuses. Cinq fois plus fréquent

chez l'homme âgé que chez la vieille femme, son incidence globale y est dix fois supérieure à celle observée chez les jeunes, bien que cela passe souvent inaperçu : les décès par mort naturelle y sont en effet nombreux, par cancers et par maladies cardiovasculaires surtout. On peut rappeler que, sauf en Chine et en Inde, cette propension plus grande au suicide observée chez l'homme est constante depuis plus de deux cent ans, car Esquirol la notait déjà au début du XIX^{e} siècle.

Si le taux de suicide des gens âgées tend à diminuer depuis vingt ans, malgré l'augmentation du nombre des vieillards, il faut en prévoir une vraisemblable inflation dans les décennies à venir en raison de la remise en cause des systèmes de retraite du fait de l'augmentation de la durée du travail nécessaire pour bénéficier de retraites à taux plein, ce qui sera une cause de paupérisation, mais aussi en raison de l'augmentation des cohortes de gens très âgées, de la progression des maladies dégénératives chroniques, de l'éclatement des familles, du rebut en établissements pour personnes âgées et de l'augmentation de la solitude.

Que le nombre des suicides croisse avec l'âge n'a rien d'étonnant. Les maladies chroniques et douloureuses ou incurables, qui portent une atteinte au narcissique, poussent certains vieillards au « *suicide de deuil* ». La mélancolie voit ses premières décompensations survenir à partir du milieu de la vie, et la dépression est plus fréquente durant ces périodes de blessure du Moi, de cumul des deuils et de rétrécissement de l'avenir, avec la diminution des possibilités de résilience. La misère, quand elle existe, apparaît au vieillard sans recours. Deuils, veuvage

et diminution des potentialités locomotrices et financières restreignent peu à peu les possibilités de relations sociales. La solution à cette situation, quand elle apparaît désespérée, ne peut s'imaginer que dans le suicide accompli car la tentative de suicide et son rôle d'appel ou de chantage n'a alors plus de raison d'être.

Le nombre de tentatives de suicide est lui aussi fortement induit par l'âge. Mais à l'inverse de la tendance observée pour les suicides accomplis. On peut y voir là une plus forte détermination des gens âgées qui « réussissent » plus fréquemment leur suicide. De 15 à 24 ans, tous sexes confondus, on compte 1 suicide accompli pour 80 tentatives mais, on l'a vu, on dénombre 22 tentatives pour 1 suicide accompli chez le jeune homme, et 160 chez la jeune femme.. Après 65 ans, on dénombre moins de 2 tentatives pour 1 suicide « *réussi ou accompli* » chez l'homme et 3 à 4 tentatives pour 1 suicide *« réussi »* chez la femme. Cette différence entre ces deux classes d'âge peut s'expliquer par une motivation et par un rôle différent que le jeune donne à son geste.

Influence du sexe

Le sexe a donc une influence déterminante et, sauf en Chine et en Inde, le sexe mâle est, après l'âge, un fort déterminant du taux de suicide.

C'est ainsi que, quelques soient le pays et le milieu social, les hommes se tuent en moyenne 3,2 fois plus que les femmes. Mais, dans le même temps, ils font moins de tentatives d'autolyse.

Certains ont voulu y voir une constante naturelle en lien avec les prédispositions liées au sexe, telles l'imprégnation hormonale masculine, qui expliquerait, au moins sur le plan biologique, une agressivité innée de l'homme. Cette explication parait incontournable et peu contestable car la testostérone est l'hormone de la masculinité mais aussi celle de l'agressivité et de la puissance. Mais la présence de cette hormone ne suffit pas. Le comportement humain est aussi et surtout le résultat de l'éducation et de la culture. Le suicide est aussi un comportement social et non le seul résultat d'une prédisposition biologique. Interviennent donc la culture et les conditions d'éducation différentes selon le sexe, un autre rapport qu'ont les femmes avec la vie d'une part (par l'intermédiaire des maternités et des enfants) et avec leur corps d'autre part.

Les garçons sont élevés dans un rapport jugé naturel avec une affirmation de la force voire la valorisation d'une certaine violence physique, ce qui explique le fréquent recours aux conduites dangereuses, au suicide ou au crime. Mais ils sont aussi élevés avec une valeur particulière accordée à l'investissement, à la réussite professionnelle et à la reconnaissance sociale dans le travail. On noterait chez eux une moindre efficacité des freins à l'auto-agressivité. L'homme, par fierté et par une éducation l'inclinant moins aux relations de dépendance, rechercherait également peu le soutien de son entourage, se réfugiant plus volontiers dans une solitude affective et psychologique. En réalité, authentique sexe biologiquement et psychologiquement fragile, l'homme aurait une moindre capacité d'adaptation aux transformations envi-

ronnementales et culturelles, une plus grande fragilité face aux maladies psychiatriques et physiques, comme une vulnérabilité accrue face aux toxicomanies. Les cultures bisexuelles, en particulier, comme celles qui prédominent actuellement dans les civilisations occidentales, bénéficieraient ainsi plus aux femmes qu'aux hommes.

Le statut social actuel des hommes leur interdit en général le recours à la simple tentative d'autolyse et, dotés d'une violence naturelle, face à un conflit conjugal ou à une difficulté professionnelle grave, ils privilégieront alors le suicide violent et radical. Ils choisissent le moyen en conséquence.

Les femmes grandissent par contre dans un climat différent d'affirmation de leur personnalité au sein du noyau familial et de la sphère domestique. Plus que sur l'investis-sement extérieur et professionnel, ce climat est centré sur la maternité, l'éducation des enfants et les relations familiales, qui sont des tâches dont on connaît maintenant le rôle protecteur contre le suicide. A l'heure actuelle, la valeur du travail intervient donc moins chez la femme comme élément de reconnaissance sociale. Force est de reconnaître qu'elle résiste mieux que l'homme aux malheurs, comme aux toxicomanies, aux conduites dangereuses et aux échecs. Son statut social l'y expose d'ailleurs moins. Encore éduquée dans une plus grande acceptation de la dépendance, elle est tentée plus par la « *simple* » tentative de suicide, expression d'un cri d'alarme ou d'un chantage, que par le suicide accompli dont elle garde par contre le même caractère de gravité. Cependant, son statut social évolue depuis cinquante ans, vers une masculinisation des comportements, et on pour-

rait craindre que cela amène un rapprochement progressif des taux de suicide des deux sexes.

Quelques études ont montré l'augmentation de fréquence des passages à l'acte lors des phases prémenstruelles. Cela ne signifie pas, bien entendu, qu'il y ait un lien de causalité entre suicide et hormones féminines.

La situation est différente en Chine, où le suicide des femmes est prépondérant sur celui des hommes. Il s'agit d'un suicide revendicatif, vindicatif, réalisé en protestation à la mauvaise considération sociale qui leur est faite. Le suicide est alors une réponse à la pression sociale dont les femmes sont l'objet. Il est parfois le seul moyen de fuir des violences conjugales jugées à raison insupportables.

En Inde, deux formes de suicides coexistent chez les femmes. A côté du traditionnel et désormais rarissime suttee, immolation rituelle de la femme sur le bûcher de l'époux, le suicide classique des femmes est également, comme en Chine, une fréquente réponse à des problèmes conjugaux (assujetissement, violences et viols, différences de droits sociaux) qui sont devenus, dans tous les sens du terme, invivables. C'est aussi une réponse au refus de leur émancipation par une société bâtie pour et autour de l'homme.

Au total, malgré le rapprochement progressif des statuts des hommes et des femmes dans les pays occidentaux, la différence des taux de suicide entre les deux sexes demeure actuellement quasiment inchangée. Les écarts au détriment des hommes ont même augmenté dans la tranche des 14-29 ans ! Ce dernier constat tient

peut-être au fait que l'homme est plus sensible que la femme à la crise de l'emploi, les femmes s'engageant moins dans le travail que les hommes. Plus aguerries que les hommes contre les vicissitudes de la vie moderne, les femmes semblent ne pas avoir encore complètement, au fur et à mesure que se rapproche leur statut social de celui de leurs homologues masculins, aligné leur comportement sur ceux-ci.

On peut également tirer de cette différence des taux la conclusion que les hommes, plus déterminés et usant de moyens plus radicaux, parviennent plus facilement à leurs fins que les femmes. La radicalité du moyen utilisé faciliterait donc le suicide accompli.

Influence du contexte économique

Différents éléments environnementaux avaient été présentés par Emile Durkheim comme étant de possibles facteurs induisant ou favorisant les conduites suicidaires.

De nos jours, l'effet du développement économique est paradoxal et les conclusions du maître ne sont plus adaptées à notre société, même si l'on a noté les deux pics de recrudescence des suicides lors du choc pétrolier de 1976 et de la récession de 1993. On observe en réalité que la majorité des gens survit heureusement aux conditions économiques les plus dures et en apparence les plus suicidogènes.

Au XX^{e} siècle, il n'existait plus qu'un lien indirect et complexe entre le suicide et le développement économique. Le XXI^{e} siècle est encore trop jeune pour nous dire ce qu'il nous réserve. La globalisation de l'économie et

ses répercussions sur le chômage et sur la paupérisation de classes sociales autrefois épargnées, comme les psychopathologies émergentes et secondaires aux bouleversements sociétaux, risquent de modifier considérablement l'incidence du suicide et sa répartition dans les populations.

En effet, dans les pays pauvres tel l'Afrique, le taux de suicide est bas ce qui, contrairement à toute attente, valide une hypothèse que la misère et les conflits protègent. Par contre on constate que, dans les pays riches, plus les richesses augmentent, plus le suicide croît lui aussi, ce qui laisse supposer qu'existent d'autres facteurs qui jouent leur rôle.

Il y existe manifestement un lien évident entre pauvreté et suicide. Dans les pays riches, ce sont les pauvres qui se tuent, et c'est dans les régions les plus pauvres de ces pays que l'on se tue le plus. Encore faut-il préciser de quel type de pauvreté l'on parle. Non pas la pauvreté dite « *intégrée* », selon la classification de Serge Paugam, qui est structurelle et compensée par une solidarité communautaire ou familiale structurante, mais la pauvreté « *disqualifiante* », celle qui est acquise, dévalorise, stigmatise l'individu et lui fait perdre son identité, le frappe dans tous les domaines de l'existence, réduit sa sociabilité et le prive de toute participation sociale active.

Ce n'est pas non plus la concentration des richesses qui tue, ni les écarts de richesse qui sont en cause. Nous vivons certes dans des sociétés duales. Y coexistent, d'une part les nantis qui bénéficient des emplois, de l'argent, de la protection sociale et de tous les avantages de la société de consommation, d'autre part les exclus du

système, qui ne disposent de rien et transmettent même ce marasme de génération en génération.

Mais si le taux de suicide décroît avec l'élévation du niveau des diplômes, certaines personnes appartenant au haut de la hiérarchie sociale ne sont pas épargnées par le suicide. Cela survient lorsque la surabondance des liens sociaux dont usent les classes supérieures et lorsque les mécanismes compensateurs ou de rattrapage dont bénéficient les riches et devraient les protèger contre le suicide, ne sont plus opérants. Tombant de plus haut, l'effondrement a plus de conséquences. Intervient aussi le rôle du stress et du « *burn out* », comme dans certaines professions à forte responsabilité.

En définitive, le suicide peut être, à l'échelle sociale, un révélateur du clivage entre les riches et les pauvres.

Maurice Halbwacks avait contesté le rôle des crises économiques sur l'incidence du suicide. Il manquait alors du recul nécessaire pour constater que, au XX^{e} siècle, les deux périodes où l'on se sera tué le plus seront son début, où le pouvoir d'achat fut le plus bas, et sa fin, où le pouvoir d'achat a atteint des sommets.

L'exemple de la Grande Bretagne illustre bien ce lien entre la pauvreté « *disqualifiante* » et le suicide. Les sociologues ont montré que le suicide affectait en priorité les populations souffrant d'exclusion sociale avec toutes ses conséquences qui peuvent être alors regroupées selon un certain nombre de critères de déprivation : le revenu, l'emploi, la santé ou le handicap, l'éducation et la qualification, le logement, l'accessibilité géographique.

En France, on constate que le nombre de suicides est maximal au bas de la hiérarchie sociale et y varie selon la conjoncture économique. L'inoccupation des chômeurs, des retraités et préretraités, des handicapés, des femmes au foyer et des RMIstes (et maintenant des « RSAistes »), est corrélée à un fort taux de suicide, même si ce n'est pas l'inactivité qui en est cause mais plutôt le fait que celle-ci s'ac-compagne de mauvaises conditions économiques, de mauvaises conditions d'existence, d'un déficit d'intégration sociale voire d'un rejet social, d'une résilience amoindrie et des complications sanitaires liées à cette situation.

Par contre, et contrairement aux idées reçues, il n'a pas été établi de lien constant entre chômage et suicide en Europe occidentale, sauf dans cette classe d'âge des 25-49 ans, chez qui ne pas trouver sa place dans le circuit de production est un véritable traumatisme. Ce phénomène est sans aucun doute à mettre en relation avec tout ce que la « *valeur travail »* représente au niveau de la construction et de la reconnaissance personnelle. Sur ce point ; la responsabilité des politiques publiques et des organisations économiques est flagrante.

Influence du statut politique du pays

Le statut politique du pays d'habitat a parfois été invoqué comme influant sur le taux des suicides. Ce n'est, en réalité, pas un facteur aujourd'hui reconnu comme essentiel et agissant sur l'incidence du nombre des suicides. Les changements politiques récents intervenus en Europe n'ont en effet pas modifié notablement l'incidence des suicides. A l'étranger, l'exemple particulier

de la Russie mettrait plutôt en exergue l'influence de l'alcool. Dans les pays soumis à des régimes dictatoriaux ou autoritaires, et dans ceux agités par des conflits guerriers, la lutte pour la survie prend le pas sur les questionnements existentiels. Les suicides y sont plus rares et les quelques suicides et tentatives de suicide observés y ont une explication particulière.

Influence des facteurs géographiques et démographiques

En France, l'influence des facteurs géographiques et démographiques est troublante, avec une progression de l'incidence des suicides en milieu rural, accompagnant peut-être l'isolement secondaire à la désertification des campagnes et à leur paupérisation. Des taux de suicide élevés sont ainsi observés dans la région Centre, région rurale par excellence. Mais d'autres régions sont également durement touchées, comme la Bretagne où l'alcoolisme, élément levant les inhibitions protectrices et qui y sévit encore fortement, pourrait introduire un biais important.

Suicide et groupes sociaux

S'il existe un lien entre pauvreté et suicide, il en existe un également avec le niveau social. Ces deux liens ne sont d'ailleurs pas toujours indépendants.

Globalement, et cette distribution a changé depuis les années 1960, les milieux les plus exposés restent les employés et les ouvriers, dont le risque de se suicider est multiplié par trois. Les moins exposés demeurent les cadres et les intellectuels dont le risque de se tuer est

donc trois fois moindre. Entre les deux se situent les agriculteurs, les artisans et les commerçants. Certaines professions, d'exercice assez solitaire et où le stress parait majeur, sont en outre particulièrement exposées. Ce constat va à l'encontre de l'aphorisme qui dit que « *au bas de l'échelle sociale, on tue, et qu'au haut de cette échelle, on se tue* ».

Les taux de suicide sont les plus bas dans les régions européennes les plus riches en terme d'imposition fiscale, et ils sont les plus hauts dans les régions les plus pauvres selon les mêmes critères C'est dans ces dernières que se concentrent les catégories sociales les plus défavorisées et dont la vie est la plus dure. Christian Baudelot et Roger Establet, dans un ouvrage de 1984 intitulé « Durkheim et le suicide », ont constaté que ces groupes sociaux défavorisés sont aussi ceux dont la vie est la plus courte, en raison d'un travail plus pénible et d'un moindre recours ou d'un recours plus tardif aux services de prévention, d'hygiène et de santé. On pourrait y ajouter que ce sont ces groupes ont le moins accès à une hygiène de vie favorable.

En France, le constat est variable selon les départements : le suicide se concentre dans ceux qui sont les moins riches, les moins modernes, les moins urbanisés et ceux qui recèlent le plus de vieillards. A l'opposé, les régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur voient leur taux de suicide baisser depuis le XIX^{e} siècle, parallèlement à la forte médicalisation qu'on y observe, à la moindre progression de l'urbanisation, à l'augmentation des équipements collectifs, scolaires et de santé, à l'afflux des cadres et au travail des femmes. Cela est vrai malgré

le vieillissement observé en PACA par exemple. Christian Baudelot et Roger Establet en concluent ainsi que, contrairement au XIX^{e} siècle, la modernité ne tue plus mais qu'au contraire elle protège. Les milieux qui peinent le plus à s'y adapter paient alors au suicide le tribut le plus lourd.

En tout état de cause, la place des facteurs environnementaux reste prépondérante même si certains de ces facteurs ont évolué depuis Emile Durkheim, au point qu'ils agissent parfois à l'inverse de ses descriptions princeps.

Influence du statut marital

Les conditions maritales semblent être de possibles facteurs favorisants ou facteurs déclencheurs. Comme il y a deux siècles, le veuf se suicide plus que le divorcé, celui-ci plus que le célibataire, ce dernier plus que l'individu marié. Le meurtre de soi intervient le plus souvent dans la première année qui suit le veuvage. L'homme divorcé sera plus facilement victime que la femme de cette exclusion sociale qui accompagne fréquemment le divorce : il doit en effet se reconstruire alors une identité nouvelle, dans des conditions difficiles liées à un ébranlement narcissique, à des difficultés d'organisation domestique et à de fréquentes difficultés financières. La vie en couple semble ainsi protéger relativement contre le suicide, bien que l'on observe parfois des suicides de couples, dont la signification est cependant bien particulière. La survenue d'un suicide à l'occasion du veuvage peut donc être mise en lien avec la solitude. Et si, dans ces situations, la femme parait globalement se suicider moins fréquem-

ment que l'homme, sans doute est-ce en raison, même à des âges avancés, du rôle protecteur qui lui est habituellement dévolu de référente et de pilier familial ? En fait, Maurice Halbwachs avait montré que le mariage a une fonction préservatrice faible contre le suicide et que, plus que la société conjugale, c'est le groupe familial « *parents-enfants* » qui pourrait protéger le plus efficacement contre les pulsions suicidaires.

Toujours est-il que, chez les hommes âgés, le mariage réduit de cinquante pour cent le taux de suicide par rapport aux célibataires. Bien plus que chez les femmes ! Les hommes profitent ainsi plus que les femmes du mariage mais pâtissent plus qu'elles du veuvage. Par ailleurs, le taux de suicide est supérieur chez les époux et les veufs sans enfants. L'absence de transmission influe donc aussi sur le risque de suicide. Les sociologues ont voulu voir une corrélation entre la baisse du nombre des enfants, ou le départ des enfants de la maison, et la montée du suicide chez les gens âgées. Le tête-à-tête ou face-à-face conjugal protégerait donc peu contre le suicide.

Influence des croyances et de la religion

L'appartenance religieuse ne semble plus être un frein au suicide quand les raisons de se tuer deviennent les plus fortes. Il faut cependant faire une exception pour la religion musulmane dont la pratique a semblé à certains constituer un interdit efficace contre le suicide. Mais il pourrait plus s'agir de l'effet bénéfique et protecteur de l'organisation sociale intégrative qui l'accompagne.

En réalité, toutes les religions ou presque ont condamné à un moment ou condamnent encore le suicide.

Certes, lors de sa genèse, au moment où elle ne constitue encore qu'une secte, on constate qu'une religion peut susciter le suicide chez ses nouveaux adeptes, dans un élan d'exaltation de la foi qui conduit à faire le don de sa vie à la divinité. Il s'agit alors d'un « *suicide-passage* », comme l'illustre le martyre des premiers chrétiens ou le suicide collectif observé de nos jours dans certaines sectes. Il peut s'agir aussi d'un « *suicide-sacrifice* », comme celui que l'on décrit chez les vieillards de certaines peuplades primitives. Mais aujourd'hui, ces suicides sacrificiels ne sont plus acceptés sauf dans certaines sectes hindouistes ou apocalyptiques.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ni la Bible ni aucun des textes fondateurs des trois grandes religions monothéistes et révélées, le christianisme, le judaïsme et l'islam, ne condamnent expressément ni formellement le suicide. Par contre, les Canons et les règles morales de ces communautés religieuses ne le reconnaissent pas comme une solution concrète et positive face à un problème. Comme autrefois, se tuer attente aux desseins de Dieu qui est seul le maître de la vie. Se tuer met également en échec la vocation cohésive de la communauté.

Comme il est impossible de saisir jusqu'où un pratiquant croit à l'enfer et au péché mortel, comme il est également impossible de faire la part entre l'importance qu'un individu accorde aux interdits religieux ou aux mœurs et règles laïques de sa communauté, il est difficile d'affirmer la place de l'influence de la religion dans la

réflexion qui précède et accompagne la pulsion suicidaire. Il faut croire que, au moment du passage à l'acte, la raison du suicide prend le pas sur toute autre considération y compris religieuse.

Nonobstant l'interdit du suicide, la relative compassion dont bénéficient désormais les suicidés ainsi que l'absence de rejet social dont ils pourraient être l'objet, a sans aucun doute joué son rôle dans le rapprochement observé entre les taux de suicide des catholiques, des protestants ou des juifs et ceux de la population générale. Une exception doit être faite pour le suicide kamikase des séides et affidés de l'islam radical, pour lesquels tuer l'infidèle en mourant avec lui conduirait au Paradis d'Allah.

Quoiqu'il en soit, bien que des critiques soient à apporter à sa méthode d'analyse, on peut reconnaître qu'Emile Durkheim avait raison sur ce point : le constat que les catholiques se suicident moins que les juifs, eux-mêmes moins que les protestants. On peut ajouter que, au sein de familles encore préservées de l'européanisation, les musulmans bénéficient pour un temps de la protection d'un communautarisme culturel et du relatif interdit religieux de l'islam qui, dans certaines conditions, « éternise le suicidé en enfer », au moins le prive de l'accès au Paradis et à ses délices !

Les religions orientales, quant à elles et pour des motifs différents, condamnent unanimement le suicide.

Le taoïsme le considère comme une sottise car la vie est le bien assurément le plus précieux donné aux êtres vivants. Ce bien est à préserver en évitant de se mettre

dans des situations embarrassantes qui inviteraient à se poser la question du suicide.

Le confucianisme estime que se suicider procède d'un mouvement égoïste : la piété filiale est telle que l'enfant a le devoir de prendre en charge en retour ses parents lorsque ceux-ci deviennent dépendants. Cela exclue en conséquence qu'il se suicide avant la mort de ses propres parents. Refuser la vie, c'est ne pas avoir « *le sens de l'humain, le souci qu'ont les uns pour les autres les hommes par le fait qu'ils vivent ensemble* ».

Quant au bouddhisme, il témoigne que la souffrance est l'essence de la vie et que l'homme porte la souffrance en lui-même. Le suicide ne règle donc pas le problème de fond. Refuser la souffrance et refuser la vie, c'est refuser son statut d'homme. Pourtant, il semblerait que Bouddha se soit suicidé, mais il est vrai après avoir acompli sa vie.

A côté des religions, il s'y ajoute dans certains pays l'influence forte de croyances ancestrales, pour nous aujourd'hui irrationnelles (bien que nos religions n'aient elles aussi rien de rationnel). Il existerait des esprits malfaisants qui se manifesteraient aux vivants en les saisissant d'une pulsion suicidaire en cas de manquements ou de fautes graves. Parfois, ce serait la manifestation de l'esprit des morts, vivant dans un lien organique avec les vivants et qui leur ferait payer, par le suicide de l'enfant par exemple, un éventuel irrespect à leur égard. Le suicidaire n'est ainsi pas le seul à souffrir et tout son entourage participe à sa souffrance. Celle-ci est parfois le prix payé pour les fautes commises par un membre de la famille. A côté des explications apportées par la religion, on observe que cette souffrance familiale entraîne de façon

coutumière plutôt la révolte chez les hommes et plutôt une culpabilisation chez les mères. Toutes deux pouvant ensuite expliquer leur suicide.

Influence du degré d'instruction

Actuellement encore, la fréquence du suicide suit de façon inverse, contrairement aux conclusions d'Emile Durkheim, le degré d'instruction. Mais « la science n'y est pour rien ». Bien plus, l'intelligence peut être le remède en ce sens qu'elle seule peut, « *une fois l'instinct social émoussé, nous refaire une conscience* ». Quoiqu'il en soit, ce facteur est sans doute de peu d'influence car, malgré la mise à un niveau égal du degré d'instruction des femmes avec celui des hommes, le taux de suicide des hommes demeure encore supérieur.

Influence de la profession

Les statistiques de l'INSEE montrent que certaines professions ont une incidence forte de suicides. Il en est ainsi, à titre d'exemple, des enseignants, des artistes, des médecins et dentistes, des militaires et policiers, du personnel pénitentiaire ainsi que de quelques autres statuts dont celui de retraité et d'étudiant.

Plusieurs raisons à ce constat peuvent être évoquées. D'une part, la pénibilité particulière de ces professions à haut risque, sur le plan psychologique plus que physique. D'autre part, une erreur de recrutement dans ces professions d'individus inadaptés à son exercice. Enfin, un accès facilité à des méthodes radicales pour mettre fin à ses jours, comme chez les médecins (avec les médicaments) et les policiers (avec leur arme de service).

C'est ainsi que les médecins se suicident environ trois fois plus que la population générale, les psychiatres six fois plus ! Les militaires étaient réputés autrefois se suicider plus que le reste de la population à âge égal, en particulier au retour de campagnes. Pour expliquer cela, on a évoqué l'ennui mais aussi le besoin d'agressivité et celui de se mesurer à l'autre ou encore d'éprouver sa capacité de puissance. Ce besoin n'étant plus assouvi par les guerres, cela justifierait alors une espèce d'ordalie.

Les étudiants ont un taux de suicide supérieur de deux à cinq fois supérieur à celui des populations d'âge égal. Une nette prédominance féminine s'observe quant à l'idéation suicidaire. En réalité, le statut d'étudiant ne susciterait pas en lui-même le suicide mais il est une période de particulière fragilité pour certains, soit du fait d'un état d'adolescence prolongée et d'incertitude identitaire, soit en raison d'un sentiment de précarité quant à l'avenir, soit encore parce qu'il s'agit d'un contexte de compétition et de stress devant des examens répétés, avec leur évident risque d'échec.

Quant aux retraités, leur taux de suicide augmente lors du passage à la retraite. Il s'agit d'un « *suicide-deuil* », deuil d'une certaine identité et d'une reconnaissance sociale. Le risque suicidaire est inversement proportionnel au niveau de diplôme car les plus instruits semblent trouver plus facilement des moyens de sublimation à l'arrêt du travail productif.

Influence de l'alcoolisation

Emile Durkheim niait l'existence d'une relation possible entre l'alcool et le suicide. Les autopsies psychologiques pratiquées aujourd'hui, le fort taux de suicide dans les régions d'endémie alcoolique (Côtes d'Armor en Bretagne par exemple), le triste exemple d'une Russie fortement alcoolisée puis l'effet positif mais malheureusement temporaire des restrictions imposées par Gorbatchev, attestent pourtant de ce probable lien.

L'alcool pourrait n'être que le stigmate de la misère sociale, économique et morale. Mais on peut aussi penser qu'il ne s'agit que d'une addiction comme une autre, dont on sait la fréquence dans le déclenchement des crises suicidaires. Ajoutons que les effets tranquillisants et « désinhibiteurs » de l'alcool facilitent sans doute le passage à l'acte lors d'une crise suicidaire.

Le rôle des ethnies et de l'hérédité

Aucun rôle précis n'a pu être avancé en ce qui concerne l'appartenance ethnique.

Les différences qui existent d'un pays à l'autre paraissent s'expliquer plutôt par les mœurs et les habitudes de vie que par un caractère héréditaire ou génétique. Ainsi, l'observation des communautés ethniques transplantées qui coexistent dans certains pays, comme celle des Noirs américains, montre un taux de suicide que l'on s'attendrait voir plus élevé en raison des mauvaises conditions socioéconomiques dans lesquelles elles vivent.

Une chose est assurée, il n'existe pas de gène du suicide. Il existe par contre des familles dans lesquelles le suicide se concentre de façon étonnante. Et certaines pathologies génétiquement transmises prédisposent au suicide.

C'est ainsi que l'on a mis en évidence, dans certaines familles, une tendance à l'exemplarité, ou à l'imitation du suicide. A la limite, le suicide s'apparente à une sorte de réflexe conditionné comme mode de réponse à des situations difficiles. Mais le rôle direct d'aucune hérédité au sens chromosomique du terme n'a pu être démontré dans tout cela.

Par contre, des affections médicales héréditaires, telles la chorée de Huntington, la maladie de Wilson ou la porphyrie aiguë intermittente s'accompagnent de dépressions intenses qui peuvent conduire de façon anormalement fréquente au passage à l'acte. Il s'agit dans d'autres cas de « *suicide-fuite* » face à une pathologie héréditaire évolutive qui s'accompagne de handicaps graves auxquels le sujet ne parvient pas à s'adapter.

La prédisposition parfois familiale de certains troubles de l'humeur est avérée, comme le spectre bipolaire, ce qui pourrait expliquer alors une fréquence importante de suicide au sein d'une même famille. Mais l'hérédité ne peut être assurée dans un type d'affection aussi fréquente, et le rôle d'un environnement commun est sans doute une explication plus plausible. C'est aussi le cas des mélancolies et de certaines autres dépressions endogènes, survenant en dehors de tout contexte conjoncturel. Ces maladies sont l'expression de déplétions en neuromédiateurs tels la dopamine ou la sérotonine. Elles

sont sensibles au traitement par le lithium et aux antiépileptiques. Pourtant, certains auraient évoqué le rôle d'anomalies portées par le chromosome X.

Influence du climat, des saisons et des astres

Les influences climatiques sont une fable et les variations atmosphériques sont peu explicites bien que l'on reconnaisse le caractère « dépressogène » des dépressions atmosphériques, de la baisse de l'ensoleillement et des expositions fortes aux radiations électrostatiques.

Les avis sont partagés concernant l'heure du passage à l'acte, plus fréquent la nuit pour certains, et plus fréquent le jour pour d'autres.

Seule la dépression saisonnière pourrait s'accompagner d'une recrudescence des suicides pendant certaines saisons, pendant le printemps par exemple, et moins curieusement l'hiver.

Contrairement aux impressions couramment véhiculées, les études épidémiologiques ne montrent pas de variations de fréquence des tentatives de suicide en fonction des cycles lunaires.

Influence des crises de la vie

Certains épisodes de la vie normale doivent être considérés comme étant des crises. En tant que telles, elles exposent en théorie à une prévalence accrue des suicides. On peut citer l'adolescence, la ménopause, la crise de la cinquantaine, le départ à la retraite et le passage au grand âge….

Si le vieillissement « *réussi* », de même que le vieillissement dit « *usuel* » car sans pathologie définie, ne s'accompagnent que d'une prévalence faible de suicide, il n'en est pas ainsi du vieillissement « *pathologique ou accompagné d'un handicap* », pour lequel de nouveaux investissements par le sujet sont nécessaires et constituent alors une relative protection contre le suicide. L'absence de ces investissements nouveaux ferait ainsi courir un risque accru de suicide.

Les circonstances des suicides

Deux tiers des suicides se passent à la maison. Près d'un tiers sont effectués en d'autres lieux, en particulier sur la voie publique. Quatre pour cent seulement sont réalisés en établissements pour personnes âgées, mais particulièrement durant les jours qui suivent l'admission. Ce dernier chiffre est à rapporter à la faible proportion des personnes de plus de 65 ans qui vivent en maison de retraite. Mais même si cela concerne peu de vieillards en nombre absolu, le taux de suicide en maison de retraite est ainsi le double de celui qui est observé au domicile.

Les suicides ont lieu surtout la nuit et en début plus qu'en fin de semaine. Probablement en raison de la libération des taches de la journée et de la possibilité de se tuer dans son coin. En 1972, le déplacement du jour de repos scolaire le mercredi a, semble-t-il, modifié favorablement la fréquence des suicides des femmes. Cela peut être rapporté à la nécessité de la garde des enfants ce jour là.

Les suicides se produisent plutôt pendant le printemps et non plus l'été, soulignant ainsi le rôle positif

vraisemblable joué par les congés payés instaurés en 1936.

Le choix de la date et du lieu est un choix souvent chargé de sens, soit qu'il soit destiné à empêcher l'arrivée trop rapide des secours, soit qu'il ait pour but d'adresser un message à l'entourage.

Les moyens utilisés

Les moyens pour attenter et mettre fin à ses jours sont multiples, et varient en fonction du sexe, de l'âge et de la culture.

Au domicile, la pendaison (moyen radical mais mal vu car considéré comme maléfique) est le premier moyen utilisé, plus d'une fois sur deux par les hommes mais aussi une fois sur quatre par les femmes. Une fois sur trois les hommes emploieront une arme à feu, moyen spécifiquement masculin. La difficulté actuelle pour se procurer une arme en France devrait influer sur ce mode de passage à l'acte. Les femmes privilégieront, quant à elles, les médicaments une fois sur quatre et les toxiques une fois sur six, à égalité avec la noyade qui est un moyen spécifiquement féminin.

En institution médico-sociale comme en prison, par contre, les seuls moyens facilement disponibles restent la pendaison, avec la ceinture ou un fil électrique, ou la défenestration, cette dernière méthode étant plus souvent employée par les femmes que par les hommes. Les techniques utilisées pour se tuer sont des moyens parfois d'une brutalité extrême, ce qui explique qu'ils se soldent inévitablement par la mort. Il n'en est pas de même lors

des *« tentatives d'autolyse* », c'est-à-dire lorsque le suicidant survit à son geste. Quatre-vingt-cinq pour cent de celles-là sont des intoxications médicamenteuses, à doses heureusement non létales. Dix pour cent des tentatives sont des phlébotomies au niveau du poignet, dont le risque d'entrainer la mort est faible. La gravité et la signification du geste en demeurent malgré tout bien réelles, justifiant dès lors une prise en charge psychologique et affective identique à celle employée lors de l'utilisation de moyens plus radicaux. C'est le geste « *qui fait la gravité du comportement, pas le moyen utilisé* ».

Les taux de réussite sont globalement de 1 pour 1 ou 2 tentatives chez l'homme et de 1 pour 3 à 5 tentatives chez la femme. Ces chiffres sont à comparer aux taux observés chez le jeune homme (1 pour 15 tentatives) et chez la jeune fille (1 pour 150 tentatives), et l'explication est donnée en particulier par les techniques employées.

La « radicalité » de l'arme à feu explique le décès quasi constant. Il faut cependant pour cela que le coup ne soit pas dirigé vers la tempe, avec son fort risque d'échec et de graves séquelles neurologiques et de paralysies, mais qu'il soit porté dans la bouche et selon un trajet ascendant et oblique vers l'arrière.

La pendaison a une efficacité qui dépend, d'une part de sa préparation pour éviter toute intervention inopinée des secours et, d'autre part, de la technique du nœud et de de la hauteur du saut qui permettront tous deux la fracture du larynx.

L'intoxication médicamenteuse est favorisée par la facilité pour se procurer des psychotropes et par le con-

fort procuré par leurs vertus sédatives et tranquillisantes. Mais les barbituriques ont heureusement quasiment disparu. Et les conditionnements des médicaments sédatifs limitent désormais les doses accessibles dans les boîtes ce qui expliquent les nombreux « *ratages* » : la posologie nécessaire pour mourir est en effet souventtrès élevée. Les suicidaires utilisent heureusement assez peu les médicaments cardiovasculaires, les anticoagulants ou l'insuline, bien plus redoutables. De même que les associations médicamenteuses.

Quant à la noyade, elle reste aléatoire, sauf peut-être en hiver quand l'eau est glacée, car elle laisse la place aux réflexes de survie et fait courir le risque d'être facilement secouru. Elle est plus couramment un moyen choisi par les femmes. Il en est de même de l'accident de voiture, au résultat incertain et faisant courir le risque de graves blessures et d'une survie avec de lourds handicaps.

La défenestration, enfin, est un moyen utilisé par les deux sexes, surtout en l'absence d'autre moyen disponible, et n'est vraiment efficace, car presque à tout coup mortelle, qu'à partir d'un saut du quatrième étage.

L'asphyxie est un moyen rarement utilisé, et demande une détermination forte de mourir. Qu'il s'agisse du sac de plastique, comme le fit Bruno Bettelheim, ou de l'asphyxie par le gaz domestique voire les gaz d'échappement de son véhicule.

Quant à l'immolation par le feu, moyen atrocement douloureux, elle n'est un moyen de suicide qu'extrêmement rare.

Au total, on peut conclure, avec Christian Baudelot et Roger Establet, que le suicide, au XX^{e} siècle, atteint plus les hommes que les femmes, plus les vieux que les jeunes, plus les urbains que les ruraux, plus les gens vivant seules qu'en famille, plus les protestants que les catholiques. Il survient plus le dimanche que le lundi, plus au printemps que durant l'hiver, et plus en période de paix qu'en période de conflit.

En outre, si son incidence a été en phase avec le développement économique au XIX^{e} siècle, il a été en opposition avec lui au XX^{e} siècle, où le suicide est devenu une « *affaire de pauvres* ».

Comme l'ont montré Emile Durkheim et Maurice Halbwachs, enfin, la solitude semble bien être un facteur commun à bon nombre de suicides. C'est un élément que les programmes de prévention devraient prendre en considération en priorité.

Les pathologies médicales et le suicide

Parmi les maladies somatiques, l'existence d'une pathologie chronique est habituellement évoquée comme étant un facteur favorisant ou responsable de suicide. Il s'agirait en particulier des pathologies douloureuses ou responsables de graves handicaps et de dépendances. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, il s'agit assez rarement de la surdité et de la cécité, ou des maladies altérant de façon significative l'apparence physique et la présentation du sujet. On pourrait également imaginer que cela concerne les malades atteints de maladies neu-

rologiques, dégénératives, de maladies douloureuses ou parvenue au stade terminal !

Cependant, les statistiques confirment qu'il n'y a pas plus de pathologies chroniques et de handicaps physiques chez les suicidés que dans la population normale. Ces mêmes statistiques mettent par contre en avant le rôle de facteurs tels le déficit cognitif et la pathologie mentale. De la même façon, les psychopathologies sont incriminées bien que les études épidémiologiques montrent désormais que, dans la genèse du suicide, l'existence d'une psychopathologie est loin d'être constante.

Il n'en a pas toujours été ainsi et, en 1820, le docteur Burrows avait affirmé que le suicide est une maladie mentale. En 1838, le docteur Esquirol faisait lui aussi remarquer que le suicide présente tous les caractères de l'aliénation mentale et, vingt cinq ans plus tard, le docteur Bourdin déclarait également que le suicide est « *toujours* » un acte d'aliénation mentale. Mais les médecins seront, après eux, beaucoup moins péremptoires.

Au XIX^{e} siècle, on évoque fréquemment la mélancolie à l'origine de certains suicides. Au début du XX^{e} siècle, le docteur de Fleury rattache tous les suicides ou presque à la phase dépressive de la psychose périodique. La cyclothymie est alors incriminée dans des suicides n'ayant apparemment pas d'autre cause qu'un trouble psychiatrique. On souligne par ailleurs l'importance du nombre des suicides commis sous l'emprise de l'alcool ou survenant chez des alcooliques chroniques.

Maurice Halbwachs divisera les suicides d'origine psychopathologiques en trois tiers égaux. D'une part les suicides non psychopathiques, liés à la misère, au chagrin ou à des maladies chroniques et douloureuses. D'autre part les suicides perpétrés en période d'ivresse. Enfin, les suicides psychopathiques, pour moitié liés à des maladies psychiatriques et pour moitié concernant des sujets dits « *déséquilibrés* ». Mais cette nomenclature ne précise pas qu'elle est la définition ni de la maladie psychiatrique ni de la folie ni d'un « *déséquilibre* » mental.

Selon différentes études récentes, entre vingt et quatre-vingt-dix pour cent des suicides accomplis surviennent sur un terrain de troubles psychopathologiques préexistants, qu'ils soient connus ou méconnus, qu'ils soient communs ou plus graves, qu'ils soient organiques ou conjoncturels. Cette grande variabilité, liée vraisemblablement à des biais de recrutement, en dit long sur notre incapacité à discerner les déterminants réels des tendances suicidaires. Les chiffres sont encore moins sûrs en ce qui concerne les tentatives suicidaires.

Quoiqu'il en soit, la recherche de psychopathologies doit être systématique chez le suicidant afin d'induire une stratégie préventive, au moins de la récidive, par une thérapeutique appropriée.

En effet, on sait qu'un syndrome dépressif, qu'il soit endogène (la maladie bipolaire et la mélancolie), ou conjoncturel et réactionnel à un évènement jugé traumatique, expose à un risque suicidaire vingt fois supérieur que chez le sujet non dépressif. On sait aussi que quinze pour cent de ces malades dépressifs « *endogènes* » vont mourir par suicide.

Les troubles anxieux ou névrotiques (surtout hystériques) et les troubles de la personnalité (en particulier la personnalité dite « état-limite ») sont également des pathologies à fort risque de pulsions suicidaires comme le sont, mais à un moindre degré, les conduites addictives (l'alcoolisme surtout), les toxicomanies et la schizophrénie (cette dernière conduisant une fois sur dix au suicide).

Les troubles délirants, psychose hallucinatoire chronique et délire paranoïaque, mènent parfois au suicide, que ce soit pour échapper à un persécuteur ou pour « *apaiser une culpabilité délirante* ».

Les démences, enfin, peuvent susciter la pulsion suicidaire au début de leur évolution, quand le malade se rend compte de la dégradation rapide et inéluctable de son état cognitif. Ensuite, le « *suicide* » n'est peut-être qu'une mort « *accidentelle* ».

En réalité, l'influence des psychopathologies est variable selon l'âge. Plus importante chez le garçon que chez la jeune fille, elle est également nette chez l'adulte jeune. Elle est par contre moins flagrante dans le grand âge, où, comme nous l'avons dit en préambule, la seule corrélation reconnue et indéniable est celle d'une augmentation de la prévalence avec l'âge.

Au XX^{e} siècle, la réflexion sur le suicide, sur ses déterminants et sur les moyens d'en assurer une prévention, a conduit à prendre en compte, non seulement ce que pouvait nous apprendre les suicidés sur leur geste, c'est-à-dire ceux qui étaient morts, mais également et surtout ceux qui avaient survécu à leur acte (les suicidants). L'étude s'est élargie à ceux qui avaient seulement

déjà eu une pensée suicidaire (« *idéation suicidaire* ») et enfin à ceux qui avaient des comportements à risque considérés comme étant des équivalents suicidaires (conduites addictives, comportements ordaliques ou attitudes actives ou passives de refus de soins par exemple). Car les suicidants qui récidivent, une fois sur trois et pour la moitié dans l'année, ont un risque quarante-trois fois supérieur de mourir de mort volontaire que la population générale, faisant ainsi de la tentative de suicide le « *facteur de risque le plus significatif de mort par suicide* ».

Au total, les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire ont pu être classés, dans un but opératoire de prévention du suicide, en trois catégories.

Les « *facteurs primaires* » ont une forte valeur d'alerte et sont ceux sur lesquels la prévention a le plus d'emprise. Il s'agit des antécédents personnels de troubles de l'humeur, les antécédents de tentatives précédentes, les troubles psychiatriques connus qu'ils soient ou non traités, et les antécédents familiaux de suicide et de troubles de l'humeur.

Les « *facteurs secondaires* » ont une moindre valeur prédictive de passage à l'acte, sauf lorsqu'ils sont associés à un ou des facteurs primaires. La prévention a un impact variable selon la nature de ces facteurs qui sont essentiellement les situations sociales et les évènements traumatiques récents ou anciens vécus par le sujet. Ces évènenements ont valeur de facteurs déclencheurs.

Les « *facteurs tertiaires* », enfin, comme l'âge et le sexe masculin, le statut marital, peuvent servir à définir des catégories à risque.

En définitive, les facteurs de risque de suicide sont ubiquitaires, non obligatoires et parfois imprévisibles. Toute personne, réputée psychologiquement saine ou équilibrée, peut être débordée un jour dans ses affects ou ses capacités d'adaptation à un contexte difficile. Quoiqu'il en soit, l'âge avancé, le sexe masculin, un syndrome dépressif ou la présence de troubles de l'humeur personnels ou familiaux sont les facteurs de risque à prendre en compte de façon prédominante.

Si l'on devait conclure ce long chapitre nécessaire à la compréhension du suicide et à la suite de ce livre, on pourrait dire, de façon caricaturale, que la littérature et l'histoire montrent que le médecin met souvent en avant des explications médicales au suicide, que le clergé y ressent l'intervention du démon ou le résultat de l'impiété, que le soldat y voit une expression de la lâcheté, que le sociologue l'explique essentiellement par des causes sociales et que le politique en refuse une quelconque responsabilité personnelle.

Mais les causes réelles du suicide sont sans aucun doute plus subtiles, intriquées et complexes, mêlant les explications endogènes (médicales et psychologiques) et les causes exogènes (environnementales et contextuelles).

Le sujet est trop grave pour laisser place à des querelles d'experts. Fait humain complexe, le suicide est un évènement individuel dont les causes et les déterminants sont plurifactoriels et nécessitent une approche toujours interdisciplinaire.

UN NOUVEL OUTIL : L'AUTOPSIE

PSYCHOLOGIQUE

En 2004, l'INSERM (Institut National des Statistiques et de la Recherche Médicale) publiait un document intitulé « Suicide : l'autopsie psychologique, un outil de recherche en prévention ».

Cet ouvrage d'expertise collective marque l'adoption en France d'une méthode déjà intégrée par certains pays tels la Finlande et le Canada dans le cadre de programmes de prévention du suicide.

Le but de cette démarche est de mettre en évidence certains facteurs de risque qui conduisent à l'état suicidaire.

L'autopsie psychologique vient compléter les méthodes traditionnelles que constituent les méthodes épidémiologiques d'une part, les analyses de cas cliniques d'autre part.

Depuis les années 1960, les spécialistes de certains pays ont en effet pris l'habitude de chercher à analyser l'environnement et les caractéristiques mentales et psychosociales des victimes de suicide.

L'autopsie psychologique est une étude à postériori des cas de suicide. Elle s'est au début inspirée des enquêtes cherchant à éclaircir les circonstances d'un décès suspect, homicide présumé tout d'abord. Puis, elle s'est adaptée de façon spécifique, également de façon rétrospective, aux décès par suicide présumé.

En définitive, l'autopsie psychologique explore l'état d'esprit du suicidé au moment de son acte. Il s'agit de reconstruire son style de vie, de noter ses comporte-

ments récents, de reconstituer tous les évènements qui ont précédé l'acte suicidaire. L'apport de l'entourage familial, amical, professionnel mais aussi médical est essentiel. L'avis du médecin traitant ou du dernier médecin consulté est important. La subjectivité évidente des témoignages doit être tempérée et corrigée par la confrontation multidirectionnelle des données recueillies, par des échelles validées et par la comparaison des méthodes utilisées avec les résultats obtenus par leur expérimentation sur des groupes témoins.

On s'accorde à reconnaître à l'autopsie psychologique plusieurs objectifs.

Tout d'abord, « identifier et tenter d'expliquer les raisons d'un suicide ».

Ensuite « évaluer les facteurs du risque suicidaire que présentait la personne », « comprendre la motivation psychologique ou parfois philosophique de la victime », « mieux comprendre la démarche suicidaire afin d'en tirer des conclusions pratiques en matière de prévention » et « déceler l'implication d'un système ou d'un tiers ».

Enfin, l'autopsie psychologique permet de « disposer d'un outil de prévention primaire, et parfois secondaire, dans le cas d'un suicide non accompli ».

Grâce à ces techniques d'investigation, il a été possible de faire le constat de traits communs à un grand nombre de suicide.

C'est ainsi qu'un trouble ou un contexte psychologique ou psychiatrique au sens large est retrouvé dans 93

à 100% des suicides analysés. Il s'agit de dépression dans 30 à 70% des cas. L'alcoolisme et les drogues sont fréquemment cités puisqu'ils sont notés dans 15 à 27% des cas de suicide. La schizophrénie l'est moins puisqu'elle n'est retrouvée que dans 2 à 12% des cas. Dix à quinze pour cent des personnes souffrant de troubles bipolaires se suicident. Une même fréquence est observée chez les personnes qui sont affectées d'une personnalité limite (border line). Les états de panique, l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, le syndrome anorexique, sont également fréquemment rencontrés. Un tiers des personnes qui font acte de violence a fait une tentative de suicide, et 10 à 20 pour cent des suicidants ont eu des actes violents à l'égard de tiers. On a même considéré qu'un trouble psychiatrique pouvait, à lui seul, expliquer un suicide. Mais on n'en a aucune preuve formelle.

A côté des psychopathologies, les facteurs médicaux tiennent également une place importante. Cependant, il n'a pas pu être mis en évidence de risque supérieur de suicide chez les personnes en bonne santé et celles souffrant d'une maladie physique grave génératrice de douleurs, source de handicap grave ou dont l'issue mortelle est inéluctable.

Et la mise à l'écart de la société et l'isolement qu'entraine l'existence d'une maladie psychiatrique peut être un facteur prédisposant important.

Mais, dans tous les cas, toutes les situations qui engendrent une situation de désespoir peuvent être incriminées dans la génèse de la pulsion suicidaire.

Il n'existe pas de protocole standardisé d'une autopsie psychologique, mais seulement des recommandations générales pour un bon déroulement de celle-ci, pour une optimisation de la démarche et pour lui garantir une certaine fiabilité.

Il est nécessaire que l'on s'entende tout d'abord sur la définition du suicide. Le périmètre d'investigation sera bien délimité afin de ne pas perdre d'informations qui pourraient être essentielles. La qualification des enquêteurs, sur le plan technique mais aussi psychologique, pour la conduite des entretiens, est déterminante. Un vocabulaire normalisé et un questionnaire commun à tous les enquêteurs sont indispensables et garantissent une exhaustivité de l'interrogatoire et surtout une fidélité inter-juge. Un outil statistique doit avoir été adopté au préalable et validé, et la méthode et l'outil d'enquête doivent avoir été testés au préalable auprès d'un groupe témoin. Enfin et surtout, les hypothèses de travail doivent avoir été préalablement posées de façon claire et comprises de tous.

S'il n'existe pas de protocole précis de la méthode, certains ont listé les domaines qu'il est nécessaire d'explorer. A titre d'exemple, et de façon non exhaustive, les questions portent :

- sur l'enfance, l'adolescence et le parcours éducatif ;
- sur les relations intra et extra-familiales ;
- sur l'importance de l'entourage du suicidé et l'intensité de sa vie sociale ;

- sur le style de vie sentimentale et affective ainsi que sur le statut marital ;
- sur la situation professionnelle et les relations dans le travail ;
- sur les croyances et le comportement religieux ;
- sur les évènements de vie et d'éventuels traumatismes psychologiques ;
- sur l'adaptation à la vie sociale et de possibles relations avec la justice ;
- sur les problèmes de santé physique et mentale, les antécédents et les traitements ;
- sur les comportements addictifs, alimentaires, sexuels ou automutilation ;
- sur les écrits parfois, qu'il s'agisse de lettres ou d'un journal intime ;
- sur les dernières consultations avec le médecin traitant, le psychiatre ou le psychologue ;
- sur les réactions et le ressenti des proches lors du décès.

Cette enquête est importante car elle nous apprend que 75% des suicidés ont exprimé des idées de mort ou ont eu des comportements mortifères dans les 6 mois qui ont précédé leur geste. La connaissance de ceux-ci, chez des personnes à risque permet donc leur prise en charge et leur prévention.

Qui donc est habilité à pratiquer une autopsie psychologique ?

A l'origine, elle relevait du domaine médico-légal et était menée par les autorités judiciaires ou un personnel médical assermenté. Le choix des praticiens de l'autopsie psychologique dépend actuellement des pays et du but pour lequel elle est effectuée. Dans un but assurantiel, ce sera un enquêteur assermenté et mandaté par la compagnie d'assurance ce qui, à mon sens, constitue d'emblée un biais. Dans un but médico-légal, il s'agira d'un personnel de justice lui aussi assermenté. Dans un but de recherche, l'autopsie psychologique sera menée par des sociologues et des chercheurs. Dans tous les cas, une formation à cette méthodologie est indispensable.

L'autopsie psychologique pose un problème éthique, dès lors qu'il s'agit de sonder dans le passé d'une personne et de rechercher des informations médicales, psychologiques ou familiales pouvant concerner ou impliquer des tiers. La soumission du programme d'autopsie psychologique à un comité d'éthique peut s'avérer obligatoire. Elle est en tout état de cause fortement recommandée.

Proches et familles doivent être ménagés. En ce sens, le moment idéal pour réaliser cette autopsie se situerait entre 3 et 12 mois après le décès, afin d'attendre que le travail de deuil soit engagé mais sans attendre que la mémoire des faits ne soit altérée.

Certains se sont interrogés sur les répercussions de cette enquête sur les personnes interrogées : n'y avait-il pas d'indécence voire de risque à s'immiscer dans la vie d'une famille et dans celle d'un mort ? Etait-il légitime de donner des informations d'ordre médical ou psychologique, voire révéler des secrets de famille, à des parents ?

Il semblerait que les proches d'un suicidé, avec la méthodologie retenue, en retirent souvent un bénéfice personnel car cela les aide dans le travail de deuil et de reconstruction psychologique. Cela permettrait en outre l'expression de la tristesse, de la souffrance, et la libération d'un sentiment de culpabilité éventuel. L'autopsie psychologique aurait ainsi quelques vertus thérapeutiques. Il n'y aurait donc, pour des arguments éthiques, aucun intérêt de s'abstenir de pratiquer une autopsie psychologique.

Par contre, la constitution d'un comité éthique serait le moyen de garantir le respect du suicidé et de sa famille, de garantir le secret médical et professionnel, d'éviter tout conflit d'intérêt éventuel. Ce qui rend très criticable l'intervention de tiers présentant des conflits d'intérêts, comme les assurances en particulier. Ce comité d'éthique dirigerait la supervision des enquêteurs.

DES SUICIDES CELEBRES AUX SUICIDES ANONYMES
QUELQUES SUICIDES CELEBRES…

La liste des personnalités qui se sont suicidées est impressionnante. Elle regroupe à peu près toutes les formes de suicide, même les plus atroces comme l'immolation par le feu ou le seppuku, et sont justifiés par toutes les motivations imaginables. Cela va de l'euthanasie jusqu'au suicide rituel, en passant par le suicide collectif, le suicide kamikase, le suicide religieux, la provocation à son propre assassinat, le suicide pour échapper à son destin, le suicide imposé ou même le suicide altruiste pour défendre un ou des tiers.

Voici, rangés par ordre alphabétique, des exemples de quelques personnes connues qui mirent fin à leurs jours.

Andreas Baader fut le chef d'un mouvement révolutionnaire d'extrême-gauche allemand, la RAF ou Fraction Armée Rouge, qui s'est rendu célèbre pour différentes actions terroristes et une prise sanglante d'otages. En 1977, alors âgé de 34 ans, Andreas Baader est retrouvé mort, ainsi que sa compagne et un complice, dans la cellule où ils purgeaient leur peine d'emprisonnement à vie. Bien que l'enquête ait conclu à un suicide, les mouvements d'extrême-gauche évoquent bien entendu la possibilité d'un assassinat.

Karen Bach, appelée **Karen Lancaume,** est une actrice du cinéma pornographique qui meurt à l'âge de 32

ans. Très critique à l'égard du machisme du milieu du cinéma X, elle se donne la mort par l'absorption massive de tranquillisants. Elle n'a laissé aucune explication de son geste.

Le canadien **Chris Michael Benoit** fut six fois champion du monde de catch. Le cerveau détruit par les produits dopants, atteint de surcroit d'une précoce maladie d'Alzheimer, il tue semble-t-il sa femme et son fils avant de se donner la mort à l'âge de 43 ans. Le déterrminisme de son suicide reste inexpliqué, la démence d'Alzheimer ne s'accompagnant ordinairement pas de crise de violence meurtrière.

Premier ministre de François Mitterand, **Pierre Beregovoy** se serait tué d'une balle de revolver dans la tête, à l'âge de 69 ans. Il semble que, dépressif, il n'ait pas supporté une vague de calomnies. Ancien résistant, il a gravi tous les échelons de la hiérarchie avant de terminer sa carrière professionnelle en qualité de directeur adjoint de Gaz de France. Il obtient alors plusieurs portefeuilles dans le gouvernement de Pierre Mauroy, avant de succéder à celui-ci au poste de Premier Ministre. Il se convertit ainsi à l'économie de marché et libéralise les marchés financiers. Mais, cité dans une affaire de corruption, il est accusé d'avoir été bénéficiaire de libéralités de la part d'un escroc. La thèse du suicide est avancée, chez un homme harcelé et à bout de nerfs. Mais l'hypothèse d'un assassinat a été évoquée, sa mort arrangeant en effet beaucoup de monde.

D'origine juive, **Bruno Bettelheim** a passé un doctorat de philosophie avant de devenir psychanaliste. Libéré du camp de Buchenwald, il émigre aux Etats-Unis où il écrit de nombreux ouvrages de psychanalyse mais aussi de vulgarisation sur la psychologie et la psychose de l'enfant. Il crée alors et fait fonctionner son "Ecole Orthogénique". Après la mort de sa femme, il décide de ne pas lui survivre et d'éviter la maladie et la dépendance en se suicidant. Il a alors 86 ans.

Jean-Louis Bory s'est tué à l'âge de 60 ans. Agrégé de lettres, il devient professeur et écrivain (il obtient le prix Goncourt) avant de devenir journaliste, critique de cinéma et scénariste. Homosexuel assumé et militant, il écrit avec une grande liberté et égratigne les préjugés. Dépressif, il se tue par arme à feu alors qu'il n'est âgé que de 60 ans.

Robert Boulin va mourir à l'âge de 59 ans, noyé dans un étang proche de Rambouillet dans les Yvelines. Il était alors victime d'un harcèlement médiatique concernant une affaire immobilière dans laquelle il semblait être mêlé. Ancien résistant, gaulliste, il a été plusieurs fois ministre et il est alors pressenti pour devenir le Premier Ministre de Valéry Giscard d'Estaing. Son suicide reste encore contesté par sa famille car il a toujours bénéficié d'une réputation d'intégrité et n'a aucun problème de santé, en particulier de syndrôme dépressif. La famille plaide encore maintenant la thèse de l'assassinat politique, d'autant que son corps a été découvert dans des circonstances

troublantes et que de curieux constats auraient été faits sur le lieu de sa mort pouvant exclure un suicide.

Le juge antiterroriste **Gilles Boulouque** fut l'instructeur des attentats de 1986 dont le commanditaire supposé était l'Iran. Rendu responsable de la libération d'un attaché d'ambassade iranienne contre lequel il n'avait pu retenir aucune charge, bien que de graves soupçons pesaient sur celui-ci, il devint l'objet de critiques malveillantes dans la presse. Il ne supporta pas l'exploitation politicienne qui était faite autour de cette affaire et cela le mena à se donner la mort en 1988.

Le chanteur isralien **Mike Brandt** a connu une immense notoriété dès son arrivée à Paris en 1969. Son rapide succès, la fatigue générée par des tournées harassantes, explique sans doute sa première tentative de suicide cind années plus tard. Une deuxième tentative de défenestration, six mois plus tard, lui est fatale. On a évoqué aussi, comme cause éventuelle de son suicide, le traumatisme psychologique que vivent certains enfants de déportés.

Jean Moulin et **Pierre Brossolette** sont deux victimes de la guerre de 39-45 et de leur sens du devoir. Leur suicide est celui d'hommes cherchant à échapper à leurs bourreaux afin de ne pas dénoncer leurs camarades sous la torture.

Jean Moulin a 25 ans quand il devient le plus jeune sous-préfet de France. La Seconde Guerre mondiale éclate et, refusant de faire allégeance à l'Allemagne, il est

emprisonné et torturé. Sa première tentative de suicide échoue et il parvient à s'enfuir pour entrer dans la Résistance. Chargé d'unifier la résistance en zone libre, il devient le président du Conseil National de celle-ci. Trahi, il est fait prisonnier, torturé et meurt dans des conditions qui restent non élucidé, alors qu'un train l'emporte vers l'Allemagne. On imagine qu'il s'est suicidé.

Pierre Brossolette, quant à lui, fait partie de réseaux de la Résistance dont il travaille à l'organisation. Après une rencontre avec le général De Gaulle, il est chargé de l'unification des réseaux de la Résistance en zone occupée. Torturé par la Gestapo, il profite d'un moment d'inattention de ses geoliers pour se défenestrer. Il n'a pas parlé.

Peintre et illustrateur **Bernard Buffet** se suicide lorsqu'il a 71 ans. Sa carrière, débutée très tôt, a été une succession de succès, d'honneurs et d'éloges. Très tôt également, il fait l'objet de livres le concernant. Un ensemble d'oeuvres d'inspiration religieuse sera d'ailleurs offert au Vatican et fera même l'objet d'une exposition permanente dans une salle qui leur est dédiée. Atteint de la maladie de Parkinson, Bernard Buffet se suicide en 1999 en s'asphyxiant dans un sac sur lequel il a inscrit son nom.

Cléopâtre, femme de légende, est sans doute une des plus célèbres reines d'Egypte. La plus grande partie de sa vie reste un mystère et ce que l'on connait d'elle est rattaché à ses relations avec l'histoire de Rome, de César et de Marc-Antoine. Sa liaison avec César lui per-

met, après qu'il ait été assassiné par Brutus, d'asseoir son autorité sur l'Egypte, en faisant tuer d'ailleurs son propre demi-frère et mari. Son idylle avec Marc Antoine va durer alors dix ans, permettant à l'une et à l'autre l'aboutissement de leurs projets politiques. Mais le général romain Octave a le projet de supplanter Marc Antoine dont le prestige est grand dans le monde romain. Dans la guerre qui les oppose, la défaite de celui-ci contre Octave, menace Cléopatre dont le fils qu'elle a eu avec César est assassiné. Elle se suicide alors en se faisant, selon la légence, mordre par un serpent dissimulé dans une corbeille de fruits.

Kurt Cobain a vécu une enfance extrêmement difficile avec des parents qui ont divorcé quand il avait huit ans et un père exigeant qui va le pousser dans des voies qu'il ne souhaite pas, avec une cohabitation difficile avec une belle-mère et ses propres enfants, et avec l'hostilité de ses camarades quand il se lie d'amitié avec un adolecent homosexuel. Il trouve alors sa voie et une échappatoire dans la musique, forme le groupe Nirvana et devient le porte-étendard du rock alternatif et du genre grunge. Stressé, dépressif, Kurt Cobain s'adonne à l'héroïne, dont il fera plusieurs overdoses. En 1994, après s'être échappé du centre où il venait d'engager, sous la pression de son entourage, une cure de désintoxication, il est retrouvé mort d'une balle dans la tête. Il a été conclu au suicide, malgré de nombreux indices qui pourraient être compatibles avec un meurtre. Il était âgé de 27 ans.

Yolanda Gigliotti, dite **Dalida,** nait en 1933 au Caire. Chanteuse et actrice d'origine italienne, elle arrive à Paris à l'âge de 21 ans. Son succès dans la chanson de variétés est immédiat et durera jusqu'au-delà de sa mort, à l'âge de 54 ans. Sa vie est marquée de drames sentimentaux, avec le suicide de ses trois compagnons successifs et de son ami, Mike Brandt. Son suicide est considéré comme la conséquence d'une grande solitude.

Quand **Gilles Deleuze** meurt, il a 70 ans. Agrégé de philosophie et spécialisé en histoire de la philosophie, il est considéré comme ayant été un enseignant extraordinaire. Il est un philosophe de la vie et de la joie de vivre, de l'expérimentation sur soi-même et de l'immanence. C'est alors qu'il est atteint d'une grave affection respiratoire qu'il se suicide en 1995.

Les motifs du suicide de **Patrick Dewaere** restent discutés. Acteur de cinéma parmi les plus brillants et les plus prometteurs de son époque, il a eu une pénible traversée du désert, en partie justifiée par un caractère difficile, vif, entier et emporté, qui lui fermera un temps les portes des studios et des médias. Il est manifestement dépressif, sensible et fragile face aux frustrations. Sa vie sentimentale est chaotique, et il vit très mal sa dernière séparation qui le sépare en outre de sa dernière fille. C'est vraisemblablement cela qui est le déterminant de sa mort violente, en 1982, à l'âge de 35 ans, avec un fusil offert par un ami,

Ingénieur et inventeur, **George Eastman** est le créateur de la marque d'appareils photographiques et des pellicules Kodak. Son entreprise gardera longtemps le monopole de la photographie en Amérique. Parce qu'il refuse de devenir handicapé à cause d'une affection rachidienne, il se tue à l'âge de 76 ans, d'une balle en plein coeur.

Lolo Ferrari est un personnage fascinant. Elle s'est essayée au mannequinat, puis devient chanteuse et actrice de films pornographiques. Considérée comme intelligente, elle est cependant très fragile moralement, obsédée par un désir de changer son apparence corporelle et désireuse de ressembler physiquement et sur le plan professionnel à son idole, Amanda Lear. C'est ainsi que, peut-être sous la pression de son mari, elle subit de très nombreuses opérations de remodelage esthétique, ce qui la conduira à être élue la femme aux plus gros seins du Monde. Les douleurs et la gêne qu'entraînent des seins monstrueux, et peut-être les quolibets et les médisances sur sa personne, la plongent dans un état névrotique et dépressif profond, et la contraignent à abuser de médicaments psychotropes. Elle est retrouvée morte à son domicile, en 2000, après avoir ingéré des fortes doses de sédatifs. L'hypothèse d'un meurtre déguisé fut soulevée mais non confirmée par la justice.

Auteur-compositeur et chanteur français d'origine italienne, **Nino Ferrer** fait des études d'ethnologie et d'archéologie. Passionné de jazz, il s'essaie à la chanson, longtemps sans succès. Celui-ci vient cependant avec des

chansons ironiques qui lui octroient un statut qu'il n'aime guère. Après un intermède occupé à élever des chevaux, il retrouve une inspiration nouvelle et revient à la musique. Il alterne alors les francs et les demi-succès. Un mois après le décès de sa mère, alors qu'il enregistrait son dernier album avant de se retirer du showbizz, il se tire une balle en plein coeur, âgé de 64 ans.

Van Gogh se tue, en 1890, alors qu'il est un peintre quasiment méconnu qui n'aura vendu qu'une seule toile de son vivant. C'est un fils de pasteur qui débute sa carrière en travaillant dans une galerie d'art, avant d'entamer des études de théologie puis de devenir, sans succès, un prédicateur évangéliste. Il apprend ensuite le dessin. Commence alors sa carrière artistique. Son style, qui s'inspire de Rubens et des estampes japonaises, préfigure la peinture impressionniste mais n'a aucun succès. Pauvre, à la charge des uns et des autres, intoxiqué par l'absinthe, parfois violent, il a une altercation avec Paul Gauguin à qui il coupe une oreille. Il fait alors un séjour en asile psychiatrique. A la sortie de celui-ci, alors qu'il a 37 ans et vit recueilli par son frère, il se tire une balle de revolver dans la poitrine.

Hannibal nait en 243 avant JC et se suicide lorsqu'il a 63 ans. Général carthaginois, il a menacé Rome jusque sous ses portes, après un périple qui lui a fait conquérir l'Espagne, le sud de la France et traverser les Alpes. Il est considéré actuellement comme étant l'un des plus rusés et des plus grands stratèges de l'Histoire. Mais des inimitiés à l'intérieur de son propre camp le contraignent à

l'exil. Trahi par le roi Prusias, chez qui il a trouvé refuge, il se donne la mort en avalant du poison.

Le suicide de **Paul Joseph Goebbels** est particulièrement horrible puisque ce dignitaire nazi proche d'Adolf Hitler se tue, en 1945, en entraînant dans la mort sa femme et ses six jeunes enfants. Chargé de la communication et de la propagande nazi, muselant et faisant déporter tout ce qui contrarie la ligne du pouvoir nazi, il a été l'artisan de la montée de celui-ci. Il se suicide un jour après la mort d'Hitler, après avoir tenté vainement de négocier avec les Russes une reddition sous conditions. Son suicide est l'exemple même de l'acte lâche d'un monstre qui ne veut pas affronter le jugement des hommes.

C'est parce qu'il devient aveugle et qu'il se sent atteint progressivement par la folie qu'**Ernest Hemingway** se suicide en 1961. Il suit ainsi l'exemple de son père qui s'est suicidé également, ce qu'il a d'ailleurs longtemps critiqué comme étant une lâcheté. C'est un des plus grands écrivains du XX^{e} siècle. Il fut prix Nobel de littérature.

Dans la même ligne que Goebbels, **Adolf Hitler** a mis fin à ses jours en compagnie de sa femme. La défaite de l'Allemagne nazie est à ce moment scellée. Les Russes sont aux portes de son bunker. Les Alliés regagnent chaque jour tous les territoires occupés à l'Ouest. Hitler est devenu un conquérant vaincu refusant la frustration de la défaite, emporté dans un délire psychopathique

total amorcé depuis déjà dix ans. Qu'auraient donc pu faire ses juges pour lui donner la peine adaptée à ses crimes ? Mieux vaut alors le seul jugement de l'Histoire.

De nombreux autres hauts dignitaires nazis se sont ainsi donné la mort pour échapper à leur capture et à leur châtiment. **Hermann Göring,** proche d'Adolph Hitler, **Heinrich Himmler**, l'organisateur de la « solution finale », ainsi que **Rudolf Hess**, le bourreau des camps nazis.

Erwin Rommel se tue également, mais son suicide s'apparente plutôt à celui d'un militaire ne voulant pas survivre à la défaite. Son suicide lui a peut-être été suggéré par ses chefs. A l'origine militaire et non nazi, a-t-il eu quelques remords pour sa responsabilité dans l'un des plus grands carnages de l'Histoire ? Après celui de Staline.

La mort de **Jésus Christ** pose un problème. Cette mort annoncée et acceptée apparaît en effet actuellement pour certains comme étant un équivalent suicidaire. La mythologie chrétienne et les textes religieux, bien qu'ils n'aient été écrits que bien des années voire des siècles après la crucifixion et par des auteurs n'ayant d'ailleurs pas connu le personnage, présentent cette mort d'une façon qui permet de le penser. Se prétendant le fils de Dieu, il avait en effet les moyens d'échapper à la sentence, ne serait-ce que par la fuite ou par son verbe. Il a préféré la provocation à son salut. Si l'on accepte cette hypothèse, ce serait alors un suicide de type oblatif, c'est-à-dire en offrande à Dieu pour racheter tous les hommes. Ce qu'il avait d'ailleurs prédit quelques jours avant son arrestation.

Judas Iscariote est un des douze apôtres de Jésus et celui qui aurait vendu Jésus aux prêtres de Jérusalem. Les Evangiles le décrivent comme le trésorier des apôtres. Il appartenait à la secte des Zélotes. Comme la majorité des apôtres, il semble qu'il ne croyait pas que Jésus était réellement le fils de Dieu mais qu'il en était l'envoyé chargé de chasser de Palestine l'envahisseur romain par les moyens de la lutte militaire et politique, afin d'y rétablir le Royaume de David. Les Ecritures racontent qu'après la dénonciation de Jésus, peut-être submergé par le remords et sans doute sans espoir de pardon, il a rendu à ses commanditaires l'argent de sa trahison puis s'est pendu. Les théologiens se sont interrogés sur la capacité qu'avait ce suicide de Judas d'obtenir le rachat de sa faute. Certains défendent également la thèse que son geste était réalisé en connivence avec Jésus lui-même.

D'origine hongroise, **Arthur Koestler** se suicide à Londres en 1983. Il est alors romancier, philosophe et historien. Son suicide serait motivé par un état de santé déclinant. Il était en effet atteint de la maladie de Parkinson et souffrait également de leucémie. Son épouse l'accompagnera volontairement dans la mort. Il a écrit, avec Albert Camus un essai contre la peine capitale, et il était un défenseur militant de l'euthanasie volontaire.

Quand **Hannelore Kohl** meurt en 2001, elle a 67 ans. Elle a été très marquée par les atrocités de la Deuxième Guerre mondiale, à laquelle elle participa en soignant les soldats rescapés du front russe. Elle était l'épouse du

chancelier allemantd Helmuth Kohl. Dépressive et atteinte de douleurs insupportables, elle se suicide en absorbant des médicaments.

Paul Lafargue, après des études de médecine avortées, socialiste français et député, fut un auteur de très nombreux ouvrages dont le célèbre « Droit à la paresse ». En 1911, il se suicide à l'âge de 69 ans, en compagnie de son épouse. Dans une dernière lettre il justifie son suicide par le refus de la venue de « *l'impitoyable vieillesse qui enlève les plaisirs et les joies, dépouille de forces physiques et intellectuelles, brise l'énergie et fait (*de lui*) une charge pour lui-même et les autres* ».

Primo Levi est un écrivain italien qui a survécu aux camps de concentration allemands, dont son écriture lui permet d'être le témoin pour les générations suivantes. De santé fragile, il souffre de sa judéïté qui en fait la risée de ses camarades. Après une brève appartenance aux jeunesses fascistes, il fréquentes les milieux antifascistes dont il rejoint le rang des partisans. Au décours d'une rafle, il est arrêté puis interné dans un camp auxiliaire d'Auchwitz. Il fera partie des rares survivants de celui-ci. La majeure partie de son oeuvre sera désormais consacrée au témoignage de son expérience. Dépressif, il se done la mort en 1987, en tombant dans son escalier, en laissant ainsi un doute sur un décès accidentel.

Pourquoi **Bernard Loiseau,** ce génial représentant de la grande cuisine française, s'est-il donné la mort en février 2003 ? Tout semblait pourtant lui sourire. En 36 ans,

il a réalisé son rêve d'être un des plus grands cuisiniers et restaurateurs de France. Sa renommée traverse les océans. Il est envié, admiré, riche et plus d'un cuisinier espére pouvoir un jour l'approcher pour étudier avec lui sa cuisine. Trop anxieux, trop perfectionniste, peut-être sous la pression devenue insupportable de trop de regards portés sur lui et de trop de responsabilités financières, il part sans un mot d'explication.

Louis II de Bavière fut un mécène et un amoureux des Arts. Il est connu surtout comme un monarque épileptique, excentrique et fou. Homosexuel et romantique, plus passioné par les arts et l'architecture que par la conduite des affaires de son royaume, Louis II doit accepter l'intégration de la Bavière au nouvel empire prusso-allemand. Déclaré aliéné, il est interné mais il est retrouvé mort le lendemain aux côtés de son psychiatre. Il avait fait état de son intention de se suicider, afin d'éviter l'enfermement. Probablement atteint d'autisme, Louis II était âgé de 41 ans.

Guy de Maupassant décède à Paris en 1893, à l'âge de 43 ans. Il souffre de syphilis tertiaire, ou encore neurosyphilis, à la clinique psychiatrique du docteur Blanche. Il a fait, dans les mois qui précèdent, une violente tentative de suicide qui a avorté. C'est un romancier français dont la carrière littéraire fut courte, est connu en particulier pour ses nouvelles et ses contes. De santé fragile et malade, il n'en continue pas moins son oeuvre artistique, jusqu'à ce que la paralysie générale l'entraine dans la folie et qu'il se suicide…

Jacques Mayol fut le premier plongeur au Monde à atteindre la profondeur de 100 mètres en apnée. Cette performance lui vient d'une observation précise du comportement des cétacés. Son exploit inspirera un succès cinématographique mondial, "Le Grand Bleu". Pour une raison inconnue, peut-être parce qu'il est écarté de la gloire liée à son exploit et de son exploitation financière, il se pend en 2001, alors qu'il est âgé de 74 ans.

Yukio Mishima a été un écrivain japonais ambigu, fasciné par la souffrance et par la mort. Il eut une enfance difficile, entre une grand-mère autoritaire et un père militaire et tyrannique. Homme à la sexualité ambiguë, ayant réalisé une œuvre littéraire abondante, il se suicide par seppuku (hara kiri), à 55 ans, au décours d'une prise d'otages à laquelle il participe pour manifester en faveur du Japon traditionnel et de l'Empereur.

Marilyn Monroe s'appelait en réalité Norma Jane Baker. Elle nait à Los Angelès en 1926. Elle commence sa carrière cinématographique en 1947 et devient rapidement une star holliwoodienne. Elle fut et elle est encore le plus grand sex symbol du Monde. Elle aura une vie sentimentale tumultueuse avec les plus grands dont le Président John Fitzerald Kennedy. Ses échecs sentimentaux répétés la rendent dépressive et, isolée malgré ses immenses succès, elle meurt en 1962 dans des conditions douteuses. Sa mort sera rapportée à un suicide aux barbituriques.

C'est pour échapper à la cécité qu'**Henry de Montherlant** se donne la mort en 1972, à l'âge de 77 ans. Il désirait ainsi échapper à l'angoisse de devenir aveugle. Romancier de grand talent, auteur dramatique, académicien, il admirait les civilisations antiques, en particulier celle de Rome avec ses vertus de courage et son admiration pour le suicide. Secret, sensible, antifascite, anticolonialiste et engagé politiquement, vraisemblablement homosexuel, certains de ses écrits feront l'objet de censure.

Ecrivain français, et homosexuel assumé, **Yves Navarre** a mis souvent en scène, dans ses nombreux romans, le thème de l'homosexualité. Mais il se sent incompris dans son engagement et, dépressif, il se donne la mort en 1994, en absorbant des barbituriques.

Néron, empereur romain, meurt à l'âge de 34 ans. Il est le fils adoptif de l'empereur Claude et, lourde hérédité, un des neveux de l'empereur fou, Caligula. Empereur à 17 ans, ses premières années de règne sont marquées par une bonne gestion des affaires de Rome. Puis il assassine probablement son demi-frère et sa propre mère, Agrippine. Il fait tuer ensuite certains autres de ses parents, dont vraisemblablement sa femme Poppée. Menant une vie de débauche, Néron néglige alors rapidement l'administration de Rome. On le rend responsable du grand incendie de Rome puis de la persécution des chrétiens qu'il fait crucifier.ou bien jeter aux fauves. Démis par le sénat, Néron choisit alors de se suicider en se tranchant la gorge.

Gérard de Nerval est un écrivain, auteur de théatre et poète français mort en 1855 à l'âge de 47 ans. Il a participé à la révolution romantique du milieu de XIX^{è} siècle. Des crises de folie le mène à l'hôpital psychiatrique et sans doute à son suicide par pendaison dans une rue de Paris.

Jan Palach, étudiant tchécoslovaque de 21 ans, se tue en 1969, lors du Printemps de Prague. Il proteste ainsi, par son immolation par le feu, à l'invasion de son pays par l'Union Soviétique. Il sera imité quelques mois plus tard par deux autres étudiants. Vingt ans plus tard, le futur dirigeant du pays, Vaclav Havel, qui deviendra bientôt le premier président de ce pays lorsque celui-ci sera devenu démocratique, est emprisonné par les communistes pour avoir célébré sa mémoire. Puis le mur de Berlin tombe, mettant un terme à la longue nuit de la dictature communiste sur le bloc de l'Est.

Cesare Pavese, écrivain italien décède en 1950, dans une chambre d'hôtel à Turin, après une courte vie consacrée à la traduction de livres d'auteurs célèbres et à l'écriture de poèmes et de quatre romans. Militant communiste, il a publié "Travailler fatigue" et "Le métier de vivre".

Solen Poivre d'Arvor a 19 ans quand elle se jette sous une rame de métro. Elle était atteinte de phases d'anorexie et de boulimie. Elle se tue en laissant pour message "*merci pour tout mais je n'aime pas la vie*".

Roger Quilliot s'est suicidé en 1998 avec son épouse (qui lui survivra 7 ans avant de réussir son propre suicide). C'était un homme politique et un ancien ministre. Il explique son suicide par l'altération grave de son état de santé.

Dans les suites tourmentées de 1968, **Gabrielle Russier**, professeur agrégée de lettres, est condamnée pour détournement de mineur. Elle est en effet tombée amoureuse d'un de ses élèves, lui-même âgé de 16 ans. Cette belle histoire d'amour sera de courte durée. Sur plainte des parents, le professeur est incarcéré et jugé. La condamnation s'étend à l'Université qui lui refuse un poste. Ce jugement est également moral et fait la une des médias. Ne pouvant le supporter, Gabrielle Russier se suicide par le gaz un mois plus tard, en 1969. Le film « Love Story » sera consacré à son histoire.

Savannah, actrice porno, s'appelait en réalité Shannon Wilsey. Elle eut une vie sentimentale et sexuelle agitée, devint dépressive et tomba dans l'accoutumance à la drogue. Après un accident de voiture qui la défigure, elle se tire une balle dans la tête. Elle a 24 ans.

Sénèque fut le précepteur du jeune Néron, empereur romain contemporain du Christ. Philosophe stoïcien mais influencé par Epicure, son œuvre la plus connue est les « Lettres à Lucilius », leçons stoïciennes sur la vie et sur la mort. Il se suicide à 69 ans pour échapper à la vin-

dicte de Néron, après que celui-ci ait appris qu'il a participé à la conspiration organisant son assassinat.

Romy Schneider se donne la mort à l'âge de 44 ans. C'est une actrice d'origine autrichienne, qui a débuté très jeune au cinéma, dans un second rôle qui l'a faite remarquer par les metteurs en scène. Son succès sera grand, lui obtenant deux Césars de la meilleure actrice. Sa vie sentimentale est émaillée de passions orageuses et de séparations successives. La mort accidentale de son premier enfant la voit sombrer dans le tabac et l'alcool. Il demeure une incertitude concernant les raisons de sa mort: s'agit-il d'un véritable suicide ou plus simplement s'agit-il d'un malaise d'origine cardiaque ?

Socrate est un philosophe grec qui vécut il y a 2500 ans. Père de la philosophie occidentale, il se suicide à la demande de ses juges, comme cela était la coutume à cette époque. Ses conditions de vie restent un mystère. Ses enseignements philosophiques gènent rapidement les aristocrates qui lui reprochent de corrompre la jeunesse et de ne pas respecter les divinités de la cité. Socrate refuse de se défendre et exaspère même ses juges par une attitude désinvolte et provocatrice. Il est alors condamné et se suicide en buvant volontairement de la ciguë, refusant ainsi l'occasion qui lui est donnée d'échapper à la sentence par l'exil. Il aurait expliqué son geste par le fait qu'il ne faut enfeindre en aucun cas, même au prix de sa vie, les lois de la cité. Il s'agit d'un suicide en partie imposé, mais en partie choisi par fidélité à un idéal.

Soeur Sourire est une chanteuse belge qui s'appelait en religion soeur Luc-Gabriel. Elle connait un succés mondial. Mais, alors qu'elle vient de quitter les ordres, sa notoriété et son succès s'érodent rapidement, d'autant que l'on parle de son homosexualité. Spoliée de ses droits d'auteur par ses éditeurs et par son Ordre religieux, elle accumule les dettes au fisc. Dépressive, abîmée dans l'alcool et les médicaments, elle se tue en 1985, alors qu'elle a 52 ans.

Virginia Woolf, née Adeline Virginia Stephen, est une romancère anglaise et une féministe. Elle baigne dans une atmosphère culturelle et dans l'amour de la littérature et des livres. Les décès successifs de sa mère, de sa soeur puis de son père, entrainent chez elle une dépression sévère. Bien que mariée, sa sexualité se tourne plutôt vers les femmes et elle entretient une longue liaison avec son amie Vita. Atteinte d'une vraisemblable psychose maniaco-dépressive, elle se suicide à l'âge de 59 ans, en se jetant dans la Tamise. Elle laissera comme explication la charge psychologique que sa maladie représente pour son mari.

Achille Zavata a marqué l'histoire du cirque français. Clown et directeur de cirque, il a inspiré des générations d'artistes. Atteint d'insuffisance rénale chronique, supportant de moins en moins les séances de dialyse, il se suicide en 1993, à l'âge de 78 ans.

Juif d'origine hongroise, fortement affecté par la dérive national-socialiste allemande, **Stephan Zweig** immigre en Angleterre puis au Brésil pour y poursuivre une œuvre littéraire particulièrement éclectique (nouvelles et surtout biographies, essais, poésies, théâtre). La Seconde Guerre Mondiale survient, qui compromet ses vœux d'une Europe apaisée et il met fin à ses jours, accompagné de sa compagne, en 1942.

ET QUELQUES SUICIDES ANONYMES

Kévin a peur. La corniche, qui court le long du toit en zinc, est mouillée. Elle est glissante et surplombe un grand trou d'ombre contrastant avec l'illumination bruyante du centre de la ville qui bourdonne à quelque distance. A perte de vue s'étendent des toits et des terrasses, une forêt d'antennes et les blocs de cheminées qui crachent vers le ciel des volutes que l'éclairage montant des lampadères rend plus grises et claires que la nuit.

Les rues et les boulevards convergent vers le centre ville comme les gigantesques fils d'une toile d'araignée. Tout autour, par delà la façade de l'immeuble d'en face, c'est le halo jaunâtre des réverbères et le chant brutal et éraillé des klaksons. Au-dessus de sa tête, partout, pèse lourd le toit de nuages qui ne permettent plus de contempler les étoiles.

Kévin se surprend à pleurer. De honte. Il se souvient avoir eu le plaisir de se retrouver nu, dans les vestiaires, après le sport, avec ses camarades, sans artifice et sans pudeur, mais surtout avoir éprouvé un frisson en les

voyant tel que lui-même, leur peau velouté parfois brunie par le soleil au retour des vacances. Le fuselage de leurs muscles d'adolescents. Le galbe rebondi de leurs fesses, identiques aux siennes. Avec son regard troublé par les poils naissants, regard qu'il détournait aussitôt lorsqu'il tombait et s'attardait sur l'entrejambe. Personne ne l'a jamais vu fermer les yeux, espére-t-il, lorsqu'une esquisse fugace d'érection l'obligeait à se tourner vers le mur sous le jet de la douche. Son attirance sexuelle lui avait alors fait horreur et il avait encore de grandes difficultés à l'admettre. Il la refuse encore.

Il se souvient de ce jour où il rencontra le regard mouillé de ce jeune garçon, aux cheveux bouclés, nouvel élève fraichement arrivé dans sa classe, et qui laissait, sans réaction aucune, un filet de sang tacher le coin de ses lèvres. Il était assis contre un arbre de la cour, le bras plié au-dessus de la tête pour échapper aux coups de son tortionnaire galvanisé par l'impunité du bizutage. Kévin s'était ensuite absenté du lycée pendant huit jours. Il avait erré au-dehors sans rien en dire à sa famille. Et tout était revenu dans l'ordre. Mais, depuis ce temps, le garçon aux cheveux bouclés était revenu régulièrement habiter ses rêves et, désormais, il ne le lâchait plus.

Alors, Kévin s'était étourdi dans les bêtises adolescentes, les amours hétérosexuelles collectives, au hasard de sordides tournantes. Tout sauf l'abandon à une pulsion dont il redoutait qu'elle ne devienne la plus forte. Il vivait au même rythme que ses camarades de lycée, accumulant plaisirs solitaires, bravades verbales et concours où chacun tentait de montrer une virilité supérieure aux autres.

Réfugié dans sa chambre, Kévin pensait souvent avec désespoir aux réactions de sa famille lorsqu'elle découvrirait sa vérité. Car cela était certain, le jour en approchait. Que penser de leur stupeur, de leur déception, de leur honte puis de leur colère. Il ne se sentait pas la force d'affronter ce moment où il basculerait dans un tel cauchemar. La désaffection, les hurlements, les coups peut-être. Puis le mépris de ses frères, de ses sœurs. Celui des voisins, ensuite, dont il devinait déjà le regard goguenard.

Il est difficile de cohabiter avec un double sournois, cet être que vous désapprouvez, qui vous fait peur, qui vous fait honte, qui vous commande et qui toujours vous échappe et gagne.

Ce soir, Kévin est désormais convaincu que ses souffrances ne s'arrêteront qu'avec la mort de cet autre lui-même. Mourir pour tuer ce doublepervers et qui s'accroche à lui et qui lui empoisonne l'existence. Mourir pour revivre peut-être !

Kévin ferme les yeux. Il avance le pied au-delà du bord de la corniche, le pose dans le vide et se laisse glisser sans un cri dans le gouffre menant, il en est persuadé, vers une autre lumière.

*

C'est à la troisième tentative que Marguerite, âgée de quatre-vingt ans, est parvenue à ses fins.

Tout a commencé trente ans plus tôt, quelques années après la ménopause. Femme comblée, mariée, mère de trois enfants, bientôt grand-mère, se dirigeant lentement vers la prochaine retraite bien méritée d'un agent

de la fonction publique, elle a tout pour être heureuse. Tout au plus un petit diabète, qu'elle tient sans doute de son père, et qui ne se rappelle à elle que par les deux comprimés qu'elle prend tous les jours. Elle a tout pour être heureuse. Par moment, elle l'est.

Il y a bien longtemps, le décès accidentel de ses parents est venu troubler cette quiétude. Elle ne s'y était pas préparée. Au terme d'un deuil mal négocié, long, difficile, compliqué d'une dépression nerveuse, elle fut, sur la dernière ligne droite, contrainte d'interrompre son travail. Des hallucinations visuelles la saisissaient soudain, des animaux couraient sur le sol et sur les murs, des personnages célèbres ou disparus venaient au devant d'elle et la plongeaient dans un état de panique indescriptible que nul, autour d'elle, ne comprenait ni ne l'aidait à sortir. Les relations avec ses voisins se s'étaient rapidement dégradées et ceux-ci l'avaient évité de plus en plus. Même son mari n'y comprenait rien. Le monde se désagrégeait peu à peu autour d'elle, et avec cela s'était invité le silence.

Alors le diagnostic était tombé : psychose hallucinatoire chronique. Quelques neuroleptiques eurent rapidement raison de ces apparitions fantasques et imaginaires. Puis, les drogues aidant, la vie avait repris son cours.

Les années ont passé. La retraite est venue enfin, les petits-enfants aussi, et elle a eu la vie bien remplie des grands-mères. Mais une deuxième épreuve l'attendait.

A soixante-cinq ans, son mari est décédé d'un cancer du poumon, au terme d'une agonie brève. A peine sortie

du deuil prolongé de ses deux parents, elle a replongé dans celui de l'amour qui l'avait tenue dressée toute sa vie. Cette dernière est devenue rapidement insupportable. Les hallucinations ont repris, cependant moins fréquentes. Une horrible présence invisible semblait l'épier en permanence, observant tous ses gestes, anticipant ceux-ci comme s'il était lu dans ses pensées, voire avant même qu'elle les imagine. Sa vie ne lui appartenait plus. Guidée, manipulée, ses initiatives volées, Marguerite n'osait désormais plus bouger ni sortir de chez elle. Demeurer seule à la maison la terrifiait. Pour échapper à ces démons, quelle solution si ce n'est dormir. Elle avait alors pris ses médicaments. En excès. Elle s'est donc réveillée à l'hôpital.

Une rémission est intervenue à nouveau et la vie a repris son cours, comme avant. Tout a été alors oublié de ces mauvais jours.

Autonome, entourée par sa nombreuse famille, Marguerite aurait pu mener une vie normale si le diabète ne l'avait rattrapée sous la forme d'une atteinte rétinienne qui obérait sa vue peu à peu, malgré l'insuline et les coagulations par laser. Bientôt malvoyante, elle a intégré la maison de retraite de sa commune. A contre-coeur. La perte de la vue est maintenant compensée par des productions hallucinatoires et délirantes qui la plongent dans des périodes d'agitation puis d'abattement dont les traitements ne parviennent qu'à grand-peine à l'en sortir.

Un matin, on l'a retrouvée au bas de son lit, suffoquant, le visage bleui, le cordon de sa sonnette enroulé autour de son cou. Par malheur, la prise a cédé sous son

poids et la strangulation n'a été que brève et partielle. Elle n'a pas voulu expliquer son geste. La surveillance de Marguerite est désormais plus intensive, le personnel veille à ne rien laisser de dangereux à portée de sa main. Une présence quasi constante l'accompagne et, malgré cette invisible prison, elle a repris alors un léger goût à l'existence.

J'ai rencontré Marguerite, cette femme qui se plaint de l'amoindrissement de ses facultés intellectuelles que sa vue défaillante ne lui permet pas d'entretenir par les lectures et la contemplation du monde. Elle semble avoir fait la part de ses hallucinations, plus rares depuis qu'elle accepte de prendre des neuroleptiques. Elle s'est résignée à mener avec elles une cohabitation incontournable. Elle me parait être en paix avec elle-même, quoiqu'une révolte sourde contre la vie émerge parfois de son discours. Elle ne regrette rien de ses deux tentatives de suicide mais je crois qu'elle ne désespère pas de réussir la troisième. Depuis quelques jours, elle ne mange plus ou pas grand chose.

« A quoi bon vivre ici, dans cet état ? J'ai fait mon temps et j'ai eu ma part de bonnes choses. Mes enfants sont là pour assurer la relève. La seule chose que je pourrais regretter est de ne plus voir mes enfants, de leur faire de la peine. Mais d'un autre côté, je retrouverai mon Robert ainsi que tous mes fantomes ! »

Quelques semaines ont passé. J'ai appris hier que Marguerite était morte. Elle a noué à nouveau le cordon d'une sonnette, celle de sa voisine de palier, au cadre de son lit. Elle en a fait deux tours à son cou et, un chapelet

entre les doigts, elle s'est laissé lentement glisser sur le sol.

*

Pierre n'avait que soixante-treize ans quand il s'est jeté par la fenêtre du quatrième étage.

Une seconde d'hésitation, juste le temps pour une perle de sourdre au coin de l'œil. Qu'il n'a pas pris la peine d'essuyer. A peine plus d'une seconde de chute puis le choc sur la pelouse fraîchement tondue. Quelques dizaines de fractures sans doute. Un corps disloqué, ce corps auquel il était parvenu à attacher dernièrement tant d'importance, un visage méconnaissable dont un œil exorbité vous regarde sans vous voir, sans haine apparente, depuis cette mort que l'on imagine pour lui cependant bienveillante. Du sang. Beaucoup de sang, comme des larmes issues de chaque pore de la peau, pour dire inutilement cette détresse que des mois de pleurs n'ont sans doute pu exprimer suffisamment pour être entendue et pour être prise en charge.

Sa souffrance a commencé il y a quinze ans, lors du décès de son épouse. Il est des chagrins qui ne se décrivent qu'avec difficulté, qui sont comme des amputations ou la mort de soi-même. Une mort qui se vit dans le corps, jour après jour, sans que les mots pour la dire ne puissent monter aux lèvres et être un réconfort. Pierre n'a jamais pu faire le deuil de sa femme, cette part de son être. Son double a emporté la meilleure partie de lui-même dans un au-delà insaisissable, supprimant toute joie et toute capacité de vivre. Et, parce qu'il se sentait

incapable de traduire sa souffrance par des mots, personne, ni ses thérapeutes successifs ni ses deux enfants, n'ont donc pu l'entendre ni le comprendre. Le langage, de toute façon, avec les limitations qu'impose le vocabulaire, avec le frein que met la parole à la vivacité de l'esprit, est souvent le principal obstacle à toute communication efficace. On l'a hospitalisé avec le diagnostic de dépression nerveuse. Mais ce qui l'emmène peu à peu n'est qu'une tristesse infinie. Adynamique, aboulique, anorexique, il vit, au même rythme que sa femme qui l'atteint peut-être au fond de sa tombe, la lente décomposition de lui-même. Son psychisme est confronté en réalité à un deuil impossible.

Assailli par des souvenirs si nombreux qu'ils occultent toute vision de l'avenir, des larmes épaisses lui embuent chaque jour les yeux. Ils lui ôtent la capacité à voir un monde qui, autour de lui, continue à vivre, Pierre a sombré dans la mélancolie. Il a perdu tout plaisir, tout désir. Il ne vit plus rien. La mort, sans qu'il le sache, traçe déjà son chemin.

La colère, le ressentiment d'avoir été abandonné et laissé seul par celle qu'il a aimée plus que tout, ont rapidement laissé la place à une angoisse extrême. Indéfinissable. Celle de n'être pas à la hauteur du souvenir, peut-être ? Celle d'avoir survécu ? Celle de vivre longtemps encore avec le fardeau de ce fantôme, désiré et honni en ce qu'il demeure inatteignable, et qui hante ses nuits et ses jours, le réveillant en sursaut et l'empêchant de se rendormir ? Celle de l'incertitude de pouvoir le rejoindre un jour ? Les grands malheurs renforcent parfois les

croyances enracinées dans l'être mais, le plus souvent, la foi la mieux armée ne peut y résister.

Les années ont passé, rythmées par la prise quotidienne des médicaments, ces béquilles du corps et de l'âme dont il reconnait la nécessité mais aussi les limites. Ces drogues ne peuvent le guérir de sa conscience d'une disparition définitive qui prend corps chaque jour davantage.

De multiples hospitalisations en milieu psychiatrique ont été nécessaires pour le mettre à l'abri de lui-même et du monde. Aucune n'a cependant pu prétendre lui rendre celle qui lui a été prise mais, peu à peu, Pierre reprend tout de même un pied dans la vie, au prix de somatisations lui rappelant la présence et les exigences de son propre corps vieillissant. Les douleurs physiques sont parfois utiles pour rendre plus supportables les blessures de l'âme.

L'entourage n'y trouve cependant alors pas forcément son compte. Les plaintes somatiques, les pathologies successives, dont la preuve médicale est parfois difficile à établir, lassent les médecins chacun à leur tour. Ses enfants se sont épuisés à tenter de le consoler en vain et à compatir devant des douleurs erratiques dont ils ne comprennent pas la raison d'être et qu'ils estiment n'être que destinées à les manipuler et à forcer leur présence.

Pierre a trouvé néanmoins, dans les maladies psychosomatiques, un exutoire à son mal-être. Son corps, par la maladie, affirme son désir de vivre et, par la demande de soins, entend démontrer que la douleur de son âme est peut-être guérissable.

Ce genre de pathologie n'a pas bonne presse et les soignants comme la famille se hâtent en général de classer les hypocondriaques parmi les simulateurs et les gêneurs. Pierre se laisse donc dériver dans une exclusion sociale dont il semble ne plus pouvoir sortir. Tous l'évitent, maintenant. Les médecins se le renvoient l'un à l'autre. Ses enfants le fuient. Même dans la maison de retraite où il vient d'entrer pour y finir ses jours, il redevient seul, seul avec lui-même et avec son fantôme.

Je l'ai croisé alors qu'il se plaignait d'une authentique arthrose de hanche, dont les douleurs étaient exacerbées par son état dépressif et pour laquelle la sanction chirurgicale était suspendue à la part faite entre les douleurs arthrosiques réelles et celles liées à sa souffrance morale. Mêlant plaintes somatiques et quête de réconfort, son attitude suscitait moins des sourires apitoyés que désormais des évitements et des rictus exaspérés. Trop de plaintes ont ôté de la véracité à celles-ci. Trop de sollicitations des infirmières enlèvent chaque jour du crédit à ses demandes. Comme dans les services dans lesquels il a séjourné précédemment depuis six mois, Pierre s'est rendu insupportable. Son médecin ne parvient à comprendre l'ampleur de son désarroi et s'estime affranchi de sa responsabilité de prise en charge depuis qu'il a demandé cette consultation psychiatrique qui tarde à venir.

Entouré plus qu'il ne l'a été depuis plusieurs années, écouté plus qu'auparavant mais pas forcément entendu, Pierre est devenu, en réalité, un être isolé, abandonné et seul au monde.

Un après-midi, alors qu'un entretien psychologique est prévu pour le lendemain, alors qu'il affiche depuis quelques jours un sourire et une amabilité inhabituelle, Pierre monte au quatrième étage, entre dans une chambre et, sans un regard pour son occupant effaré, il enjambe la fenêtre.

*

Marie ouvre les yeux et regarde le plafond de sa chambre, quadrillé d'austères dalles nues et sans plafonnier.

La lumière est à la tête de son lit et la commande se fait par un fil qui pend derrière son oreiller. Il y a bien longtemps que Marie ne peut allumer ni éteindre seule la lumière de la pièce où elle passe ses journées. De longues journées. Toujours identiques. Depuis des années, Marie bouge les yeux et cela lui permet d'apercevoir un mouchoir de ciel blanc laiteux, peint de quelques nuages, immobile, prisonnier du cadre de bois de la fenêtre. Marie voudrait bien le voir s'échapper un peu, au-dessus de la file des nuages, le voir rayé par le vol d'un avion, d'un oiseau. Mais rien ne se passe dans ce morceau de ciel, rien que la silhouette de l'infirmière qui s'interpose lors des soins. Et puis, de toute façon, tout est flou : Marie a la cataracte. Des ombres courent sur le mur de la chambre, enfin, sur le haut du mur que Marie peut découvrir en tournant le cou et les yeux à s'en faire mal. Des ombres ou bien des choses qui montent sans doute du sol, mais cela Marie n'a jamais pu le savoir. Tout juste le

deviner. Et puis, quelle importance ! Des animaux, toujours les mêmes, depuis ces années qu'elle est alitée là, face à ce même bout de mur dressé face à elle. Un mur qui est érigé autour d'elle, pour l'isoler du monde ou la protéger peut-être. Au début, elle les craignait, ces bêtes, ne sachant si elles lui voulaient du mal. Alors elle criait durant de longues heures, jusqu'à ce qu'ils disparaissent. Ils ne disparaissaient pas. On venait. Une piqûre ou des gouttes. Les ombres s'en allaient bientôt, jusqu'au lendemain. Puis elle a compris qu'en réalité, ces bestioles devaient partager cette chambre avec elle et, depuis, elle les attend à chaque fois qu'elle se réveille. La musique d'un poste de radio vient chatouiller ses oreilles. Un air d'autrefois qui lui rappelle les premières années de sa rencontre avec son Georges, les dimanches au bal musette, puis les soirées au coin du feu quand les enfants dormaient dans les chambres au-dessus. Une larme coule au coin de son œil, roule sur sa joue puis tombe dans son cou, larme qu'elle-même ni personne ne viendra essuyer. Marie est allongée dans son lit, paralysée par une attaque. Elle est depuis longtemps étendue sur le dos, à demi recroquevillée en chien de fusil, les jambes repliées et enchevêtrées l'une dans l'autre, les pieds bloqués en flexion, emmaillotés dans des compresses et des pansements de gaze. Ses genoux fléchis, maigres et aux reliefs osseux couverts d'une fine peau luisante prête à se rompre, la font souffrir au moindre effleurement mais cela, nul ne le sait. Comment pourrait-elle le leur dire ? Son torse est cassé, les bras ramenés sur lui, fixés comme pour une ultime prière, les doigts ossus de la main gauche sont crispés et les ongles lui rentrent bientôt dans

la chair de la paume. Marie ne voit rien de ce qui se passe à sa gauche, le côté de la porte. En fait, sa chambre commence en face d'elle et se finit au bord de la fenêtre. Cela fait six ans que Marie n'a pas prononcé un mot. Elle ne parle qu'à elle même, et la nuit, dans ses rêves, à tout un peuple qu'elle connaît, qui la comprend et qui l'aime. Hier, quelqu'un est venu la voir, dont le visage lui évoquait quelque chose, un parent, un ami, peut-être ? Il a parlé de choses bizarres, comme s'il la connaissait et comme s'il était de la famille. Elle n'a su que répondre. Cela tombait bien, elle ne peut le faire. Elle préfère ses ombres du mur, quotidiennes, silencieuses, discrètes, toujours fidèles. Une mouche s'est posée sur son nez. Cela chatouille et devient insupportable. Y a-t-il quelqu'un pour la faire s'envoler ? Elle préfèrerait qu'elle se pose sur sa jambe : elle ne la sentirait pas. De toute façon, il y a bien longtemps qu'elle n'a plus de jambe gauche, car elle ne la sent plus. C'est plus pratique, c'est moins douloureux. Le jour descend, une personne est entrée dans la pièce. Elle sent les présences à défaut de les voir. Les gens ne s'annoncent ni ne se présentent. Parfois, elles parlent entre elles : Marie a ainsi entendu qu'elle était atteinte de démence vasculaire et la victime d'hallucinations. Ses oreilles ont entendu, mais elle n'a rien compris. Elle était occupée à compter les dalles du plafond, un nombre dont elle ne garde pas le souvenir ce qui la contraint à les recompter chaque jour. C'est son travail. C'est très important. Le temps passe ainsi moins lentement. Le lit est dur. Le jour tombe et la pénombre aurait envahi la chambre si la personne n'avait allumé la lumière. Celle-là s'approche. S'assied. Elle parle d'une

voie douce. Une larme vient à l'œil de Marie. Ce n'est pas la voix de sa mère, sa maman. Qui est-ce donc ? Une cuillère se tend et tente d'ouvrir sa bouche. Marie ne peut détourner la tête, alors elle serre les dents, les lèvres. Cela fait quinze jours qu'elle ferme la bouche et refuse ainsi la nourriture. Patiemment, la cuillère se présente à nouveau. Obstinée, Marie refuse. Des mots doux lui parviennent pour tenter de la convaincre. Puis le silence se fait. La lumière s'éteint. Marie n'a pas faim. Ne pas manger fut pénible durant les trois ou quatre premiers jours, puis les crampes à l'estomac se sont peu à peu estompées. Marie ne fut jamais tentée d'interrompre sa grève de la faim. Et puis, il ne s'agit pas d'une grève de la faim. Elle ne peut accepter de nourriture que de sa mère. Ne lui a-t-on pas dit de se méfier et de ne rien accepter des étrangers ? Aujourd'hui, Marie ressent une grande lassitude la gagner. Ses yeux voient plus trouble qu'à l'ordinaire. Les ombres se font plus denses sur le mur d'en face, sans doute à cause de la faible lueur de la veilleuse ? Une voix revient dans la chambre, et emplit ses oreilles. Celle de sa mère. Alors, rassurée, rassasiée par cette mélopée qu'elle seule peut entendre et, afin de la retrouver au plus vite, Marie sourit à sa mère, ferme les yeux et puis, définitivement, s'endort.

Camille souffre d'une maladie bipolaire. Cette agitation de l'esprit appelée autrefois la folie circulaire puis devenue un temps, psychose maniacodépressive. Des noms qui se voulaient inquiétants et dévalorisants pour une maladie fréquente dont tout le monde parle mais

dont peu de médecins savent faire le réel diagnostic. Ou se gaussent, en affublant de ce nom tous les comportements étranges et fantasques qu'ils n'expliquent pas. Bipolaire convient mieux. Cela donne à sa maladie une description précise, plus gentille, une maladie acceptable dont on peut tomber presqu'amoureux pour pouvoir vivre avec, de façon chronique et, malheureusement, de façon définitive.

Son mal est probablement né avec elle. Mais lui-même ni personne ne peuvent en être sûr. La vie perpétue à son gré des erreurs de programmation dont elle sait pourtant qu'elles lui seront fatales. Son père, déjà parfois, avait un comportement assurément bizzare, ainsi que deux de ses sœurs peut-être. Fait de moments d'excitation joyeuse et de réussite dans tout ce qu'il entreprenait. Puis de périodes plus sombres pour la vie familiale, quand la vie s'installait plus triste et glauque à la maison. Camille s'identifiat rapidement, comme la plupart des fils, à ce père qu'il admirait. Dans une presqu'adoration. Grave erreur ! Sa sœur aînée mourut. Il devint lui-même malade. Enfin, tout le monde le crut. Et, pense-t-il, longtemps lui-même. Malade lui permettait de longs moments passés à être seul dans sa chambre, à manquer l'école parfois, à vivre sans ami, à l'écart. Heureusement, il accumulait malgré cela les réussites scolaires. Bien plus que ses autres sœurs, qui lui en voudraient beaucoup, sans doute inconsciemment, une fois parvenues à l'âge adulte. Il accumulait aussi des troubles fugaces de l'équilibre et de la marche. Nul n'en sut rien. Il dormait et vivait dans une chambre située au troisième étage, seul et qu'il partageait avec son autre lui-même.

Des bruits dans la chambre vide d'à côté, juste au-dessus de la chambre de la morte, le terrifiaient la nuit au point de se blottir sous ses draps. Des pas marquaient parfois le sol autour de son lit et s'interposaient entre lui et la lune qui le regardait au-delà de la lucarne. Il en voyait la trace, des ombres sur le sol dont il connaissait le perpétuel iténaire. Chaque soir, il ne lui était pas possible de se coucher sans avoir fait le tour de la chambre et du cabinet de toilette pour inspecter tous les placards. De cela, personne n'en avait jamais rien su non plus.

Les premiers signes de la maladie apparurent l'un après l'autre au décours de l'adolescence. Des signes cachés qu'il gardait pour lui seul. Un fréquent son de cloche sifflant dans ses oreilles, comme un glas qu'il était seul à entendre. Des personnages inconnus qui lui tendaient la main, la nuit, dans son sommeil, pour l'attirer vers des lieux sans arbres ni soleil, sans aucun ciel même, et sans bruit ni silence.

Désormais, bien souvent, son cerveau fait relâche. Mais bien souvent aussi, les idées le traversent encore, d'un hémisphère à l'autre comme une balle de ping pong qui aurait la vitesse de l'éclair. Une idée à la seconde, des sauts de l'une à l'autre. Même les mots sur une page qu'il lit d'un seul regard et en quelques secondes. Et les plaques d'immatriculation des autos qui passent et qui s'impriment durablement dans sa mémoire. Régulièrement, il compte en passant les pierres sur un mur, les tuiles sur un toit dont il devine en quelques secondes le nombre exact. Des mots qu'il répète quand il se parle seul. C'est comme une gigantesque épilepsie qui le saisirait sans lui faire perdre conscience. Avec la tentation de

grands gestes désordonnés, lesquels le contraignent à se retirer du Monde pour les cacher et afin de voir ce monde à distance pour pouvoir en jouir seul.

Il s'est pris à changer d'âme et de peau. Jusqu'à ce prénom ambigu, mi-fils, mi-fille, sauf au regard de son père. Il devint sans doute un mâle arrogant au milieu d'un cercle de femmes dont le père était, il s'en souvient, l'impuissante et démissionnaire victime.

Et pourtant, la vie lui a tout donné. Ses études ont été constamment brillantes. Sa carrière l'est aussi. Il ne manque de rien et tout lui réussit. Ce qu'il a désiré et ce qu'il n'a pas voulu. Mais il lui manque la vie. Celle des autres, qu'il envie mais qu'il lui arrive cependant de mépriser. Tout lui plait quand il devient le maître du Monde. Il a tout en horreur quand le Monde lui échappe, de plus en plus fréquemment. Il redoute ce moment où la mort sera devenue plus attirante que la vie. Il a caché au fond d'un placard ce fusil de chasse que son père, autrefois et imprudemment, lui a offert.

Camille se retourne et il pleure. Puis sourit. Il a fait le vide autour de lui. Deux femmes successives et des amis l'ont quitté, lassés par d'incessantes dépressions qui lui donnent à lui-même le vertige. Il est parfois méchant, disent-ils. Il ne s'en souvient pas. Il se force à oublier lentement ses premiers enfants dont il n'attend désormais plus aucune nouvelle. Le monde lui fait peur. Sont restés, fidèles et silencieuses, mais pour combien de temps, Ingrid et Elsa, sa dernière compagne et leur fille, dont il assiste, impuissant, à d'injustes souffrances dont il refuse d'être, il s'en rend pourtant compte, l'odieux maître d'œuvre. Est-ce cela l'amour fou ? Lui fallait-il vraiment

devenir fou pour aimer ainsi à la folie, au point de tout détruire ?

Habité par un jumeau qui le dévore, il se sent mal, déshabillé de lui-même. C'est étrange, il se sent également bien. La cohabitation est difficile mais chacun fait preuve de bonne volonté, évitant l'autre à cause d'une rivalité de plus en plus pénible à vivre. Qui donc est-il ? A-t-il le choix entre ce monstre fanfaron, dur, égoïste qui enchaîne crise sur crise et cet homme doux, généreux, faible et sensible qui s'effondre dans la dépression après chacun de ces accès démoniaques ? Il comprend maintenant mieux son père et ses comportements changeants. Il ne pressentait pas que son corps hébergeait déjà, lui aussi, cet odieux double qui l'envahirait et occuperait peu à peu son être tout entier ?

De vieux fantomes écourtent ses nuits et obscurcissent son âme. Celui de sa sœur malade et qui va bientôt mourir. Des enfants dont il ne sait plus rien et qui l'ont renié depuis son premier divorce. Sa dernière fille, dont il a conscience qu'il a gaché son enfance. Son nouveau Monde le rassure. Ce petit appartement reclus au troième étage et où il s'enferme de plus en plus souvent. Malgré ces ombres envahissantes, malgré cette souffrance qui le saisit parfois, au point de scruter au loin avec envie un avenir dont il devine l'inévitable issue.

Puis, il descend l'escalier qui le protège en haut de son nid d'aigle et de sa tour d'ivoire, ce énième appartement dans lequel il se réfugie à chacune de ses crises. Pour protéger les autres. Mais qui ne le protègera pas de lui-même. Sa voiture est en bas, sagement rangée et qui l'attend.

La route est belle et il n'y a personne. Le moteur fait entendre une agréable musique. On dirait que l'automobile dort et ronfle. Mais pourtant elle roule vite. De plus en plus vite.

Les arbres courent rapidement, en sens inverse, comme une barrière sombre puis bientôt comme un mur qui borne le paysage. Comme pour le conduire sans autre choix que le suivre. Camille est bien. La vitesse l'enivre. Alors, il donne un brusque de volant. Une douleur brève et violente lui traverse le corps et l'aspire un bref instant plus loin qu'il n'espérait. Puis, plus rien.

CHAPITRE 3

UNE CLINIQUE DU SUICIDE RICHE ET COMPLEXE

INTRODUCTION

A défaut ou pour tenter de parvenir à comprendre les raisons qui acculent son congénère au meurtre de lui-même, l'homme a, depuis la nuit des temps, cherché à trouver une ou plusieurs explications, rationnelles ou non, à ce qui paraît encore être toujours, par excellence, un acte contre nature.

Le suicide existe vraisemblablement depuis que l'homme, en qualité d'individu conscient de son « être », a fait son apparition sur la Terre.

Ainsi peut-on dire avec le philosophe que le suicide, en ce qu'il est la recherche consciente de sa propre mort, est un acte « *exclusivement et profondément humain* ». Seul l'homme semble être en effet en mesure de s'imaginer ne plus être, et seul il serait donc capable de cette faculté d'anticiper sa propre mort. Seul parmi tous les êtres vivants, il est susceptible de braver son destin et de choisir, en pleine conscience, le lieu, l'heure et le moyen de sa disparition définitive.

L'Histoire nous montre d'ailleurs que si, en dehors de quelques situations particulières, aucune civilisation n'a jamais véritablement approuvé le suicide, aucune non plus ne l'a jamais expressément condamné. A l'exception du bref intermède de l'Occident chrétien, qui le refuse encore avec la certitude, la détermination, la constance et la férocité que l'on sait.

Chaque culture et chaque époque ont imprimé leur marque sur la clinique du suicide, c'est-à-dire sur le déroulement de la crise suicidaire et de l'exécution du suicide, sur les moyens utilisés pour mourir (comme la pendaison, la noyade ou l'égorgement) et sur le moment et le lieu choisis pour mourir. De même, chaque époque a tenté de donner une explication et d'exprimer, ou pas, une compréhension (l'horreur, la compassion) du fait suicidaire. Parfois une justification qui arrangeait toujours chacune d'elles (l'inadaptation à la société, le raptus et la cause médicale, la thèse de la possession démoniaque). L'acceptation sociale ou le rejet du fait suicidaire ont influé sur la clinique du suicide. Les suicidants ont différemment donné de cette façon à leur mort une charge symbolique.

En Occident, pendant plusieurs siècles, ce fut une condamnation théologique sans appel au prétexte que l'homicide de soi-même ne pouvait qu'être une rebellion du sujet contre son créateur. Il ne pouvait donc qu'être commandité par le Diable. Certes, des exceptions étaient faites pour le martyre, considéré comme un acte de foi et de soummission au dieu, et pour les suicides altruistes ou oblatifs des guerriers, héros se sacrifiant à leur idéal ou en allégeance à la société. Les vélléités suicidaires de-

meuraient donc cachées, ne permettant pas un étayage familial qui aurait pu éviter l'acte. L'extrême pauvreté créait toutes les conditions pour souhaiter mourir et, dans un peuple inculte et inféodé aux clercs, seul la terreur religieuse pouvait servir encore de rempart. Tout suicide était ainsi, pour des raisons religieuses mais surtout matérielles, transformé en mort naturelle ou accidentelle. C'est en effet l'époque où l'existence d'un suicide dans la famille conduisait à l'exclusion sociale et à la ruine.

Peu à peu, des considérations compatissantes firent leur apparition, chez les intellectuels et dans le peuple, quand la société fut confrontée à des suicides évidents et consécutifs à des situations sociales particulièrement misérables, déshonorantes ou à des maladies incurables et douloureuses. Le suicide perdait peu à peu son tabou. Mais on ne voulait souvent voir, dans les causes alléguées, que des facteurs déclencheurs, des épiphénomènes auxquels la faiblesse d'âme du sujet ne pouvait en réalité faire face.

Avec le siècle des Lumières vint l'avènement de l'ère de la Raison, en opposition à celle de la révélation religieuse. C'est alors que prit corps la thèse de circonstances sociales ou économiques, voire médicales, à l'origine des suicides. C'est l'époque où les premiers recensements des suicides et surtout la liberté avec laquelle ils étaient portés à la connaissance du plus grand nombre, au moins à celle des intellectuels, ont révèlé l'ampleur véritable du phénomène et surtout sa généralisation à toutes les couches de la société. Les modifications de changement de vie, l'urbanisation puis l'indus-

trialisation, amenèrent à réfléchir au lien possible entre l'organisation et le fonctionnement de la collectivité d'une part, l'incidence des suicides d'autre part. Une analogie fut faite avec la folie, moyen sans aucun doute de dégager l'individu de cette responsabilité morale totale que le clergé et le Droit Canon faisaient jusque là peser sur lui. Les suicides devinrent sans doute plus fréquents ou, tout du moins, plus portés à la connaissance de la société. Il devint admis que le suicide pouvait être légitimé par une vie marastique ou par une maladie atrocement douloureuse. On peut imaginer que l'acte suicidaire fut alors moins caché et devint ainsi plus spectulaire. Dans le même temps, la réprobation sociale devenait plus douce.

Les premières véritables études sociologiques furent initiées, on l'a vu, par Emile Durkheim. Elles émettaient l'hypothèse d'une origine sociale aux suicides. Puis les progrès de la nosographie psychiatrique et de la médecine des maladies mentales plaideront rapidement en faveur d'une origine psychiatrique, au moins psychologique. Plus tard, on ôtera au suicide sa conception exclusivement psychiatrique ou psychologique qui en faisait jusque là une aliénation à la maladie mentale. On mettra alors plutôt l'accent sur une notion nouvelle, celle de « crise suicidaire ». Cette nouvelle notion, faisant donc moins de place au raptus, autorisait maintenant une certaine prévention en amont, pour peu qu'on en ait connaissance.

Philosophes, et intellectuels en général, se saisirent alors de la question et s'interrogèrent plutôt sur le problème moral du suicide, indépendamment de ces causes

immédiates, souvent évidentes ou invoquées, que l'on supposait maintenant être à l'origine du passage à l'acte.

Mais actuellement, pour des raisons opératoires de prévention immédiate, l'appréhension de la question de suicide se fait essentiellement sous forme d'approche sociale mêlée à une approche médicale et psychologique. Que cela concerne les raisons manifestes de l'acte ou bien que cela concerne les solutions ou les traitements à y opposer.

Mais la vision sociologique de la mort volontaire, telle qu'Emile Durkheim et Maurice Halbwachs nous la livrent, innovante à leurs époques, est une vision ne reflétant pas la totalité des mécanismes qui président à la réalisation de l'acte fatal.

En effet, si l'on considère que le suicide est le fait d'un seul homme (le suicidant) et qu'il s'agit alors d'un cheminement individuel qui a sa logique propre, les seules tentatives d'explication, par l'environnement, du geste de cet homme ne peuvent être satisfaisantes car elles demeurent manifestement secondaires et incomplètes.

Si la vision médicale, qui prévalut ensuite, apparaît dans certains cas plus éclairante, dédouanant le suicidant d'une part de responsabilité aux yeux de la société, elle demeure souvent inconstante et parfois insuffisante.

Si, par contre, le suicide n'est, comme le pensent certains, que la résultante d'un état social et l'aboutissement d'un mode de vie inadapté, toutes les explications médicales concernant la dépression, la mé-

lancolie, les raptus anxieux, qui correspondent pourtant à des évidences concrètes, sont également caduques.

Toujours est-il que, s'il s'agit du résultat d'une démarche individuelle intrapsychique qui conduit à se donner la mort, le suicide ne peut être compris que si l'on sonde les cheminements psychologiques conscients et inconscients du sujet. Ce long cheminenement psychique correspond à ce que l'on appelle la « crise suicidaire ».

Nous plaidons pour une « troisième voie », sur laquelle se sont d'ailleurs engagés de nombreux auteurs. Il s'agit d'une voie moyenne ou d'une synthèse des deux premières. Elle prône la dérégulation d'une vie intrapsychique fragilisée par une constitution de base ou une pathologie sous-jacente, inadaptée à un environnement vécu comme traumatisant et qui sert alors de facteur déclencheur. C'est ainsi que le suicidant, tout en gardant la responsabilité de son acte, dont le dépossédaient autant les thèses médicales que les théories religieuses ou socioéconomiques, conserve toute sa dignité si ce n'est un total libre arbitre. Autant dire que notre attitude concernant la prévention du suicide devrait s'en trouver bouleversée. Et plus difficile à imaginer et à conduire.

La vision épidémiologique est de peu de secours pour éclairer les phénomènes individuels qui invitent et conduisent l'individu à accomplir son geste. Elle décrit seulement les conditions dans lesquelles celui-ci s'effectue. Il reste à y attacher, s'il cela est possible, une valeur symbolique éventuelle, et aussi une valeur d'interpellation et de signal.

De nombreux suicides ont, par leurs conditions de survenue et la qualité de la personne qui en est victime, des significations et des explications particulières : suicides des enfants et des adolescents, suicides des personnes âgées, des psychotiques, des déments, des prisonniers et des homosexuels, des suicides liés au travail, des suicide des kamikases, des suicides assistés et du suicide lent de certaines conduites autodestructrices.

J'ai décidé de les traiter les uns après les autres afin d'en montrer les particularités. Leur connaissance est nécessaire afin d'en repérer les signes avant-coureurs. L'attitude préventive du suicide en découle.

LA CRISE SUICIDAIRE

« Ce qu'on appelle une raison de vivre est, en même temps, une excellente raison de mourir ». Albert Camus

Selon Pierre Moron, qui en parle dans un abrégé intitulé « *Le suicide* » paru en 2005 aux Presses Universitaires de France, on appelle crise suicidaire cette « *période qui correspond à un certain état psychique durant lequel réside un risque majeur de suicide* ».

Une conférence de consensus organisée par l'ANAES en 2000 a permis de faire le tour de la question de la crise suicidaire et de définir les moyens et la conduite de sa prévention.

Une crise, ou plutôt une période de crise, est en général un changement dans l'évolution d'un état ou d'une maladie somatique ou psychologique.

Pour ce qui concerne le suicide, il semble se produire un « *échappement hors de l'équilibre antérieur* », marqué par une insuffisance des moyens de défense psychique. Cela met le sujet en état de vulnérabilité face un facteur nocif qui lui est externe. La souffrance morale qui en découle peut être féconde, à l'origine d'un rebond et vers la résurgence d'un nouvel élan vital. Elle peut au contraire être dramatique. Vulnérable, le suicidant ne trouve plus les moyens de « *faire face* ».

Parfois, la crise passe et le suicidant se ressaisit. Parfois, le suicidant passe à l'acte. Parfois, les crises se succèdent, répétition qui épuise les ressources du sujet et conduit presque inévitablement au geste suicidaire.

Dans le cas qui nous préoccupe, l'individu suicidaire vit une grande souffrance qui le met en rupture avec lui-même et avec son environnement. Les idées suicidaires envahissent l'appareil psychique, facilitant le repli sur soi, la perte d'intérêt pour le monde alentour et les préoccupations habituelles du sujet. La communication se fait rare, à un moment où elle pourrait être au contraire bénéfique, et cela facilite l'incompréhension de l'entourage et la banalisation fréquente et délétère de la situation. L'hypothèse d'une attitude suicidaire n'est même pas évoquée, également par le sujet lui-même, et l'on « *attend que cela se passe* ».

On a estimé que cette crise précède souvent de six à huit semaines le passage à l'acte.

La crise suicidaire obéit à tout un processus qui est bien décrit par J. Thomas dans un dossier de 2001 sur le sujet âgé. Ce processus débute par la recherche active,

souvent désespérée, d'un moyen pour enrayer la crise, d'une solution au mal-être ressenti. Viennent ensuite les idées suicidaires comme une possible solution à ce mal-être. L'individu évoque malgré lui cette solution possible de se tuer. Puis les ruminations de l'idée suicidaire inondent le psychisme et attisent l'état d'angoisse et la douleur morale. Au terme de cette rumination, s'élabore enfin le scénario suicidaire qui est retenu comme étant la seule solution envisageable. Dans un climat d'ambivalence constante, survient alors le passage à l'acte, parfois froidement prémédité, soit en pleine lucidité, soit au cours d'un raptus d'angoisse éventuellement favorisé par la survenue d'un événement déclencheur, même mineur, qui peut apparaitre anodin pour l'entourage et va donc passer inaperçu.

La crise serait toujours pré-existante à toute conduite suicidaire. On la repère par un comportement élaboré et non ou peu instinctif, survenant dans un contexte ou sur un état dynamique durable, lequel existe parfois déjà depuis l'enfance. Ce comportement pourrait en théorie permettre de prévoir, dès l'âge de trente ou trente-cinq ans, lequel d'entre nous courra un jour un risque de suicide. La constance d'un trouble du comportement est cependant contestée. Quand il est reconnu, il est constitué d'éléments aussi divers que la rupture de liens familiaux, l'envahissement psychique par des affects dépressifs, les conséquences de l'identification à une personne décédée, le rappel d'antécédents suicidaires familiaux, des ruminations morbides ou mortifères, un hédonisme faible voire absent, une absence de désir de

transmission aux générations suivantes, une difficulté d'ouverture ou à nouer des liens, un narcissisme excessif.

Le diagnostic de cette crise se fait donc sur la connaissance du contexte suicidaire, l'existence de signes de vulnérabilité psychique et sur la notion de changement récent du comportement de l'individu.

Il existe des facteurs de risque qui précède la crise suicidaire. Il s'agit bien entendu de notions d'ordre statistique, qui ne s'appliquent donc pas à des situations individuelles mais dont la connaissance peut permettre d'être alerté, d'accroitre la vigilance et d'anticiper ainsi l'attitude à adopter.

Ces facteurs de risque peuvent être classés en facteurs primaires, secondaires ou tertiaires.

Les facteurs primaires se rattachent directement à la nature de l'individu. Il s'agit essentiellement de fragilités ou de terrains pathologiques tels les maladies psychiatriques (surtout la maladie bipolaire), ou des antécédents de troubles psychiatriques ou de suicide dans la famille.

Parmi les facteurs secondaires, on retrouve les évènements conjoncturels de la vie comme les périodes de chomage, les deuils en cours, les maladies graves ou chroniques, les difficultés financières et des traumatismes psychologiques divers.

Les facteurs de risque tertiaires sont l'appartenance à des groupes considérés comme à risque. Age, sexe ou groupe sociologique particulier.

Chez un même sujet, ces différents facteurs s'ajoutent les uns aux autres pour déterminer un risque plus ou moins important de suicide. Il est évident que,

parmi ces facteurs, les facteurs secondaires sont ceux qui ont une importance déclenchante déterminante. Mais en règle générale, on ne se suicide pas pour une seule et même raison. C'est l'aboutissement de situations diverses survenant sur un terrain préparé par des facteurs de risques.

La gravité de la crise peut s'apprécier au regard du niveau de souffrance psychique, du degré d'intentionnalité revendiquée, de l'impulsivité de l'individu, de l'existence de facteurs précipitants éventuels, de la disponibilité des moyens pour effectuer le geste. Elle tient en outre compte de la qualité et de la disponibilité de l'entourage immédiat.

En médecine générale, les conditions de la consultation sont telles que la prédictibilité d'un suicide est difficile et incertaine. Tout au plus sait-on que le risque de suicide est sept fois supérieur si le sujet réunit trois facteurs de risque ou plus. Encore faut-il être alerté par quelques signes ou symptômes pour penser à les rechercher.

On sait pourtant que le diagnostic de crise suicidaire est essentiel puisque 6 à 7 suicidants sur 10 ont consulté leur médecin généraliste dans le mois qui précède leur acte et presque 4 sur 10 dans la semaine qui le précède.

Quoiqu'il en soit, l'attention doit être attirée devant tout tableau dépressif et dans les pathologies chroniques dont on sait que 25% des malades qui en sont atteints sont dépressifs et ont manifesté un jour leur envie de mourir. Il faut alors envisager un traitement antidépresseur et s'abstenir de la facile benzodiazépine qui n'est pas

antidépressive, ne traite rien que l'anxiété et qui fait au contraire courir le risque de la levée de cette inhibition motrice qui protège justement l'individu contre le passage à l'acte.

La reconnaissance de la souffrance morale peut s'aider d'échelles de mesure de la dépression et du risque suicidaire. Depuis les simples échelles de débrouillage rapide telles la « Prime MD de Whooley », en 2 questions, en passant par des échelles plus élaborées telles « l'ERS » (évaluation du risque suicidaire) de Ducher en 10 items, « l'échelle de dépression de Beck » (20 items) ou les items diagnostiques du DSM IV. Ces échelles sont mises en annexes.

Il n'existe pas de règles de détection ni de prise en charge de la crise suicidaire. Une convergence de consensus s'est réalisée en 2007au Québec. Elle aborde le sujet et propose des attitudes d'intervention psychosociale et d'intervention d'urgence. Mais restent difficiles le repérage de l'individu en situation de crise suicidaire et son évaluation, de même que la mise en œuvre des modalités d'intervention.

LE SUICIDE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Le suicide des enfants et adolescents, en France, est responsable de 1 000 décès par an. Cela fait de cette catégorie d'âge un des groupes à risque les plus exposés, nous obligeant à préciser notre analyse, à mobiliser notre

attention et à proposer les programmes de prévention et de « postvention » les plus actifs.

Il faut tout de suite casser une idée reçue. En réalité, l'incidence du suicide chez les jeunes a diminué de 20% en un quart de siècle en France. Malgré cela, la France brille par un taux encore élevé au regard des autres pays occidentaux. Cette diminution est incontestablement liée aux stratégies de prévention primaire mais surtout secondaire.

Le suicide d'un enfant est l'expression, comme la conséquence, d'une déstabilisation psychologique extraordinaire et intense, avec une perte de repères indispensables à un moment où l'enfant et l'adolescent sont en recherche de leur identité.

La survenue d'un suicide chez l'enfant peut trouver son explication dans l'addition, à un trouble identitaire, d'un défaut de relation au sein de son milieu familial ou social, d'un ensemble de facteurs psychiques ou environnementaux complexes et d'une occasion critique souvent d'apparence insignifiante.

Certains ont avancé la nécessité d'une prédisposition préexistante. Soulignons encore que rien n'a permis de montrer qu'il existe une transmission génétique de la pulsion suicidaire.

Le suicide de l'enfant : un accident ?

« Nous mourrons dès notre naissance et nous naissons jusqu'à notre mort ». Heidegger

Toutes les morts sont prématurées. Celles de l'enfant, encore plus. Si, d'après J. Malka et Ph. Duverger,

le suicide de l'enfant a été, pendant un temps, expliqué par le désir d'échapper à une sanction parentale, il est admis actuellement qu'il s'agit en fait d'un geste de signification précise et bien plus complexe. Il s'agirait, d'une part d'un retour sur soi de l'agressivité ressentie vis à vis de l'entourage et de l'existence, d'autre part, et à son insu, de la recherche paradoxale, à la fois de l'amour de ses parents et de la conquête de son indépendance.

Le suicide de l'enfant reste toutefois et heureusement particulièrement rare. Il a été estimé, en Grande-Bretagne, à huit pour un million des enfants de cinq à quatorze ans.

On discute souvent de la réalité de l'intentionnalité du geste chez l'enfant, au prétexte que la perception véritable de la mort, dans sa signification d'anéantissement définitif, n'est pas encore acquise ou demeure extrêmement floue. Mais ne s'agit-il pas en effet pour les parents, comme pour les thérapeutes, d'un prétexte, car ils ont de grandes difficultés à admettre la justification et la réalité d'une intention suicidaire chez leur enfant, suicide qui pointe brutalement leur responsabilité ?

Il est admis en effet que la perception réelle de la mort n'est acquise que vers neuf à dix ans. L'enfant n'est souvent confronté à la réalité de la mort que vers cinq à sept ans, et sa vision de celle-ci reste longtemps différente de celle des adultes. C'est que, pour le jeune enfant, les morts gardent encore leur vie et leur conscience. La mort est une forme de sommeil, elle est progressive et n'est que temporaire. Il s'agit d'une « autre forme de la vie » en quelque sorte. Le discours des adultes, qui se veut protecteur, accrédite souvent cette perception des

choses. Cependant, cette expérience personnelle de la mort d'un parent est déterminante et elle peut hâter l'acquisition de la notion de mort « définitive ». Plus tard, entre cinq et neuf ans, la mort se distingue peu à peu du sommeil. Mais sont encore absents, en particulier, la notion d'universalité de la mort et son caractère inéluctable. Aux yeux de l'enfant elle apparaît toujours réservée aux vieux, aux « très vieux ». Le concept d'irréversibilité est en outre difficile à admettre quand il a fallu tant de temps pour admettre celui de la permanence des objets que l'on ne voit plus. Notons que les jeux vidéo, où la mort n'existe pas puisque le héros comme le méchant peuvent renaître éternellement, peuvent maintenir l'enfant dans cette perversion de la réalité. Puis à partir de l'âge de neuf ans, la mort est enfin comprise comme la cessation des fonctions biologiques, comme étant de survenue universelle et inhérente à la vie. La mort reste donc longtemps un concept abstrait, souvent mis en scène de façon ludique. Les défunts ne gardent-ils pas longtemps certains des attributs des vivants, comme s'ils allaient revenir ?

La notion d'inconnu après la mort ne se pose que plus tardivement, durant l'adolescence, ce qui explique qu'il est difficile, avant celle-ci, d'affirmer la réelle intentionnalité de mourir au cours de la tentative de suicide de l'enfant. Toutefois, certains cliniciens se demandent à juste titre s'il est vraiment indispensable d'avoir une idée précise de ce qu'est la mort pour avoir envie de mourir ?

Dix pour cent seulement de ces tentatives de suicide surviennent avant dix ans. Beaucoup ne sont pas reconnues comme telles, car elles sont souvent assimilées à

tort comme étant les conséquences d'un accident. Mais c'est certainement sous-estimer la valeur psychologique des équivalents suicidaires, comme les conduites à risques dangereuses où la référence à la mort n'apparait pas au premier plan.

Quoiqu'il en soit, de nombreux auteurs s'accordent désormais à penser que quatre pour cent des enfants de moins de douze ans ont menacé au moins une fois « de se tuer ». Ce ne sont pas toujours que des paroles. Il est, on l'a vu, légitime de se demander là aussi si cette menace correspond bien à une intentionnalité, si elle n'est pas un jeu, et si « se tuer » revêt chez l'enfant la même signification que chez l'adolescent ou l'adulte. Mais c'est oublier que la maturité dans ce domaine est très variable d'un enfant à l'autre, et que celle-ci dépend du contexte et de l'environnement.

En règle générale, si la signification réelle du mot « suicide » apparaît vers l'âge de sept à huit ans, nombreux seraient les enfants déjà confrontés à l'idée de leur propre suicide dès le jeune âge, surtout s'ils en ont été le témoin parmi leurs proches. La vulgarisation et l'étalage complaisant de la violence et de la mort dans les médias, en même temps que le déni de celles-ci dans les fictions télévisuelles et dans les jeux vidéo, rendent floues les limites entre la vie et la mort, empêchant le discernement d'un esprit enfantin encore immature.

Dans tous les cas, quelque soit le contexte et l'événement en cause, l'enfant suicidaire vit ceux-ci sous le signe d'une perte qui menace son intégrité narcissique, au moment où elle se trouve en pleine maturation. Perte véritable ou sentiment de perte, peu importe ! Comme il

y a nécessité de réparer cette perte ressentie et qui n'a pas été entendue ni prise en compte par la monde des adultes, le suicide peut éventuellement exercer cette « fonction réparatrice ».

Le suicide de l'adolescent : se tuer à quinze ans

C'est en risquant sa vie qu'on conquiert sa liberté. Hegel

De très nombreux chercheurs, comme A. Conte, A. Ducros en milieu scolaire, M. Dorais, L. Lewis, A. Meunier et G. Tixier, D. Marcelli, V. Munier, JM. Petitclerc, V. Samouel et P. Satet, A. Walha en Tunisie ou C. Wallenstein ont travaillé sur le suicide des adolescents.

La prévention de ces suicides comme leur prise en charge nécessitent au préalable une connaissance de l'étendue de ce phénomène et la compréhension des mécanismes qui y conduisent.

La période de l'adolescence se définit différemment selon les cultures, les sociétés et les époques observées. Nous la situerons, pour notre part, entre treize et dix neuf ans, en fait entre la puberté et l'âge adulte, c'est-à-dire durant la période où le sujet n'est déjà plus un enfant mais n'est pas encore un adulte.

Il y a beaucoup plus de suicides chez les adolescents de douze à dix-huit ans que chez l'enfant. En France, plus du tiers des suicidants déclarés a moins de 24 ans, et 70% a entre 15 et 34 ans.

Avec 10 décès par suicide pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans (15 pour 100 000 garçons et 4,6 pour 100 000 filles), la France se situe derrière la Finlande, la Lettonie

et la Nouvelle-Zélande où les taux atteignent 30 pour 100 000 adolescents) mais elle se situe à la 21e place devant l'Italie, la Grèce, le Portugal, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne. Elle est, en conséquence, l'un des pays les plus concernés dans le monde ! Par ailleurs, le suicide est la deuxième cause de décès des moins de 24 ans, après les accidents de la route.

Selon Robert Blanchard, le nombre des tentatives de suicide répertoriées chez les adolescents est d'environ 50 000 chez les 15 à 24 ans, (5 pour 1 000 filles et 2 pour 1 000 garçons, avec 1 décès pour 25 tentatives chez les garçons et 1 pour 160 chez les filles). Ce nombre augmente considérablement au-dessus de treize ans, en liaison avec cette vulnérabilité psychologique de l'adolescence et avec ce bouleversement qu'induisent les hormones en modifiant l'image d'un corps qui change et se transforme. Il est en liaison avec les réactions impulsives que cela entraine. Ce nombre et ce taux importants se sont cependant stabilisés depuis une quinzaine d'années, en relation, semble-t-il, avec un meilleur dépistage des situations à risque et avec un traitement plus efficace des quelques pathologies mentales qui sont considérées, en particulier chez le garçon, comme étant les pourvoyeuses privilégiées de suicide.

Si l'on dénombre 1 000 décès par an en France liés à un suicide de l'enfant ou de l'adolescent, on comptabilise par contre 50 000 tentatives officielles, et sans doute près de 40 000 hospitalisations de jeunes suicidaires. D'autres statistiques parlent de 1 suicide pour 80 tentatives ce qui porteraient ces dernières au nombre de 80 000.

Différentes enquêtes, dont l'une a été effectuée en 1993, rapportent que 8% des filles et 5% des garçons scolarisés dans le secondaire reconnaissent avoir fait une tentative de suicide. La même étude, effectuée auprès des jeunes par la Protection Judiciaire de la Jeunesse en 1998, révèle que sont concernés en réalité 12% des garçons et 49% des filles. La plupart des tentatives observées chez l'enfant et l'adolescent n'ont pas de conséquences somatiques graves (entre 85 et 96%). Mais il ne faut pas considérer pour autant qu'une tentative reste anodine : la signification psychologique doit être considérée comme identique à celle d'un suicide abouti et toutes ces tentatives doivent être appréhendées avec la même gravité et le même sérieux. Or, le drame est que seulement 25% des tentatives de suicide sont hospitalisées et que 62% ne font l'objet d'aucune prise en charge médicale ou psychologique sérieuse (enquête de CFES). Pourtant, l'hospitalisation en milieu adapté est déjà une réponse à la demande du jeune de la prise en considération de sa souffrance. De la même façon, une enquête de 1997 montre que 53% des 11% des jeunes qui ont pensé au suicide dans l'année n'en ont parlé à personne. Seulement la moitié des jeunes qui ont fait leur tentative en ont parlé à quelqu'un. La porte est donc souvent ouverte à la récidive.

Il existe des disparités régionales spécifiques au suicide de l'adolescent. Les régions Ile-de-France, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées ont la plus forte incidence de taux de suicide et de tentatives chez les adolescents, sans que l'on en connaisse précisément la ou les causes. A l'inverse

du suicide des adultes, le suicide de l'adolescent serait donc plutôt un phénomène urbain que rural.

Suicides et tentatives de suicide sont l'aboutissement d'idées suicidaires. Le psychiatre Xavier Pommereau a calculé que 8% des garçons et 13% des filles scolarisés de 11 à 19 ans avaient eu des idées suicidaires. D'autre part, il signale que 41% d'entre eux avait fait une tentative de suicide (contre 1% des adolescents affirmant n'avoir jamais eu d'idées suicidaires).

En raison de l'utilisation de méthodes quelquefois plus radicales et expéditives telles la pendaison (36%) et les armes à feu (31%), on observe un taux de suicide abouti plus élevé (c'est-à-dire le double) chez les garçons que chez les filles qui utiliseront rarement la pendaison (27%) ou les armes à feu (15%) et plus facilement les médicaments (26%) ou les phlébotomies à l'efficacité moins probante. Quoiqu'il en soit, l'adolescent utilise rarement la défenestration ou la noyade.

Trente à cinquante pour cent des adolescents récidivent leur tentative, pour la plupart dans les deux ans. Non pas tant en raison d'une envie de mourir, ce qui ressort des enquêtes, qu'en raison du souhait de mettre un terme à une souffrance psychique et afin d'attirer l'attention de l'entourage, en premier lieu parental. Le suicide ne semble pas vécu comme un renoncement mais plutôt comme une revendication et son facteur déclenchant est souvent sans lien avec la raison intime de l'acte.

Les tentatives sont réalisées souvent de façon plus précoce chez le garçon (en moyenne à l'âge de quatorze ans) que chez la fille (en moyenne vers quinze ans et de-

mi). La raison en est sans doute l'expression plus précoce de la souffrance psychique chez le garçon et, chez la fille, en raison de la recherche de moyens plus efficaces de fuite et d'évitement pour éviter d'affronter des difficultés qui risquent de la déborder.

Si les récidives sont plus fréquentes chez la fille, cela est en partie dû au fait que la jeune fille a une tendance à l'auto-agressivité tandis qu'un tiers environ des garçons tente de régler ultérieurement ses problèmes de mal-être et utilise des comportements hétéro-agressifs qui amènent alors parfois à rendre des comptes avec la justice. Chez le garçon, ces comportements auraient donc une valeur protectrice.

Selon Meunier, la « *tentation de mort est inhérente à cet âge de la vie* » et le suicide de l'adolescent n'est pas une maladie. Si les troubles de l'humeur sont possibles, le traitement en est efficace. Mais 60 à 80% des adolescents qui font une tentative de suicide sont exempts de toute pathologique psychiatrique. Ainsi, la dépression n'est observée que dans 34% des suicides. Rappelons que les symptômes médicaux de la dépression chez le jeune suicidaire ne sont pas différents d'une dépression ordinaire.

Par contre, malgré cela, il leur a souvent été prescrit des traitements antidépresseurs dont ils se servent alors pour tenter de mourir. On s'accorde ainsi à penser que le geste suicidaire s'apparente à un moyen défensif contre une souffrance psychique difficile à élaborer, qui amène le sujet à la court-circuiter par un geste impulsif. Pour aboutir à cela, on pourra voir l'adolescent passer par toutes les phases par lesquelles passent également les adultes. Le traitement antidépresseur est souvent inutile

et néfaste. Il est en effet le moyen de médicaliser le problème de l'adolescent quand ce dernier ne demande qu'un peu d'écoute et de compréhension.

Et, si chaque discipline, sociologie, philosophie, médecine, psychologie, religion même, apporte son éclairage sous un angle qui lui est propre, aucune ne parvient encore aujourd'hui à expliquer les raisons véritables qui font qu'un adolescent va, à un moment précis, passer à l'acte. Ce qui en rend d'autant plus difficile le dépistage.

Les causes de suicide chez l'adolescent ne sont jamais claires, noyées dans un contexte psychologique, familial, social et parfois psychiatrique. Et la confusion fréquente entre causes et facteurs de risque nuit alors à l'efficacité des campagnes de prévention. La difficulté est accrue par le fait qu'il y a autant de personnalités que d'adolescents suicidaires.

Parmi les populations qui ont été repérées après une première tentative de suicide, on retrouve cependant des constantes qui permettent de définir un certain nombre de facteurs de risque et un certain profil.

Ces facteurs de risque de suicide chez l'enfant et le jeune adolescent, souvent associés chez le même impétrant, ont été classés en trois rubriques, les facteurs de risque individuels, les facteurs familiaux et environnementaux et les facteurs socioculturels.

Les facteurs de risque individuels

Ils sont liés au sexe, à l'âge, au rapport avec l'école et au vécu psychologique personnel de la puberté et de

l'adolescence. La forte prédominance féminine, plus des deux tiers, témoigne d'une fragilité de la fille face aux difficultés qui se présentent à elle durant cette période de transformation de son corps, et qui entraînent chez elle plus de réactions d'évitement et de fuite que chez le garçon.

Les difficultés et les échecs scolaires sont une constante, facteur de risque ou témoin d'un mal être plus général. Le retard scolaire atteint jusqu'à plus de 33% des enfants, en particulier les filles. On sait que l'échec scolaire, comme tout échec, peut entraîner le désespoir, peut être source de dépression et peut isoler l'enfant, en créant des problèmes relationnels avec son entourage, sa famille et son milieu social.

Le rejet par les pairs, quelqu'en soit le motif, et la perte sentimentale, sont des motifs fréquents de tentative d'autolyse, en particulier chez l'adolescente. Chez le garçon, surtout, Michel Dorais nous rappelle que ce rejet peut être la conséquence d'une homosexualité mal assumée.

Les antécédents morbides sont fréquemment notés. Il s'agit de troubles du comportement à type d'opposition, de manipulation, de fugues, de toxicomanies (alcoolisme aigu, tabagisme, prise de solvants, d'herbe ou de drogues dures) qui s'apparentent à des suicides lents et passifs, comme tous les comportements autodestructeurs relevant d'un mal-être et comme toutes les conduites ordaliques. On retrouve ces dernières présentes chez près de 30% des individus suicidaires, qui font également preuve d'impulsivité et de conduites prédélinquantes. Une étude a ainsi montré que plus de 10%

des adolescents suicidants ont déjà des antécédents judiciaires.

L'abus de drogues et d'alcool est, pour certains auteurs, non la cause du suicide mais une solution à la crise consécutive à des difficultés existentielles propres à l'adolescence. On observe près de quatre fois plus de suicides chez les alcooliques solitaires et cinq fois plus chez ceux qui boivent « pour oublier ». On retrouve une notion d'alcoolisation dans 30% des tentatives de suicide de l'adolescent. L'alcoolisme favorise en effet le suicide impulsif. Cette solution de chercher dans l'alcool la solution à des problèmes existentiels, si elle est débordée et inefficace, peut donc ouvrir la voie à la tentative de suicide.

Le comportement antisocial est parfois compris comme la conséquence ou la réaction à des difficultés intra-familiales. Mais ce peut être le signe d'une véritable pathologie psychiatrique, notée dans 10 à 80% de ce comportement selon les auteurs. Les toxicomanies, plus que l'alcoolisme qui est le plus souvent aigu, sont des suicides lents et passifs. Ces comportements autodestructeurs relèvent d'un mal-être. Mais il s'agit aussi d'un comportement ordalique face à la vie et à la mort. Le facteur d'entraînement est fréquent.

Il faut souligner encore le rôle des médicaments de la classe des benzodiazépines qui lèvent les inhibitions et favorisent, facilitent ou permettent le passage à l'acte. D'où le rôle parfois délétère des antidépresseurs qui peuvent euphoriser, lever l'inhibition motrice de la dépression et permettre ainsi le passage à l'acte.

On retrouverait également de façon assez fréquente des pathologies somatiques chroniques, invalidantes et préoccupantes comme l'asthme (dont on connaît le lien avec la clinique psychosomatique) et les autres maladies respiratoires chroniques, le diabète insulino-dépendant qui rend dépendant d'un régime et de piqures pluriquotidiennes et l'épilepsie dont les pertes de connaissance répétées peuvent porter atteinte à un narcissisme fragile.

Plusieurs autres études se sont attachées à vérifier s'il existait un profil psychiatrique particulier prédisposant à la tentative de suicide chez le jeune. Notons d'emblée qu'il n'en est rien, même si de nombreuses pathologies peuvent parfois être retrouvées chez 40 à 60% des sujets. Aucune pathologie psychiatrique ne peut être reconnue de façon formelle comme étant la cause de la tentative d'autolyse. S'il y a toujours souffrance psychologique, il n'y a donc pas forcément une pychopathologie ni une pathologie psychiatrique sous-jacentes. Et inversement.

Ces études montrent que, pour certains, il existe des troubles psychologiques dans 1 cas sur 3 (contre 50% des cas observés dans les autres classes d'âge).

C'est tout d'abord une réelle dépression (au moins 30 à 35% des cas), même s'il n'est pas démontré de lien formel de causalité directe entre dépression et suicide.

Les psychoses sont bien moins fréquentes (15% des cas), avec une fréquence accrue chez le garçon. Tous ces troubles sont parfois déjà connus mais sont le plus fréquemment révélés par cette tentative qui peut être aussi parfois considérée comme un mode d'entrée dans la

schizophrénie. La tentative de suicide y serait alors un moyen de lutter et d'échapper à l'angoisse psychotique par un comportement auto-agressif, ce qui est d'ailleurs le propre des psychoses. Cette tentative est parfois congruente avec un vécu délirant. Dans les années 1970, le docteur André Haim a évoqué un simple désordre psychotique, responsable d'une désorganisation de la personnalité, conduisant au suicide car ne pouvant même pas bénéficier des défenses de nature psychotique.

C'est dans 40% des cas de contexte psychologique qu'existent des troubles névrotiques, chose somme toute banale, plutôt de nature hystérique (le chantage, la vengeance font partie du mode relationnel de cet état) ou de type dépressif névrotique (les phobies protégeraient plutôt contre le suicide par le fait même de leur mécanisme).

Dans 20% des cas, les études font état de troubles « état-limite », liés à une pathologie narcissique majeure nécessitant un objet étayant, qui est vital et dont l'absence pourrait déclencher un raptus anxieux fatal ou une crise de rage narcissique.

Les blessures narcissiques sont également fréquemment notées, en dehors de toute pathologie caractérisée. Mais le plus souvent, s'il existe un trouble psychopathologique, celui-ci est bénin et 20% des suicidants environ ne souffrent que de dépression réactionnelle. Ainsi, 2 fois 3, les adolescents ne se voient déceler aucune pathologie psychiatrique caractérisée, et l'on ne retrouve alors chez ceux-ci que de vagues troubles du comportement ou des troubles des conduites en relation avec un échec sentimental ou une crise d'adolescence banale.

Si bien que, selon Robert Blanchard, une symptomatologie dépressive grave n'est retrouvée que chez 30% des jeunes suicidaires environ, et de nombreux cliniciens ne reconnaissent pas à la dépression le rôle décisif de facteur déclenchant dans le suicide. A l'inverse de ce qui est observé chez les gens âgées, le suicide de l'adolescent serait donc plus un « *suicide de fuite et de protestation* » qu'un suicide du déprimé. Se pose dans ce cas la question du lien de causalité entre dépression et suicide chez le jeune. Mais, en tout état de cause, il ne semble pas que, chez l'adolescent, l'on puisse assimiler dépression et suicide, même si la bouffée anxieuse et la culpabilité ressentie peuvent être à l'origine d'une « *décharge pulsionnelle* » qui conduira à l'acte.

Les symptômes médicaux de la dépression chez le jeune sont parfois organiques ou psychiques mais ils sont le plus souvent comportementaux. Et c'est le changement comportemental plus que le trouble lui-même qui doit servir de signal d'alerte et de gravité. Son association à des comportements addictifs ou à des troubles compulsifs est fréquente. L'addiction, comme l'échec scolaire, est cependant plus un symptôme du mal-être qu'une cause de suicide.

De façon habituelle, la dépression est considérée, à l'égal du suicide, comme une solution à un problème existentiel difficile. La dépression est une maladie organique liée à un déficit en neurotransmetteurs, lequel induirait un dysfonctionnement cérébral conduisant à la tristesse, à la perte du sens du plaisir, et à l'aboulie c'est-à-dire à la perte de l'initiative et de la capacité à réaliser les choses. En psychanalyse, l'instinct de vie s'épuise en

laissant la place à l'instinct de mort, lequel fait place non obligatoirement à un désir de mort mais plus souvent à un désir de « non-vie ». Selon Freud, conséquences d'un même phénomène de bouleversement psychique, suicide et dépression seraient un aspect différent du retournement contre lui-même de l'agressivité du sujet, qui devient ainsi un « objet haï ». Plus récemment, avec Aaron Beck, les cognitivistes estiment que suicide et dépression seraient les témoins d'une approche négative de la vie correspondant à la viciation de schémas cognitifs défaillants. La dépression, lorsque ce mode de réaction serait choisi, protégerait contre la tentative d'autolyse, expliquant alors les risques d'un passage à l'acte lors de l'induction des traitements anxiolytiques ou antidépresseurs.

Bien qu'il n'y ait pas de lien direct entre la crise d'adolescence habituelle et la crise suicidaire, on peut retenir cependant que l'adolescence s'accompagne de modifications corporelles et hormonales irréversibles qui peuvent être traumatisantes. L'adolescent entretient avec son corps des relations nouvelles et, profitant de la fragilisation de la représentation du corps, ces modifications créent un véritable bouleversement psychique identitaire. Celui-ci, survenant chez un esprit fragile et encore peu étayé, peut conduire à une pulsion suicidaire. On observe chez le sujet une angoisse liée à la nouvelle identité que les changements corporels et la puberté imposent. Pour certains adolescents, maltraiter son corps peut en outre donner l'illusion de la toute puissance. D'autres se sentent étrangers dans un corps qui devient sexué et

qu'ils ne reconnaissent plus. Alors, autant s'en débarrasser.

M. Dorais a montré que de nombreuses tentatives de suicide ont pour raisons des pulsions homosexuelles mal assumées, surtout quand elles suscitent la réprobation de l'entourage familial, amical, scolaire ou social. Quand il ne s'agit pas de la réprobation du sujet lui-même. La crise suicidaire est un appel à la reconnaissance plus qu'un véritable désir de disparaitre. Ce sujet sera abordé dans un des chapitres suivants. Dans ce cas, tentative de suicide et suicide semblent être la conséquence d'une relation particulière du sujet avec son corps, réel ou imaginaire, et seraient, selon Wilhim, comme un « *cri d'individualisation du désir d'être* ».

Les facteurs liés à la famille et à l'entourage

Ils sont de deux ordres. Notons tout d'abord que l'hérédité ne joue de rôle que dans la mesure où il existe une pathologie psychiatrique héréditaire ou plutôt familiale comme la maladie bipolaire (ex psychose maniaco-dépressive) et la chorée de Huntington. Car ces pathologies sont la source d'une fragilisation psychologique.

La taille de la fratrie semble intervenir et une fratrie de plus de quatre enfants serait un facteur de risque. Dans ces grandes familles, la fréquence des troubles du comportement et des troubles des conduites est élevée et les suicidaires se recrutent plus volontiers parmi ceux qui en sont atteints. De même, être l'aîné, c'est-à-dire être souvent soumis à une pression parentale particulière, serait un facteur de risque non négligeable.

Trois quart des enfants et adolescents suicidaires font état de carences affectives et plus de la moitié a été la victime de maltraitance physique ou psychologique. Les relations parents-enfants sont souvent mauvaises, de façon quasi constante dans certaines études.

L'ambiance familiale est souvent conflictuelle dans un tiers des cas. Certaines études montrent que, dans plus de la moitié des cas, l'équilibre familial est perturbé par l'alcoolisme ou par la toxicomanie des parents. Les troubles mentaux d'un ou des deux parents peuvent être retrouvés près d'une fois sur deux, et il s'agit alors en particulier d'une pathologie dépressive.

L'absence de dialogue entre les parents et l'adolescent est également avancée comme facteurs défavorables à la structuration de la personnalité de l'adolescent à un moment où une angoisse existentielle rencontre des difficultés pour s'exprimer et où l'enfant demande à être aidé dans sa séparation d'avec l'enfance : « *le silence tue* ». Dans cette situation, l'enfant suicidaire se sentirait inexistant car non-entendu. André Malraux disait « *qu'on ne se tue jamais que pour exister* ».

Sont enfin mises en avant, d'une part la carence parentale à encadrer l'enfant et à lui apporter un environnement étayant et, d'autre part, les difficultés identitaires et « *d'identification projective par carence de transmission de modèles transgénérationnels* ». Sutter a émis l'idée que le suicide de l'enfant entrerait dans le cadre du « *syndrome de la carence d'autorité* », en particulier de celle du père, dont la conséquence est une « *discontinuité de la personnalité amenant à des difficultés dans l'établissement des relations sociales* ». Man-

quant de cadre de référence structurant, l'enfant ou l'adolescent trouve, son impulsivité aidant, dans le suicide ou la conduite dangereuse, une solution immédiate aux difficultés qui se présentent à lui. La conduite suicidaire serait ainsi l'expression de l'échec du développement du jeune suite à la « *défaillance de la fonction symbolique parentale* ».

La dislocation des familles est avancée comme étant un facteur de risque important, famille monoparentale, décès d'un parent, ou couple séparé près d'une fois sur deux et, en conséquence, famille recomposée. On observe en effet qu'un nombre non négligeable d'enfants suicidaires a, dans les faits, rompu les liens affectifs avec l'un ou l'autre parent, ou bien est élevé à l'extérieur de sa famille. Au total, il est noté plus de suicide en cas de difficultés familiales, qu'il s'agisse de famille monoparentale ou de famille recomposée. L'échec scolaire et les addictions sont, dans ces cas, des symptômes du mal-être plus que des causes de suicide.

Les antécédents psychiatriques familiaux se retrouvent dans 20 à 30% des cas. Qu'il s'agisse, chez les parents, de maladie dépressive, d'alcoolisme, de toxicomanies, de suicide ou de tentative d'autolyse, de violence conjugale. Le risque de dépression chez l'enfant ou l'adolescent est de 25% quand l'un des parents est dépressif. Il est de 50% quand les deux parents le sont.

Divers traumatismes psychologiques (agressions physiques, abus sexuels, perte d'un parent, divorce, maladie chronique, …) sont également mis en cause et il y a, on l'a vu, plus de suicide chez les enfants maltraités ou

chez les enfants vivant dans des familles monoparentales ou recomposées.

En outre, le risque de suicide est quatre fois supérieur s'il y a eu suicide dans l'entourage, indépendamment du rôle d'une éventuelle exemplarité.

Les facteurs socioculturels

On retrouve, comme chez l'adulte, l'influence délétère d'un niveau socioéconomique bas et le déracinement qu'entraînent la transplantation ou l'immigration. Mais on note, à l'inverse, l'effet positif anti-suicide de l'appartenance à une communauté soudée telle que le réalise l'appartenance religieuse ou à un groupe ethnique, laquelle peut apporter un substitut aux carences parentales en matière d'encadrement et d'apprentissage des règles de la vie collective.

Ajoutons que l'accès facilité à une arme à feu ou à des médicaments psychotropes, multiplie le risque de passage à l'acte par un facteur de six.

Pour autant, si les influences environnementales et sociales sont réelles et si l'adolescent y fait parfois référence, le suicide de l'adolescent reste le suicide d'un individu, être unique et sensible, plus qu'un geste revendiquant un sens social.

La compréhension du processus qui conduit un adolescent au suicide peut donc et doit aider à une prévention de celui-ci. Toute angoisse désorganise l'appareil mental, lequel se restructure alors sous la forme de fantasmes suicidaires ou de comportements violents ou marginaux, de conduites inadaptées ou de comporte-

ments alimentaires aberrants, dans le but de réduire la souffrance psychique en l'occultant ou la dérivant.

Cette dynamique suicidaire a pour finalité la réduction d'une tension intra-psychique liée au stress et à l'angoisse, tension autodestructrice quand elle conduit au passage à l'acte.

Il existe une angoisse adolescente devant les contradictions et les changements corporels et psychiques. Cette angoisse est encore difficile à conceptualiser et donc à verbaliser. L'adolescence est la période des grandes réflexions sur le sens de l'existence.

L'absence d'étayage de la part de l'entourage conduit à une vulnérabilité psychique : l'adolescent reste ainsi seul face à ses fantasmes suicidaires et à ses tentations de conduites antisociales.

Le suicide de l'adolescent est rarement un acte spontané, sauf dans le cas du raptus du psychotique et lors d'abus de substances hallucinogènes. Il fait en général suite à un long processus suicidaire, non perçu comme tel par le sujet mais plutôt vécu comme une expérience de vie. Ce processus est un phénomène intra-psychique qui est secondaire à une démarche de défense. Cette démarche est, à l'origine, conduite dans une recherche d'équilibre ce qui la rend d'autant plus dangereuse car d'apparence anodine et positive.

Ce processus, comme l'écrit Luc Lewis, comprend des « *flashes ou scénarii durant lesquels l'adolescent se voit se donner la mort* ». Puis des ruminations d'idées noires vont envahir sa psyché et se cristalliser en idée suicidaire. Obnubilé par elle, l'esprit va bientôt comman-

der le passage à l'acte. L'intérêt de la connaissance de ce schéma et de sa date de début dans la vie de l'adolescent est donc important pour rendre toute prévention efficace.

Le fantasme est un concept complexe. C'est le « *scénario imaginaire figurant l'accomplissement d'un désir inconscient* ». Il fait partie des processus psychiques primaires, donc inconscients. C'est une forme de pensée primitive, primaire, infantile et naturelle de l'enfance et, plus ou moins, de l'adolescent. Il procède de la pensée magique, en lien avec le narcissisme primaire et la toute puissance de l'enfant. Elle a un côté ludique comme les actes ordaliques. Cette pensée magique supplée parfois à la pauvreté ou à la carence relationnelle. Mode de défense en réaction à l'angoisse existentielle, le fantasme a « *une fonction d'apaisement des tensions et de pérennisation du principe de plaisir* », à l'égal du rêve mais avec les dangers d'un rêve éveillé qui donne les apparences de la réalité. Le fantasme est une solution à deux issues possibles : soit la résilience, soit la vulnérabilité suicidaire. Dans le premier cas il a une fonction organisatrice par sa fonction de défense. Dans le deuxième cas, il a une fonction désorganisatrice car l'adolescent rencontre le plus souvent des difficultés à conceptualiser, symboliser et verbaliser son angoisse et la tension psychique qui en est la cause. Le fantasme devient ainsi une « bombe à retardement ». Une fois introduit dans l'esprit du sujet, le fantasme mortifère « *prolifère et s'incruste* ». Il grandit, occupe de plus en plus d'espace et aboutit à la rumination. Si l'esprit se mobilise pour lutter contre la désintégration psychique, il ne peut alors plus inventer à l'infini des solu-

tions nouvelles autres que celles qui ont déjà échoué. Et ces échecs conduisent ou entretiennent le fantasme dans un cercle vicieux.

La crise suicidaire se déroulerait selon cinq phases. Chacune de ces phases correspond à un « *meurtre symbolique* ».

Tout d'abord le meurtre du traumatisme causal. Ensuite celui de soi-même. Puis le meurtre du désir. En l'absence de désir, la pulsion de mort prend alors l'avantage. Chez l'adolescent, c'est la « *perte du sentiment d'utilité et du sens de sa vie, l'inanité de son existence, qui tuent le désir* ». C'est enfin le meurtre de l'entourage puis celui de la mort. L'accident initial, souvent d'apparence banale, est le phénomène déclencheur qui s'ajoute à cette attirance pour la mort que l'on considérer comme étant consubstantielle à cet âge de la vie. Le traumatisme peut-être une première déception amoureuse, le sentiment d'incompréhension de son entourage, des échecs scolaires, le stress et l'anxiété provoqués par les modifications qui accompagnent le passage à l'âge adulte.

La deuxième phase est celle de troubles du comportement qui peuvent être considérés comme des actes ou des prémisses suicidaires : ordalie, addictions, troubles alimentaires, modifications de son apparence physique ou de sa relation à autrui. Les symptômes d'un état suicidaire sont connus. Cela va donc de la simple instabilité du caractère jusqu'à un récent changement de comportement. Le sujet devient anhédonique et renfermé, voire mutique. Verbaliser ses intentions, de façon plus ou moins explicite, est loin d'être systématique. Le silence

est parfois plus signifiant et inquiétant. L'expression verbale de la perte d'estime de soi, comme dire « je suis nul », est moins directe mais tout aussi alarmante. Ces signes doivent alerter. Ils témoignent d'une préparation lente de la tentative. Cette préparation, parfois cachée, souvent apparente ou même bruyante, prend les aspects de cri d'alarme et de détresse. La tentative de suicide elle-même est le cri qu'il faut entendre. Elle est le dernier moyen de rattraper l'adolescent suicidaire, avant qu'il accomplisse son suicide. La prévention est plus efficace si elle intervient à cette phase.

La troisième phase est celle de « *l'imaginaire-roi* ». Pour digérer la perte, l'adolescent va fuir dans l'imaginaire et dans le rêve. La transformation de la réalité atténue sa souffrance psychique. La mort est démystifiée. Elle est transformée et elle devient un moyen pour « *renaître dans un monde transformé* ». A cette étape, l'adolescent fonctionne comme dicté par des rites magiques. Il va vivre alors une phase de lutte contre cette dérive psychotique que la vie qui l'entoure lui fait apparaitre comme dangereuse. Les idées dépressives surviennent et les idées de mort, qui sont cette fois des idées de fuite, se précisent. L'adolescent est entrainé dans une spirale dont le renfermement sur lui-même veut l'empêcher définitivement de sortir.

On a parlé ensuite d'une quatrième phase qui est celle du « *meurtre du temps* ». Ce dernier perd sa consistance. Il n'y a plus d'urgence pour un adolescent convaincu que la mort est devenue la seule solution à son problème. Il attend les meilleures circonstances pour exécuter son geste décisif. L'angoisse n'est plus au premier

plan. Il est serein car déterminé. Un raptus ne sera même plus nécessaire. Il est déjà mort.

La cinquième phase est celle du passage à l'acte. S'il est raté, il reste alors l'indispensable et rapide « postvention » pour éviter la récidive.

Les facteurs déclencheurs sont souvent des facteurs émotionnels qui ne suffisent pas, à eux seuls, à justifier le suicide. Il faut que le jeune soit prêt et déjà déterminé. Parfois, sans doute déjà connu pour une fragilité psychologique, il s'isole et exprime des sentiments de culpabilité et de dévalorisation. Fréquemment fatigué, il est ralenti et adynamique, mais quelquefois au contraire, il est opposant et agité. On peut noter des troubles du comportement alimentaire, des troubles de l'attention qui retentissent sur ses performances scolaires. Parfois on découvre des addictions, depuis longtemps cachées. Parfois aussi, il exprime des idées de mort ou sélectionne des lectures morbides. La fugue est un élément particulièrement évocateur d'un état de souffrance psychologique. Trente pour cent des suicidants ont fugué dans l'année précédente. La fugue pourrait même être considérée comme un équivalent suicidaire.

Les adolescents adoptent en réalité des stratégies à chaque fois assez identiques et l'association de plusieurs de ces symptomes doit donner l'éveil. Il est alors indispensable d'établir le dialogue et de conserver ou renforcer des liens qui donneront à l'adolescent une envie d'être aidé et qui lui prouvera « qu'il est encore vivant ». Mais malheureusement, 47% des adolescents affirment qu'il leur est difficile de parler de cela à leurs parents

SE SUICIDER A L'ÂGE MÛR

« Ne pas s'enfuir de la vie, en sortir »
Sénèque

En France, le taux de suicide des plus de 65 ans est de 44 pour cent mille personnes. Selon Andrian, dans une comparaison nationale et internationale datant de 1991 et reprise en 1999, c'est un des taux les plus élevés du Monde.

A la différence de celui des adolescents, où la volonté de mourir cache en réalité une volonté de vivre mais de vivre différemment, le suicide des gens âgées correspond le plus souvent à une véritable détermination de disparaitre. Cette intention est souvent difficile à identifier lorsqu'elle se dissimule derrière des comportements que nous devons comprendre comme étant des suicides passifs, tels les refus de traitement ou de manger, les conduites à risque telles toutes celles qui exposent à des chutes inévitables avec leur risque fracturaire, la demande d'euthanasie et peut être aussi le syndrome de glissement du grand vieillard.

Une deuxième différence est que, si le suicide d'un plus jeune afflige et fait scandale, celui d'un vieillard semble attendu, presque naturel, la mort « à cet âge » pouvant être considérée comme sa délivrance.

Maurice Halbawchs avait remarqué que la charge des enfants protège contre le suicide. Ainsi, chez l'adulte ayant passé la cinquantaire, la pulsion suicidaire peut

conduire au passage à l'acte d'autant plus facilement que les enfants sont grands et sont devenus autonomes.

Comme le signalent J. Thomas et M. Charazac-Brunel, ces suicides surviennent quand même plus volontiers sur des terrains psychiques tout à fait particuliers. On se plait en effet à répéter que les vieillards sont des êtres dont le psychisme est fragilisé par l'accumulation des deuils et des pertes et l'on observe ainsi, chez les suicidants, l'existence de deuils mal ou non intégrés tels le décès d'un enfant ou des « *condensations traumatiques familiales transmises de génération en génération* ». Parfois, on retrouve une angoisse majeure face à la vieillesse, avec ce qu'elle conditionne de risque de maladies somatiques, de douleurs physiques ou psychiques et de la mort qui est son terme. L'angoisse est également générée par la conscience du rétrécissement du temps, la perspective du terme de la vie et la proximité de la mort. Vouloir disparaitre en se donnant la mort devient aussi parfois « presque normal », une évidence même, lorsqu'un parent ou un voisin de la maison de retraite en donnent l'exemple.

Gérard Le Gouès a décrit chez l'âgé cette progressive disparition du principe de plaisir face au principe de réalité. Selon C. Rizet, il existe de même, chez l'adulte âgé, une évidente « *intériorité psychique appauvrie* », avec une idéalisation du passé, des défunts et des objets perdus, et une obsédante présence ou le retour onirique d'images traumatiques. Pour H. Bianchi, sont importantes « *l'identification délétère et mortifère du Moi et du corps vieillissant* » ainsi qu'une perte des capacités à sublimer.

Le vieillard se résigne ainsi peu à peu à mourir. Cela témoigne de l'échec du travail du « vieillir ».

Chez les suicidants, les représentations de la mort diffèrent notablement de celles observées chez les non-suicidants. On note une moindre importance des représentations et de l'activité onirique, laquelle devient relativement mortifère. Les interdits religieux ont une moindre importance et le vieillard fait une plus grande place aux notions de néant, de disparition totale avec le désir d'un repos définitif. L'idée même de la résurrection ou de la réincarnation s'épuise chez ceux qui ont ce type de croyance religieuse.

Le suicide des gens âgées a quelques autres particularités. Il s'agirait de sujets fragiles, vulnérables, vivant isolés et en conséquence mal secourus. Ces personnes ne pourraient pas envoyer de signal de détresse et préféreraient mourir en silence. Elles préméditeraient alors un geste en conséquence rarement impulsif, longuement préparé, useraient de méthodes radicales et seraient dotés d'une grande détermination. Cette dernière explique que le suicide soit dès lors souvent accompli. L. Charbonneau a montré que, dans tous les pays industrialisés sauf le Québec, les taux les plus forts de suicide frappent les hommes. L'homme serait en effet socialement moins bien armé que la femme contre la solitude.

Un terrain psychopathologique est fréquemment mis en avant par Jean-François Tessier. Si les dépressions et les dysthymies affectent plus de 14 pour cent des plus de 65 ans, et multiplient le risque par 12 à 20, ils sont pourtant moins bien repérés, diagnostiqués et correctement traitées à cet âge par les médecins traitants, au prétexte

d'un sentiment curieux mais largement partagé « *qu'il est normal d'être triste et déprimé lorsqu'on est vieux* » ! Dans le cas de dépressions, celles-ci sont souvent masquées, d'expression hostile ou teintées de moments pseudodélirants, ou bien ne s'expriment que par des tableaux douloureux et une hypocondrie fréquente.

Le suicide des gens âgées a deux autres particularités. D'une part, on en parle peu, en raison de tabous sociaux et de cette relative acceptabilité par l'entourage et par la société de la mort d'un « vieux ». D'autre part, sa fréquence est largement sous-estimée parce que rares sont les autopsies pratiquées devant des décès que l'on estime naturels une fois passé un certain âge.

Plus fréquent qu'on le croit, le suicide est donc aussi plus souvent « réussi », c'est-à-dire « accompli ». En général, la personne âgée ne se « rate » pas. Quelque soit son sexe, la détermination du suicidant est, on l'a dit, forte et les moyens utilisés pour mourir sont parfois associés. Il s'agit de suicides violents. Le sexe de la personne âgée influe sur la « réussite » du suicide et, sur le plan statistique, l'homme âgé « accomplit » son suicide dès la première ou la deuxième tentative, tandis que la femme âgée ne « réussit » le sien qu'au bout d'une tentative sur cinq. Cela peut se comparer au taux d'efficacité observé chez les jeunes qui est d'1 suicide pour 20 tentatives pour le jeune homme et de 1 suicide pour 160 tentatives pour la jeune femme.

Le suicide des personnes âgées tire donc ses spécificités des modalités pratiques de l'acte lui-même d'une part, de l'environnement de l'individu d'autre part, et

enfin de l'organisation psychique de l'adulte âgé et de ses représentations de la vie et de la mort.

Les formes que peuvent prendre les suicides des gens âgées sont, on l'a dit, diverses et sont adaptées aux possibilités physiques et psychiques dont dispose le sujet pour aboutir à ses fins. On connaît les suicides « classiques », faisant appel à des moyens souvent radicaux qui ne peuvent que témoigner de la forte intentionnalité de mourir. C'est ainsi que les armes à feu et la pendaison sont les moyens privilégiés par les hommes. Les femmes utilisent plus volontiers la noyade et les médicaments.

Mais J-F Tessier rappelle que de nombreux suicides se cachent derrière des conduites moins immédiatement radicales mais qui répondent pourtant bien à la définition du suicide d'Emile Durkheim. Ce sont les suicides dits « passifs », constitués de l'arrêt volontaire d'un traitement vital, souvent camouflé par un vieillard qui accumule ses comprimés en faisant semblant de les prendre. Mais encore des conduites à risques tels les levers intempestifs et dangereux chez un individu chuteur, et aussi les refus de soins et les refus alimentaires, plus discernables par l'entourage. Certains en rapprochent également les régressions et, ce qui est pourtant plus discutable, le fameux « syndrome de glissement ». Ces formes de suicides, pourtant actifs bien que pas toujours pleinement conscients, sont assurément l'expression d'un refus de vivre. On peut sans doute y rattacher encore certaines manifestations psychosomatiques graves même si, dans ce dernier cas, l'intentionnalité consciente de l'acte manque pour satisfaire à la définition princeps du suicide. Ces « suicides » au sens large échappent donc à une dé-

claration officielle et à leur comptabilisation statistique parmi les causes de décès.

Plus incertain est d'inclure dans les suicides, comme le fait Jean Maisondieu, certains comportements létaux inconscients survenant au cours de démences. Ce dernier auteur a même assimilé la survenue de certaines démences dégénératives à un vraisemblable « suicide psychique » qui conduit à une « *mort physique lente ou différée* » !

Sur le plan de l'environnement, on sait que la solitude et l'isolement sont des facteurs déclencheurs majeurs. On constate ainsi que les veufs se tuent plus que les divorcés, surtout dans la première année de leur veuvage, plus que les célibataires sans doute habitués à vivre seuls, et plus que les personnes vivant en couple. Dans une étude, 25% des suicidés n'avaient plus d'amis et un sur trois voyaient moins de trois parents par mois. Cinquante pour cent des vieillards qui se suicident vivent ainsi seuls. Notons que la vie en établissement pour personnes âgées n'exclue pas le sentiment de grande solitude. Les suicides y sont fréquents. Ils mettent en accusation la qualité du suivi médical et de la surveillance des soignants, et sont à l'origine d'une grande culpabilité chez ceux-ci.

Pour E. Mournetas, une entrée en institution, souvent trop rapide et mal préparée, représente un facteur de risque de décompensation suicidaire car les capacités d'adaptation du vieillard aux changements sont amoindries. L'institutionalisation entraîne toujours, à des degrés divers, une rupture avec l'environnement habituel, avec les rythmes de vie antérieurs, avec la perte des re-

pères. Que ces derniers soient géographiques, historiques, temporels ou affectifs, et qu'ils soient aussi en lien avec le relatif « *déssaisissement de soi* » lié à l'organisation de la prise en charge collective des résidents de la maison de retraite.

L'institution est en outre un lieu de désappropriation de soi, de confrontation à la dépendance des autres et qui sera bientôt la sienne, de pertes suplémentaires telles l'abandon des rythmes personnels de la vie quotidienne, la privation de l'indépendance financière, la diminution voire la perte de l'intimité physique et psychique, le dessaisissement de toute possibilité de faire des choix pour soi-même, parfois aussi la perte de l'animal familier qui jouait à la maison un fort rôle d'étayage. L'homme a le besoin de maîtriser son environnement. Sans cette maîtrise, le vieillard n'a que la solution de se laisser mourir ou de se suicider. Le suicide, actif ou passif, est la seule solution digne qui s'offre souvent à lui. Le passage (la réclusion) en institution, quelques beaux que soient les murs et empathique l'attitude du personnel, réactive l'angoisse de castration. On observe une situation d'Œdipe inversé. L'effondrement narcissique est parfois fatal. Le suicide revêt alors plusieurs sens. Un appel au secours parfois, mais surtout un message de reproche et de culpabilisation, un geste à la fois autolytique et héteroagressif. Le suicide est le moyen « *de tout dire et de guérir de tout* ».

L'environnement affectif et social joue un rôle important dans la génèse de la pulsion suicidaire. Il existe, au niveau familial, des résistances qui expriment le sentiment d'impuissance devant la détresse du vieillard que

l'on s'avoue incapable d'aider faute de pouvoir le comprendre. Ces résistances témoignent aussi du refus du parent du vieillard d'admettre la légitimité du geste suicidaire, aggravant ainsi le clivage avec le parent âgé. Enfin, la culpabilité familiale peut créer des dissensions dans la parentèle et générer des états de confusion, de division, de tension ou de décompensation de type psychotique. Ces résistances existent en outre au niveau de l'environnement amical, souvent lui-même âgé, qui ne peut qu'avoir des réticences à admettre chez un pair un mal-être qu'il éprouve lui-même et qui renvoie à ses propres difficultés.

Ces réticences sont souvent présentes également chez le médecin traitant, que l'état psychologique du vieillard et sa résistance au seul traitement médical renvoie à sa relative impuissance.

Au niveau social, et en particulier au niveau des soignants lorsqu'il s'agit d'un suicide survenant dans leur institution, des résistances se font également jour. Elles empêchent la prise en charge réelle du problème comme il le mériterait. Les facteurs de risque sont tus ou minimisés car ils mettent en cause l'entourage, son aveuglement volontaire ou non, son incapacité à réagir de façon adaptée à l'appel à l'aide du suicidant qui fera pourtant, par son geste, un dernier « *acte de communication* ». La crise en préparation est occultée et l'individu en souffrance est exhorté à « *prendre sur lu*i », à « *se ressaisir* », à « *faire un effort* », comme si cela lui était encore possible ! Les médicaments, comme un exutoire à l'impuissance du personnel, sont alors la seule réponse apportée à l'angoisse du suicidaire, précipitant parfois le geste fatal par

l'anxiolyse et la désinhibition psychomotrice qu'ils entraînent. Pourtant, 40 à 80% des suicidaires expriment des idées de mort dans le mois qui précède le passage à l'acte, que ce soit auprès de leur médecin, auprès des soignants ou auprès de familiers. Mais on ne les entend souvent pas, ou on ne veut pas les entendre.

Le vieillissement exerce une influence délétère sur des défenses intrapsychiques initialement fragiles. L'appareil psychique de l'homme et de la femme est normalement exposé, avec le temps, à des deuils multiples qui nécessitent tous un travail dit « de deuil » plus ou moins important et que le vieillard ne peut faire seul. D'ordinaire, différentes étapes de cette épreuve naturelle de la vie doivent être naturellement franchies afin que l'objet perdu soit intériorisé puis, selon les théories de Freud, remplacé par les mécanismes de la projection ou de la sublimation. Des deuils non faits ou impossibles à faire demeurent comme des plaies ouvertes, empêchant l'individu de poursuivre les élaborations psychiques indispensables à la vie quotidienne. On ne peut « *continuer à vivre si l'on n'enterre pas ses morts* ». Même, on s'empêche presque de vivre. Chacun doit intégrer sa propre place !

Plus que l'adulte plus jeune, le sujet âgé a en effet pour particularité d'être naturellement assailli par une multiplicité de deuils de toute nature et par le nécessaire travail de deuil qui mobilise en permanence son appareil psychique déjà fragile et amoindri.

Le deuil est quantitativement et qualitativement l'épreuve principale à laquelle le psychisme du sujet âgé est confronté. Il peut s'agir de la séparation d'avec le con-

joint. Elle renvoie à la solitude et nécessite des réaménagements parfois difficiles, en particulier chez l'homme. Ces réaménagements se font souvent soit « selon un axe névrotique » et dans le registre de l'angoisse de castration décrite par Freud, soit selon un axe psychotique, « *dans le registre de la confusion identitaire* », de l'indifférence à son image narcissique et du retour à des représentations archaïques. Ils peuvent aussi se faire « *selon un axe état-limite* », dans une décompensation de type anaclitique avec l'apparition d'un objet perdu ou d'un objet de remplacement, l'objet transitionnel. Dans tous les cas, même lorsque un réaménagement efficace s'effectue, il existe une période plus ou moins longue de bouleversement psychique, un effondrement existentiel qui peut déboucher sur un authentique syndrome dépressif, premier et principal facteur déclenchant des suicides ou des idées et des velléités suicidaires. Le traitement médicamenteux n'est alors qu'une béquille inefficace et doit être complété par un travail effectué dans le cadre d'une psychothérapie.

Dans le cas où le réaménagement ne s'effectue pas de façon équilibrée, le corps est investi psychiquement et il devient le lieu de l'expression de la souffrance morale. Il y a, en fin de compte, « *focalisation des problèmes psychiques sur le corps avec de fréquentes conséquences psychosomatiques ou hypocondriaques* », le développement de névroses voire de psychoses délirantes, des conduites auto-agressives telles les refus alimentaires et les mutilations. Jusqu'à l'aboutissement de ces dérèglements psychologiques ou comportementaux et à l'acte suicidaire lui-même.

Le vieillissement est en outre un mécanisme propice à la résurgence de deuils précoces, que l'on pensait enfouis mais qui n'ont en réalité pas été intégrés ni réglés dans l'enfance. Le vieillissement rend certains âgés plus fragiles face à l'angoisse, à la maladie et à la perspective de la mort, alors que cette dernière était autefois absente des préoccupations de l'adulte plus jeune.

Une autre particularité est « *la convocation de l'enfance* » et de ses blessures éventuelles, à l'occasion du bilan de sa vie réalisé lors de la crise du milieu de vie, vers cinquante ans chez l'homme et vers la ménopause chez la femme, ou lors du bilan final de son existence effectué dans le grand âge.

De la même façon, les traumatismes de la vie, c'est-à-dire les vécus traumatiques entendus au sens psychique, peuvent se condenser s'ils n'ont pas été intégrés psychiquement. Ils hantent et envahissent l'esprit de façon délétère, de la même façon que le font les deuils qui n'ont pas été accomplis. Mais le psychisme n'est pas conçu pour ruminer sans cesse les « *regrets stériles des amours perdues, les vieilles haines et les souffrances disparues* ». Ceux-ci inondent le psychisme, rendant impossible tous les ajustements nécessaire pour rendre vivable la situation présente.

Le vieillissement est également propice aux sublimations néfastes, en particulier aux addictions. Le rôle de l'alcool est déterminant dans le passage à l'acte chez la personne âgée, y compris ou même surtout chez les femmes.

Comme on l'a évoqué plus haut avec l'ouvrage de Gérard Le Gouès, la capacité hédoniste diminue avec l'âge. Or, l'on sait que cette capacité à rechercher et trouver le bonheur est le plus puissant antidépresseur. La rencontre avec la personne âgée suicidaire montre chez celle-ci une faible capacité à effectuer des représentations, à créer, à sublimer et à symboliser. L'activité onirique est défaillante ou est portée vers des thèmes traumatiques et des thèmes de mort. C'est pour cela que les troubles du sommeil de la personne âgée ne doivent pas faire l'objet de prescriptions trop faciles d'anxiolytiques dont on sait qu'ils empêchent l'indispensable travail cérébral nocturne du rêve. Par ailleurs, médicaments désinhibiteurs, ils peuvent, on l'a vu, faciliter le passage à l'acte. Malheureusement, ils sont demandés trop souvent par les patients et, comme une réponse facile à un cri de secours, sont prescrits par la plupart des médecins traitants, de façon souvent déraisonnable, pratique et déresponsabilisante.

La conscience du rétrécissement du temps est vive, diminuant ainsi la possibilité de projection dans un avenir à l'évidence de plus en plus restreint. Il s'ensuit la difficulté à établir des projets à moyen et, plus encore, à long terme. Ce rétrécissement de l'avenir et la conscience d'une proximité de la mort rend relatif le temps restant à vivre. Ils peuvent hypothéquer la portée et l'importance de tout investissement nouveau.

Le suicidant âgé offre peu de résistance pour parler de la mort et, quand il le fait, il montre en réalité surtout un désir de repos absolu et définitif, avec des représentations de gouffre, de néant, de trou noir, et d'une dispari-

tion définitive sans laisser de trace. A moins qu'il fasse état, selon ses croyances religieuses, d'un espoir de renaissance dans un « corps glorieux », c'est-à-dire au retour de sa jeunesse. Par contre, s'il est mélancolique, l'individu âgé ne fait état que de peu de représentation religieuse par rapport au non suicidant. Il aura aussi tendance à ne pas parler de sa mort.

Des éléments déclencheurs sont fréquents. Selon C. Balier, si les pertes diverses et l'accumulation des deuils sont les plus connus, une dévalorisation narcissique est également fréquente. L'identification du Moi au corps est importante chez tout humain, surtout dans une société devenue « hypersociale » avec son hypertrophie de la place accordée à l'apparence et au renvoi de sa propre image dans le regard de l'autre. Si l'image dégradée du corps du vieillard est refusée, éludée voire considérablement dévalorisée dans les sociétés modernes, aucune compensation ne lui est offerte, comme la valorisation de l'expérience ou du rôle de transmission intergénérationnelle, qui pourrait compenser ce défaut d'image. Pour E. Mournetas le placement en maison de retraite intervient fréquemment comme élément déclencheur. Un placement, comme on déplace un objet ! Une maison de retraite, lieu ressenti comme un retrait de la vie sociale ! S'y ajoutent les maladies chroniques douloureuses ou handicapantes, les effectives ruptures sociales, la solitude et la pauvreté, y compris dans ces apparentes et trompeuses « « sociétés » que sont les établissements pour personnes âgées, qui sont toutes des causes reconnues de suicide et de facteur déclencheur.

Selon le professeur Pelicier, on peut distinguer quatre types de suicides de l'âgé.

Le suicide peut être motivé, en premier lieu, par le désir paradoxal « d'éviter de mourir ». En réalité, il s'agit d'éviter de mourir vivant, à petit feu et par petits bouts, dans un tableau de lente dégradation intellectuelle et physique.

En second lieu, il s'agit d'un suicide « de constatation », devenu la seule solution pour mettre une fin brutale à une dégradation évidente de son état.

En troisième lieu, le suicide est un « suicide d'effroi ». Il serait une réaction de fuite et surviendrait lors d'un raptus anxieux avec débordement des capacités de contrôle, en particulier des processus naturels d'inhibition psychomotrice. Si c'est plus souvent la peur de vivre, dans un évident état de lente dégradation, qui pousse certains au suicide, quand la vie leur semble impossible à poursuivre, c'est aussi parfois, paradoxalement, la peur du trépas qui l'inspire, avec l'insoutenable perspective de l'anéantissement dans le Néant. Dans ces cas, les tranquillisants peuvent être dangereux, on l'a dit, par cette levée des inhibitions dont ils sont les responsables.

Enfin, le suicide peut être un « suicide de deuil ». Il serait en relation avec l'ensemble des deuils à effectuer. Submergée, la personne âgée serait dans l'impossibilité de faire les renoncements nécessaires. Et elle se suicide alors pour retrouver ses morts.

Prévenir le suicide des personnes âgées nécessite de prendre en compte ces situations, ces facteurs de risque

et toutes les circonstances déclenchantes qui pourraient pousser au geste ultime. Tout programme qui vise à améliorer le sort matériel et l'intégration sociale des aînés assure la prévention du suicide. On a montré en effet que les vieillards profitaient plus que les jeunes des moyens mis en place pour lutter contre la souffrance, l'isolement et la dépression. Le contrôle efficace de la douleur physique, le resserrement des liens familiaux et sociaux, la revalorisation narcissique par la reconnaissance d'un rôle actif dans la famille ou dans la cité, et un meilleur repérage des sujets à haut risque de suicide qui permet d'apporter une écoute personnalisée et adaptée, devraient permettre d'éviter cette augmentation prévisible du nombre des suicides des vieillards qui va accompagner l'arrivée des cohortes des « baby-boomers ».

Le plus souvent, la possibilité de suicide des personnes âgées est en effet le résultat d'un mode de vie « physique et intrapsychique » (rupture de liens, deuils, anaclitisme) qui permet de prédire, dès l'âge adulte, un terrain suicidaire qui se décompensera peut-être dans dans la vieillesse.

Boiffin rappelle en outre que « *c'est dans le regard que l'homme porte sur son propre vieillissement et dans le regard que la société porte sur les vieillards qu'il faut rechercher la véritable cause du suicide des personnes âgées* ».

Pour s'inspirer de Bruno Bettelheim, *« La vieillesse* (doit-elle être) *la punition d'avoir vécu »* ?

LE SUICIDE DES HOMOSEXUELS

L'homosexualité est encore, dans notre société, une cause fréquente de suicide. Cela s'observe en particulier chez le jeune garçon, car la société reconnait aujourd'hui plus facilement l'homosexualité de l'adulte. A l'instar d'autres chercheurs, Michel Dorais en a fait une analyse complète. Certains homosexuels souffrent d'un double tabou qui est exprimé par l'attitude des hétérosexuels : le tabou de l'homosexualité en elle-même parce qu'elle est perçue comme étant contre-nature, et le tabou du désir d'accéder à la parentalité. L'homosexuel reste encore stigmatisé par la société malgré l'avancée récente sur le plan législatif, dans certains pays, avec l'autorisation du mariage gay et le droit à l'adoption. Cela expliquerait bon nombre de leurs fréquentes tentatives de suicide.

Si certains adultes se tuent parfois en raison de leur homosexualité, la plupart de ces suicides concernent actuellement en réalité l'adolescent, en particulier au moment de la découverte de son orientation sexuelle et de sa confrontation avec son entourage.

Les suicides liés à l'homosexualité se rencontreraient plus souvent chez les garçons que chez les filles. Ces suicides chez l'adolescent ou l'adulte jeune seraient en effet 6 à 16 fois plus fréquents en cas d'homosexualité. Une étude a montré que plus du tiers des homosexuels a pensé au suicide (contre 4 % chez les hétérosexuels) et près de 1 sur 5, voire plus selon certaines études, a déjà fait une tentative de suicide. Près des deux tiers de ceux qui sont passés à l'acte, lorsqu'ils survivent ou par une lettre

accompagnant leur geste, relient de façon directe ce suicide à leur homosexualité.

La pulsion suicidaire peut apparaitre déjà entre 11 et 18 ans, quelque soit le sexe. Elle est d'autant plus forte que le jeune garçon apparaît effeminé, qu'il existe une absence d'information, de compréhension et de soutien de l'entourage, et à plus forte raison lorsqu'il est soumis à un harcèlement, même seulement moral et larvé de la part de son entourage, en particulier à l'école. Les relations sont souvent tendues avec la famille. Les ruptures amoureuses sont vécues plus difficilement, d'autant que n'existent pas de possibilités d'en parler.

Actuellement, quelque soit la société dans laquelle il vit, tout concourt au rejet de l'homosexuel. D'abord au sein de sa famille, avec une découverte souvent tardive, par celle-ci, de cette orientation sexuelle. La plupart du temps elle est mal acceptée, plutôt par le père que par la mère et aussi par l'invidu lui-même. La honte rapidement exprimée engendre la culpabilité, puis l'intolérance et le rejet de l'adolescent, y compris parfois par sa fratrie. Mais aussi le rejet par la société dans laquelle il vit malgré les progrès faits dans ce domaine. Le rejet s'exprime par la stigmatisation et les violences verbales ou physiques, les plaisanteries douteuses et les expériences vexatoires, les allusions vexantes et les regards goguenards, le harcèlement physique ou verbal, les insultes, les violences et les abus sexuels (à égalité dans ce cas avec les abus faits aux femmes), et les petits tourments quotidiens. L'enfant devient souvent le bouc émissaire à l'école. L'usage fréquent de drogues accroit le risque de suicide.

Face à ce qui apparaît comme une déviance sociale, l'homosexuel doit se cacher. Cette double vie altère l'image qu'a l'enfant ou l'adolescent de lui-même, et elle majore la honte de soi. Il s'y ajoute l'immense douleur de décevoir ses parents.

Lorsqu'il découvre son homosexualité, l'adolescent est d'abord contraint de se la cacher et de s'en défendre puis, quand il l'a intériorisée, il doit ensuite en informer son entourage et faire lui-même « l'éducation » de son environnement familial. S'il est suicidaire, lui-même et sa famille auront une double raison de se sentir coupables. D'une part de l'homosexualité et, d'autre part, particulièrement chez les parents, du suicide ou de sa tentative.

Il faut admettre que la situation a beaucoup changé. De nombreuses célébrités font état ou ne se cache pas de leur homosexualité. L'homosexualité n'est plus, dans de nombreux milieux, un obstacle à une ascension sociale ou professionnelle. Récemment, après le PACS, le mariage des homosexuels a été acté par la loi. Il est cependant encore trop tôt pour juger de l'effet sur le suicide de la banalisation actuelle de l'homosexualité et du mariage des homosexuels.

Quoiqu'il en soit, si l'homosexualité est, maintenant, facilement acceptée par une grande partie de la société et ne suscite plus, dès lors, que quelques quolibets, elle l'est moins à l'intérieur d'une même famille. Elle peut l'être également moins par l'individu lui-même, lorsqu'il a du mal à vivre sereinement sa différence et ne peut être aidé, éventuellement par les homosexuels dont il se rapproche alors.

Une chose étonnante, mais qui peut facilement se comprendre, est la différence de statut que l'on porte à l'homosexualité féminine ou à l'homosexualité masculine. Cela tient sans doute au fait qu'une virilité apparente est facilement acceptée chez certaines femmes. Par contre, la féminité observée chez certains hommes, choque encore facilement. Par ailleurs, l'homosexualité masculine heurte par la « violence de l'acte sexuel » et la pénétration anale. Et pourtant, il n'en a pas toujours été ainsi. L'homosexualité masculine était considérée comme un passage obligé vers l'âge adulte par certaines civilisations et cultures antiques dont celle de la Grèce en particulier !

Quoiqu'il en soit, malgré toutes les tentatives faites pour éviter la stigmatisation des homosexuels, les suicides chez ceux-ci sont encore entre 6 et 16 fois plus fréquents que chez les hétérosexuels. Et près de 20 à 40% d'entre eux ont fait une tentative de suicide en relation avec une homosexualité latente que le suicide révèle alors.

Certains ont dénié au suicide de l'homosexuel toute référence à un geste de réaction sociale. Dans le suicide de l'homosexuel on retrouve pourtant deux des quatre catégories du suicide telles que les a décrites Durkheim.

Tout d'abord le suicide fataliste de l'individu quand il est confronté à des règles si rigides qu'il ne peut les respecter.

Mais aussi le suicide abandonnique du sujet « abandonné » par son groupe social d'appartenance. Dans tous les cas, avec Olivier Clain, on peut imaginer que la posi-

tion du sujet s'inscrit dans un « *courant suicidogène inconscient lié à une situation schizophrénique intenable de double contrainte* ». Il n'est pas facile de supporter et vivre le discrédit par la société sur ce que celle-ci considère encore comme une anomalie ou comme une déviance. Selon Erving Goffman, « *l'adolescent, ou le jeune adulte, n'a que le choix de se cacher, de tenter de corriger son inclination homosexuelle ou, au contraire, d'adopter une attitude provocatrice qui le coupera de la norme, ce qui accroitra son exclusion sociale* ». Il est extrêmement difficile, à cet âge, de se faire aider par un entourage compréhensif. Pour Bianchi, le jugement de la société et le rejet social perturbent la construction identitaire et sont assimilables à un harcèlement moral. Selon David Plumer, la certitude qu'il ne pourra jamais être heureux peut être déterminante dans la survenue de la pulsion suicidaire de l'homosexuel. Cependant, il semble que c'est essentiellement le refus de son homosexualité qui est le plus fort déterminant du suicide.

On peut noter qu'il existe une divergence entre les suicides des homosexuels et ceux des hétérosexuels : les homosexuels qui se donnent la mort ont fait plus fréquemment des études universitaires (70% contre 10%), sans doute en lien avec une plus grande disponibilité pour mener une réflexion existentielle aboutie. Ou avec une sublimation dans une réussite passant par des études prolongées.

L'homosexualité apparait assez tôt, mais est révélée assez tard. C'est plutôt le stade de la révélation qui est le moment le plus à risque de suicide.

Avant l'adolescence, elle pourrait être détectée sur des comportements discrets « *plutôt en négatif des stéréotypes masculins* ». Ils vont s'affirmer peu à peu avec l'avancée en âge. A l'adolescence, l'individu constate son attirance pour un ou des compagnons de son sexe. La grande difficulté est alors de s'accepter si différent de la norme sociale et d'en faire la révélation à son entourage. Si cette annonce est trop difficile ou impossible, l'individu, submergé par un secret trop lourd à porter, peut sombrer dans la psychopathologie et la dépression, et peut emprunter la voie du suicide. Il peut aussi tenter de donner le change, jusqu'au moment où, s'apercevant que la vie dans le mensonge est trop dure, le suicide reste pour lui la seule porte de sortie. Enfin, l'incompréhension sociale peut pousser l'individu vers des comportements déviants tels la prise de drogue, la délinquance ou la provocation qui, toutes trois, peuvent aboutir au suicide lorsque le sujet s'aperçoit que ces solutions sont sans issue.

Aujourd'hui, malgré la relative acceptation par la société de l'homosexualité, cette dernière reste perçue comme une anomalie qui sort de la norme. Elle suscite la stigmatisation, la méfiance, la réprobation ou la dérision. Cette attitude est à l'origine d'un sentiment de honte et d'altération de l'estime de soi dont on sait qu'elle est fréquemment à l'origine des pulsions suicidaires.

Sans doute est-ce pour renforcer l'image de soi vis-à-vis de la société et vis-à-vis de soi-même que nombre d'homosexuels réussissent mieux que d'autres leurs études, en particulier universitaires. A l'inverse, certains tentent de se démarquer dans des professions marginales

mais spectaculaires, lesquelles font rêver comme les activités artistiques ou les professions médiatisées. Ajoutons que certaines de ces professions permettent d'afficher au grand jour une homosexualité qui en devient même la norme. S'affirmer autrement que par son homosexualité, réussir peut-être mieux que d'autres, faire de sa différence un atout, c'est, selon Boris Cyrulnik et son concept de résilience, une protection contre l'effondrement.

Plus tard, l'individu aura les occasions de fréquenter ses semblables. Il aura le sentiment d'appartenir à un groupe lui permettant, selon Howard Becker, d'accéder à « l*a construction identitaire de sa personne marginalisée ».* Michel Dorais nous dit que *« chaque être humain, pour se réaliser »* doit *« se sentir partie d'un tout qui le dépasse mais dans lequel il a sa place »* Il est alors à l'abri de toute velleité de mettre fin à ses jours.

Il existe des moyens de prévenir ces phases difficiles et d'éviter ainsi le suicide des jeunes homosexuels. Il faut bien se rendre à l'évidence que, pour le moment, peu de choses ont été faites dans ce sens. Pour des raisons morales, de résistance ou de formation insuffisante de ceux-là même qui sont en place pour mieux prendre en charge ce problème. Il est vrai que les psychologues scolaires et les médecins, non formés à cette problématique, restent désemparés et éludent ce problème, quand ils ne mettent pas en avant leurs propres jugements moraux.

Bien sûr, en premier lieu, il est nécessaire de travailler à une meilleure acceptation par la société du fait homosexuel. Cesser de la considérer comme une déviance mais plutôt comme une particularité de la nature humaine, particularité qui est à considérer et respecter

comme toute autre. C'est un moyen pour lutter contre la tentative qu'a le jeune homosexuel de cultiver un sentiment de honte.

Il est essentiel d'identifier les facteurs de risques de suicide chez l'enfant dès le moment où certains comportements laissent penser qu'il y a inclination à l'homosexualité. Mais non pour tenter de les infléchir. Ses facteurs de risque sont le propre de l'adolescent : fragilité psychologique, capacité de résilience. Ils sont surtout attachés à l'environnement proche : famille, quartier, école (amis et professeurs).

Il est nécessaire, ensuite, de briser l'isolement de l'individu. L'école est le meilleur milieu pour le faire car elle devrait être le lieu de l'apprentissage de l'égalité, de la diversité humaine et de la tolérance, et qu'elle est le lieu le plus adapté pour un enseignement en matière sexuelle. Dans ce domaine, il existe encore de fortes résistances de la part des autres parents ou chez les enseignants eux-mêmes.

Au total, le suicide de l'homosexuel est souvent soit un suicide de désespoir, soit un suicide de protestation. Il atteint moins l'adulte, qui a su s'intégrer dans son groupe d'appartenance. Chez l'adolescent, il est terriblement dépendant de l'acceptation de son homosexualité par sa famille et ses amis.

LES SUICIDES DU PSYCHOTIQUE ET DU NEVROTIQUE

La mort ? « Quand c'est un acte, il n'est pas volontaire. Quand elle est volontaire, ce n'est pas un acte ».
Jacques Louÿs.

Certains suicides s'imposent à la volonté plus que celle-ci en décide. Les écrits sur les suicides du psychotique ne sont pas légion. Jamison s'est penchée sur celui du malade bipolaire. Papavassilopoulou sur celui du schizophrène. Charles Nicolas sur l'ordalie chez le psychotique. La mélancolie, par contre, en a inspiré plusieurs autres tels Duparc, Guardini, Grunberger et Périvier.

On pense que près de 8% de la population française souffriraient de psychose (en y incluant la maladie bipolaire). La psychose se définie en particulier comme une sortie de la réalité et elle s'exprime alors souvent par une activité délirante. Il s'agit au premier plan de la schizophrénie (présente chez 1% de la population), où le risque de suicide existe à tous les stades de la maladie y compris lorsqu'elle est correctement traitée. Mais, au second plan, elle saisit aussi les malades atteints par la fréquente maladie bipolaire, ex-psychose maniaco-dépressive (dont 7 à 8% au moins de la population seraient atteints). Le suicide au cours de la psychose hallucinatoire ou des différents troubles de la personnalité, personnalité limite et personnalité antisociale, est plus rare.

La psychose recouvre donc les pathologies mentales faisant perdre le contact avec la réalité. Elle change la façon de penser, de percevoir l'environnement tel qu'il est et la façon de se comporter. Elle perturbe les relations sociales, favorise les plongées dépressives et augmente le

risque d'addictions au jeu, au sexe, à l'alcool ou aux drogues. Elle est une partie non négligeable des pathologies mentales que l'on retrouve chez les suicidants, les sujets qui sont assaillis par les idées noires ou même dans certains syndromes dépressifs.

Quant à lui seul, le syndrome dépressif en général multiplie aussi par 30 le risque suicidaire, surtout lorsqu'il survient chez le psychotique. En effet, le syndrome dépressif n'est pas l'apanage exclusif de la névrose.

Le suicide du psychotique

Le suicide du psychotique est tout à fait particulier car il survient sur une construction psychologique elle-même très particulière.

Selon les théories freudiennes (Sigmund Freud : « Deuil et mélancolie »), le sujet psychotique manquerait de signifiant paternel, c'est-à-dire que, s'il a connu un père géniteur, il semble qu'il n'est pas, consciemment ou inconsciemment, reconnu en lui son père originel, celui qui était censé lui dire le bien et le mal, le permis et l'interdit, c'est-à-dire celui qui pouvait lui donner les moyens d'affronter le Monde réel et de se construire en tant qu'individu singulier.

Dans ces conditions, privé de cet étayage nécessaire à la recherche du sens de sa vie, et sans les limites qui rendent possible la mesure de sa finitude et de son incomplétude face au monde, le sujet psychotique disposerait d'une vie vidée de son sens réel. Il serait privé en conséquence de cette identité lui permettant de situer sa filiation par rapport aux autres, au Monde et à l'Histoire.

En quelque sorte, le sujet psychotique est seul au monde : il est un être unique, il est le Monde à lui tout seul. Pour lui, tout se définit, non par rapport aux autres mais par rapport à lui-même. C'est pourquoi il est fréquent de constater combien le sujet psychotique vit dans l'instant présent de façon pulsionnelle, ce qui lui permet de satisfaire ses désirs au fur et à mesure qu'ils se présentent, sans véritable plaisir ni volonté réelle et sans préméditation. La satisfaction de ses pulsions n'entraîne aucune émotion particulière ni ne mène à aucune interpellation existentielle. Il s'est forgé une image de lui disproportionnée, dans le prolongement de son image narcissique visible dans le miroir. Il s'est forgé un Ego surdimensionné, dans un monde qui en devient alors irréel. Il devient donc la victime potentielle d'un effondrement narcissique, avec ses risques de dépression et de réactions pulsionnelles qui conduisent fréquemment au suicide. Le brusque retour à une vision du réel, que permettent les médicaments antipsychotiques, peut de ce fait précipiter le sujet dans la dépression et un état suicidaire.

Mais, en dehors de ces brèves phases de retour à la lucidité, et à l'inverse des personnes atteintes de névrose, il est courant d'estimer, et d'ailleurs sans doute à raison, que le psychotique ne peut connaître la souffrance morale, sauf lors de rares moments de lucidité dont les médicaments neuroleptiques peuvent d'ailleurs faciliter la survenue. Pour cette raison, ce malade n'aurait à priori aucune raison de rechercher dans la mort une quelconque délivrance ! Chez le sujet psychotique, la souffrance morale ne pourrait en conséquence être invoquée pour expliquer un raptus suicidaire ! Le plus sou-

vent, le psychotique ne recherche pas la mort. Il cherche seulement à trouver ce qui fonde son identité. S'il a souffert d'une carence paternelle symbolique qui lui aurait permis de construire son identité, s'il a manqué du signifiant donné par le père au début de sa vie, la vie n'a, dans ces conditions, pas de sens. Peut-être alors en trouvera-t-il un à la fin de celle-là ?

Ainsi, la mort n'est alors pas vécue comme la fin de la vie, la fin de tout. Elle est vécue plutôt comme le commencement d'une autre chose. C'est alors que le psychotique, poussé par un mouvement pulsionnel d'autodestruction envahissant son psychisme, multiplie les tentatives de suicide. Certaines réussissent, les moyens employés étant souvent d'une violence extraordinaire. D'autres sont des échecs, invitant alors à la répétition. C'est un signe d'alerte qui doit préoccuper et mobiliser toutes les attentions.

La psychose fait donc perdre le contact avec la réalité. Elle change la façon de penser et de se comporter, elle modifie les croyances et les perceptions. Le sujet ne se donne pas la mort à proprement parler. La clinique du suicide en est elle-même modifiée ce qui en rend l'analyse aléatoire et parfois énigmatique. Sa prise en charge ou sa prévention deviennent alors difficiles. D'où le désarroi de l'entourage familial ou amical et des soignants.

Le suicidant psychotique agit souvent dans un vide de la pensée assez étrange et surprenant. A l'inverse du névrotique, le psychotique fait en règle générale sa tentative de suicide de façon peu élaborée : « *il voit une corde et il éprouve une envie irrépressible de se pendre* ». Il voit

le vide et il fait le pas pour sauter. Il semble ne pas exister chez lui d'idée véritablement suicidaire mais plutôt une envie « folle » de se tuer. Il est dans la pulsion, pas dans la préméditation ni le calcul élaboré. Il ne se donne pas la mort, il n'agit pas volontairement dans le but de mourir. Son geste est un « non-acte ». Un geste fou, c'est-à-dire mené par la déraison d'un être qui n'est pas lui-même, et qui se laisse tout simplement « *follement* » mourir. A l'égal d'un enfant qui adopte des conduites dangeureuses car il n'a pas encore la notion du danger ni de la mort.

Ce peut être également un comportement qui n'a pas l'apparence d'un suicide : les comportements à risque ou l'ordalie ne sont que l'expression du sentiment de toute puissance, dont la mort est parfois le prix et la sanction. De même du refus de l'assistance d'un proche ou du refus d'un médicament ou la valse de ceux-ci comme cela s'observe fréquemment dans la maladie bipolaire. Le sujet exprime là aussi sa toute puissance et une bravade contre la maladie, contre le sort et contre les dieux. Qu'il échoue dans sa tentative et s'ajoute alors la honte de l'échec. Il ne comprend pas celui-ci et la réaction peut être la plongée dans un raptus anxieux encore plus violent.

Certains suicides du malade psychotique sont particuliers. Ils surviennent dans une phase de délire de persécution ou d'un délire de jalousie. L'agression contre l'Ego étant manifeste, la réaction émotionnelle en est d'autant plus vive. L'individu est envahi par un sentiment de dévalorisation qu'il fait reposer sur « l'autre lui-même ». En réaction de défense, il lui sera tentant de le supprimer : pour ne plus souffrir, autant « tuer la bête ».

C'est peut-être lors d'un de ces épisodes délirants que survient le meurtre de « l'objet idéal », suivi du suicide physique du sujet psychotique. En conséquence, il serait raisonnable de considérer le sujet alors comme non responsable de ce que l'on peut considérer comme l'équivalant d'un meurtre, car son geste est réalisé dans un contexte de crise délirante où la volonté lui échappe.

Agissant sur la dopamine, un neuromédiateur cérébral, les neuroleptiques influent sur l'affectivité et restaure sa carence constante chez le psychotique. Le psychotique est dépourvu de toute empathie pour un autre que lui-même. Dans certains cas, les inhibitions mentales et psychiques qui limitaient le risque de passage à l'acte (le sentiment de toute puissance) tombent. Le déficit en neurotransmetteurs explique en conséquence que le psychotique puisse aussi se suicider au cours d'un raptus anxieux, lui-même né de la confrontation à sa réalité et devient facilité, comme on l'a dit plus haut, par un traitement désinhibiteur.

En réalité, traiter du suicide chez le psychotique n'est pas simple dans la mesure où il existe parfois, dans le déterminisme de l'acte suicidaire du névrotique ou du sujet sain, des éléments qui l'apparente lui-même à un raptus psychotique. C'est ainsi que, dans l'histoire de la taxonomie du suicide, on a autrefois opposé les suicides aigus ou impulsifs, qui pourraient s'apparenter au suicide psychotique, aux suicides chroniques, plutôt névrotiques, ou encore au suicide longtemps prémédité du mélancolique. Cette différence était d'ailleurs déjà professée par Esquirol, au début du XIX^{e} siècle.

La maladie bipolaire est à cheval sur la pathologie psychotique et sur la maladie névrotique, en ce sens que s'y cotoient, selon les différentes formes par lesquelle elle s'exprime, d'authentiques crises psychotiques alternant avec des moments d'intenses dépressions. Nous en parlerons plus loin.

Le suicide du névrotique

A l'opposé du suicide survenant chez le psychotique, la plupart des suicides du névrotique sont murement et longtemps ruminés et réfléchis. Leur motivation principale est la recherche, dans la mort, de la fin d'une extrême souffrance psychologique. Les deuils et pertes sont vécus de façon intense, sans qu'une issue favorable puisse être envisagée. Les schémas cognitifs sont viciés, montrant un monde déformé et donnant une vision perpétuellement négative et pessimiste des choses. Sans être dans le délire, le névrosé dépressif se sent poursuivi et accablé par les évènements et par l'existence. Il ressent son inutilité, le non-sens de sa vie et sa propre incapacité à envisager une issue positive. Le suicide du névrosé est l'aboutissement d'une élaboration psychique et d'un murissement longtemps réfléchi. Cela explique la préparation minutieuse des circonstances de sa mise à mort. Cela explique aussi le silence relatif dans lequel le suicide est préparé. La crise suicidaire chez le névrotique et le passage à l'acte surviennent souvent dans un moment où sont levées les inhibitions motrices qui les em-

pêchaient jusqu'à présent. Les antidépresseurs influent sur la sérotonine et lèvent les inhibitions motrices, permettant au névrotique de passer à l'acte. L'utilisation de ces médicaments impose en conséquence une attention particulière lorsqu'ils sont induits. Il est indispensable de répéter, à l'intention des médecins généralistes, que leur prescription doit s'accompagner d'une extrême vigilance, d'une surveillance psychologique et parfois d'un traitement anxiolytique. Il en est de même, et plus encore, des tranquillisants de type benzodiazépine qui ne devraient être prescrits que lors des crises d'angoisse ou d'anxiété majeure. Et sous surveillance serrée s'il existe un cpntexte de pulsions suicidaires.

Le passage à l'acte du sujet névrotique peut cependant se faire aussi lors d'un raptus anxieux. C'est ainsi que certains actes suicidaires chez le dépressif s'apparentent à des moments psychotiques. Comme on l'a vu, certains suicides chez le psychotique sont commis dans des moments manifestement dépressifs, en particulier lorsque les neuroleptiques déconnectent le sujet de son délire et lui font prendre brièvement contact avec la réalité. Par contre, chez le dépressif, certains moments peuvent induire des symptômes incontrôlés et involontaires, échappant à la volonté ou à la connaissance du sujet. C'est une envie soudaine, anormale et fugace, de se tuer. On parle alors d'un suicide aigu, impulsif, bien que le suicidant reste un névrosé mais ayant connu un moment de « folie impulsive ». Durant ces périodes, la volonté de mort n'existe peut-être pas vraiment. Esquirol en parlait comme d'un « suicide-symptome ». Il correspond à un effondrement pulsionnel dans un passage im-

pulsif à l'acte. C'est une réaction affective d'ordre psychotique, un « non-acte » en quelque sorte. C'est cette impulsivité qui entraîne souvent une maladresse, et la tentative de suicide, dans ce cas, aboutit heureusement à un suicide « raté ». On peut conclure que le suicidant névrotique qui se tue de façon impulsive n'est pas à proprement parler psychotique, comme le suicidant psychotique peut, à l'égal du névrotique, ruminer longtemps sa mélancolie sans être dépressif. Avec l'issue que l'on sait.

Dans d'autres situations, d'authentiques traits psychotiques apparaissent de façon momentanée chez le névrotique. Cela s'apparente alors à une psychose affective teintée de délires non narcissiques comme un délire de persécution, un délire de jalousie ou un délire érotomoniaque. La mort est une façon involontaire de disparaître, de se fondre et de se dissimuler pour devenir enfin soi-même. Le suicidant sera dans ces conditions jugé responsable de ses actes fous car n'étant pas de nature véritablement psychotique, parce que son acte se situe en bordure de sa névrose, dans le champ d'un bref débordement psychotique, délirant ou mélancolique de celle-ci.

Le névrotique, lors de ce suicide aigu et impulsif, ne pense à rien, à l'opposé des ressentis et des élaborations prolongées du suicidaire psychotique qui, lorsqu'il échappe de sa psychose sous l'effet des neuroleptiques, choisit volontairement de se laisser mourir. Ainsi, on le voit, certains psychotiques ne se suicident pas toujours lors d'un raptus impulsif. Ils peuvent ruminer longtemps leur passage à l'acte, et en organiser la mise en scène, comme c'est le cas chez les mélancoliques. A l'opposé, le

dépressif peut se tuer au cours d'un raptus anxieux, sans avoir au préalable ruminé des idées suicidaires ni avoir préparé son suicide.

E SUICIDE DU BIPOLAIRE

Un cas particulier est constitué par la tentation quasi permanente du suicide qui existe chez le malade bipolaire.

Cette maladie, qui toucherait au moins et à des degrés divers environ 6 à 8% de la population française, débute souvent chez l'adolescent ou au début de l'âge adulte, et elle survient autant chez la femme que chez l'homme. Elle altère la construction identitaire chez l'adolescent et perturbe les relations interpersonnelles. Le bipolaire n'a souvent que peu d'amis véritables. La maladie s'accompagne d'un risque élevé d'addictions diverses et de comportements délictueux, mais son risque majeur reste le suicide.

Elle est classée dans les psychoses en ce sens qu'existe une altération de la perception réelle des choses. Alternent en effet, selon des modalités variables et entrecoupées parfois d'intervalles de normalité, des phases d'une dépression parfois intense allant jusqu'à la mélancolie, et des accès maniaques ou hypomaniaques, c'est-à-dire d'hyperactivité verbale ou motrice assorties

de troubles du comportement social et du sommeil. Les phases dépressives sont parfois si intenses qu'elles sont une cause majeure de suicide. Par contre, chez le bipolaire, les épisodes psychotiques sont rarement le moment du passage ou la cause du passage à l'acte.

On distingue essentiellement quatre formes du spectre bipolaire.

- Le type 1, le plus caractéristique et spectaculaire de la bipolarité, voit alterner des accès maniaques spectaculaires avec des épisodes dépressifs plus ou moins profonds, séparés par de longs intervalles de vie psychique complètement saine ;

- Le type 2 correspond à une forme de la bipolarité faite de l'alternance de dépressions et d'hypomanie (forme mineure et parfois inaudible de l'accès maniaque). Il existe des formes à cycles longs (1 à 2 par an) et des formes à cycles courts (mensuels), voire ultra courts (quotidiens et même pluriquotidiens) ;

- Le type 3 est celui d'une dépression survenant dans un contexte d'antécédents familiaux de bipolarité, un contexte de manie ou de troubles de l'humeur avec parfois prise de toxiques ou de drogues ;

- Le type unipolaire est constitué exclusivement d'épisodes dépressifs, voire de mélancolie ;

- Les troubles cyclothymiques (modifications de l'humeur pendant 2 ans, sans manie ni dépression) et les personnalités hyperthymiques sont inclus dans un cercle bipolaire dit élargi.

On estime que 20 à 30% des malades bipolaires se suicident, surtout dans les premières années d'évolution

de leur maladie, mais même après 20 ans d'évolution de celle-ci. Cette incidence du suicide est donc 30 fois plus élevée que dans la population générale.

En Occident, le lithium est le traitement de choix de la maladie bipolaire, mais d'autres traitements sont également employés. Pourtant, seul le lithium a montré une réelle capacité à réduire la fréquence des suicides, à l'inverse du valproate et des dérivés de cette molécule, ou des antiépileptiques.

Cette maladie, qui affecte donc près de 7% de la population adulte, était nommée folie circulaire avant que Thomas Willis l'inscrive au XVII^{è} siècle dans un cycle maniacodépressif, puis qu'Achille Delmas, au XIX^{è} siècle, l'intégre dans la cyclothymie. En 1913, Emile Kraepelin la décrit et la nomme « folie maniacodépressive ». Elle est enfin appelée psychose maniaco-dépressive (ou PMD). Puis, en raison de formes d'expressions variables qui traversent tout le champ de la psychiatrie, on parle désormais d'une maladie monopolaire ou bipolaire, entrant plutôt dans le cadre général d'un trouble (ou spectre) bipolaire. Les femmes sont deux fois plus souvent atteintes que les hommes dans les formes unipolaires c'est-à-dire dépressives isolées. Les formes bipolaires (dépression alternant avec les accès maniaques ou hypomaniaques) frappent autant les hommes que les femmes. Toutes les ethnies sont concernées. Il existe un facteur génétique de sensibilité évident, où même environnemental et certains évoquent le possible rôle de l'infection toxoplasmique, et le risque d'être atteint de la maladie est 8 fois supérieur quand un parent est lui-même malade. Certaines catégories professionnelles pourraient

prédisposer à la maladie, à moins qu'elles recrutent de façon prépondérante parmi les sujets bipolaires !

La maladie est due ou s'accompagne d'un déficit en neurotransmetteurs cérébraux comme la dopamine et la sérotonine. Les évènements de vie, en particulier les pertes et les deuils, favorisent la survenue des épisodes dysthymiques, au même titre que l'insuffisance de sommeil, l'alcool et l'utilisation de toxiques.

En raison de la diversité d'expression de son trouble psychique, qui oscille de la dépression intense à la surexcitation psychotique, le malade bipolaire réunit en lui-même tous les risques de suicide possibles. Le déséquilibre du fonctionnement de base de son psychisme l'expose à des effondrements impulsifs menant au suicide. L'atteinte à l'image de soi et la rumination mélancolique également. L'alcool et la drogue, les médicaments, lui font courir, plus que chez les autres, le risque d'une levée mortelle des inhibitions.

Au total, le suicide du psychotique survient le plus souvent comme un acte impulsif et non-pensé, ce dont il faut avoir conscience et dont il faut tenir compte avant d'engager la thérapie. Cela explique qu'est imprévisible le moment de l'acte, car celui-ci est à tout moment possible.

Le suicide du névrotique est plus réfléchi et prémédité, favorisé par les traitements mal conduits (comme le traitement isolé par les benzodiazépines). Mais il peut être soudain, impulsif, lors d'un raptus délirant qui l'apparente à un suicide du psychotique.

Le malade bipolaire, de part le caractère biface des troubles psychiques, réunit tous les risques de suicide.

LE SUICIDE DE L'ANOREXIQUE

Trouble des conduites alimentaires, l'anorexie mentale est plus fréquente chez l'adolescente que chez le garçon. Elle se caractérise par une préoccupation particulière pour son apparence physique et le rejet de celle-ci. Elle conduit la jeune fille à restreindre volontairement son alimentation afin de maigrir. Cette perte de poids est considérable et le régime amaigrissant si brutal qu'il est éprouvant pour l'organisme, entrainant des carences nutritionnelles et une fatigue intense. L'obsession négative de l'alimentation est ici un signe d'un mal-être profond. Le risque vital est menacé lorsque la dénutrition est profonde, pouvant entrainer un arrêt cardiaque brutal. L'anorexie mentale est la plus mortelle des affections psychiatriques.

Les causes de l'anorexie mentale sont inconnues et probablement multifactorielles. Il existe une prédisposition génétique certaine. Il existe aussi un terrain sociologique particulier, parfois propre à un certain environnement familial.

Les explications psychiatrique et psychanalytique sont au premier plan. Sur les plans neurologique et psy-

chiatrique, il existe peut-être un déficit au niveau de certains neurotransmetteurs, Sur le plan psychanalytique, on note une atteinte du narcissisme qui conduit au refus alimentaire. C'est ainsi que l'anorexie survient fréquemment chez l'adolescente après une déception amoureuse.

On apparente l'anorexie mentale à un lent suicide involontaire. En cela, on pourrait dire qu'il ne s'agit pas vraiment d'un suicide tel qu'on l'entend dans la définition d'Emile Durkheim. Le plus souvent, la jeune fille anoxique ne se suicide pas au sens physique du terme car elle n'a pas l'intentionalité de mourir elle-même. Son intention est seulement de tuer une image et une enveloppe qui lui déplait ou qui lui fait horreur. Elle « *ne quitte pas la vie, c'est plutôt la vie qui la quitte* ».

Le refus alimentaire est une des modalités de l'expression d'un refus de vivre. C'est une réaction semblable à celle que l'on rencontre chez le mélancolique. L'anorexie mentale peut alors s'apparenter à un suicide de type psychotique. Mais ce suicide de l'anorexique est tout de même différent du suicide psychotique, comme de celui du dément qui refuse l'alimentation dans un contexte de frontalité ou d'un trouble de nature neurologique. Une exception peut être faite pour le suicide du garçon anorexique, l'anorexie mentale survenant souvent, dans ce cas, sur un terrain psychotique préexistant. C'est pourquoi l'anorexie du garçon est d'une gravité supérieure car elle se conclue souvent mal.

Parfois, l'anorexie peut tout de même s'apparenter à une forme de suicide de type névrotique. Le terrain psychologique est identique. La jeune fille anorexique bénéficie d'une faible estime d'elle-même et elle souffre d'une

difficulté de communication avec son entourage. Cette difficulté n'est pas forcément imputable à elle-même et l'anorexie peut être l'expression d'un appel à un dialogue et à une compréhension de la part de son entourage, le plus souvent familial. Ailleurs, c'est une difficulté à s'identifier à une image satisfaisante de la mère. Parfois encore, c'est le symptôme ou le cri d'alarme d'un enfant englué dans un conflit parental et qui demande reconnaissance.

Parfois encore, la jeune fille anorexique peut se suicider de façon consciente lorsqu'elle constate que, avec un traitement médical qui ne prend pas en cause le problème de fond, c'est-à-dire sa souffrance psychique, son geste perd de son sens.

Enfin, au bout d'un long parcours, quand l'abstention alimentaire a épuisé physiquement l'anorexique, la fatigue peut être le seul déterminant qui conduit à l'acte suicidaire.

L'anorexie est ainsi à la fois une urgence médicale et une urgence psychiatrique.

LE SUICIDE DU DEMENT

Les personnes démentes peuvent-elles se suicider ? En effet, « *seules les personnes douées de raison se suicident vraiment* » car elles ont la capacité « *d'accéder à la pensée abstraite et à l'autocritique* ». Or le dément (le terme vient de « dé-mens », c'est-à-dire « sans esprit » ou « sans raison ») en est incapable, bien que cela ne s'observe seulement à la fin de l'évolution de sa maladie,

quand les éclairs de lucidité sont devenus absents. Nous pensons au contraire que la personne démente, à l'instar du psychotique, reste longtemps en capacité de se suicider. Par des mécanismes divers.

La société occidentale toute entière déconsidère la sénescence, c'est-à-dire la conséquence du vieillissement normal, qu'elle juge improductive et coûteuse. Et qui la renvoie à une image repoussante de ce qu'elle sera un jour. La sénescence est assimilée à une période de deuils accumulés et de restrictions de toutes sortes, d'anhédonie et de tristesse. La société n'aime pas la vieillesse car elle est marquée par la dépendance et le coût de sa prise en charge, et par sa proximité avec la mort dont elle voudrait oublier le caractère inéluctable. La société aime encore moins la sénilité, qui représente un vieillissement accéléré ou pathologique.

Elle assimile ainsi la vieillesse à la désespérance. Elle la prend en abjection et oppose aux vieux une image en miroir négative, à l'opposé de ce stade en miroir, au reflet positif, que Jacques Lacan a décrit pour le tout jeune enfant. C'est ainsi que, rejeté par ses semblables plus jeunes, le vieillard parcourt avec le temps le chemin inverse de celui de l'enfant quand celui-ci est en quête d'une identité à construire. Ce mouvement s'inscrit dans le champ symbolique. Chaque vieillard est un jour frappé par une image odieuse de son visage que lui renvoie le miroir, et qui préfigure la mort qui approche. Il n'a en conséquence plus de choix qu'entre la recherche d'un simulacre de jeunesse prolongée par des artifices qui ne trompent personne, ou dans la dépression, ou bien encore dans les maladies somatiques qui lui procureront un

nouveau statut social, ou enfin dans le naufrage que réalisent la sénilité et la démence.

Si la dépression du vieillard est reconnue comme étant un facteur de risque majeur de suicide, il en est de même des premiers signes intermittents de démence, lorsqu'ils peuvent être alors reconnus avec horreur par l'individu encore en pleine possession de sa conscience. Cette conscience de son état et d'une dégradation inéluctable peut être à l'origine de suicides authentiques et prémédités. Mais il est permis de se demander également si la démence évoluée ne serait pas, en elle-même, un équivalent suicidaire, un suicide psychique en quelque sorte. « *Sombrer dans l'agnosie et dans l'anomie des choses pour éviter la confrontation avec une déchéance inévitable* » pourrait être, selon Jean Maisondieu, assimilé à une forme de suicide.

Il y a peu de gens qui souhaitent être vieux dans les conditions que leur offre la société actuelle. Pourquoi certains d'entre nous, à la prédisposition psychique peut-être particulière et dans l'incapacité de se suicider physiquement, ne choisiraient-ils pas inconsciemment de « *renoncer à l'intelligence des choses* » comme le dit joliment Jean Maisondieu dans un article de 1999 puis dans son ouvrage de 2001 « Le crépuscule de la raison ». Malgré les lésions cérébrales dont certains pensent qu'elles suffisent à expliquer la démence, ils choisiraient ainsi, inconsciemment, de « perdre leur esprit » ?

Les biographies des personnes victimes de démences dégénératives sont souvent très étranges. Elles témoignent d'un terrain personnel assez particulier, d'un environnement propice à cette évolution et d'un parcours de

vie émaillé de traumatismes psychiquement mal gérés. C'est pourquoi la prise abusive et prolongée d'anxiolytiques, qui empêchent un travail psychique efficace, est un bon prédicteur de démence future.

En outre, la détérioration cognitive ne suffit pas encore à effacer la douleur de n'être plus ou d'être peu de choses au regard des autres. La dépendance du sujet devient insupportable vis à vis de gens qui pourraient être ses enfants ou ses petits-enfants. Le lien social, un des moteurs de la vie des hommes, ne peut plus être entretenu que par des rapports de domination où l'autonomie et l'intimité ont « *jeté depuis longtemps le gant* » et où l'affection passe inaperçue derrière un professionnalisme institutionnel obligé. La vie se résume à des horaires imposés sans aucune fantaisie, et à des fonctions végétatives aboutissant aux couches mouillées et aux purées semi-liquides. Les rêves, d'avance vaincus, se confrontent au néant bientôt proche et sont remplacés par des cauchemars. Alors, les troubles du comportement s'installent. Jean-François Tessier a recensé, dans un livre intitulé « La psychiatrie du sujet âgé », publié en 2000 et dirigé par JP Clément, les nombreux troubles du comportement rencontrés chez les sujets âgés. Il s'agit de comportements à type d'opposition contre les soignants, contre la famille et contre les choses ou même contre soi-même. A quoi bon manger ? A quoi bon se coucher et dormir ? C'est le refus des murs qui vous entourent, le refus des médicaments, le refus des soins, le refus alimentaire enfin. Puis c'est la mort douce, en quelques semaines, en position souvent fœtale pour unique et dernier plaisir.

Des études, dont l'une a été menée en 2003 en Australie par Draper et ses collègues, ont montré l'importance des troubles du comportement chez les déments, faits d'opposition surtout, mais faits aussi de réactions auto-agressives avec des mutilations, avec des prises de risques et avec des tentatives de suicide ou des suicides autenthiques pour lesquels ne sont cependant utilisées les méthodes classiques que dans seulement un peu plus de dix pour cent des cas. Menninger parlait ainsi du « *suicide focal des déments* », caractérisé par des attitudes d'automutilation, de refus de traitement et d'arrachage de perfusion, des refus alimentaire et une attitude abandonnique avec syndrome de glissement. La démence est définie, comme l'indique son étymologie, par « la perte de la raison ». En conséquence, en dehors des suicides accomplis en pleine connaissance de cause au début de la maladie démentielle par un patient qui désire échapper à la déchéance cognitive, il est légitime de se demander s'il s'agit d'authentiques suicides lorsque l'acte n'est pas réalisé, comme le veut la définition communément admise, de façon délibérée et réfléchie.

On peut donc affirmer, en effet, qu'existent d'authentiques suicides chez le dément, en dehors de tout épisode dépressif majeur et de tout geste accidentel. S'il manque souvent, mais seulement en apparence, cette intentionnalité pleinement consciente qui définit le suicide, le résultat est là et sont utilisées les méthodes pour y parvenir.

Lorsque la maladie est évoluée, il existe, pourtant pendant longtemps, des lambeaux de conscience de son état de santé (la nosognosie) au cours desquels le dé-

ment peut accomplir volontairement son geste. Plus tard, ce seront plutôt les comportements autodestructeurs qui, on l'a vu, seront à l'œuvre et sont considérés comme de possibles équivalents suicidaires.

Certes la démence dégénérative a été expliquée par la présence anormale et abondante de plaques amyloïdes dans certaines localisations du cortex cérébral. Cela sert d'ailleurs d'argument pour affirmer à juste titre que la démence d'Alzheimer est une maladie organique. Mais ces plaques suffiraient-elles à expliquer l'ensemble des symptômes sans laisser de place à une quelconque participation psychique ? De nombreuses personnes concentrent elles aussi dans leur cerveau ces mêmes plaques amyloïdes sans avoir aucune démence, et les rares essais de traitement qui sont parvenus à faire disparaître ces plaques n'ont jamais fait régresser les signes cliniques de la démence. On peut donc se demander si ces plaques ne sont pas tout simplement un signe de vieillissement cérébral, ou un simple support ou un facteur favorisant, avec l'âge ou ajoutées à d'autres facteurs, la survenue d'une démence dégénérative ? D'ailleurs, l'altération de la vie psychique, qu'entretient et renforce un rêve dégradé, est précipitée par les benzodiazépines administrées largement pour aider à dormir. On donne en effet au rêve un rôle important dans la vie psychique et il existe, on l'a déjà évoqué, une corrélation positive entre ces traitements prolongés et la survenue des démences de type Alzheimer.

C'est pourquoi, avec Jean Maisondieu, on peut se risquer à soutenir l'hypothèse que certains comportements démentiels, voire la démence dégénérative elle-

même, pourraient correspondre dans certains cas à un suicide psychique, une démarche au départ volontaire mais échappant plus tard au domaine de la conscience du sujet qui cherche à fuir une réalité insupportable.

Au total, dans le suicide du dément, on retrouve fréquemment une intentionnalité au début de l'évolution, quand la conscience refuse la déchéance à venir. Ensuite, l'intentionnalité est plus floue, quand surviennent la perte des repères et de la reconnaissance de l'environnement puis de celle des proches qui deviennent alors des étrangers. Par contre, on peut douter de toute intentionnalité au stade évolué de l'état grabataire lorsque l'individu refuse les soins et repousse les médicaments, l'eau et les aliments.

LE SUICIDE CARCERAL

« L'une des plus grandes illusions est d'oublier que la vie est captive de la mort ». Cioran

Le suicide en milieu carcéral a une longue histoire. En 1670, le fait est reconnu au point de justifier une petite amélioration des conditions de détention, lesquelles se limitaient auparavant au strict minimum ne permettant qu'une survie précaire. A la fin du 18^{e}.siècle, la France adopte le mode britannique et reconnait l'individualité du prisonnier, ce qui entraine une amélioration substantielle du fonctionnement des prisons. Philippe Pinel fait la différence entre le prisonnier qu'il faut enfermer et l'aliéné qu'il faut traiter. Les supplices sont

en principe abolis, l'enfermement étant considéré comme un chatiment suffisant. Ce n'est qu'en 1819 que sont nommés les premiers médecins des prisons. On reconnait bientôt l'absence de la notion de délit en cas de tentative de suicide lorsqu'est reconnu un état de démence au moment des faits (c'est la folie pénitentiaire). Lors de la Seconde Guerre Mondiale, on voit se créer des services médicopsychologiques dans les prisons et, il y a moins de trente ans seulement, les soins aux suicidants sont délégués au service public hospitalier. Les prisons françaises sont désormais dotées d'unités de consultation psychiatrique et de soins ambulatoires (UCSA). Malgré cela, les automutilations et tentatives de suicide augmentent, en lien possible avec la surpopulation carcérale, la concentration des détenus ayant des psychopathologies, le durcissement d'une répression parfois sadique exercée par les gardiens, la faiblesse des possibilités de réinsertion et l'insuffisance de formation des gardiens pour la prévention et la prise en charge du problème.

Il y avait 10 fois plus de suicide en prison que dans la population générale en 1950, avec une hausse observée jusqu'en 1996. On a observé une légère baisse depuis cette date et depuis la prise en compte de ce phénomène du suicide carcéral, et avec la mise en place de mesures pour le circonscrire, les UCSA. Le problème n'en reste pas moins préoccupant et il pose plusieurs questions, auxquelles ont tenté de répondre de très nombreux auteurs dont Nicolas Bourgoin, Nathalie Papet et Sylvie Lepinçon.

Cette fréquence des suicides en milieu carcéral est donc indéniable, ainsi que le nombre de tentatives, qui sont 7 fois plus fréquentes que dans la population géné-

rale. Mais elle reste cependant, et à dessein, sous-estimée car elle remet en cause l'efficacité de la surveillance du système ainsi que l'humanité des conditions de détention. Les chiffres montrent bien que le milieu carcéral est toujours un milieu suicidogène.

La fréquence des suicides est probablement sous-estimée car ne sont comptabilisées que les tentatives considérées comme étant « sérieuses » à opposer à celles qui ne relèveraient que du chantage contre l'institution. La responsabilité en incombe à l'institution carcérale elle-même qui montre ainsi qu'elle n'est toujours pas prête, comme l'essentiel des institutions de France, à se remettre en cause.

Statistiquement, les suicides en milieu carcéral sont aussi fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ils sont curieusement beaucoup plus fréquents en maison d'arrêt qu'en centre de détention. La raison en est que les suicides surviennent surtout dans les premiers jours de l'incarcération (et près de 50% dans les premières 24 heures), et que c'est le lieu du choc de l'incarcération et de l'attente du jugement qui est suicidogène. En centre de détention, par contre, la « liberté » de circuler est plus grande et les relations sociales existent même si elles sont modestes. D'une manière générale, les tentatives de suicides sont d'autant plus fréquentes que les prisonniers sont plus jeunes.

Pour avoir une idée réelle de la situation, il faudrait en fait considérer d'une égale importance tous les comportements suicidaires tels les auto-agressions, les brûlures, les blessures volontaires, les phlébotomies et les maladies psychosomatiques.

Tous ces comportements sont des signes d'un risque suicidaire important. De même que le fait d'être déjà suivi par un psychiatre puisque c'est le cas pour un quart des suicidaires. Un autre signe d'alerte est le constat que plus du tiers des suicidés ont fait part de leur intention à leur codétenu. Enfin, le risque suicidaire, majeur durant la période qui précède le jugement, l'est aussi dans la première année d'incarcération.

Les tentatives de suicide se font plutôt avec des médicaments. Par contre, les suicides accomplis utilisent des moyens violents, avec les rares objets laissés à la disposition du suicidant. Au premier plan desquels la pendaison (90%), les automutilations, l'immolation par le feu, la précipitation dans le vide et l'ingestion de corps étrangers. Le détenu utilise en fait le moyen qui est le plus facilement disponible. Il se tue de préférence la nuit, lorsque la surveillance est minimale.

Les suicides en milieu carcéral concernent pour les deux tiers d'entre eux les délits contre les personnes et les délits sexuels, alors que ces délinquants ne représentent en réalité qu'un tiers des détenus.

Bien qu'ils ne soient pas constamment en cause dans la survenue du suicide, les troubles psychiatriques sont souvent présents. Ce sont les troubles dépressifs mais surtout les états psychopathiques (15%), les états limites (60%), les structures perverses (15%) et la psychose hébéphrénique. Parfois sont suicidaires les personnalités antisociales, immatures et les détenus qui s'adonnaient à la drogue. Sans oublier les bouffées psychopathiques dites « carcérales » car déclenchées par la mise en prison. Par contre, aucune pathologie psychatrique ni trouble de

la personnalité ne semblent protéger contre la tentation suicidaire, montrant bien que c'est le fait de l'emprisonnement qui est suicidogène.

Les profils des détenus suicidants sont souvent des profils de sujets présentant de nombreux facteurs de risques. Leur histoire personnelle est faite de parents séparés ou divorcés, d'une absence de vie familiale, d'une faible intégration sociale et professionnelle avec peu de formation professionnelle, une absence des valeurs sociales traditionnelles et un contexte de conduites addictives.

Cela explique ainsi que, à ce milieu carcéral à l'origine suicidogène, s'ajoutent des facteurs liés à la population elle-même.

L'explication de ces suicides est complexe. En prison, on peut même dire que le suicide « pourrait être légitime » tant il y a de raisons de mourir. Autant que sont légitimes l'agressivité contre les gardiens, la volonté et la tentative d'évasion. On note en effet dans les antécédents des suicidants 24 fois plus de tentatives de suicide, 14 fois plus de fugues ou de tentatives d'évasion, 6 fois plus d'auto-mutilations et 3 fois plus de grèves de la faim.

Les raisons de se suicider tiennent au milieu lui-même. Ce sont la surpopulation avec la perte de l'intimité, le confinement et la claustration, la restriction verbale et la violence des relations sociales.

Mais ce sont aussi des raisons qui sont liées au détenu et qui peuvent déclencher le passage à l'acte. C'est le sentiment d'injustice chez l'innocent, dont le suicide devient accusateur et protestataire. C'est la fuite devant le

jugement et le deuil impossible de la liberté, mais aussi l'appel à l'aide. C'est le chantage pour exercer une pression sur l'institution judiciaire, mais c'est aussi l'ordalie. Le suicide peut être un acte auto-agressif dicté par un désir d'autopunition. Il est parfois un acte politique.

On peut imaginer le choc de l'incarcération et l'attente d'un jugement, surtout quand le détenu est innocent, la révolte comme la culpabilisation éventuelle et les remords. Peuvent être aussi pesantes la solitude affective, la rupture avec la famille et le sentiment d'abandon. Les conditions de détention sont pénibles avec la perte de l'intimité, les agressions entre détenus et éventuellement les violences sexuelles. La détention a toutes les chances de décompenser une pathologie psychologique ou psychiatrique sous-jacente.

La pulsion suicidaire survient quand s'accroit l'angoisse et la désespérance.

Le milieu carcéral est un univers répressif ou rien n'est permis. Il est privé de sens et des repères sociaux, familiaux et chronologiques qui structurent une vie. Il est source d'angoisse, sans avenir, privatif de liberté mais aussi de reconnaissance et d'expression. Pour s'exprimer, s'affirmer et exister, en quelque sorte, il ne laisse que l'agressivité contre autrui, la persperctive de la vengeance et la liberté de se tuer ou de tenter de le faire.

Ne serait-ce qu'en raison de son importance numérique, mais aussi parce que la société n'aime pas qu'on échappe à ses sentences (le suicide permet en effet de s'en libérer), la prévention du suicide en milieu carcéral est désormais devenue une préoccupation sociale de san-

té publique prioritaire. La prise de conscience du problème a conduit en conséquence à prendre des mesures et à proposer des améliorations.

C'est, on l'a vu, la création des UCSA, unités de consultation en soins ambulatoires en milieu pénitentiaire, et celle des SMPR, services médicopsychologiques régionaux, qui interviennent avec le consentement du détenu.

Comme le nombre de suicides diminue avec l'augmentation du personnel, a été augmenté le nombre des surveillants et du personnel socio-éducatif. La formation des personnels a été renforcée pour permettre le repérage des situations à risques et déclencher la « psychiatrisation » de tout comportement anormal.

La procédure d'hospitalisation d'office (HO) en « service d'hospitalisation spécifique pour les troubles mentaux compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes » a été modifiée.

La circulaire du 5 juillet 2001 définit les mesures prioritaires pour prévenir et lutter contre le suicide en prison, avec en particulier le travail pluridisciplinaire et la coordination des intervenants, la lutte contre l'isolement, l'humanisation des conditions de détention et la personnalisation de la prise en charge.

En prison plus qu'ailleurs, le suicide renvoie à la question du sens de la vie. Par son geste, le prisonnier attire l'attention sur son besoin de la reconnaissance de son humanité. La responsabilité de la société et de l'institution pénitentiaire devrait être de l'entendre plus que de la réprimer.

Car, avec Montaut, dans tous les cas on peut voir dans le suicide en milieu carcéral, et la comprendre, « *l'expression ultime de la liberté d'un l'homme rendu impuissant par l'incarcération* ».

Lucien Guillinger dit que *« Le suicide est un chemin de la liberté qui s'égare » ?* Mais est-ce s'égarer que de saisir le seul moyen que la société ne peut confisquer à un homme pour qu'il affirme sa liberté et sa dignité ?

LE SUICIDE AU TRAVAIL

« Le vrai courage est justement d'être courageux quand on ne l'est pas ». Jules Renard.

Le suicide au travail, comme celui qui est revendiqué comme étant lié au travail, a vraisemblablement toujours existé. Mais, pour des raisons compréhensibles, il était souvent ignoré, voire occulté et dissimulé derrière un banal accident. Les chiffres en étaient aussi minorés par le fait que ce suicide survenait parfois hors de l'entreprise. Ou bien parce qu'il n'était pas directement revendiqué comme tel.

Son augmentation est plus apparente maintenant que bon nombre de ces suicides surviennent sur le lieu de travail et que le lien avec celui-ci est attesté par une lettre accusatrice énonçant les raisons qui le motivent. Il n'en demeure pas moins que ce phénomène reste marginal et encore banalisé. Ce qui explique que peu de choses sont réellement mises en place pour y mettre un terme.

La médiatisation du suicide au travail est un fait assez récent. Elle a permis d'interpeller la société sur des conditions et des rapports au travail parfois si éprouvants qu'ils en deviennent suicidogènes. Les syndicats s'en sont alors saisis pour instrumentaliser ce suicide et en faire un prétexte facile pour remettre en cause le comportement de la hiérarchie et de l'organisation du travail. Mais le suicide, quand il est lié au travail, a une explication autrement plus complexe.

On chiffre officiellement ces suicides particuliers, et « accomplis », à environ 300 à 400 par an en France. Le nombre des tentatives de suicide est en réalité difficile à évaluer car elles se déroulent plutôt dans le cercle de la vie privée. Dans ce cas, le rôle du travail n'est pas évident à démontrer car il ne joue alors que celui de facteur favorisant ou de facteur déclencheur dans un contexte personnel ou familial déjà suicidogène.

Aucun secteur de la vie professionnelle n'est épargné. Cependant certains plus que d'autres. Aucune catégorie professionnelle n'échappe à ce phénomène. Les employés et ouvriers sont des cibles privilégiées bien que le suicide au travail commence à concerner de plus en plus les cadres.

Les employés et les ouvriers sont les catégories les plus fragiles et impuissantes devant des restructurations auxquelles ils ne peuvent échapper et qu'ils ne comprennent parfois pas. Ils vivent assez mal le risque d'un licenciement, l'absence de perspectives liées à une faible qualification rendant difficile une reconversion professionnelle, et la modification parfois rapide des conditions de travail. L'anonymat dans l'entreprise, la mise à l'écart du

dialogue et l'impression de n'être qu'un pion parmi tant d'autres deviennent insupportables. Certains individus ne résistent pas aux pressions et aux exigences de rendement. Ils sont quelquefois les victimes privilégiées du harcèlement moral de la part de leurs supérieurs hiérarchiques immédiats et de la direction. On peut remarquer que les suicides s'observent souvent chez les travailleurs les plus motivés et attachés à leur travail ou désireux de bien faire. Comme si les autres trouvaient, dans leur moindre motivation, le moyen de se distancier des situations les plus stressantes ou contraignantes.

Les cadres sont soumis à encore plus de stress. Ils sont isolés car moins nombreux. Ils sont en première ligne pour supporter les exigences de rendement dont ils doivent rendre compte. Les cadres sont placés la plupart du temps dans un climat de compétition les uns contre les autres. Ils sont contraints à une adaptation rapide et sans cesse renouvelée au changement. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ils sont donc plus vulnérables : leur travail demande un investissement supérieur et, pour cette raison, il leur est difficile de faire une séparation nette entre vie privée et activité professionnelle.

Force est de constater que, désormais, toutes les professions sont concernées. Mais certaines professions sont touchées plus que d'autres.

Deux suicides sur trois surviennent donc chez des gens occupant des postes peu qualifiés. Ils surviennent aussi chez les professions isolées ou libérales, celles qui sont soumises à un stress important ou à une confrontation à la souffrance ou à l'agressivité de l'autre, le client ou les institutions réglementaires et fiscales par exemple.

Celles aussi qui ont à leur disposition les moyens matériels de passer rapidement à l'acte, et de façon radicale. Celles où se mêlent facilement vie professionnelle et vie privée. Les secteurs de la santé et du social puis le secteur industriel, puis ensuite des secteurs avec une mention particulière pour les professions en contact avec le client. On note donc des suicides plus fréquents dans le domaine de la santé, parmi les dentistes, les médecins, les psychiatres et les urgentistes. Mais aussi chez les policiers, les gardiens de prisons et chez les pompiers. Ils sont également fréquents dans le monde agricole, aux difficultés financières croissantes et peut-être en raison de l'isolement constaté dans les régions rurales.

Le suicide se produit plutôt dans les entreprises de plus de 200 salariés et l'ancienneté y joue vraisemblablement aussi son rôle car les classes les plus âgées des travailleurs sont les premières atteintes par les licenciements économiques. L'explication en est sans doute le risque d'être évincé de l'entreprise et de la difficulté à retrouver, dans ce cas, un nouvel emploi. Une enquête menée en Basse-Normandie a montré que le suicide concernait plutôt les hommes et plutôt la tranche des 30 à 50 ans.

Si une pathologie mentale ou un alcoolisme sont parfois mis en avant, ils n'expliquent souvent pas à eux seuls le passage à l'acte suicidaire, et un facteur déclenchant lié au travail peut par contre être mis en évidence. On remarque rétrospectivement qu'un tiers des suicidés souffraient d'un syndrome anxiodépressif dont le lien avec le travail n'est que rarement manifeste. Le stress et le burn-out jouent un rôle important et il concerne sur-

tout l'encadrement. Mais on note aussi que, dans près d'un cas sur deux, le suicidant n'a aucun facteur de risque apparent prédisposant au suicide. Le lien avec son travail apparait alors plus évident.

Les moyens utilisés sont parfois violents et on recense un quart des suicides par pendaison. Certains suicidants utilisent leur outil de travail : une arme à feu, des médicaments, le véhicule, un outil contondant ou coupant.

L'écho dans les médias est d'autant plus important qu'il s'agit d'une grande entreprise, que la présence syndicale y est forte et que le suicide se manifeste bruyamment, que le suicide se produit sur le lieu du travail et que le suicidant a laissé un message mettant en cause ses conditions de travail. Le ton est accusateur, vis-à-vis de l'entreprise en général, ou de l'encadrement et de son style de management, mais il dénonce aussi l'absence de dialogue et l'incompréhension voire l'indifférence à son problème des organisations représentatives du personnel. Un suicide dans l'entreprise est contagieux et le rôle de l'imitation est important. Il n'est pas rare en effet qu'un deuxième suicide survienne peu après. Surtout quand les conditions dégradées du travail sont générales et s'imposent à tous.

Les raisons de cette dérive suicidaire sont multiples et leur analyse devrait alerter sur les éventuels dysfonctionnements des entreprises.

La souffrance au travail ou la pénibilité ne sont pas obligatoires et ne sont pas corrélées avec le taux de suicide. On peut remarquer que le statut dont bénéficie le

sujet n'intervient pas dans la démarche suicidaire car les suicides surviennent même dans des entreprises publiques et chez les fonctionnaires, qui bénéficient pourtant d'une stabilité de leur emploi. Il s'agit le plus souvent d'une situation vécue comme stressante. Entre 20 à 30% des travailleurs estiment, de façon subjective, vivre un stress au travail. Ainsi, c'est le stress au travail qui expliquerait, à lui seul, 10 à 15% de l'ensemble des suicides en Suède. La France est au 3^{e} rang des pays européens pour ce qui concerne les syndromes dépressifs liés au travail. Avec les suicides qui en sont parfois la conséquence.

Si bien que, comme de nombreux courriers laissés par le suicidé en attestent, c'est la souffrance au travail qui joue un rôle déterminant sur des personnalités fragiles par ailleurs éprouvées par d'autres problèmes.

On l'a vu, les cadences ont augmenté, les horaires de travail sont bousculés et les exigences de rendement sont accrues. Tous ne peuvent s'adapter à ces modifications souvent trop rapides. Le sentiment d'incompétence et la perte de confiance s'installent en comparaison avec une facilité plus grande constatée chez ses collègues. Cela génère des conflits dans les équipes, conflits souvent difficiles à régler par la hiérarchie. Les arrêts de travail répétés isolent encore plus le sujet et le menacent dans son emploi. L'incompréhension s'installe, y compris dans le cercle privé qui reste assez démuni et incapable d'assumer un efficace rôle d'étayage. On constate le peu d'empathie de la part des collègues, chacun préservant son avenir à son poste. Peu d'empathie aussi de la part des syndicats, plus occupés à défendre l'intérêt collectif, ou le leur propre, plutôt que les situations individuelles.

Au sentiment de colère et de révolte fait rapidement suite un sentiment d'abandon et de culpabilité : le sujet perd peu à peu la considération de lui-même. La dépression est l'abou-tissement de la démission et de la défaite. A la violence de la situation, le sujet ne trouve pas la force d'opposer une autre violence que contre lui-même. Le raptus anxieux est proche et le suicide parait être à l'individu la seule solution acceptable.

Il est commun de dire que le climat social se dégrade rapidement lorsque la communication s'altère. Le travail en équipe facilitait autrefois les relations humaines. Les changements incessants des horaires, les fréquents changements de poste, l'importance croissante donnée à l'intérim et au travail temporaire, la diminution de la pénétration syndicale (qui est ridicule en France et leur ôte toute prétention de représentativité) ont fragmenté la solidarité à l'intérieur des ateliers. Les cadres sont contraints de vivre une concurrence continuelle qui est le garant de la survie dans leur poste. Il n'y a plus de visibilité dans une stratégie brutale et opaque de l'entreprise et d'un management qui paraissent tous deux régis par la seule logique financière. Les travailleurs les plus fragiles perdent alors confiance dans leur hiérarchie. La précarité des situations s'installe. La reconnaissance de l'individu disparait. On va au travail à reculons, contraint, quand autrefois le travail était un lieu d'épanouissement et celui d'une solidarité amicale.

Un développement particulier doit être fait du harcèlement au travail, qu'il s'agisse aussi bien du harcèlement physique ou sexuel que, surtout, du harcèlement moral.

Environ 3 millions d'européens sont victimes chaque année de violences physiques au travail ! Les raisons en sont les nécessités de satisfaire aux exigences de rendements de travail jugés insupportables. Mais aussi l'attitude de collègues ou de supérieurs hiérarchiques directs, quelquefois pervers ou imbus de leur pouvoir.

Le harcèlement sexuel s'exerce quasi exclusivement à l'égard des femmes, surtout les plus fragiles psychologiquement ou vulnérables sur le plan professionnel. On estime entre 3 et 8% le nombre de femmes qui seraient victimes de ce type de harcèlement dans les entreprises. Plus d'un quart des harceleurs sont des amis ou des collègues, les autres étant des supérieurs hiérarchiques. Aucun chiffre précis ne recense les situations de harcèlement sexuel qui ont donné lieu à un suicide au travail. La France a adopté une loi qui réprime sévèrement le harcèlement sexuel au travail.

Le harcèlement moral est fréquemment mis en avant pour expliquer les tentatives de suicide et les suicides survenant sur le lieu du travail. Environ 8% des travailleurs s'estiment victimes de harcèlement moral au travail. Le harcèlement moral n'est pas toujours intentionnel. Mais ce n'est que rarement que le harceleur n'a pas conscience des conséquences de son attitude et de son implication dans le déterminisme du suicide. Parfois, le harcèlement n'est que la résultante d'un stress vécu par le harceleur lui-même, qui cherche à masquer son incompétence et trouve un exutoire ou un bouc émissaire chez un collègue plus fragile et dont il a repéré les points faibles.

Il s'agit de brimades répétées, de mise à l'écart et d'indifférence, de la circulation de rumeurs, d'agressions verbales ou de réflexions désobligeantes devant les collègues, lesquelles sont autant d'humiliations conduisant à une déconsidération du travailleur par lui-même. La victime se met à douter d'elle-même et se met en position de faire des erreurs professionnelles. Elle s'isole, donnant alors, vis-à-vis de ses collègues, raison à son agresseur. Trois solutions s'imposent finalement à la victime : sa démission, la survenue de troubles psychosomatiques ou le suicide.

Là aussi, des lois ont été mises en place afin de réprimer le harcèlement moral, mais les dénonciations de celui-ci sont rendues difficiles par le fait que le sujet affaibli est parfois persuadé de mériter sa situation ou parce qu'il craint de subir des représailles.

Il existe plusieurs solutions pour lutter contre la survenue de suicides au travail. Quelques unes sont déjà mises en œuvre dans certaines entreprises.

Il s'agit avant tout de détecter les situations à risque de décompensation et de crise suicidaire. Ce que l'on connait de la survenue du suicide doit y aider.

Il s'agit ensuite de repérer les signes avant-coureurs comme les lettres laissées à l'entourage ou la survenue d'un syndrome dépressif. Repérer aussi les fragilités psychologiques. Faciliter le dialogue en impliquant le médecin du travail. Une fois sur deux, le suicidant s'est confié au médecin du travail sur ses difficultés dans le travail. Celui-ci devient donc le mieux placé pour repérer les situations de souffrance, les dépressions, les situations de

maltraitance, les inadaptations de poste ou d'équipe. La prise en charge de la prévention doit être ensuite individuelle.

Les médecins du travail et les organisations représentatives du personnel sont aussi les mieux placés pour repérer les dysfonctionnements organisationnels et managériaux, les inadaptations humaines collectives ou individuelles à telle ou telle contrainte.

D'importants remaniements dans l'entreprise ou modifications du contenu du travail peuvent rendre nécessaire la création d'une cellule psychologique. Les médecins du travail et les psychologues sont là pour soutenir, accompagner les salariés et animer un espace d'écoute. Des groupes de parole peuvent être utiles. Les syndicats et le CHS-CT ont également un rôle à jouer, mais non pour faire du suicide, comme cela est malheureusement trop fréquent, un tremplin revendicatif.

Un suicide accompli devrait être une occasion pour qu'une analyse de la situation soit faite sans tabou ni réaction émotionnelle, en mettant de côté l'éventuelle culpabilisation des collègues, comme la responsabilisation des syndicats et celle, obligatoire, de la direction. C'est le rôle de l'autopsie psychologique. Ce devrait aussi l'occasion d'une remise en question du management et de la façon dont sont considérés et écoutés l'ouvrier, l'employé ou le cadre, y compris par les responsables syndicaux.

L'évitement des suicides et de la souffrance au travail passe par une nouvelle conception du management des entreprises. Celle-ci est actuellement contrariée par

les contraintes et l'organisation mondiale du travail qui privilégient la finance, la mobilité et les délocalisations, la précarité de l'emploi, l'augmentation des rendements, l'adaptation rapide aux mutations technologiques.

La formation professionnelle continue est un moyen d'aider les agents d'une entreprise de s'adapter aux changements qu'on attend d'eux et de les préparer à une réinsertion en cas de la perte de leur emploi.

Ces changements ne doivent ainsi pas se faire sans tenir compte des difficultés de certains, de l'indispensable respect de la dignité humaine, des atteintes narcissiques qu'induisent parfois certains changements, des conséquences économiques que ces changements ont pour les travailleurs, de l'indispensable confiance que ceux-ci doivent garder dans leurs dirigeants et du maintien d'une ambiance conviviale pour que chacun puisse accepter des changements parfois un peu rapides.

Peut-être faudrait-il faire du stress au travail, dans certaines situations, une maladie professionnelle ou un facteur pouvant aggraver le risque d'accident de travail ?

LES VOLONTAIRES ET LES « FOUS » DE LA MORT

« En matière de suicide on peut être courageux par lâcheté ». André Malraux

On peut distinguer deux sortes de « fous » de la mort. Ceux qui s'immolent isolément et ceux qui se tuent en entrainant des tiers dans la mort. Cela correspond aux

martyrs et aux suicides oblatifs d'une part, aux kamikases d'autre part. On doit y rajouter les cas particuliers des suicides par harakiri et ceux qui sont le fait des victimes du suttee indou, maintenant quasiment disparu.

Mais on s'aperçoit que cette distinction n'est ni suffisante ni pertinente, le terme de suicide pour certains volontaires de la mort ne semblant pas adapté. S'ils se tuent, ils ne suicident pas pas mais offrent leur vie à Dieu. Ce type de suicide ne remplit pas les critères définis par Durkheim et ses successeurs.

En règle générale, mourir en martyr et se tuer en kamikase ont en commun d'être un phénomène contagieux, car le sang des martyrs et des soldats-suicides est le terreau pour de nouveaux candidats à la mort. Ces suicides ont aussi pour particularité d'être extrêmement violents. Le martyr se tue de façon spectaculaire, le plus souvent de façon ostentatoire ou avec la volonté que sa mort soit médiatisée, car sa mort doit porter témoignage. En réalité, il se tue par amour de son Dieu. En raison de la promesse de vivre ensuite auprès de Dieu. Parfois, il le fait pour obtenir une « promotion sociale » et être plus aimé encore par la postérité.

Le kamikase ne s'immole pas « *parce qu'il va mal mais parce que* (selon lui) *les choses vont mal* ». Il se tue en tuant l'ennemi dans la certitude qu'il accomplit ainsi la volonté de Dieu ou le service d'un idéal qui le dépasse. Il se tue dans la certitude de l'obtention d'une récompense éternelle dans l'Au-delà ou de la reconnaissance par la postérité. Ou des deux.

Les volontaires ou fous de la mort agissent selon une idée qu'ils ont de la volonté de Dieu ou d'une instance supérieure : les uns en croyant pouvoir et devoir disposer de la vie des autres, et les autres en croyant pouvoir disposer de la leur, offerte en sacrifice à cette instance supérieure. Cela se fait pourtant à l'encontre des enseignements de presque toutes les religions monothéistes auxquelles ils adhèrent et qu'ils dévoient, et en contravention avec toutes les lois humaines, en dehors des enseignements qu'imposent certains régimes et en particulier les régimes totalitaires ou théocratiques.

Ces suicides pourraient être classés dans les suicides dits « altruistes », selon la définitiond'Emile Durkheim, car ils sont liés à une trop forte intégration et à une identification excessive aux buts d'un groupe, lequel abuse alors d'une crédulité particulière. Ces morts seraient liées aussi à une socialisation trop poussée et à la dissolution de l'individu dans la communauté. Mais égoïsme et altruisme ne sont souvent pas tellement éloignés. L'espérance en une promesse de vie éternelle et un Paradis de délices n'a rien d'altruiste. De même qu'il est difficile de voir de l'altruisme dans l'assassinat de victimes innocentes au prétexte qu'elles ne partagent pas les idées du meurtrier.

Les martyrs et le suicide oblatif

Le suicide des martyrs n'a donc, en réalité et le plus souvent, rien d'oblatif car il sert uniquement les intérêts propres de l'individu. En 1993, les Davidiens du Texas mettaient collectivement fin à leurs jours pour précéder

l'apocalypse qu'ils croyaient proche. En 1997, les adhérents de la secte de la Porte du Ciel se suicidaient aussi de façon collective. Il en était de même lors des suicides survenus au sein de l'Ordre du Temple Solaire et dans le Temple du Peuple de la Guyana. Ces suicides étaient en outre accompagnés du meurtre de quelques récalcitrants. Tous ces sectateurs modernes avaient été autrefois précédés dans leur folie par les martyrs chrétiens acceptant l'arrestation et la mort sur la croix ou dans l'arène, plutôt que fuir et renier « officiellement » leur religion naissante. Comme, dans le même élan, les zélotes de Massada ou les Cathares qui espéraient ainsi échapper à la torture, au bucher ou à l'esclavage. « *C'est parce que les religions révélées sont une fabrique à croire en un autre monde bien meilleur qu'elles ont souvent incité leurs fidèles au suicide et au martyre ».*

Les fous de Dieu ont en commun d'être les « gogos » d'idéologies religieuses et sectaires qui les manipulent, que ce soient par l'intermédiaire de dirigeants charismatiques ou de textes prophétiques qu'ils prennent à la lettre. Ce qui les différencie parfois, comme les martyrs pacifiques ou le Christ qui s'opposent aux kamikases, est la volonté seule de témoignange pour les premiers, la destruction du blasphémateur et mécréant pour les seconds.

L'histoire des hommes est émaillée d'épisodes de mort volontaire, dont les motivations sont assez semblables, c'est-à-dire plutôt égoïstes. On les observe chez les guerriers germains, qui ne devaient pas survivre à leur chef mort durant la bataille. C'était la condition de leur accession au Wahlala. Chez les Spartes, mourir à la ba-

taille permettait d'échapper au déshonneur de la défaite. On peut y rattacher le sacrifice des samouraïs, se suicidant par amour pour leur chef ou pour échapper à la honte. Poussés par leurs convictions religieuses, les membres de la secte japonaise d'Amida se jetaient et se jettent encore dans le cœur des volcans, en offrande à leur dieu et maître. Comme ces suicides sont la promesse d'une vie heureuse et éternelle, la dimension égoïste du suicide est dans ce cas évidente.

En réalité, on ne retrouve une dimension généreuse et oblative que dans les quelques cas de suicides sacrificiels, acceptés par les victimes en offrande à un intérêt plus grand qu'eux-mêmes. Ainsi, surtout dans les populations primitives, des gens acceptaient, parfois cependant contraintes, d'offrir leur vie pour calmer un dieu irascible ou des éléments défavorables à la communauté. C'est le cas aussi des indiens d'Amérique et des Inuits, dont les vieillards se résignaient à la mort quand ils jugeaient être devenus une trop lourde charge pour le groupe.

Plus près de nous, comme l'évoque Daumas, c'est peut-être le cas de Jésus-Christ, qui aurait provoqué et accepté sa mort pour porter témoignage et se donner en « *offrande à Dieu pour le salut de tous les hommes* ». C'est aussi le cas des suicides militaires pour l'honneur, de Roland à Ronceveau ou de soldats se sacrifiant pour garder une position et protéger ainsi la retraite de leurs camarades. On a également le souvenir des suicides prostataires et politiques des bonzes de Saïgon, de celui de Jan Palach en Tchécoslovaquie en 1969 ou de la grève de la faim mortelle des Irlandais sous le gouvernement de Margareth Thatcher.

Les kamikases

Le cas des kamikases et des terroristes responsables d'attentats suicides est différent. Leurs motivations sont de deux sortes à la fois. La justification, au moins celle des commanditaires, est tout d'abord militaire, lorsqu'un rapport inégal des forces oblige à utiliser l'attentat suicide pour détruire l'ennemi. Ces commanditaires instrumentalisent la religion pour servir leurs propres desseins et utilisent pour cela la mort de ceux qu'ils parviennent à convaincre. Cette mort, en apparence offerte à la cause à défendre mais surtout porte ouverte au Paradis et à la postérité, peut s'apparenter à un choix égïste. Mais ce n'est pas que cela. C'est le cas du kamikase lui-même.

Pour les commanditaires comme pour le kamikase, il s'agit de suicides meurtriers car, au suicide, s'ajoute un assassinat. Si ceux qui les commanditent et ceux qui les commettent ont à l'évidence des motivations différentes, tous ont en effet en commun d'être des assassins. Ce type de suicide mérite certains développements.

Le 11 septembre 2001, plus de quatre mille personnes périssaient dans l'effondrement des deux tours de Manhattan. Deux avions venaient d'être précipités sur elles par des commandos suicides commandités par le mouvement islamiste terroriste Al Kaïda. Plus récemment, en France, des commandos de militants de Daech, comme en de multiples points du Monde, semaient la mort dans plusieurs restaurants et au Bataclan, salle de spectacle où se pressaient des centaines de jeunes gens. Comme le rappelle François Géré dans son ouvrage de 2004 « Les volontaires de la mort » et E. Guzy en 2005

dans son livre « Les attentats suicide en question », ces attentats terroristes sanglants venaient rappeler au monde que chacun, en quelque point de la planète, peut être entraîné aveuglément dans la mort d'un candidat au suicide-martyr, du fait d'un fanatisme politique ou religieux dont il est étranger. Le meurtre perpétré par le kamikase est une mort aveugle.

La détermination de ce type de kamikase mérite plus qu'une analyse rapide. Il est en effet trop facile d'entretenir le mythe de tueurs psychopathes ou de militants faibles et naïfs, parfois drogués au captagon ou abusés par une idéologie mortifère. Même s'il est exact que la plupart de ces volontaires de la mort sont recrutés plutôt dans les classes défavorisées, chez des jeunes incultes et malléables, chez des délinquants ou des sociopathes, et parfois sous la pression de mères fanatisées.

Dans une situation conflictuelle, l'homme a toujours eu à choisir entre cinq modes possibles de réaction. Fuir, se battre et tuer pour survivre, se faire tuer (pour l'exemplarité ou pour échapper à sa capture), se suicider sans tuer l'adversaire, ou enfin se tuer pour tuer son agresseur. Mais le terroriste « volontaire de la mort » y ajoute un autre cas de figure. Il ne se trouve pas dans une situation conflictuelle qui l'agresse. Instrumentalisé le plus souvent et en dehors de toute situation conflictuelle, il crée celle-ci au prétexte d'une religion dont il a fait une lecture assurément pervertie de textes « sacrés », quand il les a lus lui-même ce qui est assez rare. Il s'invente alors un ennemi qu'il instrumentalise à son profit pour détourner sans problème l'interdit du meurtre et pouvoir exercer ainsi, contre un tiers qu'il désigne, sa fureur meur-

trière. Et s'il tue un tiers, c'est en général pour obtenir personnellement la récompense divine qu'on lui assure. On peut en conclure que son suicide a une dimension purement égoïste. C'est le commanditaire qui en donne la dimension altruistecapable de déterminer un sujet avide de reconnaissance et de gloire.

Le suicide meurtrier plonge ses racines dans l'histoire la plus ancienne des hommes. Il est très lié à la croyance religieuse, quelqu'elle soit, et surtout depuis le développement des trois monothéismes. Depuis les origines, en effet, les religions divisent et exterminent. Malgré leur apparent message pacifique, les hommes pervertissent le caractère universel que chacune d'elles revendique pour tenter de soumettre l'incroyant. Cela justifie la guerre. Quoique ces religions disent ou donnent les apparences du contraire. De façon stéréotypée, les élites et les clercs manipulent l'enseignement religieux pour convaincre d'abord des êtres faibles ou désemparés, au nom d'une loi « indiscutable car d'origine divine ». L'embridadement initialement pour des raisons exclusivement religieures, sert ensuite la cause d'un expansionisme politique et culturel.

Selon Raphaël Israéli, le suicide du kamikase ne relèverait pas d'une pathologie du suicide mais plutôt d'une stratégie militaire asymétrique. Pour le commanditaire, l'être humain devient une arme faute de rapports militaires équilibrés. C'est un outil pour détruire un ennemi qui demeure autrement inatteignable. Le commanditaire accepte ou programme la mort de l'un des siens (ce qui manque tout de même d'un certain courage personnel) pour tuer plusieurs ennemis. Plus fort encore, il recrute

parfois chez l'ennemi de quoi faire des bras armés pour assouvir ses fins. L'histoire abonde donc d'illustrations de ces comportements destinés à affaiblir un adversaire supérieur en force et en nombre.

Dans la mythologie, c'est le cas de Samson demandant à son dieu de lui donner la force nécessaire pour écraser les philistins dans l'effondrement du temple qu'il provoque. Il meurt avec celui-ci. Ces suicides ne sont qu'une réponse technique au problème de la mort de l'ennemi manifestement difficile à vaincre.

Plus récemment, ce furent les raids de près de quatre mille jeunes kamikases japonais sur la flotte américaine, dans la pure tradition du Bushido ou « voix du guerrier » et par obéissance au « dieu-empereur ». L'analyse récente de cette page sombre de l'histoire du Japon nous apprend cependant que le sacrifice des jeunes kamikases était souvent plus « contraint » que librement consenti par les jeunes aviateurs. Durant la Seconde Guerre mondiale, le sacrifice de soi fut une pratique courante chez les militaires ou les résistants. En 1942, Richard Fleming, à Midway, se jeta sur le croiseur Mishuma Le suicidé n'entrainait cependant avec lui que des ennemis véritables, respectant en cela un certain code de la guerre. Ces suicides avaient alors une dimension altruiste.

Le cas est un peu différent avec Jean Maridor qui se lança sur l'Angletrre à bord d'une fusée V2 lancée sur l'Angleterre, sans se soucier des victimes civiles qui en résulteraient puis, de la même façon, avec ce projet islamique d'envoyer, en 1995, des avions sur des villes de Bosnie pour en chasser les Etats Unis d'une présumée

terre d'Islam, au prix, là aussi de la mort des les populations civiles. Le but est donc d'instaurer la terreur plus que de détruire un ennemi largement plus fort.

Il convient de réfléchir aux raisons qui conduisent les hommes, pour les uns à commanditer ces actes, pour les autres à accepter d'en être les instruments aveugles. Bien entendu, comprendre n'est ni excuser ni accepter. Il s'agit plutôt d'un préalable pour organiser une réponse efficace.

Le volontaire de la mort croit donc pratiquer ce qu'on a appelé le suicide altruiste, faisant ainsi le don de sa vie pour une cause collective qui le dépasse. Mais s'il croit être un initié dévoué à une cause religieuse c'est le plus souvent une cause politique qu'il défend à son insu, la religion ne servant alors que de prétexte. S'il est persuadé être attaché à la victoire de son camp, non pas pour lui mais pour le profit de ceux qui restent, c'est en réalité une récompense suprême qui le motive. Il est donc difficile de discerner si ce suicide relève de l'égoïsme ou de l'altruisme, ou des deux.

Selon la définition de Durkeim, reprise par ses successeurs, le suicide altruiste désigne un « suicide accompli pour une cause, un suicide perpétré au nom d'un impératif social ou religieux plus ou moins contraignant, un suicide réalisé par un sujet ayant souhaité protéger son groupe d'appartenance ». Ce n'est pas le cas ici. Il ne s'agit pas de protéger son groupe d'appartenance. Il s'agit d'une entreprise de conquête. Le kamikase n'est en rien menacé par cet ennemi qu'il se désigne. La justification militaire défensive n'est pas crédible quand il s'agit de détruire à distance des civils inoffensifs et étrangers à

ce combat qu'il a fabriqué de toute pièce. Cette justification n'est pas crédible lorsque l'acte a pour but essentiel de semer la terreur et de déstabiliser un mode culturel pour en prendre la place.

On observe de plus en plus en effet, aujourd'hui, que les prêcheurs du « chahid », ou martyre islamique, s'inscrivent dans une démarche de « jihad » général, véritable paranoïa contre ceux qu'ils estiment les offenser. Il s'agit de détruire des hommes au prétexte qu'ils pensent différemment et qui sont désignés comme étant mécréants et blasphémateurs. De tout temps les Eglises et les croyances collectives ont engendré, facilité ou excusé le fanatisme. Les religions monothéistes en particulier, sans exception. La religion juive s'est bâtie, à ses origines, sur le massacre des cannaéens dont ils voulaient voler les terres. Les textes en attestent, comme les données historiques. Le christianisme également, alors qu'il s'était déjà institué en religion occidentale dominante par des méthodes relativement pacifiques, s'est illustré dans les croisades et les exterminations ou destructions culturelles en Amérique. Ce n'est donc pas un hasard si les kamikases mettent en avant des prétextes religieux. Ils ont mis au rebut le combat et la guerre conventionnels. La dimension militaire n'existe même plus.

Ce n'est pas un hasard si ce kamikase peut être inculte ou déculturé et n'a jamais ou mal lu les livres saints dont il se revendique (on a retrouvé sur certains kamikases le livre « l'islam pour les nuls » !). Cela explique qu'il puisse être facilement instrumentalisé par ceux qui le commanditent et qui, pour le convaincre de mourir, présentent son suicide comme un suicide altruiste. La

dimension oblative du suicide est ainsi utilisée. Plus rarement, le kamikase est un sujet cultivé, diplômé, sans doute fanatisé, dont on peut douter de l'instrumentalisation. Son suicide pourrait, dans cettains cas, s'apparenter au suicide des nihilistes.

Le kamikase actuel est plutôt le fruit d'un divorce entre une société qui lui promettrait plus que ce qu'il croit être en droit de recevoir. Il ne parvient pas à suivre l'évolution vers la modernité. Il vit la double contrainte d'une shizophrénie opposant la modernité avec une évolution culturelle qu'il ne peut pas ou ne veut pas suivre et une tradition facile qui le rassure et a de pmlus le mérite d'avoir été éprouvée par le temps. Le kamikase n'est pas en quête de liberté. C'est la liberté des sociétés modernes qui l'effraie. Elle remet en question des habitudes qui lui servaient de refuge. En conséquence il recherche une prison rassurante. Et des promesses qui le tranquillisent. La religion, parce qu'elle est simpliste, ancestrale et supprime tout doute car elle est totalement irrationnelle, lui apporte alors des réponses à ce décalage, et un étayage, une béquille en quelque sorte. Le candidat au suicide martyr est toujours un être qui préfère la soumission rassurante à l'effort de la raison qui expose à la possibilité de se tromper. C'est une condition habituelle pour pouvoir vivre en société. Il suffit d'un facteur déclenchant, un gourou ou de l'influence du groupe, pour que le kamikase franchisse le pas de la terreur.

A l'inverse de Samson, le suicide du kamikase du XXI^{ème} siècle est le contraire d'un acte dicté par le désespoir. Ce forcené recherche la mort en échange d'une récompense personnelle bien plus grande dans l'Au-delà. Si

le prix à payer est de tuer le maximum des ennemis qu'on lui désigne, le prix à payer est aussi de mourir. Si le kamikase revendique être un croyant en une religion, « *il l'est plus encore dans une postérité prestigieuse* ». C'est également un naïf : il fait le pari insensé de Pascal, celui de l'existence d'un au-delà accessible et que, quelques années plus tard, il ne sera pas un anonyme ni un oublié par l'Histoire.

On peut constater aussi qu'un certain nihilisme guide le kamikase ou le rejoint dans ses actes, avec une négation de soi et de l'Autre qui conduit à son propre « envahissement dans la mort ». Pour parvenir sans problème à tuer ses victimes, le terroriste doit nécessairement accéder à la négation absolue de l'Autre, de l'Homme en général et en conséquence de lui-même. Ce meurtre qu'il commet tout en se sacrifiant lui-même est permis par une société qui instrumentalise la vie humaine et lui fait perdre sa valeur. L'homme et le croyant qu'il est tout à la fois, sont confrontés à cette indispensable réification de l'Autre et à une haine qui permettent ainsi toutes les exactions.

Le volontaire de la mort agit au nom de sa propre logique et de son propre système de valeurs, dans la négation totale des valeurs de celui qu'il agresse. Il n'y a aucun ennemi qui le menace véritablement, ni menace ce en quoi il croit. Il exporte à distance son combat et son intolérance. Il doit supprimer ceux qui pensent différemment, interpellent ses certitudes et les remettent donc en cause. La justification de son geste nécessite donc qu'il détruise cet ennemi qu'il crée de toutes pièces. Comme il ne peut convaincre personne, il tue et il se tue. Un

meurtre presque gratuit. Il ne défend en réalité pas de cause véritable ou bien une cause perdue d'avance. Il le sait. On pourrait dire que son double meurtre est celui du désespoir.

On pourrait dire également que le geste du kamikase est une négation du dieu auquel il prétend croire. Même si, à leur origine, toutes les religions sont nées pour s'étendre, comme en attestent leur prosélytisme, leur histoire et leurs textes sacrés, par la guerre et le meurtre de l'infidèle. Le meutre reste tout de même le premier interdit universel des sociétés modernes. Enfreindre cet interdit représente en conséquence le reniement de la divinité et son enseignement, comme celui de lois humaines désormais universelles. Le kamikase s'inscrit dans un viol des enseignements dont il se revendique et dans un refus de la modernité.

Pour le commanditaire, une fois récusées les valeurs religieuses et humaines universellement admises, l'anihilation de la personnalité du candidat est le but ultime permettant qu'il s'abandonne sans discussion à sa folie. Le sujet doit abdiquer toute liberté et tout instinct de conservation. Il se soumet et il est prêt au sacrifice de sa vie au nom d'une idéologie qui le domine. Il doit se convaincre que son sacrifice est altruiste. Son entraînement aura en conséquence pour but de le défaire de sa personnalité, de renforcer définitivement ses convictions afin de lui éviter le retour à une humanité raisonnable et afin de prévenir ainsi toute faiblesse de sa part.

Comme le souligne François Géré, le mort volontaire se tue deux fois. Tout d'abord car, « *en acceptant le sacrifice de lui-même, devenu outil de mort intelligent, il ac-*

cepte de renoncer à sa qualité de sujet pour devenir objet, pour se réifier ce qui rend facile son suicide ». Ensuite en accomplissant son acte meurtrier car « *la négation d'un autre homme est de facto la négation de lui-même* ». Le suicide du kamikase est en réalité le suicide des « *vaincus de l'Histoire* ».

Les attentats suicides actuels laissent encore les démocraties assez désarmées. Il y a peu de moyens de lutter contre la manipulation mentale et idéologique dans des pays fermés et théocratiques, où une religion est hégémonique et investit toute la vie publique autant que privée. L'intolérance extrême des kamikases et de leurs commanditaires empêchent tout dialogue et toute solution politique à un conflit créé de toutes pièces dans un climat d'irrationnalité extrême. Cela limite aussi les moyens militaires à opposer à ce type de terrorisme. La destruction de ces hommes ne suscite que l'éclosion de nouveaus candicats au « martyr ». Par contre les moyens culturels sont certainement les outils qui permettront, sur le long terme, de désarmer ces suicides meurtriers. Ce n'est pas la Démocratie et la République qui sont la cause et le « succès » du suicide kamikase, c'est leur insuffisance.

Enfin, dans quelques rares cas isolés et qui diffèrent de l'acte kamikase, certains volontaires de la mort sont des forcenés qui, après leur forfait et parfois l'assassinat de leur famille, se tuent ou s'offrent aux armes des policiers. Les motivations de leur sacrifice sont diverses, honte de leur crime et recherche du châtiment, délire apocalyptique ou bien raptus psychopathique. Quelques

autres, enfin, n'exécutent leur geste que pour que l'on parle d'eux.

Le hara-kiri ou seppuku

Au Japon, un tableau du Go-Sannen-Gassen, durant la guerre de 3 ans (de 1086 à 1089) dépeint pour la première fois une scène de seppuku. Pour une faute envers l'ennemi, Minamoto se fit seppuku et, le jour suivant, furent immolés son fils et les 3 jeunes enfants de celui-ci.

Dix ans plus tard, Tamemoto se fera également seppuku selon la méthode qui sera ensuite consacrée : l'ouverture du ventre de la gauche vers la droite, selon un protocole précis, avec chute en avant du corps au cours de laquelle le sujet sera décapité.

Le seppuku sera ultérieurement ajouté aux peines de mort japonaises, avec la strangulation et la décapitation. Mais, nous dit Jack Seward dans son ouvrage « *Hara-kiri* » de 1988, il sera longtemps réservé à la caste des Samouraï.

En chinois, seppuku signifie « se couper le ventre ». En langue parlée, sa prononciation à l'envers devient « hara kiri ». L'abdomen fut vraisemblablement choisi car il était considéré comme étant le réceptacle de l'âme, en qualité de centre physique du corps. Il était en conséquence le berceau de la volonté, de la pensée, de la hardiesse, de la colère et de la haine.

C'est d'ailleurs une constante des civilisations préhistoriques et préscientifiques. Les grecs faisaient de l'abdomen le centre des passions, les hébreux considéraient la matrice comme étant le centre de l'affection, les

européens pensaient que le cœur et les entrailles étaient le creuset des sentiments et de la tendresse.

Le seppuku aurait ainsi une origine préhistorique commune à plusieurs civilisations. Il s'agirait de rejoindre l'être aimé dans l'au-delà, ou plutôt de satisfaire le désir du défunt d'être rejoint par ceux qui l'ont servi ou aimé. C'est pourquoi, lors des funérailles d'un dignitaire, l'on enterrait aussi bien les femmes que les enfants, les serviteurs et les chevaux. Au Japon, aux temps primitifs, l'immolation se faisait par l'autostrangulation ou l'incendie de la maison. La première description littéraire de seppuku date de 1156, dans les Contes de la guerre civile de Hoger. Minamoto-No-Tamamoto, âgé de 28 ans, se tranche volontairement la moelle épinière.

Le principe de cette autoimmolation sera adopté au cours de la période féodale c'est-à-dire de 1190 à 1867. Elle deviendra un des dogmes du Bushido qui est la discipline des Samouraï. Le Bushido, code d'honneur de la caste des guerriers, signifie « mourir fou ». Il était en effet enseigné aux Samouraï le mépris de la mort et la méditation quotidienne pour se préparer à celle-ci. C'est ainsi que tout membre de cette caste était élevé dès le tout jeune âge (garçon ou fille) dans l'idée de sa mort violente prochaine y compris par le suicide (rite du gempuku).

Les premiers recueils de poèmes japonais connus (313-759) font état du seppuku sous une forme positive et joyeuse.

En effet, vers 258, introduit par le coréen Wani, le bouddhisme amène une considération positive de la vie, un amour de la vie et le mépris de tout ce qui touche à la

mort. Les japonais vivront alors une longue période de dédramatisation et d'acceptation fataliste de la mort, en même temps qu'ils minimiseront l'importance de la vie.

En 712, le Japon subit l'influence de l'animisme primitif du shintoïsme : le Kojihi évoque la mort comme sale et affreuse, entrainant l'impureté et nécessitant la purification rituelle.

C'est le syncrétisme de ces deux courants religieux qui serait à l'origine de la création du Bushido, code d'honneur des Samouraï, dont l'auto-destruction par le seppuku devient un des points centraux. Durant le règne du clan Tohugawa (1603-1867), le harakiri, non limité à une simple sentence de mort, devient « la voie du guerrier ».

Le principe du seppuku serait donc de « couper dans l'âme » et, étant un acte particulièrement douloureux, il serait l'acte d'automortification suprême. Le caractère volontaire du geste et le courage nécessité par celui-ci octroieraient à son auteur une gloire également éternelle. Comme dans d'autres formes de suicides, la mort devient parfois le prix à payer pour la vie passée du supplicié et celle, future, de sa descendance.

Le seppuku était différent de la pratique de l'autoimmolation de l'épouse et des serviteurs après le décès de l'empereur, comme cela est décrit dès l'an 3. Il s'agissait dans ce cas du moyen d'assurer le service du mort durant son séjour dans l'au-delà et de la reconnaissance de l'allégence au maitre qui avait seul permis la vie de son entourage. Une fois celui-ci décédé, la vie des serviteurs n'avait plus de raison d'être. Cette coutume fut

abrogée puis remplacée par l'inhumation d'effigies sous forme de poupées d'argile destinées à accompagner la dépouille dans l'autre vie. Le principe du suicide collectif (ou leur exécution) des serviteurs d'un maître sera repris en conséquence ultérieurement par la classe des samouraï selon le principe qu'à la mort de son maître ou seigneur, le serviteur ou le soldat perd une partie de lui-même. Cette dernière coutume, qui n'était pas propre au Japon, aura son apogée au XVI^{e} siècle, lors de l'ère des Tohugawa.

Le seppuku était, de la même façon, différent du suicide des amoureux. Malgré l'influence du confusianisme qui dicte que le sexe de la femme n'est fait que pour engendrer, même sans qu'il y ait grand place pour l'amour, le peuple acceptera le principe du double suicide (shinjushi puis « shinju » c'est-à-dire « dans le cœur »), qui est la mort du conjoint survivant par amour pour l'autre et afin de lui montrer son cœur. Cela concernera en particulier le suicide des amants illégitimes.

Le seppuku, quant à lui, fut longtemps imposé par une pression sociale et, il faut le croire, parfois exécuté contre le gré du sujet lui-même. La psychologie du groupe aidant, ce suicide était estimé sans doute préférable à une vieillesse devenue honteuse et misérable. Mais c'est cette même pression sociale qui le condamnera ensuite, allant même jusqu'à en faire un motif de condamnation à mort, par le feu ou la crucifixion. C'est ainsi que si le peuple reconnut longtemps le suicide par seppuku comme permettant l'élévation de l'esprit et réalisant la consécration d'un idéal, il rejettera un jour le seppuku quand cette façon de mourir lui paraîtra dépassée.

Mais, durablement bâtie sur un système féodal, le Japon gardera pendant longtemps, après son interdiction, de nombreux partisans du seppuku des Samouraï. Ils opposeront aux partisans populaires du « shinju », suicide amoureux, que ce dernier est une lâche échappatoire au malheur de vivre sans son amant. A l'inverse, mourir au combat au contact de son maître été considéré comme glorieux et c'était une marque d'amour pour celui-ci. Ainsi, en l'absence de guerre permettant de montrer son amour et sa loyauté de vassal, afin d'effacer sa honte ou afin d'assurer à sa descendance la gloire éternelle, il ne restait au samouraï que le seppuku réalisé en expiation d'une faute vis-à-vis de son seigneur.

A ses débuts, le seppuku était accompli dans des temples bouddhistes, jamais dans des temples shintoïstes car le shintoïsme considère la mort comme une souillure. Malgré le fait que le seppuku était présenté comme une démarche volontaire, le supplicié était tout de même placé sous bonne garde policière, preuve que, dans de nombreux situations dont nous ont été transmise la trace, existaient des cas de rébellion. Le rituel en était précis : tatami, portes en bambou, draperies et bannières blanches, lanternes le soir, boîte en bois devant recevoir la tête tranchée. Le seppuku se déroulait parfois dans une pièce spécialement dédiée à cet usage, afin d'éviter la salissure de l'ensemble du temple par le sang du supplicié. Le supplicié demeurait quelques jours dans le temple à attendre la date de la sentence, séjour pendant lequel il était bien traité et pouvait recevoir sa famille. Avant le supplice, le samouraï entendait la lecture de la sentence et remerciait son maître pour cet honneur. Il buvait un

verre d'eau en quatre gorgées (quatre se prononce « shi » c'est-à-dire comme la « mort »). Revêtu d'un vêtement blanc, il s'agenouillait sur le tatami, son assistant derrière lui. Celui-ci, choisi parmi ses amis, appelé « Kaishaku », était chargé de la décapitation. Le geste de harakiri était effectué avec un couteau court de 29,7 centimètres. La décapitation était un geste précis suivant de quelques secondes l'éventration afin de ne pas prolonger les souffrances liées à celle-ci. La décapitation seule, sans le harakiri, aurait été subie comme un déshonneur par le samouraï. Elle était parfois précoce, avant la fin de l'éventration, parfois même dès la saisie du couteau, si le Kaïshaku décelait chez le supplicié un manque de détermination ou de courage. Car la simple acceptation sereine du harakiri était considérée comme équivalente à l'acte intégral lui-même. Geste hautement technique, elle devait ne pas couper complètement la tête, en la laissant attachée au reste du corps afin de lui éviter de rouler au loin et afin de permettre, en basculant sur le torse, de cacher la face. Une inspection par un officier permettait de confirmer la mort. Chez les nobles, après des soins à la dépouille, la tête était envoyée à la famille dans une boîte prévue à cet effet.

Avec le temps, on assistera à une dégradation lente du cérémonial vers une symbolisation du rituel. Le couteau aiguisé sera peu à peu remplacé par un couteau en bois, voire un éventail ou un verre d'eau à verser dans un autre. Plus tard, la condamnation sera réduite à la seule décapitation en extérieur, d'abord près d'une tombe creusée pour un enterrement immédiat puis, plus tard suivie de l'abandon du corps en pleine nature. On décrira

même des cas de décapitation en position attaché, y compris lors de l'enterrement.

Le seppuku des Samouraï sera interdit en 1663. Une longue période de paix a en effet amené le développement du commerce. Une classe moyenne et l'ensemble du peuple se sont enrichis. La caste des Samouraï s'est appauvrie, et elle a perdu peu à peu ce qui fondait sa moralité et son code d'honneur. Les idées neuves pénètrent un peu cette classe sociale avec un certain degré d'intelligence critique qui va permettre de sortir de l'obéissance aveugle au chef et au dogme de la loyauté sans limite. Le seppuku perd ses lettres de noblesse jusqu'à devenir un châtiment, voire une infamie.

L'abrogation est renforcée en 1682. Le seppuku sera remplacé par le choix d'une vie monastique. Il subsistera ensuite sous une forme, non plus choisie, mais punitive, comme châtiment de certaines fautes.

En 1868, vient la Restauration Meiji et celle de l'autorité de l'Empereur. Le système féodal se transforme et nait alors la noblesse réunie autour de l'empereur. Le Japon s'ouvre à la modernité sous la pression internationale et celle du commerce. Cependant, à l'occasion de la guerre sino-japonaise, on voit renaître le Bushido et un certain nationalisme japonais. On le voit aussi se développer hors de la caste dirigeante, en lien avec la croyance en l'es-sence divine de l'empereur. Des japonais n'ap-partenant pas à la caste des Samouraï s'immolent en expiation de fautes comme le feront ces mécaniciens du train impérial après l'accumulation de simples petits retards. Il s'agit là d'un seppuku d'expiation. Tandis que,

ailleurs, il s'agira d'un suicide d'indi-gnation devant une sanction jugée injuste.

Une tentative de vote pour supprimer le seppuku échoue et son promoteur est assassiné. Le seppuku disparaît cependant, dans le vocabulaire pénal tout d'abord, puis dans les pratiques.

En 1912, le général Nogi et son épouse vont enfreindre l'interdit le soir des funérailles de l'empereur ce qui suscitera un grand émoi, preuve que le principe du seppuku n'était pas forcément bien accepté par les populations. De la même façon, quelques hauts gradés de l'armée japonaise revendiqueront ou se feront encore seppuku durant la Deuxième Guerre Mondiale.

La déclaration de la non-ascendance divine de l'empereur et l'occupation du pays par les Etats-Unis mettra fin à la guerre et aux mille ans du militarisme japonais. On assistera à la fin définitive du Bushido et à l'interdiction de son enseignement dans les écoles. Avec l'installation de la démocratie, l'esprit national japonais rentrera dans une ère moderne. Avec la pénétration du christianisme, le Confusianisme perdra de son ascendant, de même que le Shintoïsme.

La gloire éternelle des Samouraï qui ont fait seppuku aura vécu.

Le suttee hindou

Dans de nombreuses civilisations anciennes, précolombiennes, moyen-orientales ou asiatiques, les femmes, parents ou serviteurs de certains dignitaires avaient coutume de s'immoler au décès de ces derniers, dans un désir de ne pas leur survivre et afin de les accompagner dans l'au-delà.

Le suttee, que nous décrit Jean-Baptiste Tavernier en 2003, consiste en l'immolation, à priori volontaire, de la veuve hindoue sur le bûcher de son époux. Cette pratique est bien heureusement tombée en désuétude et elle a été interdite, dès la fin du XIX^{e} siècle, par les autorités anglaises dans leurs colonies, également par les Français dans leurs comptoirs. Cependant, dans des régions reculées de l'Inde, non encore acquises à la civilisation moderne et à l'émancipation des femmes, la coutume persistera quelques temps et il semblerait même que le suttee pourrait avoir encore quelques adeptes.

On peut se demander s'il s'agissait vraiment d'un authentique suicide. En effet, il existe de forts doutes quant à l'intentionnalité suicidaire des femmes qui se sacrifiaient ainsi. Encore actuellement, sauf dans des classes sociales favorisées, le statut marital réservé aux femmes hindoues n'a jamais été favorable. Appartenant à sa famille jusqu'à son mariage, elle devenait, à l'occasion de celui-ci, la possession de sa nouvelle famille. Mais au décès de son époux, rester dans la famille de son mari défunt correspondait à mettre en péril, au moins à partager, le patrimoine de celui-ci. Elle était en conséquence censée abandonner ses droits et retourner dans sa famille biologique où elle s'avérait, là aussi, être un poids mort et une bouche inutile. Comme les coutumes hindoues vou-

laient que soient brûlés avec le corps du défunt quelques biens lui ayant appartenus, pourquoi ne pas brûler également l'épouse, ce qui réglait bien des problèmes ?

Suicide réel, pour échapper à un rejet de la part de sa famille ou de sa belle-famille et à la misère de la rue, ou meurtre d'une bouche inutile en même temps que femme indésirable que l'on jetait dans les flammes, la justification du suttee mêle sans doute un peu ces deux explications.

LE SUICIDE SECONDE OU EUTHANASIE

« L'homme n'est pas un animal : c'est un humanisme que d'abréger les souffrances d'une bête ; c'est un humanisme que prolonger celles d'un homme » ! Boris Vian

Boris Vian résume ainsi l'argumentaire qui peut être celui des partisans de l'euthanasie. Le mot « euthanasie » vient du grec « eu » pour « bien » et « thanatos » pour la « mort », ce qui veut dire « bien mourir ».

Le suicide est comme une euthanasie de soi-même. L'euthanasie, ou suicide assisté, celle qui fait tant débat actuellement, est le suicide effectué activement par un tiers, à la demande de l'individu. Il s'agit d'un « suicide par procuration ». Pour certains c'est un meurtre, et à la fois un suicide dans la mesure où cette demande d'euthanasie est une démarche volontaire de mettre fin à ses jours.

Cette démarche est effectuée dans un contexte de maladie incurable, pour abréger des souffrances phy-

siques insurmontables ou devant le constat d'une déchéance en particulier cognitive. Quasiment constamment, de façon volontaire ou non, elle hâte une issue inélucatable à court terme. En mourant, l'individu ne fera en réalité qu'anticiper sa mort prochaine. La mort, en le délivrant de sa douleur physique ou morale, sera en quelque sorte un moyen de guérir.

Il existerait de plus en plus de gens favorables à cette pratique, peut-être 80%, chacun restant libre de la demander pour lui-même. Le choix de l'euthanasie est fait par une forte majorité de Français qui désirent surtout ne pas souffrir. On peut se demander toutefois si de nombreuses personnes favorables à l'euthanasie quand elles vont bien ne seraient pas les premières à la refuser lorsque l'approche de la mort se fait concrète. Les gens favorables à l'euthanasie sont les mêmes qui revendiquent le droit de disposer de leur vie et de leur corps.

Mais il existe de nombreux opposants qui invoquent soit des arguments religieux, soit des arguments politiques, soit les deux. Les différents pouvoirs, régaliens ou spirituels, sont en règle opposés à l'euthanasie, ce qui les met, comme à l'ordinaire, très en retard sur la position de la société civile. Cette opposition des élites n'est qu'apparente et relativement hypocrite car beaucoup de celles-ci sont en réalité favorables à l'euthanasie pour ce qui les concerne personnellement, et opposés au fait de l'inscrire dans la loi pour leurs concitoyens. Contre l'euthanasie active, les arguments sont nombreux. Ils ne sont pas qu'éthiques ou religieux. Ils sont également politiques et culturels. Nous ne pouvons pas facilement nous affranchir d'une culture judéochrétienne qui fait réfé-

rence aux textes de la Bible et du Nouveau Testament et à un interdit quasi universel qui dépasse les seules religions : « Tu ne tueras pas ». Certains vont encore plus loin dans une lecture littérale et résignée de textes qui gagneraient à s'adapter à notre époque : « Tu es né dans la douleur, tu vivras et mourras dans la douleur ». C'est donc le respect de la vie à tout prix, même au prix de la souffrance du sujet et de son entourage, même si la vie n'est parfois qu'apparence chez un coma dépassé ou en état végétatif persistant.

Ceux qui refusent à l'individu le droit de décider de mourir « dans la dignité », sont les mêmes qui déclarent que la vie n'appartient pas à l'individu, mais qu'elle appartient à la société, au pouvoir ou à Dieu. Hormis quand il s'agit de la vie d'un ennemi, bien sur !

On constate également que l'argument politique reste un argument fort. Pour les uns, l'homme est inféodé à la société et sa liberté se définit à l'intérieur de celle-ci, s'opposant ainsi aux autres pour lesquels l'individu est souverain et sa liberté un bien personnel inaliénable.

Pour les opposants à l'euthanasie, l'individu appartiendrait donc à la société toute entière, dont il est un utilisateur mais aussi dont il procède. C'est la société qui le fait individu et qui le protège. La société lui est redevable de son intégration mais, en retour, le sujet lui est redevable de continuer à lui appartenir. L'Etat souverain établit et régit les lois qui dictent les comportements sociaux normaux entre les hommes, sans lesquels il n'est pas de société viable et durable. Le suicide assisté n'est ni possible, ni « légal », ni légitime.Cela est vrai pour tous les états laïques dont la laïcité a remplacé le pouvoir spiri-

tuel par un pouvoir temporel. Cela est encore plus vrai dans les sociétés théocratiques où les pouvoirs politique et religieux ne font qu'un.

Si bien que le suicide ne peut être légitimé que par des raisons d'utilité sociale qui ne vont pas à l'encontre du bien commun : c'est le suicide oblatif ou suicide altruiste. Tout autre justification du suicide est inacceptable et le suicide peut alors être considérée comme une lâcheté, une désertion, une démission de son devoir d'homme, l'acte incivique d'un individu refusant de « finir » jusqu'au bout sa vie d'homme. Il ne peut y avoir de dérogation possible, laquelle serait sinon la porte ouverte à tous les excès et toutes les dérives. Cela rend également irrecevable l'argument du mourant qui, n'ayant plus d'utilité sociale (et représentant plutôt un coût pour la société), pourrait exprimer son désir de mourir et demander la mort pour abréger égoïstement ses souffrances.

La loi Leonetti du 22 avril 2005, modifiée plus récemment et inscrite dans le Code de Santé Publique, a tenté de réglementer la fin de vie pour améliorer celle-ci. Ce n'est en fait qu'une « demi-loi ». Elle ne s'applique qu'aux situations où les traitements sont inefficaces sauf à retarder de quelques jours la date de la mort. Mais elle exclue toujours la possibilité d'une euthanasie active, effective et qui dirait son nom. La seule solution admise est l'administration de sédatifs indispensables au malade, même si les doses employées peuvent hâter l'heure de la mort. Elle autorise également d'éviter un acharnement thérapeutique en cessant un traitement ou

l'alimentation, ce que l'on nomme curieusement « l'euthanasie passive ».

La responsabilité donnée au médecin chargé d'exécuter l'acte final, ou celle d'en donner les moyens au malade, est très encadrée. La clause de conscience qui autorise un médecin à refuser de participer à une démarche d'euthanasie active est affirmée, rendant caduque l'égalité des citoyens devant la mort comme celle des médecins désignés pour le faire.

Le caractère éclairé de la demande est parfois difficile à obtenir. Le souhait d'euthanasie, exprimé alors que l'on est bien portant, peut n'être parfois plus présent ou exprimé lorsque la situation concrète se présente, c'est-à-dire au moment où elle aurait pourtant le plus de raisons d'être. Quelle compétence le malade a-t-il pour juger que sa maladie est dans sa phase terminale ? Sa position ambivalente rend difficile celle des médecins qui le soignent et qui n'ont alors pas de droit à l'erreur. De par son caractère « égoïste », la demande d'euthanasie est également pénible pour l'entourage familial ou amical qui est rarement concerté dans la décision à prendre et n'a d'ailleurs aucune légitimité pour le faire. Il y a aussi une certaine perversion à demander aux parents de prendre une décision dont ils devront assumer le poids durant toute leur vie. Quel médecin est-il capable de décider du moment où les soins n'ont plus aucune efficacité ? Qui va assister ce suicide si ce n'est le médecin, interpellé parfois contre ses convictions ? Car un médecin est là pour soigner, pas pour tuer ! Par ailleurs, étant donné la fréquence des troubles psychologiques à l'origine des suicides, et celle de l'impact des médicaments et des cal-

mants sur la lucidité, comment pourrait-on être certain de la solidité et de la pérennité d'une demande d'euthanasie par le patient ?

Les conditions requises pour prescrire un traitement qui calmerait la souffrance au point d'entrainer peut-être la mort sont très strictes. Il faut exprimer un vœu de mort qui soit actualisé, ce qui est parfois difficile à obtenir, chacun de nous ayant le droit de revenir sur une décision prise quand il était bien portant. Il doit s'agir d'une maladie à l'issue inéluctable à court terme, ce qui est parfois impossible à établir. N'a-t-on pas vu certaines agonies être interminables ? Le niveau de douleur doit être intolérable, mais sur quels critères la douleur peut-elle être jugée intolérable ? L'absence de traitement efficace doit être avérée, mais tous les traitements ont-ils vraiment été essayés ? L'avis d'une commission médicale doit être demandé. Mais que vaut l'avis d'un médecin de ce collège médical quand il ne connait du malade que son dossier ? Et les difficultés et délais pour réunir cette commission n'existent-ils pas simplement pour que la décision de la cessation des soins soit si tardive qu'elle n'a plus de raison d'être ? La loi Léonetti est plutôt une loi qui élude les vrais problèmes. Elle dégage en touche en n'abordant qu'indirectement la question de l'euthanasie par le biais de la gestion de la douleur, et en laissant une trop grande responsabilité au corps médical, qui d'ailleurs souvent la refuse.

Les partisans de l'euthanasie active développent des arguments qui ne sont pas sans valeur. Ils sont nombreux à revendiquer l'euthanasie d'abord pour eux-mêmes, par refus de la souffrance, de l'agonie, de la déchéance cor-

porelle ou cognitive, ou par crainte de la mort. Ils la revendiquent en premier lieu pour des raisons d'autonomie, en rébellion, il faut bien le reconnaître, contre une loi commune d'un acharnement thérapeutique qui s'imposerait aveuglement à tous, contre ce qu'ils appellent un « tout Etat thérapeutique », cette « ultime étape de la religiosité », et qui les traite comme des enfants. Ils revendiquent le droit à une éthique individuelle et choisie qui peut être différente de celle des autres.

En réponse à un des arguments des pourfendeurs de l'euthanasie, ils posent cette question : la vie est-elle une valeur qui doit être respectée jusqu'à la pénibilité extrême et à n'importe quel prix ?

Une revendication majeure est celle du respect d'autrui à décider de sa vie, et de la continuer ou non au prix de souffrances jugées inutiles. La souffrance sans espoir de guérison est en effet dénuée de sens, sauf pour les religieux. Elle est parfois reconnue comme dégradante et il serait en conséquence légitime de vouloir sauvegarder sa dignité. Il en est de même de la déchéance accompagnant certaines vieillesses, en particulier dans des établissements d'hébergement pour vieillards. Il devient donc nécessaire de permettre à qui le souhaite une mort volontaire et douce, et de lui en donner les moyens. Au lieu d'acculer le moribond à une mort volontaire violente et exposée au risque de « ratage ». L'exercice de la liberté individuelle passe par le choix de l'heure de sa mort.

Les partisans de l'euthanasie affirment que ce n'est pas la souffrance qui donne un sens à la vie. C'est l'accomplissement de son destin personnel et la partici-

pation à un destin collectif. Passé ce moment, lorsque l'on est allongé agonisant sur un lit d'hôpital, n'est-ce pas l'exercice de cette seule liberté qui nous reste qui donne un sens à sa vie ? Et il nous appartient de « *faire de la mort un long sommeil et une délivrance, plutôt qu'une agonie, un calvaire ou une peine* ».

Contre l'argument d'une lâcheté de ce « lacher prise » survenant avant que votre heure a sonné, ils invoquent Bruno Bettelheim qui s'est lui-même donné la mort et qui disait « *Il n'y a pas de bonheur sans liberté et pas de liberté sans courage* ». La liberté n'est-elle pas de « prendre congé » quand on le décide et n'est-il pas légitime d'abréger sa vie quand la mort met du temps à venir ? Bien plus, s'il y a un certain courage, voire un héroïsme et une grande sagesse (comme le disait Sénèque) à décider de sa fin, n'y a-t-il pas au contraire une certaine lâcheté à s'accrocher à une vie qui s'en va et à redouter une mort pourtant inéluctable ? Après l'accouchement et une naissance sans douleur, ne peut-on réclamer une mort sans violence ?

Au pouvoir religieux, qui brandit les interdits des écrits sacrés, les partisans de l'euthanasie opposent leur liberté de penser et de croire ou ne pas croire, ou celle de lire les textes d'une autre façon. L'euthanasie n'est pas braver un interdit religieux dès lors que l'on ne partage pas les mêmes croyances. Tolérer l'euthanasie pour les uns n'est-ce pas faire preuve de tolérance envers l'Autre ? N'est-ce pas aussi faire preuve de tolérance à l'égard de soi-même.

Au pouvoir médical, investi de responsabilités immenses dont il ne veut d'ailleurs pas toujours, on re-

proche l'acharnement thérapeutique qui s'apparente parfois à une torture pour le malade et pour sa famille, empêchant même celle-ci de faire le deuil dans les cas de comas qu'on maintient en survie végétative. Est-ce au médecin de décider de l'instant de notre mort ? Le médecin serait-il devenu le nouveau prêtre laïc qui règne sur les problèmes éthiques de la société, depuis la procréation médicale asssistée, le droit au suicide, l'explication des raisons de la délinquance, la prescription ou non des arrêts de travail, et jusqu'au choix de l'heure de la mort ?

Au pouvoir politique, les partisans de l'euthanasie opposent que ce n'est pas de l'incivisme que de vouloir quitter la vie un peu avant l'heure et quand l'on n'a plus aucune utilité sociale. Ne faut-il pas vivre par goût plutôt que par devoir ? Ne faut-il pas également pouvoir mourir par goût autant que par devoir ? Par ailleurs, n'y a-t-il pas hypocrisie à légiférer sur l'euthanasie ? La majorité des Français et de nombreux législateurs n'y sont-ils pas favorables ? Mais ne se pratique-t-elle pas déjà « sous le manteau » et dans des conditions qui ne sont pas exemptes de danger et de risques judiciaires pour ceux qui la réalisent ? En bref, l'Etat ne devrait-il pas se limiter à régir les lois de la vie sociale, c'est-à-dire entre les hommes, non pas celle touchant à la vie privée et à sa propre mort ?

A la morale, les partisans de l'euthanasie opposent en retour la phrase d'Ambroise Bierce : « *la morale moderne du bonheur n'est que la résignation* ». Et ils citent aussi André Breton : « *le plus beau présent de la vie, c'est qu'elle vous laisse la liberté d'en sortir à votre heure* ».

On le voit, les positions des uns et des autres sont inconciliables. Les oppositions à l'euthanasie reposent sur

des arguments essentiellement éthiques fondées sur le caractère irrationnel de lois divines quand, pour les partisans de la mort douce, elles relèvent d'une inaliénable liberté individuelle, y compris face aux dieux ou à leur absence.

« Le droit à une mort digne, c'est le droit à une vie digne. Le droit à une agonie digne, c'est le droit à une fin de vie digne. Ce droit, l'homme l'a acquis au prix du plus grand effort de son existence ». Léon Schartzenberg. 1985

CHAPITRE 4

ETRE OU NE PAS ETRE
REFLEXIONS SUR LES RAISONS DE MOURIR OU D'EXISTER

UNE QUESTION QUI SE POSE A TOUS

« Etre ou ne pas être, voilà la question »
Hamlet. Shakespeare

Chacun de nous a eu, ou aura un jour, quelques raisons de penser à sa mort. Jusqu'à la provoquer. Même de façon fugace ou feinte. Au moins, et c'est la première étape de la démarche, de se poser la question du sens de sa vie.

L'adolescence est sans doute la période où cette interrogation est la plus fréquente. Nous l'avons vu, c'est en effet l'heure où les perturbations physiologiques, les changements anatomiques et la perspective parfois effrayante de l'entrée dans la vie adulte impriment dans le corps comme dans l'esprit ce vertige d'un « *abandon de la désinvolture de l'enfance* ». L'adolescent plonge dans l'amère réalité. Rien ne sera plus comme avant, le corps comme l'esprit. L'espace se rétrécit d'un coup, comme le temps. S'impose alors à l'individu sa triste condition d'homme et son irrémédiable finitude.

Parfois, cela n'est pas supportable et la dépression guette l'adolescent au détour d'un facteur déclencheur nous paraissant peut-être futile, ou lorsqu'un appel à l'aide n'a pas été entendu. Mais souvent, l'ordalie, la rébellion ou l'acte suicidaire ne sont que le signe d'une pulsion de vie extraordinaire et d'une volonté de vaincre la mort. Il y a, chez l'a-dolescent à la fois une volonté de mourir et une volonté de vivre. Il s'offre à lui, liberté absolue, la possibilité de maîtriser son destin, de vivre ou de mourir, et c'est à lui seul de choisir.

Plus tard, il devient adulte. La vie active laisse peu de temps aux méditations existentielles et seuls des évènements douloureux de l'existence ou des traumatismes psychologiques graves réactivent en lui une pulsion mortifère. La mort d'un frère ou d'un ami rappelle que la mort est possible à son âge. Le décès d'un de ses parents lui rappelle qu'il est le prochain sur la liste. A cet âge, les tentatives de suicide sont plus rares ou sont en lien avec des dérèglements psychologiques ou d'ordre psychiatrique.

Puis, vient alors le temps de la vieillesse et la pulsion de mort est réactivée. La dépression s'installe. Elle est liée à un fort sentiment de dévalorisation de soi, liée à la perte de son rôle social et au deuil d'un certain rôle familial, aux modifications irréversibles du corps que l'on constate souvent d'un seul coup. Les deuils s'accumulent. C'est le départ à la retraite, le décès des amis, le départ des enfants, la survenue des problèmes de santé, le veuvage parfois. Un bilan est à nouveau fait de la vie, avec le compte de tout ce qu'on aurait voulu faire et qui ne l'a pas été. Le temps parait plus court et s'enfuit à grande

vitesse. La tentation est alors grande d'en finir avec une vie qui semble dès lors n'offrir plus aucune perspective. La pulsion de mort s'installe peu à peu jusqu'à devenir parfois plus forte que la pulsion de vie. Mais on observe qu'un rebond survient le plus souvent, avec un but qui se redéfinit, avec l'avènement d'une deuxième vie et, avec la reconstruction d'un Soi et le constat que la transmission intergénérationnelle est peut-être un moyen de devenir immortel.

« La vie ne vaut rien, mais rien ne vaut la vie ». André Malraux

LE SUICIDE EST-IL MORAL ?

Bien qu'il semble que le suicide soit immanent à la nature humaine, le problème de sa moralité se pose. Et poser cette question, c'est déjà en partie y répondre.

La morale est la « science du bien et du mal ». Elle se veut être la science des lois naturelles et a pour but de dicter des règles de conduite universelles. Quoiqu'il en soit, cette universalité est mise à mal par le fait qu'il y a, non pas une mais des morales, lesquelles sont sculptées par les croyances, les cultures et évoluent aussi selon les époques. En réalité, toute morale se réfère à des croyances et à des normes. Celles-ci ont cependant des limites car elles sont définies et sans cesse renouvelées ou modifiées par les hommes, et elles sont tributaires de cultures qui se brassent pour s'enrichir, se détruire ou disparaitre. C'est donc à l'inverse des lois mathématiques ou physiques et des lois biologiques, lesquelles sont im-

manentes et ne sont que complétées et s'enrichissent avec l'avancée des recherches.

Cependant, à partir du moment où cette question se pose et que nous essayons d'en établir la réponse, nous sommes contraints de convoquer les avis et positions de ceux qui établissent les règles de cette morale, c'est-à-dire les responsables politiques, les scientifiques, les juristes, les clercs et les philosophes.

Les responsables politiques auraient tendance à considérer le suicide comme étant un acte immoral. A défaut des esprits, sur lesquels les lois exercent difficilement leur emprise, les corps appartiendraient en effet à la société et à ceux qui la dirigent, non à l'individu lui-même. Nul ne peut donc en disposer. Le suicide apparait irrationnel et il est ressenti comme étant un camouflet fait aux efforts que ces responsables croient déployer pour rendre la société meilleure si ce n'est parfaite. Leur position est tranchée, sans appel. Les frontières et les lois dressent leur diktat. Nul individu ne peut y échapper sauf à courir le risque de payer le prix pour qui les enfreint.

L'avis des scientifiques, des médecins ou des sociologues, est plus étayé.

On sait désormais que de nombreuses maladies du corps et de l'esprit peuvent être responsables de pulsions suicidaires, alors indépendantes ou peu dépendantes de la volonté. Certaines maladies, ou même les traitements qui sont censés les combattre, peuvent pousser voire acculer au suicide. Si bien que, acte involontaire, irréfléchi et peu controlable, le suicide ne peut alors entrer

dans le champ d'une quelconque morale. Actuellement, la science et la médecine ont plutôt tendance à refuser à l'individu une responsabilité dans le déterminisme du suicide. Pour le médecin, chacun de nos choix semble dicté par nos hormones, par nos neurones et leur dérèglement, par des substances psychoactives ou parfois par les médicaments que nous sommes amenés à prendre pour nous soigner. Y compris pour ce qui concerne les comportements addictifs comme le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue ou certains comportements alimentaires délétères.

Pour le psychiatre, parfois d'inspiration psychanalytique mais au premier chef organiciste, le geste suicidaire peut relever d'un déséquilibre entre les pulsions de vie et de mort, au profit de cette dernière. Mais il trouve d'abord ses explications dans un dysfonctionnement cérébral et un désordre des neurotransmetteurs, ce qui peut justifier un traitement pharmacologique fondé sur des arguments biochimiques. Le suicide survient donc dans un contexte organique que les traitements peuvent en partie régler. Quand cet équilibre est rompu, survient en effet l'idée suicidaire. Le suicide échappe en conséquence au champ de la morale. Il n'est ni moral ni immoral. Il demeure un fait sur lequel la société ne peut porter de jugement. Le suicide est donc considéré comme étant amoral. On peut même imaginer que légiférer sur le sujet, c'est travailler contre les lois naturelles : c'est vouloir régenter par les lois le fait suicidaire et on peut considérer cette dernière position comme étant elle-même contre-nature, donc immorale.

Pour le psychanaliste, la souffrance humaine est telle que la vie psychique, écartelée entre la pulsion de vie et la pulsion de mort implique naturellement cette tentation du suicide. On se tue par un transfert de son agressivité naturelle sur soi-même et, paradoxalement, on peut aussi se tuer par amour de soi. Le psychanaliste range le suicide parmi les conséquences d'un conflit inconscient irrésolu. Le suicide, bien que volontaire n'est donc plus un acte véritablement délibéré. Ailleurs, la tentation suicidaire et le suicide sont l'aboutissement de deuils et d'échecs non surmontés, ou bien sont le symptôme lié à l'échec des relations avec l'Autre. Le suicide se réfère, dans ce cas, à une croyance qui a ses fondements dans le bien. Même s'il peut être préjudiciable à l'individu ou à son entourage, ce suicide devient en conséquence un acte moral. En définitive, pour le médecin, le suicide échappe souvent au contrôle de la volonté. Il est des avatars de la maladie. Le suicide, en conséquence, doit échapper à tout jugement moral.

Pour le sociologue que fut Durkheim, le suicide est un fait social et la conséquence de faits sociaux. Le suicidé ne donne pas de sens à son acte. Il y consent, certes, mais en même temps il le subit. C'est la société avec ses règles qui pourrait à la limite lui donner son sens. Le sujet est dominé par son appartenance à un groupe et agit selon les règles du behaviorisme : à un stimulus particulier il y donne une réponse déjà formatée. Des travaux récents ont mis en évidence que l'agressivité est suicidaire plutôt en haut de l'échelle sociale, et qu'elle est souvent meurtrière en bas de cette échelle. L'appartenance à un groupe est donc déterminante. Le

suicide n'entrerait alors pas, là encore, dans le champ de la morale.

Dans certaines circonstances, le suicide peut cependant être l'expression d'un individualisme antisocial, ce qui le rend immoral. Mais, à contrario, il n'est parfois pas immoral quand il peut devenir pour le suicidant un véritable « devoir social ». C'est ce que l'on observe dans certaines cultures ou dans les situations particulières de sacrifice pour le bien commun. Dans ces cas exclusivement, il y a une certaine moralité dans le suicide. Cette dernière situation est illustrée par le suicide parfois oblatif des vieillards.

Globalement, pour le sociologue, l'homme n'a pas tous les choix : il est déterminé par son environnement social. Dans la mesure où le suicide résulte de choix qui découlent d'états ou de faits sociaux qui dépassent l'individu, la question de la moralité du suicide ne doit pas se poser. En effet, il n'est pas possible de porter des jugements de valeurs sur un comportement dont l'homme n'est pas entièrement le maître.

Le point de vue des clercs et des religions se situe plutôt dans le jugement de valeurs, par référence à des textes sacrés qui ne sont, à l'évidence, absolument pas universels, et dont la lecture et l'interprétation le sont moins encore.

On distingue trois étapes chronologiques des positions de l'Occident chrétien. Le temps de « *l'impitoyable malédiction et de la condamnation théologique* ». C'est l'âge d'or des clercs, d'autant qu'ils sont encouragés à le faire parce qu'ils sont inféodés au pouvoir politique ou

qu'ils en sont les partenaires voire les complices. Vient ensuite le temps de la « *froide théorisation scientifique* ». C'est l'âge des Lumières, de la prééminence des sciences et de la naissance et de l'affirmation de la primauté de l'individu, et enfin de l'avènement de la laïcité. A cet âge correspond un certain repli relatif des religions. Enfin survient le temps, compatissant voire humiliant, « *de la médicalisation psychiatrique* ». Certaines cultures où est revendiquée la théocratie, en particulier l'islam, en sont encore à la première phase. De même pour les dictatures. Les peuples qui sont sur le chemin de l'émancipation, en sont à la deuxième. Le troisième temps est celui des démocraties avancées.

Saint Thomas et Saint Augustin sont les artisans de la première période. Pour ces clercs, le suicide n'est pas naturel, il est contraire à l'amour que l'on se doit et que l'on doit à la vie qui est un don de Dieu. Le chrétien, « *c'est-à-dire naturellement tous les hommes !* », se doit d'adhérer au message universel des textes fondateurs et du Christ, donc à l'autorité des clercs qui le représentent sur Terre. Les suicides individuels sont condamnés, alors qu'est exalté le suicide oblatif des martyrs. La religion chrétienne prend, à cette époque, le contrepied des stoïciens de la période héllenistique comme il prendra plus tard le contrepied des enseignements laïcs et des explications médicales. D'une certaine façon, le christianisme est masochiste en ce sens qu'il enseigne que la vie doit être souffrance et purification pour mériter, après la mort, une vie meilleure et éternelle. Il est masochiste pour ses ouailles, assez peu pour ses clercs. La misère, la souffrance physique et la souffrance psychique sont une

volonté de Dieu, qui les a créées pour que soit méritée le salut qui en sera la récompense. Le suicide étant alors une échappatoire aux contraintes terrestres, le christianisme y voit une lâcheté, l'abandon à des pulsions « animales » (mais les animaux ne se suicident pourtant pas). Il y voit l'intervention du Diable et, aujourd'hui, celle du mauvais côté, son côté impie, de l'Homme. Pour Saint Augustin, qui confessera d'ailleurs avoir vécu la tentation du suicide, les grandes tentations de ce type sont des forces de mouvement, auxquelles il ne faut pas céder. Le suicide, en tant que bravade et rébellion, sort donc du champ des valeurs chrétiennes. Il est immoral.

Puis la deuxième période est celle de la « froide théorisation scientifique ». Les constatations médicales et sociologiques permettent d'expliquer les raisons de nombreux suicides. Il apparait alors que ceux-ci pourraient ne pas être si facilement classés parmi les actes de rébellion contre une immanence divine et qu'ils seraient indépendants d'une quelconque foi religieuse. Même si les interdits d'ordre religieux pèseront encore longtemps sur le passage à l'acte.

C'est la période de la moralité naturelle de la bourgeoise et celle de la résurgence d'une moralité stoïque, qui sont toutes deux contraires à la moralité surnaturelle chrétienne. L'individualisme est prépondérant. Le problème d'une éventuelle moralité du suicide ne se pose même plus.

La troisième période, que nous vivons, est celle à la fois d'une médicalisation forcenée du suicide, sans doute abusive, et aussi d'une revendication d'une totale liberté individuelle. Tout suicide trouve en effet, actuellement,

sa cause médicale ou psychologique. Au point que l'homme y perd un peu de son libre arbitre. C'est la période de la laïcisation du fait suicidaire. Le fait social qui était remarqué par Durkheim et ses successeurs passe même au second plan, au stade de simple contexte ou de facteur déclencheur. Le terrain génétique ou la maladie elle-même et ses conséquences deviennent la cause principale du suicide en même temps qu'ils en sont son facteur déclencheur. Certains suicides, cependant, sont reconnus comme des décisions volontaires, dont la légitimité est toute personnelle et doit en conséquence être reconnue. Bien entendu, dans ce contexte, la question de la moralité du suicide ne se pose pas. Il est hors champ de la morale. Le suicide est amoral.

Pour les philosophes, la question de la moralité du suicide est importante. L'analyse du fait suicidaire a beaucoup évolué depuis que Platon et Aristote dénonçaient le suicide comme étant une « *désertion de la cité des hommes* ». On pourrait même dire qu'il y a autant d'avis sur le suicide qu'il y a de philosophes. Caton affirme qu'« *il faut vivre tant que l'on peut, pas tant que l'on doit* ». En effet, les stoïciens pensent que la moralité exige que l'on sache « *sortir d'un théâtre quand la pièce ne vous plait plus* ». On peut admettre que l'on peut se tuer et revendiquer le choix de devenir libre de vivre ou de mourir. Le suicide est dans certains cas la voie libératrice. Le suicide reste moral s'il représente une espérance, pas le désespoir.

Pour d'autres, le suicide se situe dans le domaine du « manque ». Le suicidaire, en ce qu'il n'est pas maître de son destin, subit mais n'agit pas. Son comportement n'est

donc pas un acte, il n'est pas humain. Dans ce cas, le suicide est immoral.

Nos temps post-modernes ne parlent plus de morale. Ils emploient le mot « éthique ». Cette hypocrisie sémantique permet de déshabiller le geste suicidaire de sa connotation normative, au moment où parler de morale serait vécu comme une atteinte aux libertés individuelles.

LE SUICIDE ET LE PHILOSOPHE

« On se tue jamais que pour exister »
André Malraux

Et pour Albert Camus, « *il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide. Une raison de vivre est en même temps une excellente raison de mourir. Je juge donc que le sens de la vie est la plus pressante des questions* ».

Le suicide amène à se poser de multiples questions (ce qui est le fondement même de la philosophie) auxquelles certains philosophes cherchent à apporter des bribes de réponse (ce qui est souvent une gageure).

Le suicide est-il un problème ?

Pour le sociologue, le suicide est un problème en ce sens qu'il interroge violemment une société qui le génère.

Pour le corps médical, il est également problématique car le soignant doit supporter, sans disposer des

moyens pour le faire, la prise en charge d'un nombre croissant de suicidants.

Pour les religieux, il l'est aussi car cet affranchissement des lois divines menace un système de valeurs qui est leur fonds de commerce.

Pour les pouvoirs politiques, il en est de même car le suicide des citoyens est la plus bruyante façon de pointer du doigt l'échec de leur façon de gouverner les hommes.

Pour le philosophe, au contraire, le suicide n'est pas un problème. Le suicide et « l'envie de suicide » ne sont qu'une question fondamentale ou, plutôt, soulèvent une multitude de questions sur le sens de la vie, dont le suicide est choisi par certains comme une des réponses légitimes.

La tentation suicidaire ne pose que des interrogations. Il n'y a sans doute pas de réponse à celle que se pose Hamlet « *Etre ou pas être* ». L'homme adulte est le seul être conscient de devoir mourir un jour. Il est le seul des créatures vivantes à savoir qu'il n'est pas éternel, nous dit Voltaire. Il est le seul être vivant capable d'anticiper et de concevoir sa mort, c'est-à-dire sa disparition définitive. Après l'être, le « plus être », la fatalité d'être opposée à celle du néant !

Le suicide est-il un acte ? Et, si oui, un acte meutrier ?

Si le suicide procède d'une décision consciente d'un homme qui décide ainsi de sa destinée, il est assurément un acte. Par définition.

La vie est faite d'actes et de non-actes. Vivre dans l'insouciance et sans interrogations existentielles peut

être qualifiée de non-acte. Certains suicides, quand ils procèdent d'une pulsion d'origine médicale ou médicamenteuse, échappent au contrôle de l'individu. Ils ne sont donc pas des actes.

Mais, le plus souvent, c'est la possibilité permanente du suicide qui rend la vie tout entière volontaire. André Comte Sponville nous enseigne que « *Qui s'interdit le suicide fait de sa vie une fatalité, qui y consent en fait un acte* ». Vivre est si facile quand on vit dans l'insouscience que l'on peut vivre souvent sans y penser et le plus souvent sans effort. On en fait les gestes machinalement et, chez beaucoup d'entre nous, l'esprit reste ainsi en sommeil. On peut dire dès lors que, dans ce cas, vivre n'est pas un acte. Par contre, c'est penser à la possibilité du suicide et choisir de vivre ou de mourir qui transforment le choix de vivre ou celui du suicide en un acte. Par contre, l'idée du suicide n'est pas toujours un acte, car le suicide se prépare très souvent en silence, sournoisement, sans même que l'individu en ait au début une pleine connaissance. Ce n'est que lorsqu'il commence à penser et à imaginer son suicide que l'individu commet un acte et qu'il commence à mourir.

Lacan nous dit que le suicide est un acte s'il est « réussi », et que c'est le seul acte humain qui puisse réussir son « ratage ». En effet, si vous êtes mort, vous ne pouvez plus rien dire, si vous êtes vivant, vous n'êtes pas suicidé.

Certains autres voient le suicide comme un acte négatif en cela qu'il est la négation de la vie, elle-même étant conçue comme un fait positif et tangible.

Le suicide a-t-il un sens ?

Le sens de la vie est la plus importante des questions que se pose l'Homme. Dans le mot « mort volontaire » il y a le mot « vouloir ». C'est-à-dire que le suicide est un fait volontaire. Tout acte humain aurait un sens. Même lorsqu'il reste caché ou méconnu par celui là même qui le commet. Cependant, on peut se poser la question de l'appartenance à nous-mêmes de notre volonté. Celle-ci nous appartient-elle ou n'est-elle qu'une manifestation biologique de notre cerveau ? Nous connaissons l'effet de certains neurotransmetteurs, de certaines drogues ou médicaments, ou de certaines lésions cérébrales, qui modifient malgré nous notre volonté. Dans ce cas, quel sens donner à la réalisation physique d'un suicide, un « acte suicidaire » dont la commande psychique nous échapperait ?

La majorité des suicides ou des tentatives de suicide ne sont pas les conséquences isolées d'une situation de détresse, laquelle n'en est que le facteur déclencheur. La pensée du suicide, non toujours suivie de son accomplissement, appartiennent à l'ontologie de l'Homme, lequel est équipé pour réfléchir sans cesse au sens de sa vie et à son droit de la vivre ou de s'en absoudre par le choix de la mort.

Dans certaines situations, le suicide se présente ou est revendiqué comme la réponse à un non-sens de la vie. Le suicide a donc, par là-même, un sens.

Mais la question n'est-elle pas, plutôt, celle du sens de la vie ? Peut-on douter que les suicidants se soient

posé cette question du sens ou de l'absurdité de la vie plutôt que celle du sens de leur mort ?

Juger du sens ou du non sens de la vie, plutôt qu'à celui de la mort, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie.

Le suicide est-il rationnel ou déraisonnable ?

Le suicide n'étant jamais complètement intelligible, pour qui le commet ou pour qui l'observe, serait-il donc en cela irrationnel ?

Face à un monde qui n'est pour lui pas raisonnable, le suicide apparait au suicidant comme étant rationnel, en ce sens qu'il permet d'éviter ce qu'il n'est pas capable de supporter, « *c'est l'antalgique physique et psychologique souverain et définitif* ». Peut-on dire, dans ces conditions que le suicide soit déraisonnable ? Après un tel questionnement, s'il est volontaire, il relève de la raison, il est donc un acte raisonnable car, pour l'individu, il est raisonné. S'il est effectué en dehors du champ de la conscience, mais est-ce alors un suicide car n'étant pas volontaire, il devient déraisonnable.

Selon certains, le suicide s'apparente à une perte de sens, à un renoncement ou à une impuissance à trouver du sens à sa vie et à ce qui advient. La pulsion de mort prend le pas sur la pulsion de vie. La dynamique de la vie s'interrompt. Il n'y a pas de sens dans la mort, puisque la mort ouvre la porte sur le néant, sur la fin de tout.

De toute façon, la question du sens du suicide n'est que spéculation. Malgré d'éventuels écrits qu'il laisse

derrière lui, tout suicidé emporte en réalité avec lui son secret. Avec lui « *meurt la vérité de son geste* ».

Alors, le suicide est-il absurde ?

Le suicide est-il plus absurde que certaines vies ? Ou que certaines morts naturelles ?

Il y a parfois quelque chose de dérisoire et de pathétique dans l'attachement que certains hommes portent à se maintenir en vie. C'est sans doute que nous avons « *l'habitude de vivre avant que de penser* ».Quand on réfléchit bien, la tentation suicidaire est consubstantielle à la nature humaine. Tout être humain a pensé au moins une fois à mourir. Alors peut-il y avoir absurdité dans un comportement ou une pensée aussi universelle ?

Le destin de l'être étant de finir dans l'oubli et dans le néant, n'y a-t-il pas au contraire une certaine absurdité de la vie puisqu'elle se termine par la mort ? La mort n'est-elle pas elle-même absurde puisqu'elle est totalement gratuite ? Elle est un pas dans le rien, elle n'est rien. Point final à quelque chose, elle est stérile puisque sur elle rien ne peut pousser. Elle est vide de tout et elle ne sert à rien, sauf à mettre un point final à la vie. Comme la vie peut être parfois également stérile, au moins être perçue comme telle. Le suicidant répond à cette interrogation en mourant de façon prématurée, par un refus que « *son corps recule devant la volonté d'anéantissement par l'esprit* ». Comme le dit Heidegger, « *la condition humaine est humiliée* » par l'absurdité de la vie qui en fait quelque chose d'absurde en raison de sa

finitude. Cela pourrait donc justifier le suicide, qui serait alors tout sauf une absurdité.

La vie avant le suicide est-elle absurde ? C'est sans doute l'avis du suicidé qui la quitte sans regret. Les regrets sont ceux que l'on pourrait avoir après. Mais de regret, il ne peut y en avoir car il n'y a pas d'après : le sujet est mort. Si l'on considère que la vie est absurde, le suicidant reste donc « *logique jusqu'au bout* ».

La mort par suicide est-elle aussi absurde que la mort dite naturelle ? Toute vie finit par la mort, tôt ou plus tard. Le moyen et l'heure de la mort n'y change rien : le résultat est le même. La seule chose qui change est que le suicidé en a fait le choix.

Le suicide et la notion de liberté !

Dans ses Essais, Montaigne proclame, en contravention avec le fait normalement admis à son époque, « *la vie dépend de la volonté d'autrui mais la mort dépend de la nôtre. Je m'appartiens* ».

Pour les stoïciens qu'étaient Sénèque, Epictète ou Marc Aurèle, le suicide est « *le dernier sursaut d'une liberté menacée par des forces extérieures incontrôlables* ». La mort subie est en effet le propre de l'animalité. A leur époque, c'est celle des esclaves.

Un philosophe a dit que « *le suicide, comme la folie, marque les limites de la liberté humaine* ». En effet, la folie ne nous donne-t-elle pas, quand elle nous absoud des contingences de la vie ordinaire, une liberté extraordinaire ?

Un autre affirme que le suicide ne peut être une libération puisqu'elle conduit au non-être. Mais, au contraire, « *nous ne pouvons donner notre adhésion à l'être que si nous sommes capables de donner notre congé à l'être* ». La tentation puis la réalisation du suicide sont donc l'expression d'une liberté totale. Même si, pour certain, le suicide « *est un chemin de la liberté qui s'égare* ».

Voilà pourquoi Camus pense que le suicide est au centre des questionnements de l'espèce humaine. Le suicide serait ainsi la forme suprême de la liberté. Choisir de vivre ou de mourir, de devancer son heure, de s'affranchir de son destin, d'être ou de ne plus être.

Si l'on considère que le suicide n'est pas une pathologie, si on évite de médicaliser et psychiatriser le suicide, les suicides, tous les suicides, on doit admettre que le suicide dépend de la décision de l'individu. En se tuant, il fait la preuve de sa liberté. Si on ne choisit pas d'être né, on peut choisir par contre de ne plus vivre. Le suicide appartient à l'homme libre. Sa vie n'est libre « *que si la mort est libre* ». Sinon, elle n'est qu'une suite d'aliénations. Et, selon Hegel, c'est en acceptant l'éventualité du suicide et de sa mort, et en risquant même sa vie, que l'homme conquiert sa liberté.

Cependant, une question reste en suspens. Votre pensée vous appartient-elle ou bien appartenez-vous à votre pensée. Cette interrogation demeure irrésolue depuis que les avancées scientifiques en neurobiologie et en sciences cognitives mettent en évidence un support biologique à tout, y compris à la pensée et sans doute à l'âme.

Il existe en outre un paradoxe. Celui-ci réside dans le fait que, quand il affirme sa liberté, le suicidé la perd alors de façon définitive au moment où il meurt. La liberté dont on fait preuve en se tuant est donc éphémère puisqu'en mourant, on n'est plus « *ni libre ni plus libre* », on n'est plus rien. Cette liberté ultime et éphémère n'en est que plus exceptionnelle et respectable. Nous devons avoir le respect du suicidant et de son acte en ce sens qu'il est souvent, si ce n'est un acte de désespoir, un acte de totale liberté. Et comprendre et respecter son acte n'est, bien entendu, pas faire l'apologie du suicide.

Le geste suicidaire est-il indigne ?

Dans la mesure où le suicide est conforme au système de valeurs de l'individu, à son « éthique » personnelle, on peut affirmer que son suicide est « digne. » Pour certains, c'est même le suicide qui est le dernier recours pour sauvegarder sa dignité : il y a toute dignité à revendiquer parfois sa liberté et à la mettre en œuvre. C'est ce qui nous différencie de l'animal. Si Emmanuel Kant pensait le suicide indigne car il estimait « *qu'il est indigne pour un humain de céder à ses pulsions* », il n'a pas oublié de considérer que le suicide n'est pas toujours pulsionnel mais qu'il peut être le fruit d'une longue préparation en pleine possession de ses moyens. A l'inverse, Albert Camus, en estimant que la possibilité du suicide est le propre de l'homme, trouve dans le suicide une attitude assurément digne.

Un des arguments des défenseurs de la liberté pour chacun de penser et provoquer sa mort est que, pour eux, la société est paradoxale et ne montre pas

l'exemple. Dans son fonctionnement quotidien, afin de garantir sa cohésion propre, elle ne cesse de bafouer partout notre dignité d'homme alors qu'elle n'a, dans le même temps, aucun scrupule à dénoncer le suicide au prétexte qu'il serait indigne de l'homme.

Le suicide est-il un acte meurtrier ?

Tuer autrui est un meurtre, quelqu'en soient les motifs, en temps de paix comme, mais un peu moins, en temps de guerre. Mais se tuer soi-même ? Si l'on considère que notre corps nous appartient, que nous sommes « Lui », le tuer n'est pas une atteinte à un tiers. Le suicide n'est pas un meurtre.

Dans le cas particulier du suicide des psychotiques, qui tue leur autre Soi-même, leur double maléfique, un être virtuel et non incarné, peut-on encore considérer qu'il s'agit d'un meurtre ? D'un meurtre virtuel ?

Le suicide opposé à la vie !

Pour nombre des philosophes qui affranchissent leur réflexion de toute considération religieuse, « *La vie est le bien essentiel puisqu'elle est la condition de tous les autres* ». Se tuer serait donc tout abandonner. Tandis que pour d'autres, et les philosophes d'inspiration religieuse en particulier, la vie n'est pas le souverain bien car il y a des valeurs qui lui sont supérieures. Paradoxalement, ce sont ceux là même qui condamnent le plus fortement le suicide !

Le suicide serait-elle donc la trahison de la vie ? Epicure professe que la vie est bonne et elle seule. Le

moindre plaisir doit guérir l'envie de la quitter et les bonnes raisons de le faire ne sont pas nombreuses. De la même façon, Guilinger estime tout suicide tragique car il porte en lui « *le secret de l'irrémédiable* ». Le suicide serait une défaite de la vie et n'est donc philosophiquement pas acceptable ? Et le suicide fascine car, dans la détermination du suicide, « *combien le bénéfice espéré dans la mort doit-il être grand pour qu'on la préfère aux plaisirs de la vie* » ?

En réalité, dans le suicide, ce n'est le plus souvent pas la vie que l'on refuse, c'est le déshonneur, le rejet par l'Autre, la vieillesse, l'isolement, la dépendance, l'horreur de la maladie et des souffrances, la perte de son intégrité psychique et l'agonie. Ailleurs, c'est lorsque la vie ne vaut plus la peine d'être vécue parce que la balance des pertes et des plaisirs est devenue négative.

Pour certains, combien la vie doit-elle être lourde à porter pour qu'on lui préfère la mort ? D'autres, encore, pensent que ce n'est pas la mort que l'on choisit, car elle est inéluctable, à un moment ou à un autre, on choisit seulement son moyen et son heure. Le suicidaire ne meurt d'ailleurs pas davantage que les autres, ni plus tôt. Il meurt simplement de façon différente et au moment de son choix. Il « meurt sans doute mieux ».

Avec l'avancée en âge, le rétrécissement du temps qui nous reste à vivre rend la vie à la fois plus importante mais aussi sa durée plus contingente. La qualité de la vie prend de l'importance. L'idée que le suicide est possible permet de supporter ce qui est insupportable, la solitude, la déchéance, le deuil impossible ou la douleur. Sa perspective peut aider à vivre.

Spinoza pensait que le suicide était toujours un acte négatif, dicté par la déception et destiné à se libérer de la crainte et de l'espoir. Sauf dans de rares exceptions. A l'opposé, l'on estime maintenant que le suicide procède le plus souvent d'un amour désespéré de la vie, mais d'une vie différente, plutôt que d'un amour de la mort. Même en dehors de toute croyance religieuse. Le suicide peut être compris come un geste positif.

Enfin, Landsberg nous dit qu'il faut souvent beaucoup plus de courage pour se suicider alors qu'il n'en faut que peu pour continuer à vivre. Si l'on y réfléchit, il ne faut effectivement le plus souvent pas d'effort pour vivre, quand il en faut souvent pour se tuer.

Le suicide est-il utile ?

Une autre question est de savoir pour qui cette question pourrait être utile.

Pour l'individu, certainement. Dès lors qu'il a exploré toutes les solutions pour justifier qu'il reste en vie, qu'il a supporté toutes les souffrances dont il est capable, qu'il a échoué dans toutes les tentatives pour obtenir des autres une aide efficace, la mort devient la seule solution qui lui reste à explorer. Il mourra guéri. La mort peut être aussi le refus de l'échec. Mais en réalité, la vie ne finit-elle toujours par son échec, c'est-à-dire par la mort, même dans les entreprises les plus merveilleuses ou admirables ?

Pour la société qui entoure le suicidé, le suicide peut être utile si l'on considère qu'il interpelle les vivants sur la fragilité de l'existence, qu'il les amène à s'interroger sur les contraintes qui sont faites à l'Homme, et qu'il les

pousse à se rebeller contre sa mort inéluctable. A l'inverse des morts attendues et naturelles, le suicide d'un membre de la communauté des hommes leur rappelle qu'ils sont mortels et que l'on doit aussi accepter sa mort, sans nécessairement la vouloir ou l'espérer. Que la question du suicide est une question qu'ils doivent se poser s'ils veulent choisir de vivre. Le suicide peut également être utile dans les suicides oblatifs ou expiatoires, suicides effectués en conformité avec les lois sociales et culturelles du moment (le suicide de Socrate et celui des soldats ou des martyrs).

Mais le suicide reste-t-il utile quand l'homme se jette dans la mort, c'est-à-dire quand il se tue au cours d'un raptus anxieux ou psychotique, sans qu'ait pu être mis en œuvre tous les moyens de lui montrer d'apparentes raisons de continuer à vivre. Quand, lors d'un syndrome dépressif non ou mal traité, la mort est considérée comme le seul remède. Il devient utile s'il parvient à interroger ceux qui restent sur leur responsabilité éventuelle dans cette mort volontaire.

Dans ces conditions, le suicide peut-il être une victoire ? La réponse reste personnelle. Pour Hemingway, qui se suicida, « *un homme ne peut être vaincu, il peut seulement être détruit. Le suicidé proteste* ».

Quant à Jean Améry, si « *le meurtrier triomphe en survivant à sa victime, le suicidé ne triomphe de rien ni de personne. Il ne se survit pas* ». Mais si, à cette question d'un suicide victorieux, les positions théologique, scientifique et médicale sur le suicide répondent toutes par la négative, la plupart des philosophes répondent, quant à eux, par l'affirmative.

Pour les uns, on le voit, le suicide est une défaite personnelle. L'individu cède à des puissances plus fortes que lui, il n'est qu'un vaincu. Ne voyant ou ne trouvant pas d'issue devant une situation qui l'agresse, il est contraint à la mort. Pour d'autres, le suicide est une défaite de la société. La défaite d'une société ne donnant pas à ses enfants les raisons d'aimer la vie et la défaite d'une société n'ayant pas non plus entendu les appels à l'aide.

Pour d'autres, parce que la vie est le bien le plus précieux, le suicidant appelle à la rébellion en choisissant sa mort. Son geste est une victoire contre le destin de l'homme. Albert Camus a magnifié l'homme révolté, qui refuse la résignation. Mourir n'est rien puisque nous y sommes tous contraint. Le choix de mourir rend libre. C'est une victoire sur le destin.

Ainsi, le suicide appartient à la réflexion ontologique de l'Homme. Il est vain, et certainement injuste, de dénier à chacun le droit à une conclusion différente de celle d'un autre à cette question d'être ou ne pas être. Tout peut être dit en réponse à cette question. La réponse reste individuelle. C'est pourquoi cette question est à la limite inutile et sa réponse, toujours personnelle, ne peut donc servir à rien pour autrui.

LE SUICIDE ET LE SOCIOLOGUE

Nous savons que, depuis Durkheim, il existe une théorie sociale du suicide.

La dimension sociale est indéniable, tant pour expliquer la pensée du suicide et l'acte suicidaire que pour en analyser les conséquences. Mais, pour le sociologue,

l'étude sociologique des faits entourant du suicide ne permet pas réellement d'en définir les causes. Dans un contexte suicidaire de causes variées, la société crée surtout des facteurs déclencheurs.

L'étude sociologique du suicide repose sur des données statistiques prouvant que le suicide est un fait social qui est déterminé par des faits sociaux. Mais le sociologue n'exclue cependant pas, au contraire, l'importance de déterminants indiduels. Selon RK Merton, c'est surtout la « *réaction personnelle du sujet face à la situation sociale où il se trouve* ». C'est une « *affaire de perception de sa perception* », un état caractérisé par « *l'écart sensible entre les normes et les buts culturels, d'une part et, d'autre part, par les possibilités que la société offre à son membre d'agir en conformité avec ces normes* ».

Certains développent le concept de pathologie sociale. Le suicide serait ainsi un comportement déviant qui menace le système des valeurs humanistes, culturelles et sociales, et qui met en péril la stabilité des normes sociales, lesquelles sont constituées d'interdits et d'obligations permettant de vivre ensemble. En pratique, c'est ce que l'on observe. Mais on s'aperçoit aussi que cette conception refuse la légitimité de l'individu à s'absoudre de ces obligations sociales.

Une autre approche est plutôt psychosociale, prenant en compte le ressenti personnel de l'individu face à des contraintes sociales qu'il considère comme une agression contre lui-même. L'aliénation, l'exclusion sociale, la misère, la souffrance psychologique et l'absence de perspectives d'amélioration sont en effet de forts déterminents de la pulsion suicidaire.

Pour le sociologue, en tout état de cause, le suicide reste la conséquence d'un dysfonctionnement social. Le suicide représente souvent la conclusion d'un appauvrissement des capacités d'adaptation du sujet, c'est le suicide anomique. Cette connaissance des faits sociaux, en ce qu'ils précisent l'environnement du suicide, devient déterminante dans la mise en place de programmes de prévention.

SUICIDE, RELIGION ET CULTURE

Au travers des époques successives et d'un pays à l'autre, la culture a profondément influé sur la conception et la pratique du suicide, sur sa perception et sa légimisation, et enfin sur son acceptation par la société.

La culture est cet ensemble de valeurs liés à l'histoire, aux coutumes et aux croyances, y compris et surtout mythiques et religieuses, qui traversent la société et qui se perpétuent, plus ou moins déformées, de génération en génération.

C'est ainsi que la culture influe beaucoup sur l'acceptabilité par les populations des situations de souffrance morale ou physique, et sur les capacités des individus à les affronter.

A côté de la civilisation européenne, étendue au continent américain moderne, il existe d'autres cultures dominantes sur chacun des continents.

Dans les pays du Maghreb, par exemple, les fréquents soubresauts politiques ont souvent mis le suicide au second plan, derrière les efforts effectués pour la sur-

vie et après les soucis créés par les fréquentes violences homicides liés aux turbulences politiques. Cela donne raison aux théories durkheimiennes où la tentation du suicide baisse en effet durant les périodes de conflit. Survivre devient la priorité et se suicider devient une préoccupation accessoire.

Malgré des apparences de liberté qui ne trompent personne, l'islam et la loi coranique exercent, sur les esprits, une influence telle qu'ils s'imposent de façon régalienne. A vocation actuellement théocratique, ou au moins de religion d'état, l'islam ferait en effet obligation de respecter la vie humaine ! Celle des « croyants » essentiellement, naturellement, non celle des impies. La lecture des textes sacrés montre en effet que la vie des infidèles a beaucoup moins d'importance. L'islam est hégémonique et il est même écrit, dans plusieurs sourates, que le croyant a vocation de tuer l'infidèle, seul moyen évoqué d'étendre l'influence de sa religion. Le suicide du musulman y est par contre condamné et le suicidé encourt la damnation éternelle. Enfreindre cette loi l'expose à endurer, pendant l'éternité, la douleur et le supplice d'un suicide perpétuel. Seul est magnifié le suicide des martyrs dans le cadre du djihad. Le martyr se voit alors promis à une vie éternelle de plaisirs.

L'islam est en réalité l'objet de plusieurs lectures. Ainsi, Kardaoui, théologien de l'islam moderne, rappelle ainsi qu'Allah interdit le suicide comme l'assassinat, sauf motif valable (!). Comme la soumission à la divinité est un des principes de l'islam, le musulman ne peut quitter la vie volontairement, pour quelque motif que ce soit, car son geste serait un geste de rébellion contre la puissance

divine. En terre d'islam, la vie n'appartient pas à l'individu mais à Dieu seul, et nul ne peut en conséquence en disposer lui-même. Il en sera d'ailleurs de même pour les autres religions révélées, où l'interdit religieux joue aussi son rôle, donnant alors raison à Emile Durkheim qui met cet interdit au même niveau que les solidarités sociales, claniques et familiales.

Par ailleurs, dans les pays du Maghreb, même durant les phases de dépression nerveuse, le sentiment de culpabilité du sujet est peu marqué. Et les malaises existentiels sont plutôt somatisés. Les pathologies de conversion, l'hypocondrie et les pathologies délirantes interprétatives ou de persécution sont fréquentes et sont un moyen admis d'expression de sa souffrance. Ainsi, l'individu pourrait-il se protèger contre le passage à l'acte.

On observe que, avec l'industrialisation et l'adoption du modèle économique occidental, il se produit dans ces pays situés hors de la culture judéo-chrétienne, une montée de l'individualisme et une acculturation qui transforment les relations familiales et sociales. Cette désintégration relative met alors à mal les protections contre le suicide. On observe en conséquence que le taux des suicides augmente dans ces pays pourtant très religieux. Il se produit un découplage entre les comportements des individus et leur pratique religieuse. Comme le tabou sur le suicide est également levé, cela conduit aussi à une augmentation de l'incidence du suicide.

Le profil des suicidants musulmans tend ainsi à se rapprocher lentement de celui des pays occidentaux. Dans ces pays à la démographie particulièrement jeune,

le suicide touche plutôt les femmes, les adolescents et les moins de 25 ans (70%) alors que les suicides des vieillards ne représentent qu'à peine 1% du nombre des suicides.

Malgré la force de l'interdit religieux islamique, le suicide devient de mieux en mieux accepté lorsqu'il est le fait d'un trouble psychiatrique. Les funérailles religieuses du suicidé sont désormais tolérées.

En Afrique Noire, c'est-à-dire sub-saharienne, et hors l'islam dont l'influence y est de plus en plus présente, l'animisme considère que la mort naturelle s'inscrit dans une continuité avec la vie. La mort est en réalité un « départ ». Le mot « suicide » reste donc tabou car : « *il constitue une rupture dans la continuité du lignage* » (Raymond Fourastié).

A l'origine, le suicide y était plutôt motivé par la misère et des difficultés matérielles insupportables et la conclusion, pour les femmes, d'une stérilité empêchant d'accomplir leur rôle de femme. La pendaison était alors le moyen choisi privilégié.

Là aussi, depuis l'adoption du modèle économique occidental, on assiste à une montée de la fréquence de la dépression et des psychopathologies. Dans les villes, on observe une difficulté à s'adapter aux nouveaux modes de vie et à la désintégration du modèle tribal antérieur. La conséquence en est la montée des violences en général, mais aussi de la violence contre soi-même.

En raison de la tradition animiste, philosophique et pudique de ces populations, il existe une clinique spécifique du suicide africain. Il en résulte, par exemple, un

non-dit quant à la préparation du suicide et à l'intentionalité du geste. La prévention en est d'autant plus difficile.

Le métissage, en Afrique comme en France, pose le problème du choix de la culture ancestrale par l'enfant : celle du père ou celle de la mère. Un deuil culturel est donc nécessaire, lequel doit, quelque soit le choix qui est fait, être accepté aussi par l'entourage. Lorsque l'intégration de l'enfant est un échec, on parle alors du choix d'une « identité négative » en ce sens que le métis est contraint d'adopter, pour s'affirmer, une attitude plutôt radicale en faveur de l'une ou l'autre de ces deux cultures, avec les souffrances que cela suppose et le travail psychologique qui doit être réalisé. La pratique du suicide en devient, par là même, différente.

En Asie, les cultures sont fortement imprégnées de bouddhisme. Là aussi, la mort n'est pas redoutée car elle fait partie inhérente du cycle de la vie.

Bouddha lui-même se serait suicidé au terme d'une vie accomplie. Dans ces pays, le suicide est regardé comme une mort prématurée si le karma n'est pas encore accompli. Le suicide n'est condamné ou condamnable que si sa vie n'est pas aboutie ni perfectible. Précipiter sa mort est dommageable à l'individu car nul ne sait si sa vie future sera meilleure que celle qu'il quitte. Son geste est également dommageable pour l'entourage, sa famille, ainsi que pour la société toute entière qui perd alors l'un de ses bras. Mais parfois, le suicide est un acte protestaire ou politique, comme ce fut le cas à plusieurs

reprises lors de l'immolation par le feu de bonzes tibétains face à l'occupation chinoise du Tibet.

En Chine, coexistent le confucianisme et le taoïsme. Pour ce dernier, le suicide est un aboutissement de l'initiation spirituelle de l'individu. Par son geste, et par le choix de la date et du moyen pour mourir, celui-ci exprime sa liberté. Paradoxalement, en se suicidant, le suicidé s'offre l'immortalité.

Quant à lui, mais seulement dans certains cas, le confucianisme érige le suicide en devoir moral. L'homme et le guerrier peuvent ainsi se suicider par loyauté au chef et à la dynastie. Et la femme peut se tuer par fidélité morale et matérielle à son époux. Actuellement, le suicide est toléré dans les cas de détresse matérielle ou physique, voire morale. S'il reste légitime lorsque sa motivation a une dimension sociale, il est discutable lorsqu'il s'agit d'un suicide « égoïste » c'est-à-dire motivé par de seules considérations personnelles.

En Asie du Sud et dans les Philippines, où différentes religions coexistent, le suicide est très fréquent. Il est surtout le fait des femmes (60%) et reste peu fréquent chez les personnes âgées. La pendaison serait le moyen privilégié. En bref, le suicide n'y est pas condamné. Il apparait au contraire légitime car il est souvent la conséquence d'une douleur physique ou morale jugée insupportable ou l'aboutissement de situations sociales difficiles telles les conflits conjugaux ou la perte d'un enfant. Malgré cela, le suicide est perçu tout de même comme étant un acte irrationnel et malheureux, et souvent facilité par l'intervention d'esprits malveillants auxquels il n'est pas possible de résister.

Chez les Inuits, petit peuple en voie d'extinction, le taux de suicide a considérablement augmenté durant ces 20 dernières années, surtout aux dépens des jeunes, pour atteindre onze fois le niveau moyen des suicides répertoriés au Québec. Malgré le fait que les Inuits ont gardé un mode de vie ancestral et protecteur dans les petits villages, les facteurs qui expliquent cette progression sont peut-être la perte des repères sociaux et une acculturation difficile, l'adoption des modes de vie de la civilisation occidentale restant difficile.

Avec la politique d'aide aux personnes âgées, le suicide des vieillards inuits a disparu. Il s'agissait auparavant, contrairement à ce que l'on croit, plus souvent d'une euthanasie par coup de fusil ou par strangulation, qu'un abandon sur la banquise aux dents des ours blancs ou des épaulards.

Le judaïsme érige l'amour de la vie en valeur suprême, mais le meurtre de l'ennemi reste autorisé. Parallèlement, il met en avant la sauvegarde de la dignité humaine. Pour cette raison, Bible et Thora interdisent le suicide.

Dans le Talmud, livre de référence pour aider à la compréhension de la Bible, il est dit que la vie est la propriété de Dieu et que nul ne peut en disposer hors Dieu lui-même. Se suicider est donc un meurtre et ce serait disposer de la propriété de Dieu, ce qui n'est même pas concevable. Comment un homme serait-il capable d'évaluer lui-même le sens de sa vie et comment serait-il

en mesure de trouver des arguments pour mettre un terme à celle-ci ? Il s'agit donc d'une position assez fataliste. Dans ces conditions, on comprend que le Code Civil juif n'autorise pas les funérailles religieuses du suicidé, ni les pleurs ou l'expression ostensible d'une affliction par la famille et par les proches.

Une exception est faite pour les suicides effectués de façon inconsciente c'est-à-dire dans un moment de raptus psychotique ou anxieux, ainsi que chez l'aliéné qui ne dispose pas des moyens de discernement. Exception est également faite pour le suicide oblatif des soldats et des martyrs.

Si les textes religieux disent que, pour un juif, « *Tuer un homme c'est tuer l'Univers tout entier* », cela n'empêche nullement, par contre, de disposer de la vie d'autrui en le massacrant, comme le mentionnent les textes anciens relatifs à l'installation d'Israël sur la Terre promise. Et comme le prouve la guerre sournoise menée actuellement pour s'y maintenir.

Chez les chrétiens, il existe encore aujourd'hui un interdit religieux du suicide. Auparavant, l'Eglise condamnait le suicide de façon hésitante. Avec Saint-Augustin, la condamnation devient totale et le suicidé promis à une condamnation éternelle, sa famille montrée du doigt quand elle n'est pas spoliée. La condamnation du suicide sera ultérieurement adoucie par certaines circonstances atténuantes telles l'acte commis dans un contexte psychiatrique ou lorsqu'il est mû par certaines situations physiques particulières. Se tuer reste actuellement un

geste incompris si ce n'est condamnable. On observe cependant une certaine compassion pour certains suicides de type anomique. Actuellement, le suicidé garde la possibilité d'être enterré en terre chrétienne.

En conclusion, les grandes religions révélées, prônant une divinité unique et obligatoire, proposent pour chaque homme un sens à sa vie, qui correspond à un dessein de Dieu lui-même. Tenter de s'en absoudre devient une démarche impie, lâche et sacrilège. Se suicider, c'est exercer une liberté hors de l'espace de liberté que permet la religion, donc qu'autorise Dieu. Cette conception s'étendra rapidement à la liberté individuelle permise, ou plutôt limitée par les pouvoirs temporels dès lors que les religions se feront religions d'Etat ou y feront allégeance. L'arrivée récente de la laïcité a facilité grandement l'acceptabilité sociale du suicide.

Les organisations sociales, fortement dépendantes des cultures, influent sur le suicide. Jouent essentiellement ces facteurs d'intégration sociale qu'a décrite Durkheim. Cela expliquerait l'augmentation du nombre des suicides dans des sociétés qui en étaient relativement protégées, tandis que l'industrialisation ou l'adoption du modèle économique occidental remettent actuellement en question et bouleversent les modes de vie antérieurs.

L'importance des coutumes et des pathologies sociales ou psychiatriques dans la survenue des suicides se constate surtout par une clinique particulière du suicide propre à chaque culture ou pays.

L'acculturation est un facteur important de suicide, et une intégration rapide et réussie est un mode efficace de prévention.

Les médias sont des lieux d'influence qui jouent un rôle important dans la confrontation de la société civile avec la violence, y compris quand l'individu l'exerce contre lui-même. Le suicide est une violence, les raisons d'un suicide sont des raisons violentes. A trop parler de violence on la « *banalise, on la démystifie, on en fait un fait général, on semble parfois la valider* ». Et des esprits fragiles peuvent être tentés d'y adhérer et d'en devenir les victimes.

En tout état de cause, l'étalage presqu'exclusif de la violence et de la mort crée aujourd'hui une ambiance très anxiogène et mortifère dans la société. Cela est aggravé par ces jeux vidéo qui banalisent la mort et la rendent irréelle, réservée aux autres.

Les médias devraient songer à la place privilégiée qu'ils pourraient occuper dans la prévention du suicide, bien en amont des quelques initiatives actuellement prises par les professionnels et les pouvoirs publics.

LE SUICIDE ET LA MEDECINE

« En médicalisant le suicide, on déculpabilise le suicidaire mais surtout la société toute entière »

En Occident, le suicide était autrefois considéré comme un péché et un acte d'incivisme. Aussi, c'est avec

violence que le suicidant comme la famille du suicidé étaient-ils pris en charge par les pouvoirs politiques et religieux. On en a vu les conséquences désastreuses pour l'individu qui se tue comme pour son entourage : deuxième mort, opprobe et spolition.

Avec la séparation des pouvoirs temporels et religieux, avec la montée de l'individualisme, avec la réflexion philosophique du Siècle des Lumières et avec la progression de l'athéïsme, puis avec l'ouvrage princeps d'Emile Durkheim, la compréhension des déterminants de la conduite suicidaire a permis de comprendre de façon plus rationnelle le suicide jusqu'à le médicaliser aujourd'hui. Si bien qu'actuellement, le pouvoir religieux n'a plus grand poids sur la gestion du suicide, et que le pouvoir judiciaire s'en est également déssaisi. Alors, le suicide est devenu une affaire fréquemment confiée au pouvoir médical.

Nous savons que toute pathologie psychiatrique porte en elle le risque suicidaire. Tout suicide peut aussi avoir une raison ou un déterminant psychiatrique. C'est ainsi qu'au moins 20 à 40% des tentatives de suicide sont le fait d'individus atteints de troubles psychologiques ou psychiatriques avérés. Ce qui explique d'ailleurs sans aucun doute qu'ils aboutissent le plus souvent à des suicides accomplis.

Les troubles de l'humeur sont assurément les plus gros pourvoyeurs de suicide et l'on a estimé que 20 à 25% des malades ayant des troubles de l'humeur décédaient à la suite d'une tentative de suicide. La maladie bipolaire, autrefois appelée psychose maniacodépressive, est la première concernée, surtout quand elle est dans sa

forme mélancolique. Il s'agit d'une dépression organique, grave et endogène, à opposer aux dépressions exogènes et circonstancielles, lesquelles sont en réalité réactionnelles à un évènement douloureux de l'existence. Dans la mélancolie, la pulsion de mort est extrême, la souffrance morale insoutenable et sans motif apparent en dehors d'un sentiment d'une culpabilité non toujours raisonnée. Le malade a une détermination consciente froide et inapparente. Il prépare son acte dans un calme apparent, sans en dévoiler l'intention à son entourage. Il est à la merci du moindre facteur déclencheur. Moins fréquemment, il se tuera au cours d'un raptus anxieux.

A l'opposé, le syndrome dépressif réactionnel à des facteurs douloureux de l'existence (deuil mal négocié, difficultés matérielles, conflits) se limite plutôt à des tentatives de suicide, comme si celles-ci étaient chargées d'exprimer à l'entourage la souffrance morale endurée et à crier une demande d'aide et de prise en charge. Cependant, cette dépression « banale », dite exogène, peut être le premier signe d'une névrose et peut aussi dériver vers une dépression plus grave, de type mélancolique.

Dans le champ des névroses, l'hystérie peut s'accompagner de tentatives de suicide. Déclenchées par des frustrations, celles-ci sont marquées de théâtralisme et se limitent souvent à des tentatives avortées. Un suicide accompli n'est alors le plus souvent qu'un accident. La plupart du temps, il n'y a pas vraiment d'intentionalité de mourir et il s'agit plutôt d'un suicide-chantage. Mais, dans tous les cas, il faut cependant se demander s'il ne couve pas, de façon sous-jacente, une psychose de type érotomiaque, par exemple.

On le sait, les psychoses schizophréniques se compliquent assez fréquemment de suicide qui, avec les comportements violents à l'encontre de tiers, peuvent être une manifestation également violente contre soi-même, une forme d'autodestruction en quelque sorte. A moins que ce suicide survienne au décours d'un raptus anxieux, d'un suicide chantage, ou d'un suicide non raisonné, comme s'il s'agissait de manifester sa toute puissance.

D'autres psychoses, paranoïa, délires de jalousie, délires chroniques et sociopathies, sont à l'origine de suicides plutôt violents et spectaculaires. Parfois en entrainant aussi dans la mort l'objet du délire.

On peut en rapprocher les suicides des toxicomanes quoiqu'une overdose semble être plus un accident qu'un suicide intentionnel. Si suicide il y a, sans doute s'agit-il alors d'un suicide de nature psychotique !

Comme il a été dit plus haut, les démences évoluées des personnes âgées se soldent parfois par des suicides, la plupart inconscients en raison de l'état mental de l'individu. C'est dans ces situations que l'on trouve les suicides par un refus de boire et de s'alimenter qui peut être intentionnel, l'arrachage des perfusions et le refus des médicaments, les chutes itératives, les syndromes de glissement et les automutilations. Dans ces derniers cas, il est difficile de savoir s'il s'agit toujours d'un acte délibéré, critère obligé pour en faire un acte suicidaire.

On l'a déjà évoqué, l'anorexie et la boulimie sont apparentées à des suicides lents si l'on en accepte l'explication psychanalytique. Le suicide peut alors être l'aboutissement d'une anorexie ou d'une boulimie

graves. Mais parfois il peut s'agir d'un accident survenant au cours de l'évolution normale de la maladie, quand l'amaigrissement massif est responsable d'un brusque arrêt cardiaque. Au cours d'une anorexie, le suicide peut procéder aussi d'un raptus anxieux et de la conclusion d'une perte importante de l'estime de soi.

Enfin, hors du champ psychiatrique, les maladies graves ou chroniques sont souvent source de douleurs physiques insoutenables. Elles vont aussi entrainer un sentiment de déliquescence du corps, une perte de l'estime de soi, un désespoir voire une peur de la souffrance et de la mort. Il n'existe ici pas de syndrome dépressif réel. Le suicide peut être considéré par le sujet comme une mort prématurée et inévitable, décès qui devient une issue plus acceptable que continuer à survivre en l'état.

Aujourd'hui, médicaliser et psychiatriser le suicide est une tentative louable de déculpabiliser celui-ci, et de déculpabiliser aussi l'entourage. Alors que le suicidé demande et mérite que l'on reconnaisse la dimension de son acte. Il y a un risque à considérer comme malade, en particulier psychiatrique, tout individu suicidaire. C'est tout d'abord nier le droit à chacun d'exercer librement son droit de vivre ou de mourir. Et c'est nier le sens de sa vie et de sa mort. C'est en somme refuser que le suicide ait un sens et qu'il soit un acte motivé, raisonné et murement réfléchi. C'est une façon d'éluder le rôle parfois délétère de l'environnement et d'un tiers dans le déterminisme du suicide. C'est enfin une façon réductrice de tenter d'expliquer le geste suicidaire et de passer à côté d'autres raisons, conscientes ou inconscientes, qui pour-

raient expliquer la préparation et l'acte lui-même. C'est en conséquence se priver des moyens d'y porter un éventuel remède, tant au niveau individuel qu'au niveau des facteurs déclencheurs et de l'environnement proche, familial, social ou politique.

La classification des maladies psychiatriques, le DSM IV, n'est pas d'un grand secours car il ne s'agit que d'une classification athéorique, dont les prétentions ne sont d'ailleurs pas d'expliquer les raisons du suicide.

Le suicide est-il une maladie ? Aucune étude n'a pu montrer qu'il existait de façon constante et irréfutable un caractère inné ou une prédisposition génétique au suicide. Ni qu'il existait un profil physique ou psychologique prédisposant. La pathologie mentale, dont on commence à se demander dans certains cas si elle n'est pas déterminée parfois par un environnement délétère, en particulier toxique ou infectieux, n'explique qu'une partie des suicides. Mais sans doute est-ce sur ces suicides que l'on dispose du plus grand nombre de moyens préventifs.

La majorité des suicides surviennent donc sans raison médicale réellement définie. Par contre, de nombreux facteurs déclencheurs sont d'origine médicale ou psychologique. C'est ainsi qu'il existe souvent une difficulté existentielle, conjoncturelle ou bien le résultat d'une maturation lente d'une pulsion de mort inconsciente.

Parce que 70 à 80% des suicidaires ont vu leur médecin traitant dans les deux mois qui ont précédé son acte, et plus de 20% dans la semaine le précédant, on peut considérer que le médecin généraliste est placé en

première ligne pour déceler les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte. Cela est extrêmement difficile. Tout dépressif n'est pas et ne sera pas forcément suicidaire. Tout patient anxieux n'est pas ou ne sera pas suicidaire. Et peu de patients suicidaires expriment en réalité directement leur volonté de passer à l'acte

Mais, parce qu'il n'est consulté que lors d'une démarche volontaire du patient, qui exprime d'ailleurs souvent de façon non explicite sa tentation suicidaire, le médecin généraliste n'est en réalité qu'en deuxième ligne ce qui montre le rôle prédominant de l'environnement quotidien du suicidaire, en premier lieu les parents qui doivent s'inquiéter d'un comportement particulier de leur enfant. C'est aussi le rôle des enseignants, des conseillers d'orientation et de la médecine scolaire. Celui de soignants dans les établissements pour personnes âgées. Des gardiens de prison. De l'environnement professionnel et du médecin du travail. Des associations caritatives et de la société toute entière.

L'approche de la question suicidaire se doit d'être pluridisciplinaire et d'intégrer la réflexion démographique, éthologique, sociologique, psychologique et médicale. Les solutions sont certes en partie médicales. Il semble qu'elles soient aussi sociologiques et surtout politiques. Quand à la psychiatrie, par l'écoute et un traitement médicamenteux s'il est bien conduit, elle peut parfois redonner à un patient un sens à sa vie et l'empêcher d'attenter à ses jours.

Mais, à trop vouloir psychiatriser nos comportements et en particulier le suicide, on passe le plus souvent à coté des vrais problèmes et des vraies solutions.

Parfois, nos lois, nos interdits et nos comportements continueront à donner au suicidaire de bonnes raisons de passer à l'acte, plutôt que de bonnes raisons de ne pas le faire.

SUICIDE ET PSYCHANALYSE

« A l'aube du 3eme millénaire, la pulsion de mort est à l'ordre du jour ». Michel Thévoz

Pour Jean Baechler, qui n'est pas psychanaliste mais sociologue, la thèse de la pulsion de mort n'est pas utile ni fondée. Elle explique peut-être la mort, mais pas le suicide. A l'écouter, ce chapitre n'aurait donc aucune raison d'être.

Sur le plan médical, deux cliniques s'opposent. D'une part celle fondée sur les classifications des maladies. D'autre part, celle fondée sur la théorie psychanalytique.

Pour la CIM 10 comme pour le DSM IV, qui sont les deux références du classement des maladies somatiques ou psychiatriques, le suicide est une maladie, ou est plutôt la conséquence d'une maladie. C'est surtout la suite d'épisodes de dépression et de troubles de l'humeur. Cela permet d'écrire une clinique de diagnostic et ouvre des voies thérapeutiques. Les médicaments et la psychothérapie d'écoute ou comportementale en sont le traitement. Parfois un des éléments de la prévention.

Par contre, la clinique fondée sur la psychanalyse est une clinique d'observation et d'analyse. Cette dernière a

pour but de trouver le sens du geste suicidaire. Si elle peut en assurer la prévention au plan individuel, elle n'a par contre, à mon sens, que peu vocation d'en assurer le traitement. Ou seulement dans quelques cas particuliers.

Dans l'approche psychologique et psychanalytique, le suicide n'est pas une anomalie. C'est la conséquence logique d'un déséquilibre des pulsions, qui sont différentes de l'instinct en ce sens que l'on se soumettrait à celui-ci mais non forcément à celles-là.

Finalement, peut-être en raison de sa relativement rareté, le suicide n'a pas fait l'objet d'une véritable théorie psychanalytique. Sigmund Freud lui-même ne s'y est pas risqué et n'aborde le sujet qu'à deux reprises. La première fois, lorsqu'il évoque la pulsion sexuelle qui prendrait le pas sur la pulsion du Moi. La pulsion de vie entraînerait des réactions de sauvegarde dont l'indifférence, la fuite, la réaction agressive ou la violence. C'est que reprend Henri Laborit, qui n'était pas psychanalyste, dans « L'éloge de la fuite ». Le sujet a donc le choix d'agresser l'objet qui le fait souffrir. Il peut aussi choisir le suicide quand la première solution s'avère impossible. Un peu plus tard, dans « Deuil et mélancolie », Freud a évolué. Il émet une deuxième hypothèse. Celle d'une théorie de l'objet. Il fait une opposition entre le suicide comme conséquence d'un deuil au cours d'une névrose, et le deuil que l'on observe dans certaines psychoses.

Dans le deuil qui fait suite à la perte de l'objet aimé ou de son substitut, le monde apparait comme pauvre et vide. On constate deux types de réaction : le retournement contre l'objet, de courte durée, et le retournement contre soi-même, lequel peut conduire au suicide, parfois

facilité ou déclenché par un raptus de nature psychotique. Dans la psychose mélancolique, l'objet perdu est le Moi. Le mélancolique se place au niveau de l'objet, lequel se révèle plus puissant que le Moi lui-même. L'identification du mélancolique dans l'objet aimé le conduit à une régression au narcissisme primaire. C'est le suicide mythique de Narcisse. Le mélancolique se différencie du névrosé par une autodépréciation. Ce n'est pas le monde qui est vide, c'est son propre Moi. Le mélancolique voit la cause de ses malheurs en lui-même, non venant de l'extérieur. Se tuer devient donc une façon d'aller mieux, d'être délivré. C'est une « autre façon de vivre ».

Selon Bela Grunberger, l'individu a le souvenir et la nostalgie du paradis prénatal. Un sujet « normal » dispose d'un équilibre narcissique (narcissisme secondaire ou amour dans l'Autre) et ses pulsions sont maîtrisées. Il recherche le plaisir et gère ses « déplaisirs ». Tandis que le psychotique recherche éperdument le paradis perdu. Cela le rend incapable de goûter les plaisirs présents et même de les chercher. Il vit dans un pessimisme permanent ce qui le place en position dépressive ou mélancolique et peut le mener, soit à de simples troubles de l'humeur, soit au suicide.

En réalité, seul le psychotique aurait de vraies raisons de se tuer. S'il ne se tue parfois pas, ce n'est que parce qu'il se place au niveau de l'Objet.

Plus tard, Karl Menninger considèrera aussi le suicide comme étant une auto-agression qui peut prendre plusieurs formes : le suicide, les conduites ordaliques ou les autodestructions lentes comme peuvent l'être certains alcoolismes.

Pour Jacques Lacan, enfin, le suicide contiendrait « *la rupture du nœud entre le réel, l'imaginaire et le symbolique* ».

La pulsion de mort

On invoque Sigmund Freud et sa pulsion de mort au prétexte que celle-ci serait inscrite dès l'enfance, consubstantielle à la nature humaine et qu'elle fait en conséquence partie de l'existence de l'Homme. La mort, ou la permanence de sa notion, est pour ainsi dire « vitale ». Voilà pourquoi chacun de nous ou presque s'est au moins une fois poser la question du suicide.

De même, pour Karl Meninger, il existerait chez l'homme un perpétuel désir de mourir, de tuer, et même d'être tué : deux instincts ou pulsions, vie et mort, qui doivent s'équilibrer sinon amènent à des conduites variées.

L'homme pulsionnel, en fonction de sa détermination et des moyens dont il dispose plongera dans le suicide dit rationnel (ascétisme, martyre), dans le suicide apparemment involontaire (intoxication), dans le suicide délivrance (suicide lié à la maladie ou à la douleur) ou dans le suicide déguisé en accidents. Et certaines maladies dites psychosomatiques pourraient même être des équivalents suicidaires.

Jacques Lacan a repris les conceptions évoquées dans le livre de Freud « Deuil et mélancolie ». Le suicide est situé dans le cadre de la forclusion, c'est-à-dire le rejet de représentations insupportables, avant que ces représentations soient intégrées dans l'inconscient. La for-

clusion est du domaine de la psychose. La psychose mélancolique serait la traduction d'un insupportable retour dans le réel de la figure du père rejeté.

Il faudrait différencier donc le suicide mélancolique (de nature psychotique) du suicide réactionnel (de nature névrotique). Le premier est la conclusion d'un retour dans le réel. Il représenterait « *la traversée du miroir narcissique selon le modèle de la paranoïa ou de la schizophrénie* ». Le second serait lié à la perte irrémédiable d'un objet indispensable à la vie : il serait conjugué au manque insoutenable de l'Autre, qui représentait un étayage vital. C'est ce qui se produit dans le deuil. L'acte suicidaire « *établit ce qui était rejeté du symbolique* ».

Que tue-t-on quand on se tue ?

Karl Menninger dit que : « *le Moi ne veut pas mourir, il veut tuer* ».

Le meurtre de soi est un triple meurtre. Celui de soi-même. Celui de l'Autre en soi. Mais aussi celui de l'Autre en lui-même, à petit feu : « *fixer Soi dans la tête de l'Autre* » à jamais, et exister alors davantage mort que vivant, s'empêcher de faire son propre deuil. Ce n'est donc pas la seule « faillite du renoncement » par le remords et la culpabilité que ce meurtre va entraîner. C'est s'empêcher de faire le deuil, au besoin par la solution de la mélancolie. Pour cacher l'échec du deuil, on désigne un bouc émissaire, qui peut être soi-même ou qui peut être des causes macrosociales ou neurobiologiques. Cela conduit en conséquence à la liberté suprême. Le suicide n'est

alors pas une forme d'aliénation mentale, il en est le contraire.

Le suicide est une mort comprenant « trois éléments : le trépas (mourir), le meurtre d'un autre (tuer), l'exécution (être tué) ». La société interdit la violence, la revanche et le meurtre, même si, dans les conflits guerriers, elle-même enfreint assurément ces règles qu'elle édite ? Alors, agressé par l'environnement ou par son incapacité d'être, le sujet retourne contre lui une agressivité qu'il ne peut tourner vers autrui.

En se tuant, on se tue soi-même car il apparait que c'est le seul moyen de tuer l'Autre.

Pourquoi la solution du suicide ?

Tout homme fonctionne selon le principe de l'économie psychique. C'est ainsi que le suicide peut répondre à plusieurs motivations. C'est lorsque le sujet constate que le suicide représente plus d'intérêt que d'inconvénients. Ou quand ne se présente aucune alternative. Ou bien encore quand le suicide libère de l'anxiété ou qu'il permet de « détruire ce qui détruit ». C'est le cas aussi quand il donne au sujet du pouvoir sur les évènements, sur l'Autre ou sur soi-même. Enfin, quand il déresponsabilise l'individu tout en responsabilisant son entourage. Dans tous les cas, le suicide devient en réalité le moyen le plus facile de résoudre le problème.

Pour le psychanalyste, le suicide est un acte responsable et non la suite d'un enchaînement fatal, d'un trouble héréditaire ou d'un fait environnemental, d'une

maladie en quelque sorte. Le sujet, en se suicidant, « *cherche à éviter une zone de savoir de son Etre* ».

Dans le suicide, le passage à l'acte reste un mécanisme de défense, logé dans les tréfonds de l'inconscient, ayant pour but d'empêcher l'angoisse d'envahir le champ de la conscience et d'inhiber le fonctionnement de l'organisme. C'est pourquoi le suicide se produit souvent au cours d'un raptus et qu'il ressort fréquemment du domaine de la pulsion.

Les relations du suicide psychotique sont ambivalentes, narcissiques et sadiques à la fois. Elles sont en lien avec un mouvement de haine contre l'objet investi, donc contre le Moi, avec pour conséquence le suicide si la haine prend le dessus, ou bien le délire voire le meurtre si l'amour prend le dessus.

Alfred Adler a professé que « *le suicide est une forme infantile de réaction à une surestimation de motifs, d'humiliations et de déceptions* ». C'est la régression au stade du narcissisme primaire. C'est une fuite par des moyens anti-sociaux devant les injustices sociales. C'est une forme de chantage. Un « enfant » est en effet un être faible. Il cherche protection et affection. S'il ne trouve ni l'une ni l'autre, il utilise le chantage et les moyens antisociaux dont il dispose, jusqu'au suicide. C'est le suicide du psychotique. Le suicide trouve un sens dans ce qu'il est contrevient aux règles de la société. Mais il peut perdre ce sens dans une société trop permissive à son égard.

Quant au suicide du névrotique, il est le moyen de la vengeance ou la solution pour sortir de la culpabilité. On tuera pour supprimer une menace : une vie normale sup-

pose de projeter la haine et l'amour à l'extérieur. Mourir est lié au surplus résiduel de la pulsion de mort par rapport à la pulsion de vie.

Cependant, on doit s'interroger sur le « *paradoxe existant entre le caractère universel des théories psychanalytiques et la rareté des suicides* », ce qui pourrait ainsi accréditer le rôle prédominant des explications causales extérieures et des facteurs déclencheurs.

Quand on passe à l'âge adulte, la chute dans l'adoration d'idoles (la religion), dans l'adhésion forte à des idées ou à des groupes (la Franc-Maçonnerie et les clubs d'idées, les partis politiques, les associations caritatives, les sectes...) et les fausses apparences que l'on adopte dans la vie de tous les jours, relèvent en fait du narcissisme et sont des positions régressives. Ces comportements remplissent un rôle de justification ou de reconnaissance du Moi et un rôle important d'étayage. Ils peuvent témoigner d'une immaturité et être la preuve d'une absence de sortie du narcissisme primaire. Ce peut être une affirmation infantile du Moi en réponse à un vide du Surmoi. Le sujet vit donc dans une double vie : la vie réelle d'une part, car il faut faire comme tout le monde et vivre, et, d'autre part, une « *vie irréelle et merveilleuse où l'on est le héros : c'est le clivage du Moi* » Cette affirmation du Moi est aussi à l'œuvre dans la perversion et la mégalomanie. Dans ces deux dernières positions, le danger de suicide est faible en théorie, mais il reste présent lorsque surviennent de brefs moments de lucidité amenant à une brutale dépréciation du Moi.

La psychose rend impossible une thérapie cherchant à aider le sujet à trouver le sens de son acte. Sauf durant

les moments fugaces de dépression qui émaillent la maladie, phase dangereuse entre toutes. C'est pourquoi la prévention du suicide psychotique est très difficile et aléatoire.

LE SUICIDE ET LE DROIT

« Le suicide est un moyen d'indépendance et, à cet égard, tous les pouvoirs le haïssent ». Benjamin Constant

L'histoire du suicide montre que, de tout temps, les pouvoirs politique et religieux ont tenté de le régir. La façon de le faire a beaucoup évolué et s'épuise, actuellement, comme en atteste la dépénalisation du suicide et la protection du suicidé ou de celle des tiers.

Notons que le terme de suicide est resté le terme d'usage, bien que celui-ci soit connoté péjorativement dès qu'on le prononce.

En préambule de ce chapitre, il faut savoir qu'un comité d'experts, réuni à La Haye (Pays Bas) en 1980 a affirmé que « *le suicide est une possibilité offerte, l'exercice d'une liberté et l'utilisation d'un droit. Mais ce droit n'est pas illimité. Ce droit devrait être éthiquement et juridiquement reconnu* ». Réglementer le suicide reste donc une constante des sociétés humaines, même dans celles qui revendiquent les intentions les plus louables en apparence.

Le code romain ne réprimait pas le suicide sauf lorque celui-ci permettait d'échapper à une condamnation ou au paiement d'une dette. Dans ce cas, il était pré-

vu la confiscation des biens du suicidé. Cela prévaudra jusqu'au Code Napoléon.

Jusqu'au XVIII^{e} siècle, on condamnera même le cadavre à subir un supplice, ce qui conduisait ainsi à une deuxième mort, celle-ci n'étant plus le fait de l'individu mais en réaffirmait de facto la propriété de la société et des pouvoirs régaliens. Quant à la tentative de suicide, elle pouvait elle-même être punie de la peine de mort ! Ce qui explique vraisemblablement la sous-déclaration du suicide par les familles. Presque toutes les sociétés humaines ont ainsi affirmé leur droit de vie ou de mort sur les individus (sujets) qui la constituent.

Dès 1955, le droit interdira la « propagande » en faveur du suicide (dans les années soixante dix, la polémique sur la censure du livre « Suicide, mode d'emploi » en atteste). Puis sera mis en place le droit positif, qui ne réprimera plus le suicide et qui sera en vigueur jusqu'aux lois de 1987.

Actuellement, on doit distinguer le droit pénal et le droit privé, ce dernier concernant essentiellement le droit patrimonial et celui des assurances.

Le droit pénal, depuis le code pénal de 1810, ne réprime plus le suicide ni la tentative de suicide. Le suicide est donc devenu licite si ce n'est légitime. Il n'est plus considéré comme un crime ou un délit. Le droit assure même la protection du suicidaire dans son intérêt mais aussi dans l'intérêt des tiers, ce qui est d'autant plus possible si le suidicaire est déclaré inconscient de ses actes. Il est même fait obligation d'actions de prévention par l'aide, l'information et la surveillance. Le droit pénal pro-

tége aussi le suicidant par la non prononciation du divorce dans le cas d'un climat suicidaire. De la même façon, dans le but d'assurer la protection des tiers, le droit refuse la nullité des actes même s'il y a suspicion de troubles mentaux. On reconnait par la même que le suicidé a également « *besoin de garder la responsabilité de son acte pour que celui-ci ait un sens* ».

Par contre, il est fait une distinction entre homicide sur soi et homicide de l'Autre. L'assistance au suicide est ainsi assimilée à un meurtre ou à un assassinat. Reste alors le débat, sans cesse relancé et encore irrésolu, de la décriminalisation de l'assistance à l'euthanasie volontaire. En outre, la connaissance d'une pulsion suicidaire chez un individu fait obligation d'intervenir. Cela concerne en particulier le médecin car si, pour le patient, il n'y pas d'obligation juridique de vivre, il y a par contre obligation juridique pour le médecin de sauver autrui même contre son gré. Sinon, il s'agit d'une non-assistance à personne en danger (loi de 1963). Ce dernier point montre d'ailleurs qu'il n'est même pas possible d'envisager que l'euthanasie soit un jour possible. Sauf à annuler cette loi.

En droit pénal, plusieurs questions restent posées. Le suicide est-il un crime ou une maladie ? Il est curieux de constater que l'on en reste à cette seule alternative. Le suicide ne pourrait-il pas être ni l'un ni l'autre ? La réponse apportée est mitigée. Ce n'est plus un crime. C'est souvent une maladie mentale mais, curieux paradoxe, la responsabilité civile du suicidé reste alors tout de même engagée. ! Et l'on possède alors là d'un prétexte pour confier le problème du suicide à la médecine.

Est-il un droit de l'homme, ce qui permettrait à un suicidé de porter plainte en cas de réanimation, ce qui a d'ailleurs été fait, mais sans succès (c'est le cas de la femme de Roger Quillot, qui survécut à son suicide réalisé simultanément avec celui de son mari) ? A ces questions d'éthique et de fond, il n'est apporté que des réponses non éthiques et des réponses prosaïques car motivées par des considérations pratiques ou matérielles : conséquences financières pour les tiers, préjudice moral pour la famille, surcoût éventuel pour la société. (malgré le fait que l'on puisse objecter que certains continuent à vivre en coûtant cher à la société, comme les grands vieillards, les malades chroniques, les comas dépassés et, pourquoi pas, les aliénés et les prisonniers).

Suicidés et suicidants sont-ils différents ? Le droit pénal y répond en ne faisant pas de différence. Ni le suicide, ni la tentative de suicide ne sont réprimés. Aujourd'hui, on range plutôt le suicide parmi les dérangements mentaux et on se décharge du problème du suicide en le confiant à la médecine. La justice tente de comprendre le geste avec compassion et elle se fait une obligation d'aider et non de juger l'acte. Ce à quoi sert l'hospitalisation d'office (HO) ou à la demande d'un tiers (HDT).

La loi de 1987, dans ses articles 318.1 et 318.2, réprimande la propagande individuelle ou par média interposé, comme elle interdit la publicité en faveur du suicide. Une jurisprudence récente condamne l'aide ou assistance au suicide, donc l'euthanasie assistée. L'article 319 de cette loi condamne alors les tiers pour homicide par imprudence. Quant à la tentative de suicide, l'Etat ne

s'applique pas à lui-même la loi portant obligation d'assister une personne en danger qu'il a édicté, puisqu'il ne met pas à disposition les moyens suffisants qui pourraient en assurer la prévention.

Le droit privé aborde la question du suicide d'une façon différente. Il considère que le suicide entraine un préjudice social qu'il convient de réparer ou indemniser. Il en fait porter la responsabilité exclusivement sur le suicidé, non sur son environnement même lorsque celui-ci est délétère (un abus de faiblesse d'une banque ayant prêté sans discernement un prêt inconsidéré, par exemple).

Si la mort est un évènement public, le suicide est un évènement privé. En cela il justifie le secret professionnel du médecin et le respect de la vie privée en général (médias). Mais ce droit du suicidé est rarement respecté par les médias, qui brandissent, comme à l'accoutumée, l'étendard de la primauté de l'information.

Par sa mort, le suicidant crée plus ou moins volontairement un préjudice personnel, d'une part à son entourage (dommage essentiellement patrimonial pour sa famille) et d'autre part aux tiers (assurances privés et créanciers).

Intervient alors la distinction entre sujet conscient au moment du suicide et sujet inconscient.

Pour compenser le dommage patrimonial, y pouvoie le régime successoral et les assurances sociales diverses, ainsi que les assurances privées (assurance vie).

Les dommages aux assurances privées sont en partie compensés par des clauses excluant le suicide parmi les risques assurés, au moins durant la première année de souscription. Mais en cas de litige les tribunaux cependant, et comme on peut s'en douter en raison de leur collusion avec la société civile, ils ont souvent tendance à décharger les assureurs de leurs obligations. Quant aux créanciers (en particulier publics), les tribunaux s'accordent à leur donner droit à réparation, en les privilégiants sur tout autre ayant-droit, estimant que le suicidé reste conscient de ses actes et que les créanciers n'ont pas à supporter les conséquences de ceux-ci. Au détriment de la famille.

C**HAPITRE 5**

IMPACT ET CONSEQUENCE DU SUICIDE SUR L'ENTOURAGE

« Il n'y a rien à craindre de la vie pour qui a compris qu'il n'y a rien à craindre de la mort ». Epicure.

Trente cinq pour cent des Français reconnaissent avoir vécu un suicide dans leur entourage, dont 18% chez l'un de leurs proches et 5% dans leur famille.

Ils en parlent peu, sans doute en raison d'un sentiment de culpabilité. Sans doute aussi parce qu'ils ne savent pas qu'en dire ou comment en parler.

Le suicide, comme la tentative de suicide, est un acte privé mais aussi un évènement qui traumatise l'entourage et, en premier lieu, les personnes les plus proches. En ce sens, le suicide d'un individu est un fait qui ébranle la société toute entière, le suicidé abandonnant la vie mais également la société dans laquelle il vivait.

LA MORT PAR SUICIDE AGRESSE TOUT LE CORPS SOCIAL

Le suicidé envoie, peut-être sans le savoir, un message à ceux qui vivent et restent derrière lui. Un message dont il ne mesure parfois oas toute l'ampleur destruc-

trive. Mais il les prive souvent d'une explication qui leur serait indispensable pour continuer à vivre en paix. Il les prive également du droit d'une réponse. Il renvoie éventuellement une image d'eux-mêmes à ceux qui ont éprouvé certainement au moins une fois la tentation du suicide.

Lorsque le suicide fait suite à une longue période de difficultés ou de maladies, de préparation du suicide ou de tentatives itératives, il se tient un paradoxe. La douleur, lorsqu'elle est liée à la perte de l'objet qui faisait parfois souffrir les proches, est opposée au soulagement lié à la mort de ce parent.

L'intervention d'un thérapeute est souvent indispensable pour, d'une part se substituer au suicidé et décripter son message, d'autre part pour assumer la responsabilité du geste et en décharger la famille ou l'entourage.

En effet, ceux-ci restent souvent seuls, frustrés, dans un sentiment de colère, de dénégation puis de honte et de culpabilité, qui sont les étapes naturelles du deuil. On l'a dit, il peut manquer à l'entourage, après la disparition définitive, une explication suffisante pour faire le deuil. Cette intense frustration est la raison de la colère immédiate contre le mort et peut être, bientôt, la cause d'un naufrage dépressif.

Car la mort n'est vécue avec souffrance que par les autres. Le mort, quant à lui, ne souffre plus. Le plus dur, c'est toujours pour ceux qui restent.

LES PARENTS ET LE SUICIDE DE LEUR ENFANT

Après le choc initial qui suit l'annonce de la mort de l'enfant, son suicide laisse désemparés des parents éprouvés par une culpabilité immense. Celle de n'avoir rien senti ni vu venir, de n'avoir rien fait ou de n'avoir rien pu faire. Mais aussi la culpabilité d'être un peu responsables de la mort de leur enfant. Surtout quand un mot est laissé qui pourrait le laisser croire. Et, bien pire encore, lorsqu'aucun message n'est retrouvé, permettant de tout imaginer des motivations de l'enfant. La question du pourquoi est en conséquence posée, et elle reste souvent sans réponse. Les parents demeurent alors indéfiniment seuls, comme laissés pour compte, avec leurs interrogations insatisfaites et avec une souffrance définitive.

Les deux parents sont ainsi fréquemment amenés à remettre en cause leur rôle éducatif et leur efficacité parentale.

Il est difficile, pour des parents, d'accepter de voir disparaitre un enfant. Cette mort prématurée est une mort contre nature. N'est-il pas dans l'ordre des choses que les enfants survivent à leurs géniteurs ?

Par ailleurs, se pose la question de l'attitude à adopter face aux autres enfants de la fratrie. Elle est difficile à trouver et de nombreux parents ne parviennent pas spontanément à avoir les réponses rassurantes qui permettront aux enfants survivants d'entamer leur.propre processus de deuil. Les parents, englués dans leur problématique personnelle, ont bien des difficultés à se posi-

tionner face aux troubles du comportement réactionnels de la fratrie : mouvements caractériels, fugues, violences, échec scolaire, troubles du comportement alimentaire, addiction ou même tentative d'un suicide par imitation.

Les parents vont alors traverser une période de dépression réactionnelle compréhensible. Avec un peu de chance, c'est le début d'une longue période de travail de deuil, avec ses phases de déni, de colère puis d'abattement. Avant que ne se fasse enfin la phase d'acceptation et d'idéalisation de leur enfant mort. Ce travail est long et peut être perturbé par l'observation concommitante et quotidienne de la croissance de leurs autres enfants, qui leur rappelle celle dont n'a pas bénéficié l'enfant mort. Une faible communication entre les deux parents, des dissensions conjugales, une expression différente de sa souffrance par chacun des parents (le père est souvent plus secret et moins expansif que la mère) vont perturber l'étayage mutuel, faire planer le doute sur la réelle souffrance de l'autre, voire menacer le couple.

Ce malheur qu'est le suicide d'un enfant devrait au contraire être l'occasion d'un resserrement des liens à l'intérieur d'un couple. Le plus souvent, le temps permettra de faire lentement le deuil et de donner la juste place aux responsabilités supposées de l'un ou de l'autre. Ce n'est pas toujours le cas. Les pires souffrances, physiques ou morales, sont celles que l'on ne peut partager. Les solutions sont alors d'éviter l'isolement, de parler, éventuellement en s'aidant de l'écoute et du conseil d'un psychologue systémique.

L'ENFANT ET LE SUICIDE SES PARENTS

L'enfant ne peut comprendre ni accepter le suicide, comme la mort naturelle de ses parents, qu'à partir du moment où il a intégré la notion de la mort. C'est-à-dire entre 5 et 10 ans.

Il ne peut le faire qu'à la condition qu'il ait eu des relations enfant/parent normales et que l'annonce du décès et de ses circonstances lui ait été faite. Comme pour un adulte, la participation aux funérailles et de tout ce qui les entoure est un préalable au travail de deuil, quelque soit la dureté de la confrontation. On ne peut en effet faire complètement le deuil d'un être humain sans avoir vu le corps mort et être ainsi convaincu de sa disparition définitive.

Comme chez l'adulte, le deuil effectué par l'enfant passe par les habituelles phases précitées : déni, colère, abattement puis idéalisation. Mais l'expression de ces différentes étapes est particulière à cet âge de la vie. Il est compliqué par la perte d'un objet essentiel à sa construction psychique, d'autant plus que l'identification au suicidé était forte. Le deuil est compliqué encore par l'incapacité à ne pas se poser la question de sa responsabilité dans la mort du parent, comme c'est habituel pour tous les évènements qu'un petit enfant est amené à vivre. La culpabilité est grande, conduisant à des conduites parfois autodestructrices, au moins à des troubles du sommeil, à des troubles attentionnels, parfois des

troubles des conduites alimentaires, à des ruminations et à des échecs scolaires.

L'adolescent aura également à faire un deuil d'autant plus difficile que le suicide de son parent intervient dans une période de maturation et d'interrogations existentielles où le jeune a une conscience aiguisée de ce que cette perte a de définitif. Est alors menacé son parcours identificatoire. La honte est grande vis-à-vis de son entourage amical, de ses professeurs et de la société toute entière.

L'adolescence est le temps des passions et des réactions excessives. Le refus et la colère se transforment en haine, en rébellion et le risque est que l'adolescent, à cette période fragile de son existence, soit tenté lui-même par l'idée de son propre suicide. Ce sentiment de honte peut pousser l'adolescent au repliement sur soi, au moment où est important, au contraire, l'ouverture sur autrui. La solitude est le plus mauvais moment pour que s'engage le processus de deuil.

Le traumatisme se double chez l'adolescent d'une angoisse et d'une grande crainte pour son propre avenir. L'adolescence est un moment où la communication avec son entourage est le plus souvent difficile et la disparition du parent le prive d'un étayage qui devra être cherché en dehors du cercle familial, avec les dérives que l'on peut imaginer. Le traumatisme psychologique doit faire l'objet d'une prise en charge immédiate car le risque est qu'il s'aggrave avec le temps qui passe. Le parent survivant, accablé par sa propre souffrance, n'aura lui-même pas la force ou la disponibilité pour se charger de ce rôle d'étayage. L'intervention d'un tiers extérieur est le plus

souvent nécessaire, car il est important qu'une communication s'engage. Elle comprend l'écoute, la mise en confiance, mais surtout la réponse aux questions, même les plus insolites ou les plus douloureuses, et la sécurisation quant à l'avenir. En ce sens, un psychologue qui ne pratique que l'écoute passive est de peu d'utilité. Mieux vaut un psychologue interventionniste. Si possible un pédopsychologue.

VIVRE LE SUICIDE DU CONJOINT

Le suicide d'un conjoint représente un véritable traumatisme, que ce suicide soit subit ou qu'il ait été précédé de longues prémisses qui le laissait prévoir.

Certains ont dit que le syndrome du survivant rappelle le syndrome post-traumatique. Celui qui reste demeure désemparé. L'angoisse le saisit et, avec elle, le désespoir. Après la phase de dénégation, la brusque réalité s'impose à lui. Un sentiment de colère, contre le monde, contre Dieu (s'il est croyant) et même contre le défunt. Mais cela va alors lui permettre d'éviter, dans un premier temps, son propre effondrement. Puis le monde s'écroule, accompagné de tous les projets qui restaient à accomplir et qui le seront plus. Paradoxalement, le survivant ne survit que parce qu'il est sidéré par une profonde dépression. Il sombre dans une tristesse qui peut s'apparenter à la mélancolie. Celle-ci peut s'accompagner d'un cortège de symptômes psychiques mais surtout somatiques. L'angoisse l'envahit, qui rejaillit sur l'ensemble

de son « agir ». Il est dépassé par une multitude d'affects. C'est que le compagnon ou la compagne avait été choisi pour toute une vie, au moins pour ce qui en restait, sans qu'à aucun moment l'idée de la séparation ait été pensée. Les époux, la plupart du temps, ont vécu, ne serait-ce qu'inconsciemment; une fusion dans l'objet, lequel est souvent devenu un autre « soi-même ». Perdre son conjoint, c'est perdre l'Autre mais aussi perdre une partie ou la totalité de soi.

Le suicide du conjoint signe la disparition du couple. Il est vécu comme un lâche abandon et va entrainer alors une colère et des reproches envers le mort. La névrose d'abandon, avec l'angoisse qui en est le symptôme majeur, peut conduire à la mélancolie et s'accompagner de syndromes délirants tels la reconnaissance hallucinatoire de l'être aimé dans des inconnus entrevus par hasard. Une infinie solitude s'impose désormais.

L'inhibition motrice qui est un des symptômes du syndrome dépressif pollue les relations sociales, voire les empêche et conduit parfois à un enfermement sur soi et à un isolement préjudiciable au bon déroulement du travail de deuil. Ce peut être d'ailleurs le facteur favorisant une entrée dans une psychose délirante.

Le travail de deuil est également empêché par la continuité de la vie qui contraint le survivant à étayer les enfants, tâche que, d'ailleurs, il peut être incapable d'accomplir seul.

Le décès du conjoint renvoie à sa propre fin. Elle peut réveiller la pulsion de mort et, au cours d'un raptus anxieux, ou par imitation même en réponse à un appel

supposé du défunt, ce décès peut conduire à se tuer brusquement ou même à préparer lentement puis exécuter son propre suicide.

ACCEPTER LE SUICIDE DE CELUI QUE L'ON SOIGNE

Le suicide de celui que l'on prend en charge et que l'on soigne réveille de nombreux sentiments.

Un sentiment d'échec professionnel et une véritable agression dans son rôle de soignant. Si c'est parfois l'échec d'une équipe, c'est toujours également un échec personnel. Le suicidé n'a pas été guéri par ses soins. Il a choisi un autre mode de guérison et le narcissisme du soignant en est ébranlé. Un sentiment de culpabilité s'installe, avec le doute quant à ses capacités, doute qui peut même modifier l'attitude envers les autres malades qui se confient à lui. Un sentiment de honte accompagne le sentiment de n'avoir pas tout fait, une trahison de son contrat moral envers le malade en quelque sorte. Le soignant est renvoyé à ses expériences personnelles, telles la vieillesse, la maladie ou le décès d'un parent, et à sa propre maladie parfois. Rien n'est de taille à amoindrir la peine, même s'il s'agit d'une mort annoncée ou s'il s'agit d'une mort tout juste anticipée chez un malade destiné à mourir à court terme. Un sentiment de colère nait quand le soignant prend conscience de son impréparation affective ou professionnelle pour affronter la mort des autres.

Les enquêtes montrent que la mort inattendue par suicide d'un patient s'accompagne, chez les soignants,

d'un syndrome dépressif dans 33% des cas. Quarante deux pour cent des soignants demandent à changer de service et 15% songent même à arrêter leur métier. Le désinvestissement professionnel s'installe parfois, ou bien c'est la réaction contraire, avec une sublimation dans un surinvestissement professionnel quasi obsessionnel et mal vécu par l'entourage et la famille.

Les réactions des autres membres de l'équipe soignante peuvent venir étayer le soignant qui se sent le plus responsable. Mais parfois cet étayage fait défaut quand l'équipe, pour se désengager elle-même d'une responsabilité étouffante, focalise celle-ci sur le soignant le plus fragile.

La prévention de ces effets délétères repose sur une formation professionnelle et continue préparant le soignant à affronter ce genre de situation, par la maîtrise de sentiments d'empathie trop forts vis-à-vis des malades, et par le travail personnel de chaque soignant sur sa propre mort et sur ses éventuelles propres pulsions suicidaires antérieures.

Le traitement de ces situations difficiles impose l'ouverture de la parole et la mise à plat des nombreux non-dits que ce suicide occasionne. Des ateliers d'expression et des groupes de parole, comme des prises en charge individuelle éventuelle par un psychologue rompu à ces situations peuvent être nécessaires.

LE SUICIDE ET LES INSTITUTIONS

Les institutions que sont les hôpitaux, les écoles, les prisons et les lieux de travail, sont exposées à des suicides réguliers qui mettent en cause leur organisation voire leur existence.

De manière générale, le suicide des membres de la commauté entraine une sidération, un choc qui remet en cause chacun dans sa place et dans son fonctionnement. Les étapes du deuil sont identiques. Cependant il existe des particularités propres à chacune de ces communautés.

Quand survient un suicide chez un collègue, la responsabilité du suicide pèse sur l'ensemble de l'institution, sur son organisation, et sur les membres qui la constituent.

La culpabilité et la honte, le sentiment de responsabilité ou d'incompétence, comme de cécité face au facteur déclencheur sont contagieux, obligeant à un travail collectif de deuil de grande ampleur.

Le soulagement ou l'indifférence sont des moyens de se libérer de la souffrance et de ce sentiment de honte. Parfois, c'est la mise en cause particulière de l'un des membres, ou celle de l'institution toute entière ou, plus encore, la rassurante mise en cause de la direction et de l'encadrement.

Le suicide en usine, en prison ou à l'école, est un évènement qui ne peut laisser indifférent aucun membre. Il a des conséquences à long terme qui remettent en question les organisations internes de même que les rela-

tions de chacun avec son outil de travail et avec les collègues.

A l'école, la plus grande difficulté est de parler aux enfants et de leur donner la parole, sans connaître d'ailleurs comment sera abordé, ou non, le problème dans le cercle familial. L'étayage des enfants par le professeur est rendu difficile voire impossible par la souffrance qu'il éprouve lui-même.

En hôpital psychiatrique, lieu de nombreux suicides, le suicide peut être attendu ou prévu. La maladie aide alors la déresponsabilisation des soignants, que parfois elle soulage d'ailleurs tant la confrontation avec la souffrance psychique du patient est grande. Le caractère laxiste ou au contraire carcéral de l'institution peut être remis en cause.

En entreprise, enfin, bien que les suicides surviennent le plus souvent chez des individus fragiles et depuis longtemps suicidaires, le facteur travail est de temps en temps évoqué par le défunt dans un écrit posthume comme étant « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ». Le travail n'est en effet, le plus fréquemment, qu'un facteur déclencheur. Il n'en demeure pas moins que le sentiment de responsabilité sidère les collègues les plus proches. Le déterminisme de ces suicides est complexe et il faut se garder, malgré tout, et même pour se dédouaner de celle-ci, de vilipender trop facilement les organisations en place, en particulier les instances dirigeantes. Cet évènement est malheureusement en effet souvent instrumentalisé par les organisations syndicales, montant les uns contre les autres et empêchant ainsi le travail de deuil de l'encadrement.

Dans tous les cas, l'étayage doit se faire à l'échelon individuel, en privilégiant celui qui a découvert le cadavre, puis se faire ensuite à l'échelon collectif.

COMMENT SURVIVRE AU SUICIDE D'UN PROCHE ?

Le suicide représente une tragédie pour l'entourage. Disparition préparée ou soudaine, elle est irrémédiable et elle crée tout un questionnement qui met en cause les proches, famille ou amis. Les mêmes phénomènes sont à l'œuvre que dans le suicide d'un enfant, quelque soit la profondeur du lien avec le suicidé.

Nous l'avons vu, le suicide est un acte extrêmement violent. Il est un désavœu des valeurs du groupe et une mise en cause de celui-ci. Il entraine obligatoirement une culpabilité, que celle-ci soit consciente ou inconsciente.

Dès lors, des sentiments ambivalents vont apparaitre, partagés entre l'amour pour l'être perdu et de la colère, voire de la haine motivées par cette accusation implicite d'une responsabilité des tiers dans la survenue de sa mort. Et parfois l'un des membres est désigné par le mort, focalisant ainsi sur un seul homme la responsabilité du suicide. Si le suicide fait suite à une longue période de troubles psychologiques, dépression en particulier, le suicide peut apporter un soulagement chez les proches, ce sentiment pouvant lui-même, d'ailleurs, susciter dans un second temps un sentiment de honte. S'il survient chez un enfant, cette mort, on l'a vu, apparait comme étant contre nature.

Ces sentiments ambivalents perturbent voire empêchent le travail naturel du deuil.

Toute mort chez un proche nécessite en effet, pour que la vie continue, un travail de deuil. Celui-ci est assez stéréotypé. Mais comment le déni peut-il exister sans rajouter une mauvaise conscience à une mort qui est une agression contre soi-même ? Comment peut-on ne pas être en colère, éventuellement contre soi-même, quand on estime avoir une responsabilité dans cette disparition, celle de ne l'avoir pas pressentie ni n'avoir peut-être pas tout fait pour l'éviter ? Cette colère ne peut-elle être accrue parfois par le fait que cette mort plonge la famille dans des difficultés matérielles ? Comment peut-on accepter une mort qui apparait vidée de son sens, qui rompt le cycle naturel des choses ? Et comment peut-on être triste si le suicide du proche vous apporte le soulagement de ne plus avoir à supporter une situation mortifère ou le côtoiement avec un ami qu'on savait souffrir ? Comment est-il possible d'idéaliser plus tard un mort qui remet en cause vos propres valeurs ?

Le suicide d'un parent ou ami est brutal et souvent vécu comme injuste. Il empêche les adieux et met les survivants en position de ne pouvoir répondre à l'interpellation du défunt. Il réactive surtout les dissensions amicales ou familiales, les non-dits, et il peut être aussi le révélateur de secrets de famille. Il peut ainsi désidéaliser le mythe familial.

Qu'un des membres du cercle familial « s'extraie du silence » en se suicidant et c'est toute la famille qui est mise en cause. Le suicide d'un parent a ainsi les capacités d'éclater les familles et les parents, de révéler des secrets

de famille, de mettre en accusation les uns contre les autres.

Le suicide met les survivants en position dépressive à moins qu'il ne déclenche une réaction paranoïde.

Si le deuil semble ici difficile, il n'en est pas moins indispensable. Dans le cas contraire, le risque est grand que son absence empêche les survivants de survivre, au risque d'un éclatement ou d'une perpétuation des problèmes et de leur retentissement sur les générations suivantes. Le suicide a commencé une mise à plat des différents familiaux ou de la pathologie familiale ? Il est nécessaire que cette mise à plat soit consommée complètement, quoiqu'il en résulte et quelques en soient les conséquences. C'est une question de survie de chacun et du maintien de l'intégrité du groupe.

Une aide est alors indispensable, individuelle, éventuellement par une analyse collective, sous la forme d'une thérapie systémique par exemple.

« Notre vie dépend de la volonté d'autrui, notre mort de la nôtre ».Montaigne.

CHAPITRE 6

LES STRATEGIES ET LES MODALITES D'INTERVENTION

Il n'existe pas de stratégie d'intervention véritablement définie pour la prise en charge du suicidant ni pour la prévention du suicide. Seulement des convergences recueillies et adoptées au cours de consensus pluridisciplinaires. Ces consensus portent sur le type d'évaluation préalable à toute démarche ou incluse dans celle-ci. Ils précisent la formation qui parait indispensable pour effectuer une prise en charge sérieuse et efficace. Ils font la part entre les interventions psychosociales, que l'on mettra en œuvre plutôt dans la prévention du suicide, et les interventions d'urgence, intéressantes en particulier en période de crise suicidaire.

Une bonne intervention doit s'appuyer sur un support théorique, commun à la même équipe. Celui-ci fait référence à la chronologie habituelle du processus suicidaire.

L'aventure suicidaire commence par une problématique imposée au sujet et pour laquelle il ne trouve pas de solution immédiate. La chronologie du processus suicidaire s'enclenche alors. Elle comprend la recherche désespérée par le sujet de solutions à la crise qui le traverse. Vient la crise suicidaire avec l'apparition des idées

suicidaires, lorsque le sujet constate qu'il est débordé par l'absence de solutions ou par des solutions qu'il estime inadaptées ou inopérantes. L'étape suivante voit se développer les ruminations des idées suicidaires. Ces ruminations aboutissent à la recherche, au début souvent inconsciente, et à l'édification d'un scénario pour mettre fin à ses jours. Un facteur précipitant ou déclencheur peut alors exposer brusquement au passage à l'acte.

Dans tous les cas, nous avons devant nous un sujet désemparé, en état de « *déséquilibre psychique* » selon Monique Seguin, un être vulnérable et à la merci d'une décompensation lors de la survenue d'un choc même minime, que l'on qualifie d'évènement déclencheur.

A chacune de ces phases chronologiques correspond un mode d'intervention particulier. Il est certain que la demande d'intervention a rarement lieu quand le sujet se trouve dans les deux premières phases. Mais si le diagnostic de crise débutante est fait à ce moment, le but de l'intervention sera de faire retrouver au sujet son équilibre rompu, de mettre fin à la crise, au moins de ramener le sujet à la phase précédente, baissant de facto le risque suicidaire.

PRINCIPES ET MODELES D'INTERVENTION

Malgré le fait que chaque crise suicidaire est particulière, l'intervention peut obéir à quelques règles générales qui s'appliquent à toutes les situations.

L'entrée dans la crise suicidaire est précédée de ces prémisses au cours desquelles l'individu est débordé par

une problématique à laquelle il ne trouve pas de réponse. Bientôt, le suicide va lui apparaitre alors comme étant la seule issue. Si l'on a la chance d'être présent à ce moment ou d'être sollicité par lui ou par un tiers, établir une relation de confiance permettra de participer à la recherche d'une solution. Le travail s'attachera à revaloriser l'individu, à diminuer son sentiment d'incapacité à résoudre son problème et à lui faire retrouver une clairvoyance semble-t-il perdue.

Mais bientôt vont apparaitre les idées suicidaires. C'est le moment d'écouter la souffrance du sujet et de l'aider à l'exprimer. Montrer qu'on le comprend et faire œuvre d'empathie permettent d'établir le lien de confiance qui va aider à briser l'isolement et un enfermement délétère. Il est essentiel de mobiliser précocément l'entourage du patient et tout un réseau (santé scolaire, services de santé psychologique, associations) qui pourront prendre le relai et assurer la continuité de la prise en charge.

Au stade plus avancé de la rumination des idées suicidaires, une relation de confiance avec le sujet permet de mieux formuler la crise, de mettre des mots sur la souffrance et ses raisons alléguées. L'individu pourra ainsi mieux comprendre le mécanisme de la crise et ses causes. Il pourra alors lutter efficacement contre elles.

Pris en charge bien plus tard, au stade de la planification d'un scénario de suicide, le lien doit permettre d'être plus directif. C'est la crise suicidaire proprement dite, au moment où toutes les conditions sont remplies pour permettre le passage à l'acte. On abordera alors d'emblée l'intention suicidaire, son scénario, et on éva-

luera le risque réel de passage à l'acte. Il ne reste plus qu'un élément déclencheur pour que le sujet passe à l'acte. L'hospitalisation est indispensable et urgente. C'est une faute que de ne pas la proposer ni d'aider à la mettre en place. Un traitement pharmacologique peut être utile et ce doit être fait sous surveillance et dans le cadre d'une hospitalisation afin de prévenir la levée de l'inhibition qu'entrainent certains médicaments. La recherche d'un possible facteur déclencheur passe au second plan.

DESAMORCER LA CRISE SUICIDAIRE

Disons d'emblée que les stratégies d'intervention sont différentes selon l'état du sujet à prendre en charge : un suicidaire qui manifeste une réelle intention de mourir, un sujet ambivalent dont l'intentionalité de mourir n'est pas évidente, ou un suicidant récidiviste.

Indépendamment de cela, il a été décrit trois modèles type d'intervention.

En premier lieu, un modèle dit de dépistage et d'évaluation. Il s'intéresse aux difficultés du sujet face à ses interrogations et à ses problèmes, afin de lui proposer des solutions adaptées. Il s'adresse plutôt aux sujets souffrant de pathologies psychologiques ou psychiatriques chroniques.

En second lieu, le modèle dit de la résolution de problèmes, qui est le modèle le plus adapté au travail des associations et qui est accessible au seul prix d'une petite formation. Ce modèle, « empreint d'humanisme », est

fait d'écoute active et de l'établissement d'une relation « chaleureuse ». Il permet aussi de détecter les situations d'urgence qui méritent la prise en charge par des professionnels. Adaptée aux situations de crise, les associations qui utilisent ce modèle aident à trouver des solutions simples pour résoudre les problèmes évoqués par le sujet. C'est un modèle qui permet une prise en charge longue, démédicalisée, ainsi qu'un suivi si nécessaire.

Le troisième modèle, enfin, s'applique à la situation de crise (Aguilera). Il consiste en une psychothérapie brève de 1 à 6 séances et repose sur le principe que ni les évènements ni le stress n'entrainent à eux seuls la crise. Celle-ci ne survient que lorsque le stress est menaçant et qu'il dépasse les capacités d'adaptation du sujet.

Ces trois modèles sont choisis en fonction du niveau de la crise mais surtout en fonction de la qualification du professionnel ou du non-professionnel qui intervient. Cela demande d'ailleurs que l'un ou l'autre soit formé à ces différentes approches et pratiques.

L'individu est emporté dans une crise suicidaire par l'impossibilité de maîtriser un problème qui se présente à lui, par un isolement social qui le prive d'un étayage qui pourrait l'aider à le faire et, enfin, par la perception inadéquate d'un évènement souvent mineur ou parfois sans rapport avec son problème et que l'on nomme un facteur déclencheur. La crise est permise par l'impulsivité du sujet en réponse au stress, par une rigidité d'esprit et une cécité qui l'empêche d'envisager quelque solution autre qu'une fuite dans le suicide. Il existe cependant souvent une ambivalence, la possibilité d'un éclair de survie comme si le sujet, inconsciemment, imaginait que toutes

les pistes n'ont pas été encore explorées. Il faut savoir saisir cette petite fenêtre pour agir.

L'intervention en situation de crise va se saisir de cette ambivalence, s'appuyer sur celle-ci et utiliser tous les leviers permettant de résoudre chacun des points énoncés ci-dessus.

Il va falloir mettre des mots sur la douleur morale pour la reconnaître et montrer qu'on la prend en compte. Démonter l'isolement affectif et social pour amener à accepter la prise en charge que l'on propose. Jouer sur l'ambivalence afin de mettre en avant les aspects positifs de la situation (le verre à demi vide et le verre à demi plein) et renarcissiser l'individu. Modifier enfin les schémas cognitifs pour permettre une appréhension plus réelle de la situation. Dans tous les cas, il s'agit d'établir un climat de confiance, au-delà d'une écoute réalisée sans aucun jugement mais avec empathie et garante de la confidentialité, et de conclure par un contrat établi avec le patient.

LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Une prise en charge ambulatoire est possible mais, tout d'abord, sous réserve qu'aient été évalués le potentiel suicidaire, l'urgence et la dangerosité de la situation. Des échelles et grilles sont proposées pour le faire. Il est préférable d'en remplir les items par des questions posées au hasard de l'entretien pour éviter un caractère inquisitorial et intrusif qui pourrait bloquer un sujet déjà

méfiant, ce qui pourrait constituer un obstacle ou un frein à la confiance et à la suite de la prise en charge.

L'imminence du passage à l'acte nécessite des mesures d'urgence qui exigent la prise en charge spécialisée, au besoin au moyen d'une hospitalisation éventuellement contrainte. A un stade de moindre urgence, la prise en charge peut suivre un cours moins brutal qui pourra désamorcer la crise. Elle utilisera l'écoute, par nécessité souvent un peu directive mais sans jugement de valeur, le recensement des facteurs d'étayage et la recherche des facteurs déclencheurs. Il est possible alors d'agir sur les facteurs de risque, individuels et familiaux, psychosociaux et conjoncturels.

La prise en charge ambulatoire laisse le temps de mobiliser l'entourage et, en premier lieu, la famille, afin de rompre l'isolement social et dédramatiser la situation en déculpabilisant chacun comme en refusant les mises en accusations et les anathèmes jetés par les uns et les autres.

Elle se donne le temps de la mise en mots de la souffrance en la plaçant au centre de la problématique.

Elle permet la recherche des facteurs déclencheurs pour en démonter les mécanismes, éventuellement les relativiser et les éviter ou trouver les moyens d'y mettre un terme.

Elle explore et met en évidence les errements de schémas cognitifs inadaptés qui ont abouti à une perception déformée des situations et qui sont à l'origine de la crise suicidaire (c'est l'approche cognitive et comportementale d'Aaron Beck). La conclusion en sera la nécessité

d'une restructuration cognitive adaptée aux capacités propres du sujet.

Nous l'avons vu, la définition des objectifs de la prise en charge se fixe dans un contrat. Ce travail dépasse rapidement les capacités et la disponibilité du médecin généraliste.

La restructuration cognitive nécessite, de la part du psychiatre ou du psychologue, une indispensable formation aux thérapies comportementales et cognitives (TCC), bien éloignée des prises en charge de type analytique qui n'ont pas d'indication, au moins au début, dans ces situations. Bien éloignée également de la simple écoute passive effectuée par de nombreux psychologues. Sans chercher à convaincre ni tenter de changer les idées noires par la persuasion, seuls un abord un peu directif ou les thérapies comportementales et cognitives permettent au sujet de modifier ses schémas cognitifs, de trouver des alternatives à la tentation du suicide, de trouver les motifs de ne pas se tuer. Comme sont nécessaires les moyens pour amener le suicidaire à acquérir la force morale pour maîtriser son impulsivité et ses émotions, pour positiver et diminuer sa souffrance psychique et ainsi lutter contre l'anxiété et la dépression. Vu l'importance des enjeux, il sera préférable de s'adresser à un psychologue clinicien, au mieux formé aux TCC, que de s'adresser à un psychothérapeute.

LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE

Lorsque l'état de crise de l'individu laisse craindre un passage à l'acte imminent, ou lorsque l'environnement

psychosocial est défaillant, ou encore lorsque après une tentative de suicide persiste une forte intention de récidiver, le placement institutionnel devient alors inévitable. Il en est de même quand la crise survient dans un contexte de maladie psychiatrique non équilibrée. Deux modalités s'offrent alors à nous.

D'une part l'hospitalisation normale, ou hospitalisation libre, faite à la demande du sujet ou avec son consentement.

D'autre part, lorsque le sujet refuse l'hospitalisation, le recours à l'hospitalisation sous contrainte. Elle est permise et encadrée par la loi du 27 juin 1990, relative « *aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* ». C'est une hospitalisation nécessitée par l'évaluation et le traitement d'un trouble mental, par l'existence d'une dangerosité pour l'individu ou pour autrui, ou lorsqu'il y a un risque d'atteinte à l'ordre public. Cette hospitalisation sous contrainte est faite à la demande d'un tiers (HDT) si le consentement du sujet n'est pas recevable. Il s'agit d'une hospitalisation d'office (HO) lorsque les troubles mentaux mettent en péril l'ordre public et la sureté des personnes. Les conditions de ces hospitalisations sont très réglementées.

L'intervention psychiatrique, ambulatoire ou institutionnelle, fait toujours peur (au sujet lui-même comme à son entourage) même lorsqu'elle est indispensable. C'est d'ailleurs cette crainte de la psychiatrisation qui explique en partie la sous-déclaration des tentatives de suicides, y compris par certains médecins généralistes.

Moins de 20% des crises suicidaires aboutissent à une hospitalisation. C'est relativement peu surtout quand on sait qu'elle a pour but immédiat de contenir un sujet qui va passer à l'acte. Un traitement va pouvoir lui être éventuellement donné ou poursuivi, dont on sera alors certain de l'observance. Là aussi, un contrat sera passé, concernant la prise en charge, son contenu et sa durée. L'hospitalisation va permettre de mobiliser l'entourage et d'organiser une médiation éventuelle. Seront définies également les modalités d'un suivi ultérieur, à court, moyen et long terme.

LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

L'utilisation des médicaments est une tentation facile, mais elle peut être parfois dangereuse. En effet, à base d'anxiolytiques et aussi d'antidé-presseurs, le traitement pharmacologique a, au moins lors de son initiation, des vertus désinhibitrices qui sont malheureusement capables de faciliter le passage à l'acte suicidaire. Cette tentation facile du médicament doit donc être utilisée avec prudence et par un médecin averti, au besoin lors d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans tous les cas sous surveillance et accompagnée d'un étayage par du personnel formé ou spécialisé. Rappelons que l'anxiété doit être traitée par des anxiolytiques et que la dépression doit l'être par des antidépresseurs. Quant aux manifestations délirantes, elles relèvent des neuroleptiques. Les troubles du sommeil relèvent des inducteurs du sommeil et du traitement du trouble qui est leur cause.

LE SUIVI POST-CRISE

Le désamorçage de la crise est donc assuré. Toute tentative de suicide nécessite alors un suivi post-crise, à court ou à long terme, selon les cas. Ce suivi à distance est indispensable pour un individu suicidaire qui reste vulnérable, car la post-crise immédiate est une période à fort risque de récidive.

Le suivi post-crise permet ainsi d'éviter que l'entourage ne se démobilise : le suivi doit donc être aussi celui de l'entourage. Ce suivi permet en outre d'éviter que le sujet retrouve l'isolement social dans lequel il était plongé, ou d'éviter qu'il interrompe éventuellement un traitement psychotrope.

Le suivi post-critique permet d'empêcher que le sujet retourne dans les errements de schémas cognitifs non encore normalisés. L'individu va se convaincre peu à peu que « son suicide n'engage pas que lui-même ». Il apprendra quelles sont les raisons de ses pulsions suicidaires, ce qui est de nature à faire cesser sa souffrance physique ou morale. Il arrêtera de vouloir culpabiliser autrui, et d'échapper à ses problèmes. Il retrouvera une certaine liberté de penser et d'agir. Il pourra enfin relativiser les facteurs causaux ou déclencheurs et sera en mesure de lutter contre ses pulsions mortelles.

La crise suicidaire « *s'appuie parfois sur le sentiment de non-existence* » (Xavier Pommereau), en lien avec un trouble de l'identité face à des facteurs déclencheurs qui le dépassent et contre lesquels il s'aperçoit qu'il ne peut lutter. Le suivi post-critique est le moment de renarcissi-

ser un sujet qui a le sentiment de ne pas exister dans les yeux des autres. Le suivi post-crise permet à l'individu de renforcer tous les moyens devant lui permettre la résilience.

Du côté des professionnels et apparentés, il est nécessaire que ce suivi soit pluridisciplinaire, inscrit dans le cadre d'un réseau de soutien dont un des intérêts est de permettre une disponiblité totale des aidants, 24 heures sur 24. Le suivi doit donc impliquer la famille et les associations de soutien, ainsi que le médecin traitant dont on peut déplorer qu'il soit souvent insuffisament formé, impliqué ou disponible pour cela.

La stratégie du suivi est différente selon la situation et l'individu, tant la crise est particulière pour chacun. L'objectif sera, dans un cas, la lutte contre le stress et la baisse de la tension. Dans un autre, l'aide à la résolution de problèmes. Dans un autre encore, la restructuration cognitive.

La durée sera également différente. Une anxiété faible ne nécessitera qu'une prise en charge psychologique de courte durée mais assortie peut-être d'une prise en charge psychosociale plus longue. Une anxiété importante justifiera un traitement psychotrope, induit par le spécialiste et suivi par le médecin généraliste, et une prise en charge psychologique peut-être plus serrée.

La nature des personnes chargées de ce suivi varie également. Le médecin traitant est l'intervenant de première ligne pour le suivi d'un traitement et pour le premier recours en cas de risque de récidive, laquelle est d'ailleurs souvent camouflée derrière des symptômes

somatiques divers. Un obstacle est la solitude du médecin généraliste et le peu de temps qu'il a à consacrer à l'écoute empathique ou directive, à l'évaluation du risque suicidaire, ainsi que les difficultés qu'il peut rencontrer pour se rendre immédiatement disponible. Et pourtant, cela a d'autant plus d'importance que la fréquente ambivalence des suicidants fait qu'ils consultent souvent leur médecin en premier recours au début de la crise suicidaire.

Les associations sont utiles pour assurer le suivi social et un soutien moral plus que pour la comparaison, le jugement critique ou le conseil. Possédant un numéro « vert », cela les rend disponibles 24 heures sur 24.

Le psychiatre est indispensable en cas de contexte psychiatrique y compris de « simple (!) ou petite (!) » dépression nerveuse.

La place du psychologue clinicien est importante. Il est formé aux approches cognitives et comportementales, tout en sachant que les suicidaires sont généralement plus enclins à accepter une prise en charge psychologique en période de crise que passée celle-ci. Le rôle du psychologue est donc plus un rôle de thérapeute qu'un rôle préventif, sauf éventuellement de prévention secondaire.

L'hôpital est là pour les réhospitalisations éventuelles et parfois pour les médiations familiales ou pour les thérapies de groupe. Mais le suivi ambulatoire est un bon moyen pour éviter ces réhospitalisations.

D'autres intervenants pourront trouver également leur place. Associations de bénévoles, groupes de parole,

médecins scolaires ou du travail, cliniques de repos, sophrologues, etc.

Enfin, si le cadre de ce suivi post-crise doit être contractualisé et formalisé (durée, modalités, professionnels impliqués, lieu de suivi), il doit cependant être personnalisé plus que fait de stratégies globales, pré-écrites et standardisées. Il est souhaitable que ces dernières s'adaptent au sujet et à sa réactivité. Elles doivent par là-même être constamment réévaluées.

CHAPITRE 7

QUELLES SONT LES PERSPECTIVES POUR DEMAIN ?

LE SUICIDE A-T-IL UN AVENIR ?

« *La mort est promise à un bel avenir, le suicide aussi, sans doute car, « dans 10 000 ans, le suicide sera considéré comme l'unique façon de mourir* »
Natsume Söski

Oui, sans doute. Bien que l'incidence des morts par suicide diminue régulièrement en France depuis 30 ans (-32%).

Par contre, les chiffres du suicide montrent une augmentation dans certaines classes d'âge, en particulier les hommes de plus de 75 ans (+ 27%) et les adultes entre 35 et 55 ans (+ 40%). Parce que le suicide est de plus en plus dédramatisé et reconnu comme une façon de mourir, cette baisse du nombre des suicides accomplis cachent une vraisemblable augmentation des tentatives de suicide.

Si l'incidence des décès par suicide baisse, sa prévalence augmente de façon mécanique car on observe une augmentation de la population mondiale. Car augmentent également les facteurs individuels qui prédisposent au suicide, tels l'environnement familial, le terrain médical personnel, les difficultés économiques, le vieillissement prolongé des individus et les pathologies psychiatriques, dont la notable augmentation de la maladie bipolaire.

Jamais la vie n'a été aussi difficile, les individus ayant de la peine à s'adapter à des changements technologiques et organisationnels extraordinairement rapides, que l'on disait pourtant devoir soulager les hommes.

Les facteurs externes aussi sont en augmentation, faisant courir le risque de voir s'accroitre les pulsions et les crises suicidaires. C'est une vie citadine ou rurale de plus en plus rude, la croissance du nombre des professions à risques, le burn out et le stress au travail, le travail des femmes hors de chez elles quand il est ajouté aux tâches ménagères. Mais c'est aussi le chômage, l'augmentation de la population carcérale ou des personnes âgées institutionalisées.

Les deux facteurs constamment évoqués sont, d'une part l'augmentation générale de la population et son vieillissement lié à un accroissement prodigieux de la longueur de la vie, d'autre part la paupérisation de nombreuses classes d'âge avec les répercussions que cela peut avoir sur leur santé. Deux autres facteurs de risque en constante augmentation sont l'isolement (malgré ou à cause de la concentration urbaine) avec la perte des soli-

darités familiales et sociales, et la disparition des interdits moraux et religieux.

A ces faits sociaux et facteurs de risque, les modes de vie dont parlait Maurice Halbwachs, s'ajoutent en outre des facteurs déclencheurs, eux-mêmes en hausse, telles les addictions aux drogues et à l'alcool, les médicaments, les divorces, la précarité du travail et l'institutionalisation des vieillards.

UNE PREVENTION EST-ELLE POSSIBLE ?

Oui, sans aucun doute. Dès lors que, comme on l'a vu, les facteurs prédisposants et les facteurs déclencheurs sont connus.

Mais se posent aussi des questions plus iconoclastes. Certains suicides ne sont-ils pas légitimes ? Faut-il tout prévenir et tout guérir ? Jusqu'où interférer et contrer le libre arbitre qui semble désormais être une demande universelle des hommes ?

L'histoire de la prévention

Il est dommage de constater que les études d'Emile Durkheim et de ses successeurs n'ont été que de façon récente retenues pour tenter de prévenir le suicide.

Il a fallu en effet attendre la fin du siècle dernier pour que le phénomène suicidaire soit enfin véritablement pris en compte dans les politiques de santé publique.

L'histoire récente montre les avancées qui ont été faites en termes de prévention. C'est, en 1970, l'interpellation des politiques par les associations de familles des suicidés. Ce sont les études épidémiologiques sur le suicide des jeunes en 1980. Ce sont encore les Conférences Régionales de Santé en 1990 et les rapports du Conseil Economique et Social. Cela débouchera sur des programmes régionaux de prévention du suicide. Les Conférences Nationales de Santé de 1996 et 1997 feront du suicide l'une des 10 priorités nationales de santé publique. En 1999, le suicide devient une grande cause nationale. Depuis, de façon symbolique, a été mise en place la journée annuelle du suicide.

En 1996 et 1997, la Direction Générale de la Santé recense les expériences fructueuses d'autres pays occidentaux. Et, en 2000, se réunit une conférence de consensus de la Société Française de Psychiatrie. Le congrès de Nantes aboutira à la rédaction de 3 circulaires ministérielles relatives à la dénonciation possible d'un individu suicidaire, à l'interdiction de la détention des armes à feu et à la formation des formateurs de prévention. Rien concernant un véritable travail de réflexion sur les causes profondes du suicide ! Comme si les responsables politiques rechignaient à remettre éventuellement en question le fonctionnement de la société toute entière, ou comme s'ils en étaient ontologiquement incapables ? Et à en tirer les conséquences pratiques ! Mais peut-être le taux des suicides n'a-t-il pas encore atteint le seuil critique qui ferait bouger les décideurs politiques et sociaux ?

L'épidémiologie se généralise comme moyen d'exploration du phénomène suicidaire. De même que l'utilisation de « l'autopsie psychologique ». Les psychiatres apportent leur contribution à la connaissance des psychopathologies prédisposant au suicide. La place de la médecine générale est affirmée dans le diagnostic de la crise suicidaire et de la conduite à tenir pour la prendre en charge. Se précisent les méthodes de prévention primaire mais aussi de la prévention secondaire.

L'UNPS (Union Nationale pour la Prévention du Suicide) est un regroupement d'une trentaine d'associations qui ont pour but de prévenir et d'informer. Elle reçoit le « soutien moral » du Ministère de la Santé et des subventions de la DGS (Direction Générale de la Santé).

Les obstacles à la prévention

Des obstacles et des freins existent cependant toujours pour que la prévention ou les préventions soient efficaces. Des résistances subsistent au niveau des familles pour consulter médecins et psychologues et modifier leurs comportements, et subsistent aussi au niveau des suicidaires eux-mêmes, que la honte ou la maladie n'incitent pas non plus à accepter une prise en charge. En réalité, le suicide dérange encore tout le monde et l'on préfère se voiler la face jusqu'à ce que cela ne soit plus possible. Ce qui nous amène à ne traiter que les lendemains du suicide. Ce qui est souvent trop tard.

Les statistiques sont accablantes. Si 30% des français connaissent les chiffres du suicide, un tiers les sous-estiment et la plupart ignorent les associations qui s'en

préoccupent. Plus de la moitié déclarent ne pas connaitre les moyens de prise en charge pour la prévention des suicides. Si près des deux tiers mettent le médecin généraliste au centre du dispositif de cette prise en charge, peu citent l'hôpital ou l'institution psychiatrique.

Plus inquiétant encore, les deux tiers des élus sous-estiment le nombre des tentatives de suicides et pensent que ce phénomène concerne essentiellement les adolescents. Un quart ont déjà travaillé sur le problème dans leur circonscription et autant craignent de le faire, redoutant que cette démarche ne soit incitative ! Plus des deux tiers n'accordent aucune aide aux associations bien qu'ils estiment l'action de celles-ci efficace. Enfin, les élus récusent leur propre responsabilité dans la prise en charge du suicide, gênés car ils estiment que cela touche trop à l'intimité de l'individu. Selon la plupart, cette prévention reviendrait plutôt au milieu associatif et aux enseignants ! Et à l'Etat !

En bref, le suicide fait peur. Transgression de l'ordre social, il reste entaché de culpabilité. En France, le poids de la religion judéo-chrétienne reste fort. La connaissance des situations qui conduisent au suicide est inégale voire inexistante. Ces situations sont même rejetées. Le suicide implique tant l'entourage qu'il demeure encore un sujet relativement tabou.

Quelle est la légitimité des intervenants dans la prévention primaire c'est-à-dire avant que ne se produise le suicide ? Comment intervenir dans la détection des facteurs à risque dès lors qu'ils touchent au fonctionnement des familles et des couples ? Quels moyens utiliser pour former de façon efficace les personnes qui sont au pre-

mier rang de la détection des situations de crise suicidaire : parents et amis, médecins et soignants, enseignants, gardiens de prison, syndicats et médecins du travail ?

Les mêmes obstacles existent aussi en prévention secondaire, c'est-à-dire celle qui est mise en place pour éviter la récidive de la tentative de suicide. Comment mobiliser sans ingérence dans leur fonctionnement personnel les travailleurs sociaux, les principaux des collèges, les chefs d'entreprise, l'institution carcérale, les dirigeants d'association et les parents ? Et comment sensibiliser les responsables politiques dont le rôle se limite souvent à des paroles apitoyées et à de bonnes intentions sans que celles-ci soient accompagnées d'aucun des moyens (y compris financiers) nécessaires ? Les études montrent que la majorité des intervenants ne font d'ailleurs pas confiance aux autorités pour la prise en charge du suicide, car les interventions de celles-ci se limitent souvent au seul soutien moral et symbolique. Cependant, beaucoup récusent en même temps cette responsabilité reportée sur l'Etat, estimant que son rôle devrait se limiter à des financements.

Quel est l'intérêt d'une détection des crises suicidaires si la prévention du passage à l'acte n'est pas possible ? La lutte contre l'isolement qui est, on l'a vu, un évènement fréquent conduisant au suicide ? La lutte contre la douleur physique laquelle est, il est vrai, de mieux en mieux intégrée dans la prise en charge des malades ? Celle contre la douleur morale, cette dernière étant confrontée à une résistance particulière de la part du sujet pour consulter un psychologue ou un psy-

chiatre ? Quid de la prise en charge financière par la Sécurité Sociale ou les mutuelles de la consultation du psychologue dans ces situations très particulières ? Comment favoriser voire forcer le rétablissement d'une communication entre l'adolescent et sa famille ? Comment faciliter le maintien à son domicile d'une personne âgée, quand on sait que parfois cela est matériellement et humainement impossible ? Comment participer à l'humanisation des prisons, coûteuse et qui, pour certains, va à l'encontre du but recherché par l'incarcération ?

Les étapes de la prévention

Le préalable à la prévention est la détection des sujets à risque. L'épidémiologie, on l'a vu, apporte des éléments pour le faire. Un tour des situations doit être fait.

Antécédents personnels ou familiaux, troubles psychologiques et affections psychiatriques, conduites addictives à l'alcool et aux drogues, et même cette addiction aux psychotropes qui est si fréquente chez les personnes âgées, acceptée voire entretenue par le corps médical. Traumatismes psychiques et deuils non faits (en particulier le deuil d'un enfant mort). Maladies chroniques graves et douloureuses. Burn out et pathologies du travail, déficiences et handicaps divers.

Le médecin traitant reste l'acteur principal de cette détection. En effet, 75% des suicidaires ont eu des pensées de mort dans les 6 mois qui précèdent leur passage à l'acte, et près de 50% ont consulté leur médecin dans la semaine qui a précédé leur suicide. Il est vrai que cette

consultation auprès du médecin généraliste a été motivée par des symptômes qui ne sont souvent qu'un prétexte bien éloigné de la préparation du suicide. La sensibilisation du médecin traitant devrait être faite lors de sa formation universitaire initiale et approfondie ultérieurement lors de formations post-universitaires.

Le deuxième volet de la prévention est celui des situations à risque. Au premier plan desquelles l'isolement du vieillard, du prisonnier, du psychotique, de certaines personnes dans l'exercice de leur profession (c'est le cas des médecins par exemple). Et, au second plan, le traumatisme d'une maladie lorsqu'elle est parvenue à son stade terminal, à plus forte raison quand elle s'accompagne de douleurs importantes ou d'un retentissement psychologique ou cognitif.

Le troisième volet est la surveillance des facteurs déclencheurs. L'annonce d'une maladie grave ou le décès du conjoint, les lendemains d'un suicide dans l'entourage proche, l'institutionnalisation d'un vieillard, la perte d'emploi ou l'incarcération.

Est enfin essentielle la sensibilisation des entourages respectifs, dont les familles, et le développement ou le soutien financier des associations de prévention du suicide.

Pour finir, ne peut-on imaginer d'étendre « l'autopsie psychologique » à tous les cas de tentative de suicide, dès lors qu'ils sont connus ?

Les moyens de la prévention

Qui est concerné par la prévention du suicide ?

La prévention n'est pas faite uniquement d'incantations, d'intentions pieuses ou d'à-coups médiatiques. Elles nécessitent des moyens et des acteurs pour s'y impliquer. Il existe plusieurs étages de la prévention.

Les financements

Cela est de la responsabilité des financeurs (l'Etat, les collectivités locales, la Sécurité Sociale et les mutuelles), sans les moyens financiers desquels rien ne peut se réaliser de concret.

C'est également le rôle des acteurs de terrain (les associations, les services de santé des entreprises et des établissements scolaires, de l'armée et des prisons), qui sont chargés de la prévention primaire.

Et celui de tous ceux qui participent à la prise en charge des rescapés du suicide. C'est la prévention secondaire, assumée le plus souvent par les associations, lesquelles ne peuvent exister sans les subventions que devraient leur acorder les financeurs énumérés plus haut.

L'information

L'information doit-elle se faire à tous les niveaux de la société ? Ou doit-elle se limiter aux populations fragiles, au risque, alors souvent évoqué d'une possible incitation au suicide ?

Doit-elle ne concerner que les acteurs les plus proches des éventuels suicidaires, tels les enseignants, les éducateurs, le corps soignant ? Mais quelle est aussi la place des parents ? Quels messages transmettre ? Quels

sont les médias à utiliser (affichage, presse, éducation en milieu scolaire, télévision, internet) ? Une réflexion doit se faire sur ce point. La solution est souvent très variable en fonction de la population concernée.

Le diagnostic de la crise suicidaire

Le diagnostic de la crise suicidaire relève du rôle du médecin traitant et de l'entourage proche. En annexe figurent des tableaux et des grilles permettant d'évaluer le niveau d'anxiété, de mesurer l'état dépressif et d'apprécier le risque suicidaire. Mais comment déceler aussi la crise suicidaire si elle se cache derrière des symptômes somatiques inattendus ?

Le traitement social

Il est commun de dire qu'il n'y a pas de traitement social du suicide puisque celui-ci n'est qu'un problème individuel.

Mais de nombreux facteurs déclencheurs, voire la plupart, sont des facteurs sociaux, lesquels relèvent assurément d'une prévention et d'une prise en charge qui ne peut être que sociale. Sont concernés toutes les organisations sociales comme les prisons, les établissements pour personnes âgées, les hôpitaux, les entreprises et les établissements scolaires.

Le traitement politique

L'autorité politique a la responsabilité de légiférer y compris dans le domaine de la reconnaissance et de la prévention du suicide. Elle a aussi la responsabilité financière des campagnes de prévention du suicide. Encore faut-il que celles-ci soient adaptées à la mesure du problème. L'autorité politique devrait, à mon sens, avoir également l'obligation morale et le devoir de participer financièrement, à hauteur du problème, au fonctionnement des multiples associations qui oeuvrent efficacement dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du suicide. Enfin, par les fonctionnements et les modifications sociétales dont il est responsable, le pouvoir politique est directement impliqué dans la survenue de nombreux suicides, à plus forte raison lorsque les suicides surviennent dans des institutions qui relèvent de son autorité : école, prison, hôpital, armée, police. Comme il est responsable de la lutte contre certains facteurs déclencheurs tels le chômage et les dysfonctionnements sociétaux.

Le traitement médical de la crise

Le médecin traitant reste au premier plan pour la détection et la juste appréciation du risque suicidaire. Pour autant, une fois celui-ci détecté, il est nécessaire qu'il accepte de « passer la main » aux spécialistes que sont le psychiatre ou l'institution hospitalière. Il est essentiel que cette dernière modifie d'ailleurs ses schémas et sa façon d'accueillir le suicidant.

L'acceptation de la « psychiatrisation » de certains suicides est encore mal acceptée par les familles et les suicidants mais aussi par de nombreux médecins qui

sous-estiment la gravité du problème. Ils en banalisent ainsi la prise en charge quand ils devraient au contraire inciter et convaincre, sans catastrophisme, les suicidants de consulter les spécialistes.

Le traitement préventif du suicide exige également un traitement médical dans certaines indications. Ce sont les pathologies délirantes, dont la mélancolie, qui méritent un traitement adapté qui dépasse la compétence du médecin généraliste et nécessitent souvent, au moins à leur début, une surveillance hospitalière.

Ce sont également les syndromes dépressifs, lesquels relèvent fréquemment de traitements antidépresseurs éprouvés (et non des habituels tranquillisants et benzodiazépines), et méritent une surveillance, en particulier au moment de leur induction.

L'anxiété est souvent présente dans la crise suicidaire et les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine et autres molécules) ont démontré leur efficacité antidépressive mais aussi tranquillisante. Le danger de ce type de traitement est ici aussi la levée des inhibitions, qui pourrait faciliter le passage à l'acte. C'est la raison pour laquelle le traitement ambulatoire ne peut se faire que sous une surveillance spécialisée, et qu'il doit être accompagné par le soutien de la parole.

En raison de la fréquence des troubles bipolaires dans l'incidence du suicide, le traitement de ceux-ci par les thymorégulateurs est important. Leur efficacité a été démontrée dans la réduction du nombre de suicides chez ces malades, en particulier pour ce qui concerne le li-

thium. Cette efficacité tient aussi en partie à l'accompagnement spécialisé du trouble bipolaire dès lors qu'il est traité. Pour la même raison de l'incidence forte des suicides dans les psychoses, le traitement de celles-ci par les neuroleptiques atypiques peut être essentiel.

Enfin, il est important de préciser qu'il n'existe pas d'études montrant l'efficacité des tranquillisants (benzodiazépines) sur la crise suicidaire ni d'effet préventif sur la conduite suicidaire en général. Ces produits n'ont en outre aucun effet antidépresseur et ne traitent donc pas le trouble psychopathologique le plus fréquemment rencontré à l'origine de la conduite suicidaire. Leur effet désinhibiteur et facilitant le passage à l'acte les rend en outre potentiellement dangereux. De nombreux médecins généralistes devraient ainsi modifier leurs attitudes de prescripteurs.

Le traitement psychologique

Le suicidant a besoin d'écoute, de compréhension et a le besoin de changer ses schémas cognitifs perturbés. Seule une autorité et une compétence psychologique en sont capables. Par ailleurs, seules les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont véritablement efficaces, mais trop peu de psychologues et psychiatres sont encore formés à ces techniques. Mais on peut déplorer que le prix de la consultation du psychologue ne soit pas prise en charge par la Sécurité Sociale, ce qui est très préjudiciable pour permettre le vrai et seul traitement en profondeur du suicide.

La difficulté est de faire prendre conscience au suicidant que ce soutien spécialisé est nécessaire. Malheureusement, il existe toujours quelques réticences, y compris dans l'entourage, pour admettre que la crise suicidaire nécessite une prise en charge par le psychologue, à plus forte raison par un psychiatre ou par l'hôpital.

Un exemple de démarche préventive

Un exemple de prévention du suicide est celle à adopter chez l'adolescent.

Disons d'emblée qu'il faut éviter le terme de « récidive » de la tentative de suicide, qui a une connotation judiciaire, au profit de celui de « répétition ». De même évitons le terme de suicide « manqué », qui a une connotation d'échec, au profit de celui de « tentative non aboutie ». Parce qu'elles témoignent d'un état d'esprit devant le problème, ces subtilités sémantiques ne sont pas des hypocrisies du langage mais sont importantes pour ceux qui prennent en charge le problème et surtout pour l'adolescent en cause. La prévention est essentielle quand on constate qu'il y a 30 à 50% de répétitions dans l'année qui suit la première tentative, 14% dans les 3 mois.

Eviter la répétition suppose que l'on agisse à 3 niveaux.

Hospitaliser d'emblée, ce qui est reconnaitre l'importance du geste aux yeux de l'adolescent, et c'est le mettre temporairement à l'abri de lui-même.

Déclarer la tentative, ce qui procède également de la reconnaissance du geste, et permet de faire appel à des

spécialistes sans dévaloriser, culpabiliser ni infantiliser le sujet.

Identifier l'élément déclencheur pour comprendre le mécanisme qui a conduit à l'acte, et régler le problème de fond, avec une thérapie adaptée qui s'avère indispensable.

Le suicide représente un branle-bas psychique, l'aboutissement d'un moment de panique entraînant la ruine et l'anéantissement du sujet. Le suicide est le mode choisi d'adaptation à la réalité, pour se soulager d'une détresse psychique et souvent, pour l'adolescent, pour communiquer. « *La compréhension du suicide se trouve dans l'organisation mentale de l'adolescent qui se structure, dans une recherche incessante d'équilibre pour faire face aux tensions anxiogènes engendrées par des conflits internes et des difficultés externes* ».

En raison du fonctionnement même de l'adolescent, fait de mutisme et d'un malaise qui reste intérieur ou ne se manifeste qu'indirectement, on en arrive à ne traiter le plus souvent que les lendemains des tentatives de suicides. La base de la prévention repose dans l'écoute de ce que l'adolescent a à nous dire.

Il nous faut donc être à l'écoute et intervenir sans minimiser le problème, ce qui dévaloriserait le geste lui-même. Il faut pour cela éviter les périphrases et utiliser les mots adaptés à la gravité de l'acte : la mort, la vie, le suicide, les deuils et les pertes.

Il est nécessaire de ne rien cacher des questions que l'adolescent se pose et qui peuvent être à l'origine de son

acte : non-dits, conflits intrafamiliaux et secrets de famille.

Il est indispensable de ne pas sous-estimer la souffrance de l'adolescent, et de ne pas tenir un discours moralisateur.

Le jeune évoque l'impasse dans laquelle il se trouve ? On doit lui démontrer que la mort n'est pas la seule solution qui s'offre à lui.

S'il existe une crainte de répétition suicidaire, il convient de vérifier si cette crainte est partagée par l'entourage et les proches. Il sera alors nécessaire de recenser les facteurs déclencheurs éventuels et les signaux d'alarme précurseurs d'une nouvelle crise suicidaire. L'attention doit être portée à la recherche d'éventuels symptômes précurseurs, à la recherche également de symptômes dépressifs, en tentant de découvrir le ou les nœuds du problème. Cette recherche peut cependant s'avérer infructueuse car l'on sait que, chez l'adolescent, la logique suicidaire se suffit parfois à elle-même, et que le rôle de l'environnement dans le déclenchement de la crise est parfois futile, variable et sans lien apparent avec le malaise profond de l'enfant.

On le voit, les parents ont une place centrale dans cet échange et dans ce processus, si tant est qu'ils en soient capables. Ils doivent aussi parler à leur enfant, éventuellement avec l'aide d'un tiers. Dans ce cas, la médiation familiale est importante.

Un changement des mentalités est important et le lieu le plus adapté pour entamer cette thérapie reste le milieu institutionnel, même au cours d'un séjour extrê-

mement bref. Le suivi d'une tentative de suicide ne peut être laissé au seul médecin généraliste. Le suicidant doit être confié à un psychiatre ou à un psychologue. Il ne faut pas non plus compter sur les seules thérapeutiques médicamenteuses, qui ne sont d'ailleurs indiqués que dans de rares cas. L'hospitalisation « théatralise » la situation et lui donne son importance et sa reconnaissance. L'obstacle financier de l'abord d'un psychologue libéral peut ainsi être détourné par la prise en charge psychologique hospitalière, de même que l'adresse à un psychiatre (s'il pratique aussi l'entretien psychologique) dont la consultation est remboursée par la Sécurité Sociale. L'hospitalisation n'a jamais d'effet négatif, traumatique ni contre-productif, malgré les craintes parfois exprimées par médecin traitant ou souvent par la famille.

Parfois, il y aura la nécessité d'une thérapie familiale, lorsque le nœud du suicide réside au sein de la famille ou lorsque celle-ci est incapable de cette écoute que demande le jeune. Cette thérapie familiale nécessite l'accord et l'adhésion de son ensemble. Malheureusement, les statistiques montrent que moins de 10% des familles y souscrivent. Le rejet de ces entretiens vient du refus du suicide avec sa connotation d'acte contre-nature et son aspect blasphématoire et de péché, tels que peuvent les induire malheureusement les croyances religieuses. Il en résulte la banalisation ou le rejet de la réalité même du suicide ou de sa gravité : « ce n'est pas si grave, ce sont des choses qui arrivent, c'est accidentel... »

Les stratégies de thérapie familiale doivent s'attacher à lutter contre cette banalisation en remettant le geste à sa place, en affirmant son importance et son

sens, et en démontrant « le rôle » de l'entourage, plus que sa « responsabilité » possible dans sa survenue, et en affirmant aussi son importance dans la prévention de sa répétition éventuelle. La thérapie familiale nécessite plusieurs entretiens au cours desquels la parole doit être donnée aux uns et aux autres. Elle doit respecter une progression selon un schéma comprenant l'expression du malaise consécutif à la tentative de suicide, une compréhension de celle-ci et la recherche des facteurs déclencheurs qui auraient échappés à l'observation, la mise à plat de ces facteurs y compris les non-dits et éventuels secrets de famille, le choix des moyens nécessaires pour engager la parole avec le suicidaire. La thérapie familiale nécessite un cadre prédéfini qui pose la stratégie et les buts à atteindre, et qui fixe son rythme et sa durée.

A distance, il faudra pouvoir parler de tout librement, sans jugement et sans limite. Retomber dans le silence et les non-dits reviendrait à relancer le mal-être dont souffrait l'adolescent et qui est à l'origine de son acte.

Il faut saisir l'occasion d'une tentative de suicide pour exercer une prévention primaire auprès de l'entourage, c'est-à-dire, dans ce cas précis, au sein de l'école. C'est le rôle de l'information en milieu scolaire et dans les familles, en insistant sur l'importance de la libération de la parole.

CONCLUSION

« Le sage vit tant qu'il doit, non tant qu'il peut ». Montaigne

Quand on parle de suicide, on évoque surtout celui des adolescents et des jeunes adultes. Il parait être l'acte contre nature d'une jeunesse porteuse de vie et d'avenir.

On passe rapidement sur celui de populations marginales comme les prisonniers, les homosexuels ou les psychotiques.

On fait la une, par contre, des relativement rares suicides au travail après une longue période, c'est juste, pendant laquelle ils avaient été longtemps niés.

Un non-dit règne enfin sur le fréquent suicide des vieillards, largement sous-estimé et parfois accepté comme libérateur, quand il ne serait pas, à la limite, légitime !

Notre société a un rapport assez malsain avec la mort et avec le suicide en particulier. Comme avec la vie, d'ailleurs. Un rapport ni rationnel ni mature. Un rapport à l'évidence perverti par certaines croyances religieuses, par l'indigence de l'enseignement philosophique à l'école et par une vie sociale très rude et parfois trop matérialiste.

Cependant, il existe une véritable fascination pour le suicide. Il pose la question de son acceptabilité par la société et surtout par les pouvoirs politiques, judiciaires et

religieux et maintenant par le pouvoir médical. A l'évidence, tous ceux-ci peinent à ne pas priver l'individu de cette liberté de choisir le lieu, le moment et les moyens de son départ.

L'histoire du suicide, c'est-à-dire la perception du suicide dans l'Histoire, nous montre quel fut le cheminement de l'idée du suicide dans la culture et dans l'esprit des hommes. Ainsi que son refus ou son acceptation. Nous en sommes parvenus à une compréhension empathique, prémisse d'une attention, soignante et préventive, dont on peut penser qu'elle contient ou a contenu la prévalence d'un suicide qui aurait pu être plus fréquent dans une société dure et par certains côtés moins protectrice qu'autrefois.

Il n'est pas interdit de penser que la clinique du suicide s'est enrichie. Les facteurs déclencheurs sont polymorphes, et l'isolement croissant, affectif et psychologique des individus est un risque évident. Les moyens de se tuer sont variés et sont aujourd'hui disponibles au plus grand nombre. Enfin, les interdits, en particulier religieux et moraux, disparaissent peu à peu.

Une prévention du suicide est cependant possible et elle est nécessaire, même si elle prend actuellement le problème à l'envers ?

Cet ouvrage s'adresse à tous et en particulier à ceux qui restent. Ce n'est pas un mode d'emploi du suicide, ni celui des conduites à tenir face à un suicidant. Il se propose modestement d'analyser le phénomène, selon divers éclairages. Il aborde les réponses qui y sont appor-

tées ou l'ont été dans le passé. Pour tenter d'en tirer des enseignements pour l'avenir.

Sigmund Freud classait de nombreux suicides parmi les « actes manqués ». Le suicidant vit souvent dans l'ambivalence, en effet fréquemment habité par le désir d'un brutal et profond endormissement pour renaître. Qu'il soit ou non mû par l'intention inconsciente de survivre, ne faut-il pas l'y aider ?

ANNEXES

La reconnaissance de la souffrance morale peut s'aider d'échelles de mesure de la dépression et du risque suicidaire.

Depuis les simples échelles de débrouillage rapide telles la « Prime MD » de Whooley, en 2 questions, en passant par des échelles plus élaborées telles « l'ERS (évaluation du risque suicidaire) » de Ducher, qui comprend 10 items, « l'échelle de dépression » de Beck, faite de 20 items ou les classements diagnostiques du DSM IV. Ces échelles sont mises en annexes.

Quelques adresses peuvent être utiles à connaître pour se documenter ou pour trouver un lieu d'écoute.

QUELQUES ADRESSES UTILES

ADIS

Association de défense contre l'incitation au suicide
Défense des intérets moraux et matériels des proches de suicidés Saint Germain. 13109 Simiane Collongue
Téléphone : 04 42 22 71 66 Siège : 01 42 96 36 51
Site : http://www.anpj.asso.fr/

ASTREE

Entraide sociale : écoute et accompagnement dans différentes villes de France. Bénévoles

Siège : 73, boulevard Haussmann. 75008 Paris

Téléphone : 01 40 08 03 88

Courriel : contact@astree.asso.fr

Site : http://www.astree.asso.fr/

CAP ECOUTE

Service d'écoute téléphonique anonyme et gratuit à destination des jeunes, des parents et des professionnels de la santé et de l'éducation en difficulté

Ligne d'écoute régionale 0800 33 34 35

COURBEVOIE ECOUTE JEUNE

1, rue de l'Hôtel de Ville. 92400 Courbevoie

Téléphone : 08 99 23 91 94

Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS)

SUICIDE ECOUTE

Ecoute téléphonique 24 heures sur 24 des suicidaires, suicidants et proches. Conférences et débats pour le grand public.

Siège : 01 45 39 40 00

Site : http://www.suicide.ecoute.free.fr

ASSOCIATION NATIONALE JONATHAN PIERRES VIVANTES

Soutien moral aux familles en deuil d'un enfant notamment par suicide.

61, rue de la Verrerie. 75004 Paris

Téléphone/Fax : 01 42 96 36 51

Courriel : anjpv@anjpv.asso.fr

Site : http://www.anjpv.asso.fr

LA PORTE OUVERTE

Lieux d'accueil à Besançon, Lyon, Nîmes, Paris, Rouen et Toulouse

Site : http://www.apmcj.com/PO/

VIVRE SON DEUIL (antennes régionales)

Soutien aux endeuillés et groupes de parole dans différentes villes

Siège : 01 42 38 08 08

Site : http://www.vivresondeuil.asso.fr

PHARE ENFANTS-PARENTS

Combat contre l'autodestruction des jeunes en s'adressant aux parents. Ecoute des endeuillés.

Siège : 01 42 66 55 55

Ecoute : 0 810 810 987

Site : http://www.phare.fr

et www.phare.org/aide_aux_parents-24.html

UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques)

90 sections départementales. Entretien individuel et groupes de parole pour les familles.

12, villa Compoint. 75017 Paris

Téléphone : 01 53 06 30 43

Courriel : infox@unafam.org

Site : http://www.unafam.org

SOS Dépression

Téléphone 01 46 21 46 46

Contact : **0 892 701 238**

CNDT

Toxicomanies. Centre ressources de prévention des conduites suicidaires : point d'écoute des parents. Documentation.

Téléphone : 04 72 10 94 30

SEPIA. Aide pour jeunes en détresse. Accueil et prévention du suicide.

7, rue Kléber. Colmar. 68

8, avenue Robert Schuman. Mulhouse. 68

Contact : **0 800 881 434**

Site : http://www.sepia.fr/

ASSOCIATION CHRISTOPHE

Pour les proches et les jeunes.

Téléphone/Fax : 04 91 81 27 60

Couriel : ass.christophe@wanadoo.fr

Fédération SOS Suicide Phénix France

Téléphone : 01 40 44 46 45

Fil Santé jeunes

Téléphone : **0 800 235 236**

Croix Rouge Ecoute (non spécifique)

Téléphone : **0 800 858 858**

SOS Dépression / Urgences Psychiatrie

Téléphone : 01 40 47 95 95

Contact : **0 892 701 238**

SUICIDE ECOUTE PREVENTION

Intervention auprès des adolescents d'Alsace

Site : http://www.sepia.fr/

SOS Amitié

Téléphone 0 820 066 066 et plusieurs N° en province

SOS Chrétien Ecoute

Téléphone : 01 45 35 55 56

RECOMMANDATIONS OFFICIELLES DE L'ANAES 2002

Trois degrés d'urgence de la crise suicidaire

URGENCE FAIBLE

Le patient en crise :

Est en relation de confiance avec le prati cien ;

Désire parler, est à la recherche de communication ;

Cherche des solutions à ses problèmes

Pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;

N'est pas anormalement troublé mais n'est pas psychologiquemenr souffrant.

URGENCE MOYENNE

Le patient en crise :

Présente un équilibre émotionnel fragile ;

Envisage les uicide. Son intention est claire ;

A envisagé un scénario mais dont l'exécution est reportée ;

Ne voit de rcours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;

A besoin d'aide er exprime directement ou indirectement son désarroi ;

Est isolé.

URGENCE ELEVEE

Le patient en crise :

Est décidé, a planifié le passage à l'acte pour les jours qui viennent ;

Est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ;

Est immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ;

Dont la douleur et la souffrance sont omni présentes ou complètement tues ;

A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;

A le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé

Est très isolé.

RECOMMANDATIONS OFFICIELLES POUR APPRECIER L'URGENCE ET LA DANGEROSITE D'UNE SITUATION ANAES 2002

6 éléments S I M P L E permettent d'apprécier la dangerosité et l'urgence de la crise suicidaire.

1. Le niveau de Souffrance suicidaire ;
2. Le degré d'Intentionnalité ;
3. Les éléments d'Impulsivité ;
4. Un élément Précipitant éventuel ;
5. La présence de moyens Létaux ;
6. La qualité du soutien de l'Entourage proche.

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Il s'agit d'un test de repérage des personnes po tentiellement déprimées.

Il est positif s'il y a une réponse « oui » à l'une des quatre questions.

Sa sensibilité est de 83%.

1. J'ai des troubles du sommeil ;
2. Je me sens fatigué tout le temps ;
3. Je me sens nerveux, tendu ;
4. J'ai du mal à faire face aux évène ments.

Mini GDS

Test de repérage des personnes potentiellement dépressives. Adapté aux personnes âgées. Considéré comme positif s'il y a une réponse « oui » à l'une des quatre questions :

1 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?

2 Etes-vous malheureux la plupart du temps ?

3 Vous sentez-vous découragé et triste ?

4 Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

LES SYMPTOMES CARDINAUX EDM SELON LE DSM IV

Au moins 5 de ces items doivent avoir été présents pendant 2 semaines ou avoir constitué un changement par rapport à l'état antérieur.

- ✓ Humeur dépressive et/ou irritabilité permanentes ;
- ✓ Diminution marquée de l'intérêt, du plaisir, apathie ;
- ✓ Perte ou gain de poids significatifs
- ✓ Troubles du sommeil : insomnie ou hypersomnie ;
- ✓ Agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- ✓ Fatigue et perte d'énergie quotidiennes ;
- ✓ Sentiments de dévalorisation, d'indignité ou culpabilité excessive ;
- ✓ Idées suicidaires récurentes ;
- ✓ Troubles cognitifs : diminution de la concentration, aptitude à penser...

HOPELESSNESS SCALE
(ECHELLE DE DESESPOIR DE BECK)

Lisez chaque énoncé et entourez la réponse appropriée située à droite de l'affirmation. Répondez vite et honnêtement.

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme
   VRAI FAUX

2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi
   VRAI FAUX

3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas longtemps
   VRAI FAUX

4. Je ne peux imaginer ce que sera ma vie dans 10 ans
   VRAI FAUX

5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire
   VRAI FAUX

6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce que je désire le plus faire
   VRAI FAUX

7. Mon avenir me semble sombre

VRAI FAUX

8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens

VRAI FAUX

9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur

VRAI FAUX

10. Mon expérience passée m'a préparé parfai te-ment pour l'avenir

VRAI FAUX

11. Le déplaisir est devant moi bien plus que le plaisir VRAI FAUX

12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus

VRAI FAUX

13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant

VRAI FAUX

14. Les choses ne sont pas comme je le veux

VRAI FAUX

15. J'ai foi en l'avenir

VRAI FAUX

16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoique ce soit

VRAI FAUX

17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne, de réelles satisfactions dans le futur

VRAI FAUX

18. L'avenir me semble vague et incertain

VRAI FAUX

19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments

VRAI FAUX

20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas

VRAI FAUX

LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE (TEST K6)

Ces questions s'intéressent à ce que vous avez ressenti ces 30 derniers jours. Cochez la case qui correspond le mieux à votre état.

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux/nerveuse ?

O Tout le temps

O La plupart du temps

O Parfois

O Rarement

O Jamais

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) ?

O Tout le temps

O La plupart du temps

O Parfois

O Rarement

O Jamais

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou ne tenant pas en place ?

O Tout le temps

O La plupart du temps

O Parfois

O Rarement

O Jamais

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire ?

O Tout le temps

O La plupart du temps

O Parfois

O Rarement

O Jamais

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que tout était un effort ?

O Tout le temps

O La plupart du temps

O Parfois

O Rarement

O Jamais

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) bon(ne) rien ?

O Tout le temps

O La plupart du temps

O Parfois

O Rarement

O Jamais

EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE DE DUCHER (RSD)

(COTER L'ITEM LE PLUS FORT)

1	Pas d'idée de mort	Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement
		Pense plus à la mort qu'habituellement
2	Idées de mort	Pense souvent à la mort
		A quelques idées de suicide
3	Idées de suicide	A assez souvent des idées de suicide
		Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister
4	Désir passif de mourir A : lien fort	Désire mourir ou plutôt être mort
	B : lien faible	Désir de mort très fort mais retenu par quelque chose

5	Volonté active de mourir A : projet défini à long terme B : projet défini à court terme	Veut mettre fin à ses jours
		Sait comment il veut mettre fin à ses jours
6	Début de passage à l'acte	A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte

BECK DEPRESSION INVENTORY

A

0	Je ne me sens pas triste
1	Je me sens cafardeux
2	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à m'en sortir
3	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

0	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
1	J'ai le sentiment de découragement au sujet de l'avenir
2	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
3	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

0	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
1	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
2	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
3	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle

D

0	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
1	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
2	Je ne tire plus aucune satisfaction de n'importe quoi
3	Je suis mécontent de tout

E

0	Je ne me sens pas coupable
1	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
2	Je me sens coupable
3	Je me juge très mauvais et j'ai l'ipression que je ne vaux rien

F

0	Je ne suis pas déçu par moi-même
1	Je suis déçu par moi-même
2	Je me dégoute moi- même
3	Je me hais

G

0	Je ne pense pas à me faire du mal
1	Je pense que la mort me libèrerait
2	J'ai des plans précis pour me suicider
3	Si je le pouvais, je me tuerais

H

0	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
1	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
2	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux
3	J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

0	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
1	J'essaie de ne pas avoir de décision
2	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
3	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

0	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
1	J'ai peur de paraitre vieux ou disgracieux
2	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence qui me fait paraitre disgracieux
3	J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

0	Je travaille aussi facilement qu'avant
1	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
2	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoique ce soit
3	Je suis incapable de faire le moindre travail

L

0	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
1	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
2	Faire quoique ce soit me fatigue
3	Je suis incapable de faire le moindre travail.

M

0	Mon appétit est toujours aussi bon
1	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
2	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
3	Je n'ai plus du tout d'appétit

RESULTATS : le score varie de 0 à 39

0 à 3 : pas de dépression
4 à 7 : dépression légère
8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
16 et plus : dépression sévère

ECHELLE HDRS
(ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON)

Cette échelle n'est pas une échelle diagnostique mais elle est intéressante pour analyser les composantes de la dépression et pour en suivre l'évolution.

Un score significatif est un score **> 15**.

A - Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0	Absent
1	Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le patient
2	Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément
3	Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, voix, pleurs, attitude)
4	Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications verbales et non verbales

B – Sentiment de culpabilité

0	Absent
1	S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé préjudice à quelqu'un
2	Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables
3	La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
4	Entend des voies qui l'accusent ou le dénoncent, a des hallucinations visuelles menaçantes

C – Suicide

0	Absent
1	A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
2	Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort dirigée contre lui-même
3	Idées ou gestes de suicide
4	Tentatives de suicide

D – Insomnie au début de la nuit

0	Absent
1	Se plaint de difficulté éventuelle à s'endormir
2	Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

E – Insomnie de milieu de nuit

0	Pas de difficulté
1	Le malade se plaint d'être agité ou troublé dans la nuit ;
2	Se réveille pendant la nuit

F – Insomnie du matin

0	Pas de difficulté
1	Se réveille de très bonne heure mais se rendort
2	Incapable de se rendormir s'il se lève

G – Travail et activités

0	Pas de difficulté
1	Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
2	Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations
3	Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité
4	A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle

H – Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0	Langage et pensées normaux
1	Léger ralentissement à l'entretien
2	Ralentissement manifeste à l'entretien
3	Entretien difficile
4	Stupeur

I – Agitation

0	Aucune
1	Crispations, secousses musculaires
2	Joue avec ses mains, ses cheveux
3	Bouge, ne peut rester assis tranquille
4	Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

J – Anxiété psychique

0	Aucun trouble
1	Tension subjective et irritabilité
2	Se fait du souci à propos de ses problèmes mineurs
3	Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
4	Peurs expirmées sans que l'on pose de questions

K – Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0	Absente
1	Discrète
2	Moyenne
3	Grave
4	Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

L – Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0	Aucun
1	Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale
2	A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux

M – Symptômes somatiques généraux

0	Aucun
1	Lourdeur dans les membres, dans le dos, dans la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité
2	Si n'importe quel symptôme est net

N – Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0	Absents
1	Légers
2	Graves

O – Hypocondrie

0	Absente
1	Attention concentrée sur son propre corps
2	Préoccupations sur sa santé
3	Plaintes fréquentes, demande d'aide
4	Idées délirantes hypocondriaques

P – Perte de poids selon les dires du malade

0	Pas de perte de poids
1	Perte de poids probable liée à la maladie actuelle
2	Perte de poids certaine

Q – Perte de poids appréciée par pesée

0	Moins de 500 grammes par semaine
1	De 500 à 1000 grammes par semaine
2	Plus de 1 kilo par semaine

R – Prise de conscience

0	Reconnait qu'il est déprimé et malade
1	Reconnait qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, à un virus, au surmenage, au besoin de repos...
2	Nie qu'il est malade

REPERAGE D'UNE SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE (GENERAL HEALTH QUESTIONARY)

1	Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?
2	Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?
3	Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?
4	Vous êtes-vous senti capable de prendre une décision ?
5	Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?
6	Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?
7	Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?
8	Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?
9	Vous êtes-vous senti malheureux ou déprimé ?
10	Avez-vous perdu confiance en vous ?
11	Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?
12	Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?

RESULTATS

Compter 0 point pour les réponses « oui » aux questions 1,3, 4, 7, 8 et 12.

Compter 1 point pour les réponses « oui » aux questions 2, 5, 6, 9, 10 et 11.

Un score supérieur ou égal à 3 indique une probable dépression.

GRILLE D'AIDE AU DEPISTAGE, A L'EVALUATION ET A LA MISE EN PLACE DE STRATEGIES FACE AU RISQUE SUICIDAIRE

Niveau de risque	Eléments de dépistage	Moyens d'évaluation	Stratégies souhaitables
0	Pas de détresse	-	-
1	Hyperémotivité	Interroger sur la présence d'idées de suicide	Ecouter avec compréhension (empathie)
2	Vagues idées de mort (fantasmes)	Interroger sur l'existence d'idées de suicide	Ecouter avec compréhension (empathie)
3	Vagues idées de suicide	Evaluer l'intentionalité (plans, moyens)	Rechercher toutes les solutions possibles
4	Idées de suicide sans troubles mentaux	Evaluer l'intentionalité (plans et moyens)	Rechercher toutes les solutions possibles

5	Idées de suicide avec troubles mentaux ou stress	Evaluer l'intentionalité (plans et moyens) Etablir un contrat	Orienter vers un psychiatre
6	Idées de suicide avec troubles mentaux ou stress intense ou agitation et antécédent de tentative de suicide	Rester avec le patient afin d'empêcher l'accès aux moyens létaux	Hospitaliser

BIBLIOGRAPHIE

Près de 170 références bibliographiques ont été utilisées ou sont citées au cours des pages de cet ouvrage. Elles sont répertoriées ci-après, par ordre alphabétique

1. ANDRIAN J. Le suicide des personnes âgées : comparaisons nationales et internationales. Gérontologie et société. 1991
2. ANDRIAN J. Suicide des personnes âgées. Gérontologie et société. 1999
3. AMERY J. Porter la main sur soi. Traité du suicide. Actes Sud. 1996
4. ARIES P. L'homme devant la mort. Le Seuil. 1977
5. ARTAUD A. Van Gogh : le suicidé de la société. Gallimard. 2001
6. AUBREGE B. L'idéalisation de la personne suicidée : une impasse. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 05/2004. n°76. 25-26
7. BAECHLER J. Les suicides. Calmann-Lévy. 1975
8. BAILLY D. Angoisse de la séparation chez l'enfant et l'adolescent ; la prévention du suicide ; rôle des praticiens. Doin. 2000
9. BALIER C. Pour une conception narcissique du vieillissement. L'information psychiatrique. N°6. Juin 1979. 635-645
10. BALIER C. Psychologie des comportements violents. PUF. 1988

11. BALINT M. Le défaut fondamental. Petite bibliothèque Payot. 2003
12. BARDET M. Le suicide. Milan. 1996
13. BATT A. et JOURDAIN A. Le suicide et sa prévention. ENSP. 2005
14. BAUDELOT C. Le suicide : l'envers de notre monde. Le Seuil. 2006
15. BAUDELOT. et ESTABLET R. Durkheim et le suicide. PUF.philosophies. 1984
16. BEAUVOIR (de) S. La vieillesse. Gallimard. 1970
17. BERGERET A. La violence fondamentale. Dunod. 1984
18. BIANCHI H. Mythes et fantasme autour d'un corps à perdre. In « Corps et âge ». Gérontologie et société. 1989-1990
19. BINET-SANGLE C. L'art de mourir : défense et technique du suicide secondé. L'Harmattan. 2007
20. BIZOUARD P. Le moment de l'annonce. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 06/2004. n° 77. 47-51
21. BLANCHARD R. Tentatives de suicide chez l'adolescent. Presses du midi. 2002
22. BOIFFIN A. Suicide des personnes âgées. Revue de médecine. Pathologie et Hygiène du 3ème âge. Avril 1982. T 23. 771-774.
23. BORLANDI Massimo et coll. Le suicide, un siècle après Durkheim. PUF. 2000 Abebooks
24. BOULA J-G. Idéation suicidaire ou défaut de symbolisation. Le journal des psychologues. N°215. Mars 2004. 11-14
25. BOURGOIN N. Le suicide en prison. L'Harmattan. 1994

26. BOURGOIN N. Suicide et mal-être social. Populations et société. N°334. 1998
27. BOYER F. Le goût du suicide lent. Ed P.O.L. Paris. 1999
28. CAMBLI. Conversion, somatisation et agir suicidaire. Psych. Méd. 1989. 21. 4. 457-458
29. CAMUS A. Le mythe de Sisyphe. Gallimard. 1942
30. CAROLI F. Sémiologie des conduites suicidaires. Encyclopédie médicochirurgicale. Psychiatrie. 37114. A 80. 2-1984
31. CASADEBAIG F. et coll. Le suicide des personnes âgées. A domicile et en maison de retraite. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. Octobre 2004. T VII. N° 79. 13-17
32. CHAIDRON D. Violence et médias : quelles incidences pour le patient suicidaire ? Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 05/2004. n°76. 3-36
33. CHAPPERT J.L. et coll. Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. DREES. N°30. Avril 2003
34.CHARAZAC P. L'impact du suicide sur les institutions gériatriques. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 06-2004. T VII. N°77. 37-38
35. CHARAZAC M. Prévention du suicide. Dunod. 2002
36. CHARAZAC-BRUNEL M. Le suicide de la personne âgée : facteurs de risque intrapsychiques, imprégnation dépressive et impact sur la famille. Revue francophone de gériatrie et gérontologie. Mai 2005. T XII. N°115. 224-228
37. CHARBONNEAU L. Le suicide chez les personnes âgées. Acsmmontreal.qc.ca/equilibre/httm
38. CHARLES-NICOLAS. A propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose. Topique. 1985. 35-36. 207-229

39. CIORAN. Sur le suicide. In Œuvres. Gallimard. 1995
40. COLLECTIF. Prévention du suicide. John Libbey Eurotext. 2006
41. COLLECTIF. Face au suicide : la psychanalyse. Mental n°17. Revue Nouvelle Edition Lacanienne. Octobre 2006
42. COLLECTIF. Le deuil après suicide. Esprit du temps. 2005
43. COMTE-SPONVILLE A. Le suicide. In Impromptus. PUF 1996
44. CONTE A. L'enfant, l'adolescent, confronté au suicide d'un de ses parents. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 5/2004. n°76. 51-54
45. DAUZAT P.E. Le suicide du Christ. PUF. 1998
46. DEBOUT M. La France du suicide. Stock. 2002
47. Direction Générale de la Santé. ANAES. Conférence de consensus : la crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge. 2000
48. DORAIS M. Mort ou « fif » : la face cachée du suicide chez les garçons. VLB. 2001
49. DUCLOS D. Entre esprit et corps ; la culture contre le suicide. Collectif. Economica. 2002
50. DOUCET H. Les promesses du crépuscule ; réflexions sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide. Fides. 1998
51. DREUWERMANN E. Le mensonge et le suicide. T3. Cerf. 2002
52. DUCROS A. Suicides et tentatives de suicide en milieu scolaire. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 5/2004. 76. 27-29
53. DUFORT JM. Euthanasie et aide au suicide. Bellarmin. 1997

54. DUPARC F. Les objets infinis du mélancolique. Revue française de psychanalyse. 1989. 1. 481-486
55. DURKHEIM E. Le suicide. PUF. 2004
56. FAURE C. Après le suicide d'un proche. Albin Michel. 2007
57. Fédération française de psychiatrie. Les troubles dépressifs de l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, guérir. Conférence de consensus. 14-15/12/1995
58. FERREY. Le suicide du sujet âgé. Masson.
59. FIDELLE G. Le psychothérapeute face au suicide du patient. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 2004. 76. 37-40
60. FRAHI R. Le suicide en France. L'Harmattan. 2003
61. REUD S. Psychopathologie de la vie quotidienne. Payot. 1967
62. FREUD S. Deuil et mélancolie. Métapsychologie. Gallimard 1968
63. FREUD S. Au-delà du principe de plaisir. In Essais de psychanalyse. Payot. 1981
64. FRIGHI L et coll. La grève de la faim et l'anorexie mentale essentielle des jeunes filles. Le suicide-chantage dans la société et la famille. Psychologie médicale. 1984. 16. 12. 2053-2054
65. GELLY V. Le suicide : liberté ou impasse. Casterman. Collection Les compacts de l'info. N° 31. 1998
66. GERE F. Les volontaires de la mort : l'arme du suicide. Bayard. 2004
67. GOURNAY M. et coll. Etude sur les suicides liés au travail en Basse-Normandie. Fédération française de santé au travail. 2003

68. GRANIER E. Idées noires et tentatives de suicide : réagir et faire face. Odile Jacob. 2006
69. GRISON D. Le suicide, mise à nu de la condition humaine. Revue Francophone de gériatrie et gérontologie. 05/2005. 115. 214-217
70. GRUNBERGER B. Le suicide du mélancolique. in Essais de psychanalyse. Payot. 1971
71. GUARDINI R. De la mélancolie. Seuil. 1953
72. GUILINGER L. Le suicide, la mort libre. Pleins feux. 2000
73. GUZY E. Les attentats-suicides en question. Ed. Luc Pire. 2005
74. HAIM André. Les suicides d'adolescents. Collection science de l'homme. Payot. 1970
75. HALBWACKS M. Les causes du suicide. Presses universitaires de France.2002
76. HANUS. Le deuil après suicide. Maloine. 2004
77. HIRIGOYEN M. F. Le harcèlement moral dans le milieu professionnel. Petite bibliothèque Payot. 2005
78. HOLDEREGGER A. Le suicide. Cerf. 2004
79. HUME D. Le suicide et l'immortalité de l'âme. In Enquête sur l'entendement humain. Flammarion. 2006
80. infosuicide.org
81. INSEE. Statistiques des causes médicales de décès en France. Ministère de la Santé. 2005
82. INSERM. Suicide : autopsie psychologique. 2005
83. JACCARD R., THEVOZ M. Manifeste pour une mort douce. Grasset. 1992
84. JAMISON K. R. La tentation du néant. Comprendre le suicide pour mieux le prévenir. Robert Laffont. 1997
85. JAROSZ M. Suicides. L'Harmattan. 2005

86. KAHN J-P. Les médias peuvent-ils contribuer utilement à la prévention du suicide ? Revue Francophone de gériatrie et gérontologie. Mai 2005. T XII. N°115. 236-241
87. KEIZER B. Danse avec la mort. Editions La Découverte. 2003
88. KIERKEGAARD S. Traité du désespoir. Editions Gallimard. 1949
89. KISS A. Suicide et culture. L'Harmattan. 1999
90. LAMBIN M. Aider à prévenir le suicide chez les jeunes. Hôpital Sainte-Justine. 2003
91. LAMPERIERE T. et FELINE A. Le suicide. In Psychiatrie de l'adulte. Abrégé Masson 1977
92. LANDSBERG P-L. Essai sur l'expérience de la mort : le problème moral du suicide. Points Seuil. 1993
93. LANGLOIS D. Les dossiers noirs du suicide. Seuil.
94. LE GOUES G. L'âge et le principe de plaisir. Dunod. 2000
95. LEWIS L. Le suicide des adolescents. Nouvelles éditons
96. LEWIS L. Le suicide : un saut dans le néant. Nouvelles éditions. Québec. 2001
97. MAISONDIEU J. Fin de vie : démence ou suicide ? Gérontologie et société. 1999
98.MAISONDIEU J. Le crépuscule de la raison. Bayard. 2001
99. MALKA J. et DUVERGER Ph. Risques et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent. Enseignement de pédopsychiatrie du CHU d'Angers.
100. MANTEL JM. Suicide, religion et spiritualité. Recto Verseau. 2006
101. MARCELLI D. Dépression et tentative de suicide à l'adolescence. Masson. 2001

102.MAREJKO J. Il n'y a pas de suicides heureux. Ed. Age d'homme. 1999
103. MARX K. et BOURINET P. A propos du suicide. Climats. 1992
104. MERCIER J. Violence et suicide : une approche psychodynamique. Nouvelles Eds. 1996
105.MEUNIER A. et TIXIER G. Tentation du suicide chez l'adolescent. Payot. 2005
106. MILLAUD F. Le passage à l'acte. Masson. 2002
107. MINOIS G. Histoire du suicide. Fayard 1995
108. MISHARA B. L. et M. Tousignant. Comprendre le suicide. PU Montréal. 2004
109. MONESTIER M. Suicides. Le Cherche Midi. 1995
110. MONTAUT T. Mon expérience de psychiatre en centre de détention. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 5/2004. n°76. 43-46
111. MORIN E. L'homme et la mort. Editions du Seuil. 1970
112. MOREL G. Clinique du suicide. Eres. 2002
113. MORON P. Le suicide. PUF. Que sais-je. 2005.
114. MORON P. Suicide en prison. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 09/2004. N°78. 57-60
115. MOSLI P. Suicide, liens sociaux et recherche de sens. Labor et Fides 2006
116. MOSLI P. et coll. Suicide : la fin d'un tabou. Labor et Fides. 2003
117. MOURNETAS E. Suicide du sujet âgé en moyen et long séjour. A propos de trois cas. Revue de gériatrie. N°9. 11/1994. 653-656

118. MUNIER V. Le suicide des adolescents en France. Le journal des psychologues. N° 194. Février 2002. 13-15
119. OBADIA J. Après un suicide dans une famille : pour une approche systémique. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 5/2004. n°76. 49-50
120. OLINDO-WEBER S. Suicides au singulier. L'Harmattan. 2001
121. OLINDO-WEBER S. La diagonale du suicidaire. L'Harmattan. 1992
122. OLINDO-WEBER S. L'acte de suicide. Hommes et groupes. 1988
123. OMNES C. Belote et rebelote, peut-on éviter le dix de der ? Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 2004. n°76. 7-32
124. PAPET N. et coll. Le suicide carcéral. L'Harmattan. 2005
125. PAPAVASSILOPOULOU E. Tentative de suicide du psychotique schizophrène. Impact sur le soignant. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 06/2004. T VII. N°77. 11-13
126. PEDINIELLI. Ethique du suicidant : la phlébotomie, inscription d'une loi sur le corps. Psych. Méd. 1986. 18. 6. 857-860
127. PERELBERG R. Violence et suicide. PUF. 2004
128. PERIVIER E. La mélancolie d'involution. Actualités psychiatriques. 1986. 7. 35-37
129. PRIGENT Y. La souffrance suicidaire. Desclée de Brouwer. 1994
130. RACAMIER. Le génie des origines : la suicidose. PAYOT. 1992

131. RAMEIX. Le droit de mourir. In Le bien mourir. Gérontologie et société. 2004
132. RAYMOND S-G. Rapport du corps et du suicide. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 06/2004. n°77. 7-10
133. RIZET C. Quand le sujet âgé envisage le suicide. Le journal des psychologues. N°212. 09/2003. 38-41
134. ROYER F. La problématique narcissique dans le deuil après suicide. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 06/2004. n°77. 35-36
135. RUTGERS-CARDIS J.et coll. Suicide : liens sociaux et recherche de sens. Labor et Fides. 2006
136. SAINT AUGUSTIN. Les confessions. Garnier Flammarion. 1964
137. SAMOUEL V. et SATET P. 100 réponses sur le suicide des adolescents. Tournon. 2005
138. SCHUWER C. La signification métaphysique du suicide. Aubier. 1992
139. SEWARD J. Hara-kiri, suicide rituel japonais. Pardès. 1988
140. SEGUIN M. Stratégie de recherche sur le suicide. Le journal des psychologues. N°212. 11/2003. 22-26
141. SEGUIN M. Evaluation de programmes de postvention. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 05/2004. 76. 17-24
142. SIBERTIN-BLANC D. Deuils et fantômes en héritage. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 5/2004. n°76. 57-61
143. STAEL (de) madame. De l'influence des passions : réflexion sur le suicide. Rivages. N°299. 2000

144. SUBLON R. Le suicide, acte éthique ? Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 76. 05/2004. 59-62

145. SZASZ Thomas. La théologie de la médecine.Payot.1980

146. TAVERNIER J.B. Suttee in India. Mike's world history. 2003

147. TERRA J-L. Où en est la prévention du suicide en France ? Le journal des psychologues. 212. 11/2003. 27-30

148. TERRE François. Le suicide. PUF. 1993

149. THEVOZ M. L'esthétique du suicide. Editions de minuit.2003

150. TESSIER J-F. Suicide du sujet âgé et autres conduites autodestructrices. In Psychiatrie du sujet âgé. JP Clément, JM Léger et J Wertheimer. Flammarion 2000.

151. THOMAS J. Dossier : la crise suicidaire chez le sujet âgé. Soins gérontologie. Juin 2001

152. THOMAS J. Stratégie préventive des conduites suicidaires chez la personne âgée. Soins gérontologie. N°29. 06/2001. 20-24

153. VANDECASTEELE I. et coll. Travail de deuil suite au suicide dans le couple : un étrange pacte traumatique. Revue Francophone de gériatrie et gérontologie. 05/2005. N°115. 244-247

154. VEDRINNE. Sémiologie des conduites suicidaires. EMC Psychiatrie. 37. 114. A. 80. Paris Elsevier. 1996

155. VERDIER E. et FIRDION J.M. Homosexualité et suicide. Editions H & O. 2003

156. VERFAILLE B. Suicides : des issues de secours. Buchet Chastel. 2007

157. VERRA-DE-REN M. Le silence qui tue. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 06/2004. N°77. 39-41

158. VOLANT E. Culture et mort volontaire : le suicide à travers les pays et les âges. Liber. 2007

159. WALHA A et coll. Profil clinique des enfants et adolescents suicidants dans la région de Sfax. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 06/2004. n° 77. 17-22

160. WALHA A. et coll. Les facteurs de risques des tentatives de suicide en Tunisie. A propos de 50 cas d'enfants suicidants. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 10/2004. N°79. 7-12

161. WALLERSTEIN C. Le suicide des adolescents. Gamma éditions. 2004

162. WALTER M. Psychothérapie et suicide : pacte et impact. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 06/2004. 77. 23- 26

163. WIKIPEDIA. Encyclopédie libre. Site internet donnant des informations sur les personnes célèbres suicidées.

164. YEBBALl K. et coll. Soutien et accompagnement de l'entourage du suicidant. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 05/2004. 76. 45-48

165. YEBBAL K. et coll. Prévention du suicide des personnes âgées. Une action expérimentale en institution. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 09/2004. T VII. 78. 41-43

Bruno PINEL, rhumatologue, gériatre, rééducateur et diplômé de santé publique, s'est formé à la psychiatrie, à la psychanalyse, puis à la suicidologie. Ancien chef de clinique et praticien hospitalier il a exercé en hôpital public puis privé. Il écrivit 8 ouvrages de vulgarisation médicale et d'éducation thérapeutique. Actuellement parti à la retraite, il s'adonne à l'écriture.

Le suicide des adolescents et des jeunes adultes est l'acte contre nature d'une jeunesse porteuse de vie et d'avenir. On élude vite celui de marginaux comme les prisonniers, les homosexuels ou les psychotiques. On fait la une, par contre, des rares suicides au travail. Un non-dit règne sur le suicide des vieillards, largement sous-estimé ou accepté comme libérateur, quand il ne serait pas légitime !

Notre société a un rapport malsain, irrationnel et immature avec la mort et le suicide. Comme avec la vie, d'ailleurs ! Un rapport perverti par les croyances religieuses, par l'indigence de l'enseignement philosophique à l'école et par une vie sociale très rude, déstructurée, trop matérialiste, où la perte d'un idéal individuel et collectif se généralise.

Il existe une vraie fascination pour le suicide. Se pose alors la question de son acceptabilité par la société, par les pouvoirs politiques, judiciaires et religieux, et par le pouvoir médical. Tous ces pouvoirs privent l'individu de sa liberté de choisir le lieu, le moment et les moyens de son départ. Peu accordent les moyens de se sauver à celui qui serait tenté de se donner la mort. Une prévention du suicide est cependant possible, mais ne prend-t-on pas actuellement le problème à l'envers ?

Cet ouvrage analyse ce phénomène et s'adresse à ceux qui restent. Il aborde les questions que le suicide pose et les réponses qui y ont été apportées. Cela afin de tenter d'en tirer des enseignements pour l'avenir. Freud classait de nombreux suicides parmi les « actes manqués ». En effet, le suicidant est souvent dans l'ambivalence, fréquemment habité par le désir d'un brutal et profond endormissement pour renaître. Qu'il soit ou non mû par l'intention inconsciente de survivre, ne faut-il pas l'y aider ?