



Hans-Balz Peter et Pascal Mösli éd.

Suicide – Missions et perspectives pour la pratique

Suicide...? Volume 2

Etudes et Rapports 58
Institut d'Ethique Sociale de la FEPS

Le volume 1 est paru sous le titre:

Hans-Balz Peter et Pascal Mösli (éd.), Suicide. La fin d'un tabou ?, Labor et Fides, Genève, 2003.

Etudes et Rapports 58

Institut d'Ethique Sociale de la
Fédération des Eglises Protestantes de Suisse

Suicide – Missions et perspectives pour la pratique

Editeur: Hans-Balz Peter / Pascal Mösli

Traductrice: Christa Claussen

Imprimeur: Zollinger AG, Adliswil

© 2003, Institut d'Ethique Sociale de la FEPS, Berne

Ce volume est aussi paru en allemand sous le titre:

Suizid – Aufgaben und Perspektiven für die Praxis, Studien und Berichte 58, Institut für Sozialethik des SEK, Bern 2003.

Sommaire

Introduction	5
 Première partie	
La mission	7
<i>Patrick Haemmerle</i>	
La prévention du suicide – un avantage pour la santé publique	9
<i>Barbara Meister</i>	
Coopération interdisciplinaire et formation en suicidologie – quelles sont les attentes ?	15
 Deuxième partie	
Eléments de base et indications pour la prévention et le suivi médical	19
<i>Martin Eichhorn</i>	
Les signes précurseurs d'un suicide et le soutien des proches	21
<i>Stefan Vanistendael</i>	
La résilience et le suicide : une introduction	33
<i>Ebo Aebischer</i>	
L'importance des groupes d'entraide	41
 Troisième partie	
Suicide à l'école	51
<i>Reinhard H. Egg</i>	
Parler du suicide à l'école	53
<i>Pascal Mösli</i>	
La sœur de Sayadio	61
 Auteure et auteurs	 67

Introduction

En mai 2002, l'Institut d'Éthique Sociale de la Fédération des Églises Protestantes de Suisse organisait à Berne, en collaboration avec Caritas, le premier congrès national et interdisciplinaire sur le thème du « Suicide ? ». Les premières contributions, plus orientées sur les questions de fond, ont été publiées dans le volume « Suicide : la fin d'un tabou ? » (Labor et Fides, 2003). Avec ce second volume, nous rendons désormais accessible aux participants au congrès ainsi qu'aux autres personnes intéressées par le sujet les études et suggestions plus spécifiquement axées sur la pratique. Depuis l'organisation du congrès, il y a de cela une année, le thème du « suicide » n'a nullement échappé au secteur de la politique de la santé en Suisse. Au contraire : la conscience que le suicide est un problème social très important, auquel nous aurions dû et pu consacrer jusqu'ici plus d'attention, augmente continuellement. Cela se manifeste notamment à travers les divers efforts qui sont actuellement entrepris sur le plan cantonal et national, et qui proviennent d'initiatives aussi bien individuelles que publiques. On peut mentionner par exemple, le projet de fondation d'un centre de coordination et de compétence suisse chargé de relier et d'accompagner au niveau national les diverses démarches effectuées dans le domaine de la prévention du suicide et la postvention. Depuis quelques années, on observe la même tendance sur le plan européen : la fondation en 2000 du « Réseau européen de l'OMS pour la prévention du suicide » constitue à cet égard un exemple important.

Dans le cadre de ces efforts, nous espérons pouvoir contribuer avec la présente publication à une approche interdisciplinaire et en réseau de la prévention. La spécificité de ce volume réside dans son appréhension pratique du travail de prévention dans divers contextes professionnels – avec un regard particulier porté sur la situation dans les écoles.

Dans la première partie, consacrée à *la prévention du suicide*, *Patrick Haemmerle* examine dans quelle mesure la prévention peut être comprise comme une mission durable (et donc faisant aussi sens sur le plan économique) de la santé publique. En lien avec cela et avec le fait que de nombreux professionnels se trouvent dépassés face au suicide se pose alors la question de savoir de quelle manière il est possible d'améliorer la formation dans ce domaine. Cette question, ainsi que celle qui lui est afférente de la possibilité d'améliorer la collaboration interdisciplinaire entre les différents groupes de professionnels, est abordée par *Barbara Meister* dans sa contribution intitulée « Coopération interdisciplinaire et formation interdisciplinaire et formation en suicidologie ».

La deuxième partie traite des *éléments de base de la prévention et de la postvention*. Dans sa contribution, qui a pour titre « Les signes précurseurs d'un suicide et le soutien des proches », *Martin Eichhorn* analyse les facteurs de risque génétiques et psychologiques, en particulier dans le contexte familial, afin d'en tirer des conclusions pour l'approche de la suicidalité. Dans ce cadre, sont également discutés certains des mythes qui se rapportent habituellement au suicide et qui peuvent parfois rendre plus difficiles les efforts de prévention. La question des bases de la prévention est égale-

ment abordée dans la contribution de *Stephan Vanistendael* intitulée « La résilience et le suicide : une introduction ». Dans cette contribution, l'auteur définit la résilience comme la capacité à maîtriser des problèmes lourds et à s'engager dans un projet de vie. Dans la mesure où le suicide survient souvent au cours d'un processus dans lequel un individu ne parvient plus à trouver aucun sens à sa vie, Stephan Vanistendael s'interroge alors sur les facteurs qui aident la personne à développer cette aptitude à la résilience et à (re)donner ainsi par là sens à sa vie. La problématique de la prévention destinée à l'entourage d'un suicidé est examinée dans la contribution de *Ebo Aebischer* sur « L'importance des groupes d'entraide ». Sachant qu'il existe un risque de suicide plus élevé chez les proches, d'une part, et que ceux-ci deviennent de par leur vécu des « experts » en la matière, d'autre part, le travail de deuil sous forme de groupe d'entraide acquiert une grande importance comme le confirme la pratique. Ebo Aebischer met en évidence les facteurs qui doivent être pris en considération lors de la préparation et de la conduite de tels groupes.

L'école, comme champ concerné par la prévention et la postvention, est au centre de la troisième partie. Dans ce milieu, lorsque survient le suicide d'un adolescent ou d'un enseignant, un grand nombre de personnes sont touchées de manière spécifique. Dans sa contribution intitulée « Parler du suicide à l'école », *Reinhard H. Egg* envisage la prévention du suicide comme une mission scolaire importante. Il propose de l'insérer dans le programme des cours et d'introduire des changements concrets dans l'enseignement. En outre, un enseignant ou une enseignante peut être contraint-e par les circonstances (un suicide dans l'établissement) de traiter le sujet. A cette occasion, l'auteur montre de quelle manière un enseignant peut offrir un temps et un espace structurés dans lesquels les élèves acquièrent la possibilité de se faire mutuellement part de leurs sentiments et de leurs pensées. Enfin, la dernière contribution, écrite par *Pascal Mösli* et intitulée « La sœur de Sayadio », présente une légende indienne qui, dans la mesure où elle permet à chacun-e de développer sa propre interprétation, peut être utilisée comme cadre de travail par un groupe (scolaire) abordant la question du suicide.

Nous souhaitons remercier cordialement les auteurs des différentes contributions pour leur travail. Ils ont encore considérablement retravaillé et élargi les exposés qu'ils avaient présentés lors du congrès afin de les adapter à la publication. Nous remercions également le groupe de préparation du congrès, à savoir Marlène Messerli, Ebo Aebischer et Michael Dähler. Nous sommes redevables à l'étroite collaboration de tous les contributeurs pour la réalisation du congrès – congrès sans lequel les deux volumes ne seraient pas parus.

Hans-Balz Peter et Pascal Mösli

Première partie

La mission

La prévention du suicide – un avantage pour la santé publique

Patrick Haemmerle

Remarques préalables

La *santé publique*, à laquelle on prête aujourd'hui souvent le nom anglo-saxon de *Public Health*, vise 1) à promouvoir la santé publique, 2) à faire de la prévention et 3) à maintenir la population en bonne santé.

La *prévention du suicide* est la prévention des actes suicidaires et des suicides à proprement parler. Il s'agit donc de la prévention du décès par suicide et des actes nuisibles que la personne dirige contre elle-même. La prévention commence par des interventions cherchant à éviter l'émergence de phénomènes tels que le désespoir, le désir de mourir et les idées suicidaires et à empêcher que ces idées ne se matérialisent ; dans un deuxième temps, la prévention vise à éviter la répétition des crises suicidaires et à éradiquer certains facteurs de risque dont on sait qu'ils favorisent la suicidalité ; ensuite, la prévention comprend aussi le traitement approprié des troubles et des maladies psychiques et des crises psychosociales ; et enfin, la prévention vise aussi à gagner du temps afin que le suicidaire puisse réévaluer sa décision de se suicider tout en bénéficiant d'une thérapie adéquate¹.

Dans la plupart des pays industrialisés, la prévention du suicide est aujourd'hui considérée comme une tâche importante et nécessaire de la santé publique. Cette priorité sociale s'explique par des valeurs fondamentales que personne ne remet en question. Ces valeurs, profondément ancrées dans nos sociétés, sont en général d'ordre humain et en particulier d'ordre éthique, religieux, moral, clinique et thérapeutique. Le caractère incontournable de ces valeurs et la tradition d'une approche médicale, clinique et thérapeutique font qu'une analyse économique des efforts de prévention devient très difficile, voire impossible.

L'analyse économique

Le secteur santé est de plus en plus concerné par la discussion générale sur la raréfaction des ressources financières publiques (voir à ce propos le débat rationnement *versus* rationalisation). Voilà pourquoi il ne faut pas considérer *a priori* toute mesure thérapeutique et préventive en faveur des sujets à risque de suicide comme « bonne » et « juste » et l'appliquer sans poser de question. Non, il faut analyser ces mesures, les « chiffrer » et les évaluer selon leur rapport coût-bénéfice.

Quels pourraient être les avantages et les inconvénients d'une approche économique d'un problème qui nous touche au plus profond de notre humanité ?

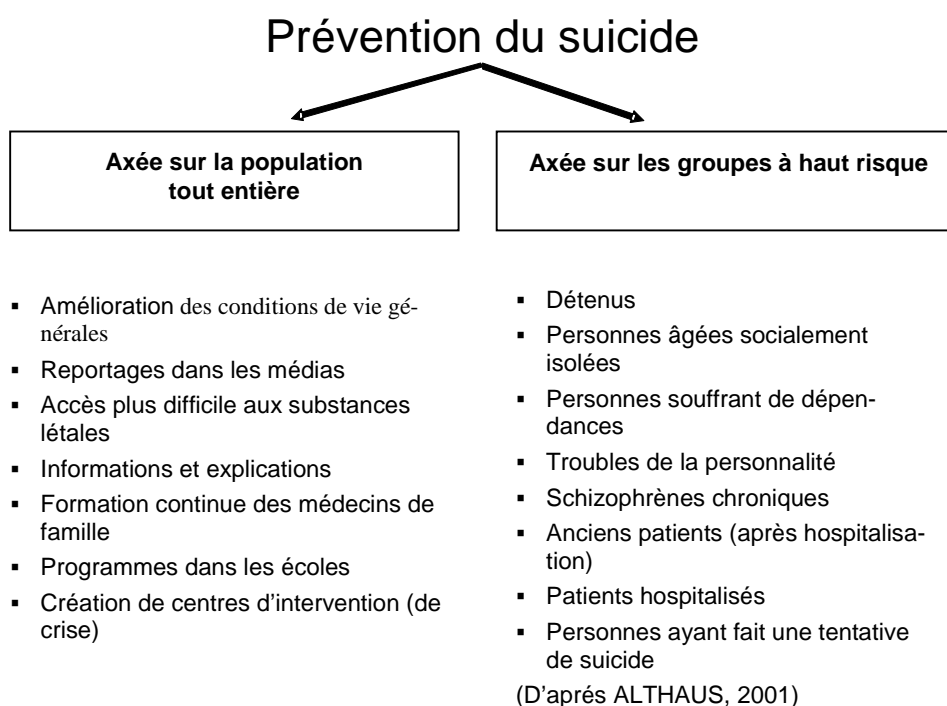
¹ D'après M. WOLFERSDORF, *Der suizidale Patient*, 2000.

Les *avantages* d'une analyse coût-bénéfice résident sans doute dans le renforcement des arguments en faveur des mesures préventives : arguments économiques à la main, on aura plus de facilité à convaincre les décideuses et décideurs politiques du bien-fondé des projets de prévention et donc à obtenir une augmentation des moyens consacrés à la promotion et au maintien de la santé mentale.

D'autre part, il faut certainement considérer comme un *inconvenient* le fait que l'approche économique domine de plus en plus (même) le secteur socio-médical, ce qui semble réduire la souffrance humaine à une valeur monétaire. Au pis aller, on risque d'en arriver à une « monétarisation » décevante, voire déshumanisante du vécu psychique.

Les différents niveaux de la prévention du suicide

A quels niveaux peut-on mener la prévention du suicide ? Selon la terminologie classique, on parle de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Le taux de suicide au sein d'une population est influencé par des facteurs socio-démographiques et socio-économiques, d'où la possibilité d'intervenir au niveau de la *prévention primaire*, afin d'améliorer les conditions de vie générales, à savoir la situation des familles par exemple (assurance-maternité ; une offre de garde des enfants en complément de l'apport des familles qui soit de bonne qualité et quantitativement suffisante ; allègements fiscaux pour les familles, etc.), les conditions de travail (temps de travail ; charge de travail ; coordination du temps de travail et des loisirs ; promotion et protection de la santé sur le lieu de travail, etc.), ainsi que la situation globale (l'on peut



réduire ici les menaces et risques dits macrosociaux). Au niveau de la *prévention secondaire*, la bonne qualité des structures de la santé publique permet le dépistage précoce des personnes à risque. Lorsque des personnes ayant déjà fait une tentative de suicide bénéficient d'un suivi et d'un traitement appropriés, on parle de *prévention tertiaire*. Celle-ci se concentre en fait sur la prévention des récidives.

De manière générale, la prévention du suicide peut être axée sur la population tout entière ou bien sur les groupes dits à *haut risque* (figure 1)

Aspects économiques de la prévention du suicide

Venons-en aux aspects économiques de la prévention du suicide. Tout d'abord, nous pourrions commencer par nous demander, comme l'a fait Oggier², ce que les économistes mesurent exactement dans le domaine de la santé mentale.

D'un point de vue *macroéconomique*, Oggier parle d'un « pentagone magique » des objectifs de la santé publique : égalité des chances, efficacité, réponse aux besoins, rentabilité et financement.

D'un point de vue *microéconomique*, l'économiste peut procéder aux approfondissements suivants :

- analyse des frais particuliers permettant par extrapolation le calcul du coût total (par exemple, intervention de crise et par la suite traitement d'une personne à risque) ;
- analyse de l'efficacité des mesures de diagnostic et de thérapie (par exemple, les instruments servant au dépistage précoce du risque de suicide) ;
- études sur la santé mentale visant l'évaluation économique des facteurs nuisibles à la santé (par exemple, le coût du stress sur le lieu de travail), des atteintes portées à la santé par certaines maladies (par exemple, le coût des dépressions), ou des mesures médico-thérapeutiques (par exemple, les frais générés par une année de vie gagnée grâce à l'intervention de crise)³.

De telles *études dans le domaine de la prévention du suicide* devraient disposer des données suivantes : le nombre de suicides par an dans les cantons ou les régions analysés, le nombre de personnes à risque sous traitement (dépressifs, personnes souffrant de dépendances et personnes ayant déjà fait une tentative de suicide). En outre, il faudrait analyser le coût des traitements psychiatriques, y compris des traitements médicamenteux, des interventions préventives et des années de vie perdues.

Ces études demandent des efforts considérables et, contrairement aux Etats-Unis⁴, en Europe personne ou presque n'a encore entrepris ce travail de titan. Seul Wolfersdorf⁵ a publié une étude de ce type pour l'Allemagne, qui, à vrai dire, ne traite les as-

² W. OGGIER, *Wie und was messen Ökonomen ?*, 2001.

³ *Ibid.*

⁴ Voir par exemple D. LESTER *et al.*, *The Economic Cost*, 2001.

⁵ M. WOLFERSDORF *et al.*, *Suizid bei Depression*, 1998.

pects économiques que de manière très sommaire. Son étude a toutefois le mérite de mettre en évidence la dimension des aspects économiques du suicide et de la prévention du suicide et de montrer à quel point ces aspects sont négligés.

Wolfersdorf parle d'éventuelles *économies de l'ordre de 17,6 milliards de deutsche-marks* par an (environ 9 milliards d'euros), si l'on parvenait à diviser par deux le nombre de suicides. Ce chiffre se base sur une moyenne de *10 000 suicides* par an en Allemagne et sur un produit national brut estimé à *80 000 DM* par actif occupé à plein temps. En réduisant également le nombre de suicides de 50%, mais sur une population dont seulement 5% ont une activité professionnelle – comme c'est souvent le cas chez les groupes à risque connus – les économies s'élèveraient encore à presque 1 milliard (880 millions) de DM (environ 550 millions d'euros).

Si nous appliquons cette estimation – assez approximative, il faut l'avouer, – à la Suisse qui a une population résidante environ dix fois inférieure, mais un taux de suicide nettement supérieur (environ 1 500 suicides par an), ou bien au canton de Fribourg (60 suicides par an) à titre d'exemple, nous obtenons des économies potentielles – en présupposant un PNB annuel par actif occupé à plein temps comparable au PNB allemand – de plus de 2 milliards de francs pour toute la Suisse et de plus de 100 millions de francs pour le canton de Fribourg.

Vu l'importance de ces montants, l'attention de l'opinion publique, ainsi que des hommes et femmes politiques responsables devrait être éveillée. Il faudrait aussi donner à la prévention du suicide l'importance économique qui lui revient en reconnaissant qu'il s'agit d'une tâche qui vaut la peine d'être accomplie aussi bien du point de vue humain que du point de vue économique !

Bibliographie

- ALTHAUS, D., HEGERL, U., « Evaluation suizidpräventiver Massnahmen, Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen », *Nervenarzt* 9, 2001, p. 677-684.
- AMÉRY, J., *Hand an sich legen*, Stuttgart, Klett-Cotta, 1976.
- CAPLAN, G., *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books, 1964.
- CHAMOT E. *et al.*, « Analyse économique appliquée à la santé : un tour d'horizon », *Bulletin des médecins suisses* 82, 2001, p. 2060-2064.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, « Leitlinien Suizidalität im Kinder- und Jugendalter », www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/kjpp-031.htm, 1999.
- DURKHEIM E., *Le suicide – Étude de sociologie*, Felix Alcan, Paris, 1897.
- GIERNALCZYK, T., FREYTAG, R. (éds.), *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention*, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1998.
- HAWTON, K., VAN HEERINGEN, K., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley and Sons Ltd., Chichester & N.Y, 2000.
- HERRMANN, F. *et al.*, « Coûts de la santé en Suisse », *BMS* 82, 2001, p. 1845-1848.
- HULTÉN, A., « Recommended Care for Young People (15 – 19 years) After Suicide Attempts in Certain European Countries », *European Child & Adolescent Psychiatry* 9, 2000, p. 100-108.
- JENKINS R., SINGH, B., « General Population Strategies of Suicide Prevention », in HAWTON, K., VAN HEERINGEN, K. , *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 2000.
- LESTER, D., YANG LESTER, B., *The Economic Cost of Youth Suicide, Presentation at the International Congress NoSuicide*, 23-25 novembre 2001, Genève, 2001.
- MAZET, P., « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, Texte de recommandations, novembre 1998 », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 47, 1999, p. 352-357.
- MICHEL, K., SPUHLER, T., « Suizid », in WALTER, W. (éd.), *Gesundheit in der Schweiz*, Seismo Verlag, Zürich, 1993.
- OGGIER, W., « Wie und was messen Oekonomen im Mental-Health-Bereich ? », *SAeZ* 42, 2001, p. 2180-2182.
- RUPP, M., *Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrischen Notfall- und Krisenintervention*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1996.
- SHAFFER, D. *et al.*, « Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior », *Journal M. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40 : 7 Supplement, July 2001.
- SZUCS T., *Gesundheitsökonomie*, Munich, Verlag Medizin & Wissen, 1996.
- WOLFERSDORF M., MARTINEZ, C., « Suizid bei Depression, verlorene Lebensjahre und Bruttosozialprodukt. Was bringt Suizidprävention ? », *Psychiatrische Praxis* 25, 1998, p. 139-141.
- WOLFERSDORF, M., *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizid-Prävention*, WVG, Stuttgart, 2000.

Coopération interdisciplinaire et formation en suicidologie – quelles sont les attentes ?

Barbara Meister

Introduction

Pour pouvoir mettre sur pied une formation initiale et une formation continue dans le domaine de la suicidologie, et construire une coopération interdisciplinaire à long terme sur des assises solides, il convient tout d'abord de se pencher sur les questions de fond suivantes :

Comment faire naître une action étatique et un engagement politique susceptibles de compléter l'engagement des personnes concernées et des institutions privées ?

Comment ancrer le sujet du suicide dans les structures telles que :

- les institutions comme par exemple les écoles, les foyers, etc.,
- les hôpitaux, les cliniques et les traitements ambulatoires,
- la formation initiale et la formation continue de divers groupes professionnels ?

Comment sensibiliser la population au sujet du suicide, et comment promouvoir et élargir les compétences générales en matière de prévention du suicide au sein de la population ?

Coopération interdisciplinaire

Conditions préalables et avantages

A mon avis, la principale *condition* à remplir en vue d'une coopération interdisciplinaire satisfaisante est l'acceptation réciproque des divers groupes professionnels. Il faut remettre en question tous les préjugés et les partis pris à l'égard des autres groupes professionnels (par exemple, quelles sont les idées que les médecins se font des assistantes sociales et vice versa ?).

En outre, je crois que les points suivants sont fondamentaux pour une future coopération interdisciplinaire et une formation continue commune :

- Chaque groupe professionnel doit se rendre compte des possibilités et des limites de sa propre formation, de son propre champ d'action et de ses compétences ;
- Chaque groupe professionnel devrait aussi s'informer sur la formation, le domaine de travail et les compétences des autres groupes professionnels impliqués dans la coopération ;
- Dans les institutions interdisciplinaires et les formations continues interprofessionnelles, il est en outre avantageux d'organiser la phase de développement de manière interdisciplinaire dès le début, tout comme d'ailleurs la future gestion ou direction.

La coopération interdisciplinaire apporte entre autres les *avantages* suivants :

- Les différents savoir-faire se complètent ;
- Le problème peut être considéré sous tous ses angles, et la marge de manœuvre s'élargit ;
- Il est moins probable que la a personne concernée passe à l'acte ;
- Le « cas » n'est plus passé de l'un à l'autre ;
- On gagne souvent du temps.

Coopérations interdisciplinaires existantes dans divers domaines

Dans mon secteur, je coopère déjà avec différents types d'équipes interdisciplinaires :

L'école

Certaines écoles ont créé des structures permanentes sous forme d'équipes sanitaires ou d'équipes d'intervention. Ces équipes sont par exemple composées de représentantes et de représentants du corps enseignant, des autorités scolaires, du service psychologique scolaire, des services sociaux, de la prévention des dépendances, du secrétariat de la jeunesse, du travail auprès des jeunes et, rarement, de la police et du médecin scolaire. Pour l'instant, ces équipes se concentrent sur les problèmes liés aux dépendances, à la violence et à l'abus sexuel.

Domaine ambulatoire, p. ex. groupes de protection de l'enfant

Chaque district du canton de Zurich possède un groupe de protection de l'enfant. Le mot d'ordre de ces groupes est le suivant : une protection efficace des enfants nécessite une approche coordonnée et interdisciplinaire. Les experts et les autorités qui, au cours de leur activité professionnelle, sont confrontés à des cas d'exploitation sexuelle ou de négligence envers des enfants peuvent faire appel au groupe de protection de l'enfant et lui demander conseil. Le groupe de protection de l'enfant est composé de représentantes et de représentants des services de conseil pour les jeunes, les familles et les jeunes enfants, de la psychiatrie pour enfants et adolescents, de la pédiatrie et de la psychologie scolaire.

Domaine hospitalier

Dans le domaine hospitalier, comme p. ex. dans les établissements sociothérapeutiques pour toxicomanes, la coopération interdisciplinaire est encore plus indispensable et certainement mieux connue. Il s'agit de couvrir tous les aspects de la vie des clientes et clients : p. ex. le suivi médical, l'offre thérapeutique, les problèmes quotidiens, les loisirs, la formation scolaire, etc. A cet effet, il faut recourir au savoir-faire de différentes disciplines : la médecine, la psychologie, l'animation socio-éducative, la pédagogie ou bien divers métiers d'artisan.

Je cite ces exemples parce que mon objectif est le suivant : avant de créer de nouvelles structures, nous devons nous demander quels sont les réseaux qui existent déjà dans notre canton et quelles sont les structures pouvant également être utiles au domaine de la suicidalité.

Formation et formation continue en suicidologie

L'offre existante

En Suisse, aucun groupe professionnel n'a la possibilité de suivre une formation complémentaire en suicidologie délivrant un diplôme reconnu. Ceci ne signifie cependant pas que le sujet du suicide ne soit pas traité dans le cadre de la formation de base des groupes professionnels qui risquent d'être confrontés à ce problème – la plupart du temps, le sujet du suicide apparaît en filigrane dans les intitulés suivants :

- problèmes des groupes marginaux
- crises d'adolescence
- troubles psychiques
- dépressions
- comportements autodestructeurs.

En outre, différentes organisations parlent du suicide.

Quelques exemples :

- La Main Tendue : les bénévoles sont formés pour en savoir plus sur le suicide, tout comme sur les dépendances, la violence, les maladies et la mort.
- La Croix Rouge : la Croix Rouge du canton de Zurich a inséré le sujet du suicide dans les cours proposés aux aides-soignantes sous le titre « Les personnes dépressives ». Pour les personnes intéressées et les proches, la Croix Rouge de Bâle-Campagne propose des cours portant sur « Dépression et suicidabilité ».
- Caritas propose un module de formation interdisciplinaire sur la suicidabilité.

Perspectives futures de la formation initiale et de la formation continue

A mon avis, il faudra proposer des formations continues à divers niveaux, afin de générer des synergies :

Niveau des experts

Il est difficile de s'imaginer une formation en suicidologie au sens strict du terme, mais on peut envisager une formation complémentaire pour divers groupes de professionnels qui déboucherait sur un certificat ; en fait, il s'agirait de véritables formations complémentaires spécifiquement destinées à certaines professions, comme p. ex. les études postgrades.

Il faut en outre créer une vaste gamme modulaire d'offres de formation continue pour divers groupes professionnels à concevoir de manière inter- et intraprofessionnelle. Les objectifs pourraient être les suivants :

- augmenter le nombre d'experts spécialisés dans le suicide ;
- promouvoir la coopération interprofessionnelle et celle entre la théorie et la pratique ;
- amplifier l'offre de formation continue correspondant aux besoins des experts dans différentes institutions.

Niveau des médiatrices et médiateurs

Il s'agit de proposer une formation continue aux personnes qui peuvent être confrontées au suicide dans le cadre de leur métier ou bien qui travaillent dans le domaine du dépistage précoce, comme les enseignants, les maîtres d'apprentissage, le personnel soignant, la police, etc. La formation continue peut être proposée par des organismes de formation qui existent déjà p. ex. pour les parents, les enseignantes et enseignants, les maîtresses/maîtres d'apprentissage, les policiers, etc. Il est conseillé d'utiliser le plus possible les structures existantes.

Je pense que les sujets suivants doivent figurer dans la formation continue de ces groupes professionnels :

- les causes du suicide ; prévention générale du suicide et reconnaissance des signes précurseurs (dépistage précoce) ;
- que faire face à une personne supposée à risque ou bien face à un suicide ;
- apprendre à connaître les offres d'assistance et la mise en réseau.

Niveau de la population

Il faut avant tout sensibiliser la population au sujet de la suicidalité. En outre, il s'agit de faire comprendre que chaque personne possède des compétences en la matière qu'elle peut faire jouer dans ses relations interpersonnelles. Il faut éliminer certaines idées erronées (p. ex. ceux qui parlent du suicide ne se suicident pas). Et enfin, il s'agit d'attirer l'attention sur les offres d'aides disponibles.

A cet effet, une campagne d'information grand public pourrait être menée à travers plusieurs médias (affiches, articles, spots, etc.).

Deuxième partie

Éléments de base et indications pour la prévention et le suivi médical

Les signes précurseurs d'un suicide et le soutien des proches

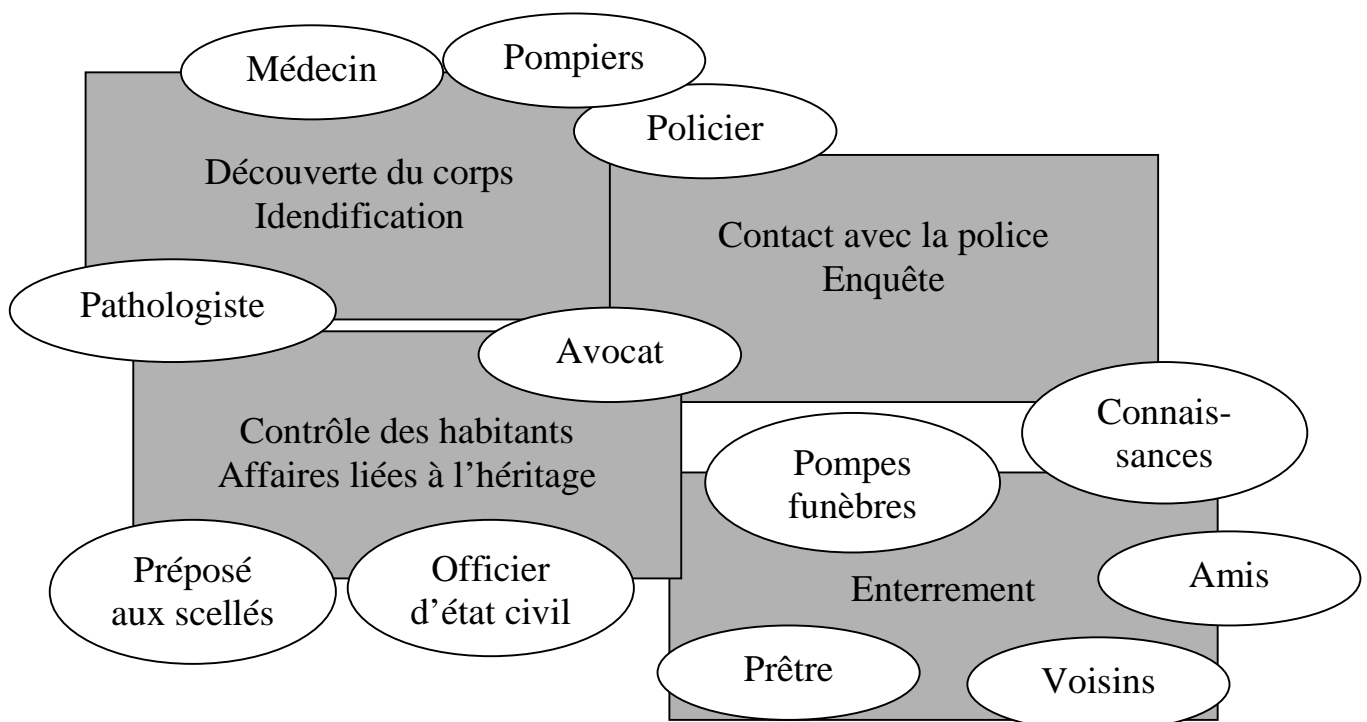
Martin Eichhorn

Introduction

L'être humain étant un être social, le comportement suicidaire ne saurait s'analyser sans considérer également le cadre de vie de la personne suicidaire. Tout comme l'environnement d'une personne peut influencer sa suicidalité, cette dernière influence aussi son entourage. Puisque le suicide est une question de vie et de mort, les amis et les proches d'une personne suicidaire sont toujours très impliqués.

En soi, le suicide et le comportement suicidaire n'ont rien d'une pathologie. Ils ne sont pas forcément signes d'une pathologie. Les tentatives de suicide et les suicides accomplis peuvent naître de vécus tout à fait différents, par conséquent les retombées sur la famille peuvent également s'avérer très différentes.

Nous tenterons d'approcher le sujet par ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux et de nous concentrer en particulier sur les rapports entre le comportement suicidaire d'une personne et sa famille.



Suicidalité et famille

La génétique

Au préalable, il faut dire que les facteurs génétiques ne peuvent à eux seuls expliquer la suicidalité, mais il existe toutefois des signes qui laissent penser que ces facteurs possèdent du moins une influence partielle sur le comportement suicidaire. Chez les vrais jumeaux, 10% des jumeaux survivants se suicident après le suicide de l'autre jumeau⁶, alors que chez les faux jumeaux, ce chiffre s'élève à moins de 2%. Sachons qu'en cas de maladie psychique, telle que la schizophrénie, un vrai jumeau a une probabilité de 50% d'être également atteint de schizophrénie, si son jumeau en souffre déjà. On pourrait objecter que les jumeaux grandissent dans une même famille et sont donc soumis aux mêmes facteurs sociaux. Mais cette objection est à son tour réfutée par des études sur l'adoption qui tiennent compte de ce facteur. L'étude la plus connue sur l'adoption relève un taux de suicide 15 fois plus élevé chez la famille biologique qui n'a pas vécu avec le suicidé que chez les « proches sociaux », chez lesquels il a grandi⁷.

Facteurs de risque

De nombreuses études scientifiques présentent les antécédents familiaux relatifs aux tentatives de suicide ou aux suicides accomplis comme un facteur de risque. Outre les facteurs génétiques susnommés, des facteurs sociaux servant de toile de fond à une tentative de suicide ou à un suicide dans la famille sont invoqués par ces études. Est-ce que l'analyse d'un comportement suicidaire ou d'un suicide survenu dans une famille peut aider à résoudre les problèmes éventuels des proches ? Les résultats se contredisent en partie. Mais l'on peut tout de même constater que la dépression, les manies, la toxicomanie, l'alcoolisme et les comportements sociaux déviants dans une famille constituent autant de facteurs de risque pouvant entraîner un éventuel comportement suicidaire chez les autres membres de cette famille. Cependant, il n'est pas prouvé si ce sont les facteurs sociaux de coexistence dans une famille ou bien l'hérédité génétique d'un dérangement psychique qui engendrent un risque accru de suicide⁸.

Les retombées sur le cercle familial

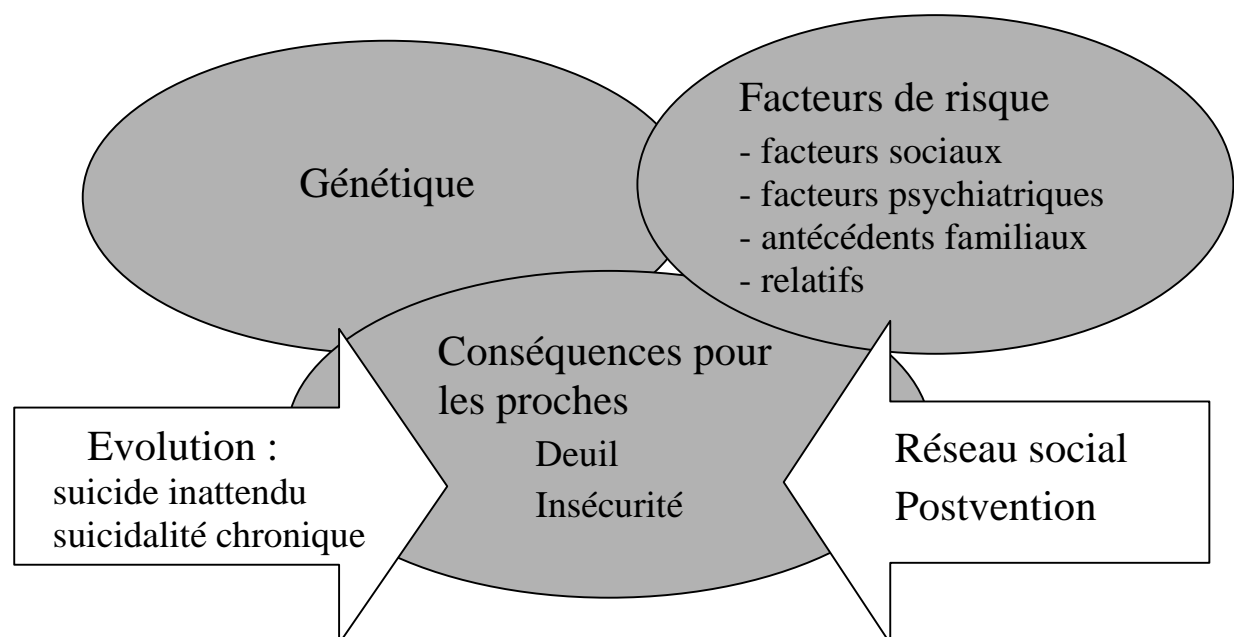
Sans doute, les études scientifiques des conséquences d'un suicide pour les membres de la famille ont soulevé plus de questions qu'elles n'ont pu en résoudre. L'intérêt

⁶ A. ROY *et al.*, *Suicide in Twins*, 1991, p. 29-32.

⁷ F. SCHULSINGER *et al.*, *A Family Study of Suicide*, 1979.

⁸ R.A. ZWEIG *et al.*, *Factors Associated with Suicide*, 1993, p. 1687-1692 ; B.M. WAGNER, *Family Risk Factors*, 1997, p. 246-298 ; D.A. BRENT *et al.*, *Familial Risk Factors for Adolescent Suicide*, 1994, p. 52-58 ; D.A. BRENT *et al.*, *Research in a Adolescent Suicide*, 1995, p. 222-230 ; D.A. BRENT, *Risk Factors for Adolescent Suicide*, 1995, p. 52-63.

que suscitait ce sujet s'est pour la première fois matérialisé par la parution en 1972 du livre d'Albert C. Cain « Survivors⁹ of Suicide »¹⁰. Plus tard, McIntosh¹¹ a résumé les résultats des études anglophones effectuées jusqu'en 1995 dans son livre en y joignant un catalogue détaillé des questions restées en suspens. Bien que la plupart des scientifiques croient encore qu'environ six personnes sont touchées par le suicide d'un proche, leur nombre exact n'a toujours pas pu être déterminé. Et nous en savons toujours très peu sur la différence entre le deuil après suicide et le deuil après d'autres types de décès. La question du deuil après un suicide sera traitée dans un chapitre à part. Au-delà du deuil, c'est la tabouisation du sujet dans la famille et dans la société qui peut faire souffrir les survivants. Toutefois, la littérature scientifique en parle peu et, pour en savoir plus, il faut se référer aux témoignages de personnes touchées par un suicide dans leur entourage. Dans son livre « Suizid : Das Trauma der Hinterbliebenen », Manfred Otzelberger¹² nous fait part de témoignages impressionnants. Monica Zanolari a écrit sa thèse¹³ sur ce sujet et a interrogé 15 personnes ayant perdu un parent proche du premier ou second degré par un suicide. Dix personnes interrogées ont raconté que le suicide avait été tabouisé en famille. Sur les quinze, douze auraient souhaité un suivi professionnel, mais seule une personne avait réellement bénéficié d'un tel suivi. Avant même qu'un suicide ne se produise, les proches peuvent être tourmentés par divers problèmes de la personne suicidaire, comme des crises répétées accompagnées d'idées suicidaires, des attitudes suicidaires, voire des tentatives de suicide. Nous n'avons que peu d'indices pour savoir comment les proches gèrent cette situation et quel soutien leur serait nécessaire.



⁹ Dans le monde anglophone, les proches d'un suicidé sont qualifiés de « survivors » (survivants).

¹⁰ A.C. CAIN, *Survivors of Suicide*, 1972.

¹¹ J. L. MCINTOSH, *Survivors of Suicide*, 1996, p. 147-175.

¹² M. OTZELBERGER, *Suizid*, 1999 ; T. BRONISCH, *Der Suizid*, 1999.

Comment se comporter face à la suicidalité

Signes précurseurs

Environ 40% des personnes qui se suicident ont déjà entrepris une tentative de suicide auparavant. Mais dans 80% des cas de tentatives de suicide, il n'y aura jamais de deuxième tentative. Dans 80 à 90% des suicides, la personne souffrait de troubles psychiatriques. Dans plus de 50% des cas de suicide, la personne souffrait d'une dépression. L'alcoolisme entre en jeu dans environ un cinquième des suicides et 10% des suicidés étaient atteints de schizophrénie. Mais au-delà du diagnostic médical, il s'est avéré que les facteurs sociaux jouaient souvent un rôle. Ainsi la rupture d'une relation, de graves conflits familiaux, des difficultés financières, des problèmes sur le lieu de travail et le changement de domicile peuvent également mener au suicide. Lorsque la personne qui met fin à ses jours est âgée, d'autres facteurs entrent en ligne de compte, comme les souffrances physiques et l'isolement.

Quels sont les signes qui peuvent indiquer aux proches qu'une personne est éventuellement à risque de suicide ?

En cas de *dépression*, les personnes atteintes deviennent de plus en plus tristes, elles perdent tout intérêt à la vie, se sentent fatiguées et sans énergie. Elles deviennent craintives, dorment mal et ont du mal à se concentrer. Le risque de suicide augmente sensiblement, lorsque les troubles du sommeil empirent et que les personnes se négligent de plus en plus, s'agitent malgré leur tristesse et leur manque d'énergie et se sentent menacées par l'appauvrissement de leur vie ou angoissées par le sentiment de ne plus servir à rien.

Lorsque *l'alcool* joue un rôle croissant, une grande attention s'impose, surtout si la consommation d'alcool devient régulière et commence à avoir des retombées sur les relations personnelles et sur la vie active. Un grave problème d'alcoolisme est patent, lorsque l'alcool est consommé sur le lieu de travail, lorsque la personne boit dès le réveil ou a elle-même le sentiment de trop boire.

En présence d'une *schizophrénie*, il faut savoir que le risque de suicide est majeur au début de la maladie, lors d'une rechute et peu après l'atténuation d'une poussée de la maladie. Divers « changements » peuvent présager un début de schizophrénie. Par exemple, une personne qui jusqu'à présent avait les pieds bien sur terre devient hypersensible et commence à négliger certaines tâches. Ses sentiments se modifient. La méfiance et la peur peuvent prendre le dessus et les sautes d'humeur se multiplient. Son efficacité s'amenuise et ses intérêts changent. Une personne qui était ouverte et liante se renferme à présent sur elle-même à tel point que les amis et la famille ne parviennent plus à la faire sortir de son cocon. La consommation croissante d'alcool ou d'autres drogues peut venir s'ajouter à cela¹⁴.

¹³ M. ZANOLARI, *Suizid in der Familie*, 2002 ; M. EICHORN *et al.*, *Tabuisierung eines familiären Suizides*, 2001, p. 345-347.

¹⁴ J. ASTON *et al.*, *Screening*, 2002, p. 971-974.

Dans 20 à 50% des cas de suicide chez les jeunes, on trouve des indices de *troubles de la personnalité*. Des relations inconstantes et un comportement social déviant peuvent faire fonction de sonnette d'alarme.

Toutes les *maladies physiques chroniques* augmentent le risque de suicide. Certaines pathologies comme l'épilepsie ou l'apoplexie frappant surtout la partie postérieure du cerveau peuvent accroître le risque de suicide, probablement parce qu'elles diminuent la capacité du malade à contrôler ses impulsions.

Facteurs sociaux

Les personnes vivant seules ou qui sont isolées et les personnes âgées sont particulièrement à risque. Les hommes ont un taux de suicide trois à quatre fois plus élevé que les femmes. Le chômage et l'immigration représentent autant de facteurs de risque supplémentaires.

La crise et le processus suicidaire

On peut partir du principe que toutes les grandes crises de la vie, qu'elles soient dues à une situation sociale difficile ou à une maladie physique ou psychique, augmentent considérablement le risque de suicide.

Caplan et Cullberg définissent la crise ainsi : il s'agit d'une perte de l'équilibre mental que la personne ressent lorsqu'elle est confrontée à des événements ou des situations qu'elle n'est pas capable de gérer sur le moment. Ceci est le cas lorsque ces événements déboussolent la personne par leur nouveauté et dépassent les capacités qu'elle a acquises par ses expériences précédentes. L'obstacle lui paraît alors insurmontable avec les moyens habituels qu'elle a développés jusqu'ici pour atteindre ses objectifs et gérer sa vie.

En 1953, le Viennois Ringel a interrogé près de 800 personnes qui avaient fait une tentative de suicide et a pu constater chez la majorité de ces personnes une même évolution menant à la tentative de suicide. Il a décrit ce processus comme le syndrome pré-suicidaire.¹⁵

Rétrécissement de la sphère vitale : la personne devient moins flexible et ses capacités se restreignent. Elle développe le sentiment d'être acculée, ce qui fait qu'elle devient craintive et évite les autres et se retire de toute relation interpersonnelle en ne maintenant que quelques rares contacts. Son comportement tend à devenir complètement inadéquat.

Selon Ringel, ces personnes font preuve d'une agressivité inhibée, qui n'explose pas, c'est-à-dire qu'elles gardent tous leurs sentiments pour elles.

Fantasmes suicidaires : ceux-ci se traduisent aussi par la fuite dans un monde imaginaire. La personne se voit déjà « comme » morte, mais peut aussi s'imaginer à la fois morte et vivante. C'est un signal d'alarme, lorsque les fantasmes suicidaires sont

¹⁵ E. RINGEL, *Der Selbstmord*, 1953.

déclenchés activement par la personne. Et la situation devient encore plus menaçante si ces fantasmes surgissent de manière irréprouvable dans l'esprit de la personne concernée.

En 1968, Walter Pöldinger¹⁶ a divisé le processus menant à l'acte suicidaire en trois phases : envisager – peser le pour et le contre – décider. Dans la première phase, le suicide est envisagé en tant que solution possible à tous les problèmes. Dans la deuxième phase, l'instinct de survie lutte contre des forces autodestructrices. Une fois la décision prise, l'entourage est frappé par le grand calme et l'équilibre qui caractérisent la personne en question, ce qui peut lui faire précipitamment conclure que la crise est passée.

Thomas Bronisch¹⁷ souligne que ces modèles suggèrent une prise de décision largement méditée. Mais il ne faut pas oublier que la tentative de suicide peut aussi équivaleoir à un acte impulsif. Bronisch cite une étude qui démontre que sur 500 tentatives de suicide seuls 4% étaient planifiés avec soin¹⁸.

Le mythe et la réalité

Dans son livre « Krisenintervention und Suizidverhütung », Gernot Sonneck¹⁹ oppose le mythe à la réalité. Nous allons repasser en revue les erreurs les plus fréquentes et les plus graves. Tout comme Sonneck, nous estimons que cette liste ne se veut pas exhaustive.

Erreurs

Lorsqu'une personne parle de se suicider, elle ne le fera pas. Faux ! En fait, 80% des personnes se suicidant l'annoncent auparavant en donnant ainsi à leur entourage une ultime chance de les aider.

Lorsqu'une personne veut vraiment s'ôter la vie, rien ne saura l'arrêter. Faux ! Le fait est que la plupart des suicides surviennent pendant une crise. En essayant de gérer la crise en conséquence, on peut empêcher le suicide.

Lorsqu'une personne a déjà entrepris une tentative de suicide, elle va constamment tenter de se suicider. Faux ! En réalité, environ 80 % de toutes les tentatives de suicide restent un événement unique dans la vie d'une personne.

Seules les personnes qui ont tenté de se suicider pour de bon, restent à risque. Faux ! En fait, la gravité d'une tentative de suicide précédente ne détermine pas le risque individuel de suicide qui persiste après cette tentative. C'est un risque qu'il faut recalculer au cas par cas.

Si on aborde le sujet des idées suicidaires avec une personne, on lui donne l'idée de se suicider. Faux ! Au contraire : si on entame le sujet, la personne à risque se sentira

¹⁶ W. PÖLDINGER, *Die Abschätzung der Suizidalität*, 1968.

¹⁷ T. BRONISCH, *Der Suizid*, 1999.

¹⁸ R.W. ETTLINGER, *Attempted Suicide*, 1955, p. 5-29.

¹⁹ G. SONNECK, *Krisenintervention und Suizidverhütung*, 2000.

souvent soulagée de pouvoir faire part de ses pensées et se sentira moins acculée dans une situation suicidaire.

L'aide

Lorsqu'un proche est à risque de suicide, il faut mettre l'accent sur la relation que nous avons avec lui. Demandez-lui comment il en est arrivé à cette crise. Ne le questionnez pas sur le pourquoi ! Acceptez-le tel qu'il est. Vous saurez à quoi vous en tenir et vous éviterez de le mesurer à votre propre aune. (Imaginez que vous soyez à un repas avec un couple d'amis et que vous ne leur demandiez pas comment ils se sont connus, mais *pourquoi* ils se sont connus).

La situation peut s'exacerber, si le problème est minimisé, si on veut faire la morale ou qu'on console de manière trop lapidaire. Les cas de rupture sont particulièrement dangereux pour les suicidaires. Si vous proposez une relation, elle doit être fiable. Parfois, il peut déjà s'avérer utile d'aider à résoudre des problèmes pratiques du quotidien. Un pacte ou un contrat suicidaire ne sont pas fiables. Demandez à votre proche en crise ce dont il se sent capable. Si son estimation ne se recoupe pas avec la vôtre, faites appel à des professionnels, demandez de l'aide à votre médecin de famille ou bien à votre aumônier.

Une aide professionnelle sera nécessaire, si les personnes suicidaires, leurs proches et leur entourage social se sentent dépassés par les événements ou bien si la personne suicidaire souffre clairement d'une maladie psychiatrique. Lorsque la personne a déjà tenté de se suicider une fois, faites appel à cette aide professionnelle le plus tôt possible.

Après un suicide

Le deuil

En cas de suicide, nous perdons en premier lieu un être cher et nous sommes endeuillés. Est-ce que les proches portent le deuil d'une autre manière selon qu'il s'agit d'un suicide ou d'une mort accidentelle ou d'un décès survenu à la suite d'une grave maladie ? Y a-t-il plus de sentiments de culpabilité et de honte après un suicide ? Se sent-on responsable du suicide ? Ressent-on par exemple de la colère ou de la rage à l'encontre de la personne qui s'est suicidée ? Instinctivement, on pourrait croire en une affliction plus profonde et surtout « différente » après un suicide. La littérature scientifique ne donne aucune réponse claire à ce sujet²⁰. Certainement existe-t-il des éléments qui distinguent le deuil selon les causes du décès. De manière générale, les phases du deuil, telles que les a décrites Verena Kast²¹, valent aussi pour les réactions

²⁰ R. SEIBL *et al.*, *Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld*, 2001, p. 316-22 ; M. WOLFERSDORF *et al.*, *Nach dem Suizid eines Patienten*, 2001, p. 341-344 ; S. ELLENBOGEN *et al.*, *Do They Suffer More ?*, 2001, p. 83-90 ; C.J. VAN DONGEN, *Experiences of Family Members*, 1991, p. 375-380.

²¹ V. KAST, *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*, 2002.

après un suicide. La première phase de refus du fait accompli peut durer des heures voire des jours. S'ensuit une phase de grand désordre des sentiments. La douleur, la peur, la colère, la rage et les sentiments de culpabilité se mêlent et semblent ne jamais vouloir rentrer dans l'ordre. Puis vient la troisième phase qui équivaut à une quête où l'on cherche le défunt, le trouve et s'en sépare mentalement. A partir de là commence le véritable travail d'assimilation de la perte de l'être cher. Dans une dernière phase, la personne endeuillée peut à nouveau se trouver et s'ouvrir au monde. Comme nous l'avons dit dans l'introduction, il faut bien évidemment tenir compte des circonstances qui ont accompagné le suicide. Le deuil suivant un suicide que rien ne laissait présager sera certainement différent d'un deuil où le suicide s'est produit après une longue souffrance physique. Des études récentes montrent en outre que certains facteurs, par exemple la découverte du corps, peuvent également rendre le deuil plus difficile.

Les conséquences pratiques

Après un suicide, les proches sont confrontés à une multitude de démarches pratiques et profanes. D'abord le corps est découvert. La police, le médecin d'urgence et peut-être même les pompiers arrivent. Le médecin légiste est consulté, les proches sont interrogés par la police. Il faut s'adresser à l'officier de l'état civil ainsi qu'à l'officier public chargé des dispositions successorales. Les obsèques doivent être planifiées. Il faut contacter le prêtre, les voisins, les parents et amis. Pour beaucoup de personnes, c'est trop demander dans une pareille situation. Il n'existe pas de formation standardisée²² qui préparerait les professionnels au contact avec les proches d'un suicidé et l'on ne saurait que spéculer sur l'influence qu'a leur comportement sur le deuil des proches. De nombreux proches font état d'expériences négatives qu'ils ne parviendront jamais à oublier. Parfois les voisins ont tendance à éviter les proches du défunt et une remarque cynique ou maladroite d'un médecin d'urgence ou d'un policier peut s'avérer extrêmement blessante²³.

Les moyens d'aide

Les personnes qui ont perdu un être cher à la suite d'un suicide tombent elles-mêmes dans une crise. Il faut alors être à leur écoute, se montrer attentifs et leur prouver notre sympathie. Ces proches éprouvés doivent avoir la certitude de pouvoir se tourner vers parents et amis. Ils ont besoin d'être rassurés et de s'entendre dire que ce n'est pas de leur faute, si l'être cher s'est ôté la vie. William Worden donne les con-

²² Sources Internet : WHO, D.O.M.H., *Preventing Suicide : A Resource for General Physicians*, 2000 ; WHO, D.O.M.H., *Preventing Suicide : A Resource for Teachers and Other School Staff*, 2000. Les deux documents de l'OMC peuvent être téléchargés en format pdf à l'adresse suivante : www.who.int/mental_health/Topic_Suicide/suicide3a.html

²³ B.L. HALL *et al.*, *Can Professionals and Nonprofessionals Work Together Following a Suicide ?*, p. 74-78, 2001.

seils suivants en vue de soutenir les personnes endeuillées : il faut les aider à prendre pleinement conscience de la perte subie, à exprimer tous leurs sentiments et à ne pas les réprimer. Les proches ont aussi besoin d'aide pratique pour maîtriser leur vie au quotidien. Le deuil prend du temps et il faut leur laisser ce temps. Il est primordial que le deuil soit perçu comme une réaction tout à fait normale. En cas de troubles particuliers (insomnies aiguës ou retrait de toute vie sociale), il faut leur proposer un soutien professionnel.

Les groupes d'entraide peuvent également contribuer à ce travail de deuil.

Dans ce chapitre, nous avons tenté de donner un bref aperçu d'un sujet très complexe et difficile : le suicide et la famille. Pour conclure, nous voudrions résumer le débat animé qui a eu lieu pendant l'atelier tenu à l'occasion du congrès²⁴. Ce résumé reflète les impressions subjectives de l'auteur.

Résumé du débat

Pendant cet atelier, un exposé d'introduction qui correspond dans les grandes lignes à ce que vous pouvez lire *supra* a été suivi d'un débat animé et approfondi dans de petits groupes qui ont répondu à trois questions centrales :

1. Quels sont les besoins des proches d'une personne ayant des idées suicidaires et des proches après un suicide dans la famille ?
2. Comment peut-on approcher les proches et les sensibiliser ?
3. Quels sont les besoins en formation et information des instances impliquées (école, autorités, médecins, aumôniers etc.) ?

Quasiment tous les groupes ont souligné l'importance de l'environnement social. Malheureusement, il ne va pas encore de soi que les proches soient impliqués dans le suivi des personnes suicidaires. Beaucoup de gens n'arrivent pas à oublier le préjugé selon lequel l'entourage pourrait être en partie responsable de la suicidalité, ce qui fait que l'entourage est contraint de jouer le rôle de « bouc émissaire » et n'est plus perçu comme une ressource importante. Concernant le soutien à apporter à l'entourage, les groupes ont souvent cité la nécessité de disposer d'aides non bureaucratiques, le fait de ne pas s'imposer et de rester ouvert et à l'écoute de l'autre. Dans une situation souvent tabouisée, il est indispensable d'avoir le « courage de demander », un point fréquemment nommé par les groupes. Il s'agit de questionner directement les personnes concernées, car il est ainsi bien plus simple de constater leurs besoins d'aide.

A plusieurs reprises, les questions juridiques ont été évoquées. Les participants craignaient que la protection des données personnelles ou bien l'autonomie de l'individu ne soient violées, si d'autres instances étaient mises au courant des idées suicidaires.

²⁴ Cet atelier s'est déroulé dans le cadre du congrès « Suicide...? » les 7 et 8 mai 2002 à Berne.

Il convient de souligner qu'une personne qui traverse une crise suicidaire ne parvient normalement pas à juger de manière réaliste l'aspect juridique des offres d'aide qui lui sont proposées. Souvent la personne est atteinte d'une pathologie psychiatrique qui l'empêche de se former librement sa propre opinion, parce que les velléités suicidaires limitent les capacités de la personne. D'où le devoir de l'entourage d'agir et d'aider la personne en détresse.

Par rapport à la sensibilisation et l'information des proches, les groupes ont regretté le manque de renseignements et l'accès malaisé aux informations. Souvent les offres d'aide ne sont ni coordonnées ni mises en réseau entre elles et quand elles le sont, le grand public n'y a pas accès. Les groupes ont alors proposé de résoudre le problème par un soi-disant *Case-Management* où le médecin de famille ou le prêtre pourraient agir, car ils entrent souvent en contact avec la famille après un suicide. Les autorités auxquelles les proches doivent s'adresser à la suite d'un suicide pourraient également signaler les offres d'aide existantes.

En outre, les groupes ont mis en évidence l'importance de la sensibilisation qu'il faut pratiquer au cours de la formation du personnel soignant, des fonctionnaires (surtout des policiers), du corps enseignant et des médecins. J'estime qu'il est fondamental de souligner qu'une telle formation devrait se prolonger tout au long de la vie active. Les groupes ont à maintes reprises parlé d'une sensibilisation passant par les médias, mais je crois qu'elle soulève deux problèmes. Premièrement, une telle sensibilisation ne s'inscrirait pas suffisamment dans la durée. Deuxièmement, il faudrait savoir comment se ferait l'information. Ainsi une information à sensation pourrait donner des idées de suicide à certains. D'ailleurs, il est déjà assez difficile de persuader les médias de ne plus utiliser de terme discriminatoire (tel en allemand « *Selbstmord* » soit « assassinat de soi-même ») et de parler, en allemand, plutôt de « *Suizid* » ou de « *Selbsttötung* », sans note péjorative.

Cet aspect a dirigé les réflexions vers le sujet de la stigmatisation du suicide. Un des groupes a fait remarquer que l'homosexualité était aujourd'hui acceptée. Mais à mon avis, il faut faire un distinguo important : la suicidalité fait souffrir les intéressés et leur entourage, la suicidalité ou le suicide ne représentent donc pas des variantes d'une même norme, mais des expressions d'une souffrance profonde. Pour ce qui est de la stigmatisation, il me semble essentiel que la suicidalité soit acceptée en tant que telle. Dans ce contexte, la plupart des groupes ont donné la priorité à la dignité que tous doivent toujours conserver.

Ce n'est peut-être pas un hasard, si les questions économiques ont été évoquées immédiatement après la question de la stigmatisation. La réalisation de la plupart des objectifs cités nécessite des moyens financiers conséquents. Il serait certainement appréciable, si la lutte pour faire baisser le taux de suicide et pour soutenir les proches bénéficiait d'autant de moyens que la lutte pour réduire le nombre des victimes de la route. Mais loin de se résigner, les groupes ont fait preuve d'un grand optimisme et, en particulier, ils ont estimé qu'il fallait tisser des réseaux et mobiliser des moyens financiers au niveau local.

Bibliographie

- ASTON, J., GSCHANDTNER, U., RIECHER-RÖSSLER, A., « Screening zur Früherfassung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis », *Schweiz Med Forum* 2, p. 971-974, 2002.
- BRENT, D.A., PERPER, J.A., « Research in Adolescent Suicide : Implications for Training, Service Delivery, and Public Policy. Suicide », *Life Threat. Behav.* 25 (2), p. 222-230, 1995.
- BRENT, D.A., « Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior : Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress », *Suicide. Life Threat. Behav.* 25 Suppl, p. 52-63, 1995.
- BRENT, D.A., PERPER, J.A., MORITZ, G., LIOTUS, L., SCHWEERS, J., BALACH, L., ROTH, C., « Familial Risk Factors for Adolescent Suicide : A Case-Control Study », *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1), p. 52-58, 1994.
- BRONISCH, T., *Der Suizid*, C.H. Beck Wissen, Munich, C.H. Beck, 1999.
- CAIN, A.C., *Survivors of Suicide*, Charles C. Thomas Pub Ltd, 1972.
- EICHHORN, M., ZANOLARI, M., « Tabuisierung eines familiären Suizides - mögliche Auswirkungen auf die Angehörigen », *Psychiatrische Praxis* 28 (7), p. 345-347, 2001.
- ELLENBOGEN, S., GRATTON, F., « Do They Suffer More ? Reflections on Research Comparing Suicide Survivors to Other Survivors », *Suicide Life Threat Behav* 31(1), p. 83-90, 2001.
- ETTLINGER, R.W., « Attempted Suicide », *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 103, p. 5-29, 1955.
- FINZEN, A., *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen*, Bonn, Psychiatrie Verlag, 1997.
- KAST, V., *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*, Stuttgart ²⁵2002.
- HALL, B.L. et EPP, H.L., « Can Professionals and Nonprofessionals Work Together Following a Suicide ? », *Crisis* 22 (2), p. 74-78, 2001.
- JAMISON, K.R., *Wenn es dunkel wird : Zum Verständnis des Selbstmordes*, Berlin, Siedler, 1999.
- MCINTOSH, J.L., « Survivors of Suicide : A Comprehensive Bibliography Update, 1986-1995 », *Omega* 33, p. 147-175, 1996.
- OTZELBERGER, M., *Suizid : Das Trauma der Hinterbliebenen*, Berlin, Editions Ch. Links, 1999.
- PÖLDINGER, W., *Die Abschätzung der Suizidalität*, Hans Huber, 1968.
- Themenheft « Nach dem Suizid », *Psychiatrische Praxis* 28, p. 309-360, octobre 2001.
- RINGEL, E., *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*, 1953.
- ROY, A., SEGAL, N.L., CENTERWALL, B.S., ROBINETTE, C.D., « Suicide in Twins », *Arch. Gen. Psychiatry* 48, p. 29-32, 1991.
- SEIBL, R., ANTRETTNER, E., HARING, C., « Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten, Stand der Forschung, offene Fragen und Aufgaben zukünftiger Forschung », *Psychiatrische Praxis* 28 (7), p. 316-22, 2001.
- SCHULSINGER, F., KETY, S.S., ROSENTHAL, D., WENDER, P.H., « A Family Study of Suicide », in SCHON, M. & STROMGREN, E. (éds.), *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders*, New York, Academic Press, p. 277-287, 1979.
- SONNECK, G., *Krisenintervention und Suizidverhütung*, Vienne, Facultas, 2000.
- VAN DONGEN, C.J., « Experiences of Family Members after a Suicide », *J. Fam. Pract.* 33 (4), p. 375-380, 1991.
- WAGNER, B.M., « Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior », *Psychol. Bull.* 121 (2), p. 246-298, 1997.
- WOLFERSDORF, M. *et al.*, « Nach dem Suizid eines Patienten - Erfahrungen mit Angehörigen von Suizidenten in der psychiatrischen Klinik », *Psychiatrische Praxis* 28 (7), p. 341-344, 2001.

- ZANOLARI, M., *Suizid in der Familie; Qualitative Erhebung zum Einfluss eines Suizides bei 1. und 2. Grad Verwandten auf die Lebenssituation von KlinikpatientInnen*, Thèse, Bâle, 2002.
- ZWEIG, R.A. et HINRICHSSEN, G.A., « Factors Associated with Suicide Attempts by Depressed Older Adults : A Prospective Study », *Am. J. Psychiatry* 150 (11), p. 1687-1692, 1993.

La résilience et le suicide : une introduction

Stefan Vanistendael

Préalable

La résilience et le suicide sont deux sujets à la fois vastes et profonds. D'où la question de savoir si la science seule suffit à les éclairer. Tout en reconnaissant la nécessité d'un tel éclairage scientifique, nous proposons un cadre de réflexion plus large, et ce, paradoxalement, par souci de rigueur. Il s'agit en quelque sorte de chercher une sagesse de vie qui intègre non seulement la science, mais aussi d'autres éléments de réflexion. Une telle démarche devrait pouvoir inspirer certaines personnes dans leur vie professionnelle ou privée. Il revient toutefois à chacun de sélectionner ensuite les idées qui peuvent lui être utiles dans sa situation spécifique. Toute généralisation mécanique est à exclure. Nous commencerons notre exposé par une clarification conceptuelle succincte de la résilience, et nous chercherons ensuite à débattre du thème du suicide à la lumière de la résilience.

La résilience dans la vie

Voici d'abord une définition *pragmatique* de la résilience, qui a seulement pour but de faciliter la communication et de circonscrire notre propos : la résilience est la capacité à surmonter des problèmes graves et à se projeter dans la vie. Il s'agit donc d'une notion qui concerne la croissance plutôt que le rebondissement. Une telle capacité a été observée dans de nombreux parcours de vie, d'abord de façon anecdotique, comme par exemple dans le journal d'Anne Frank, mais aussi, depuis quelques décennies, de façon scientifique, comme dans les recherches longitudinales de Werner et Smith²⁵.

L'attention portée à la résilience provient d'un étonnement : pourquoi une personne traversant des difficultés très graves ne développe-t-elle pas les problèmes que l'on pourrait attendre ? En lien avec cela, s'ajoute une question complémentaire : y a-t-il quelque chose à apprendre de ces personnes qui pourrait aider d'autres personnes en difficulté ? L'éclairage scientifique a d'ailleurs permis de constater que la résilience est plus répandue qu'on ne le pensait, et qu'elle n'est pas réservée à des personnes exceptionnelles.

Précisons que la résilience n'est jamais absolue - comme l'illustre la mort tragique d'Anne Frank. Elle est variable, se construit toujours dans l'interaction entre une personne et son entourage, et comporte une forte dimension éthique : il ne s'agit pas de survivre à n'importe quel prix pour soi-même ou pour les autres. Il faudrait sinon concéder à certains dictateurs et bourreaux à l'enfance très malheureuse, mais qui ont fait « carrière » dans leurs pays, qu'ils ont su faire preuve de résilience... La dimen-

²⁵ E.E. WERNER *et al.*, *Children*, 1989 et *Overcoming the Odds*, 1992.

sion éthique présuppose au contraire une ouverture à la remise en question et à la discussion sur ce qui est acceptable et désirable dans nos sociétés.

Il faut souligner également que le fait qu'une personne se développe plus ou moins bien dans des conditions de vie atroces ne justifie aucunement ces conditions de vie, ni les souffrances subies par cette personne. Cependant, à un moment donné, nous prenons acte du mal qui s'est produit, et nous nous demandons : comment construire ensemble un avenir à partir de cette situation donnée, comment ouvrir ensemble une nouvelle étape de vie ? Une telle démarche ne vise aucun perfectionnisme. Il s'agit plutôt d'être dans le présent, et d'ouvrir un avenir. Pour y arriver, certaines personnes auront besoin d'être libérées d'un passé lourd, d'autres seront mieux aidées par la mémoire des événements et des rencontres qui les ont aidés à croître.

Le schéma suivant fournit les « éléments de base » qui permettent de situer, en la nuanciant, la place de la résilience dans la vie, sans se perdre pour autant dans une discussion infinie sur la définition exacte de la résilience.

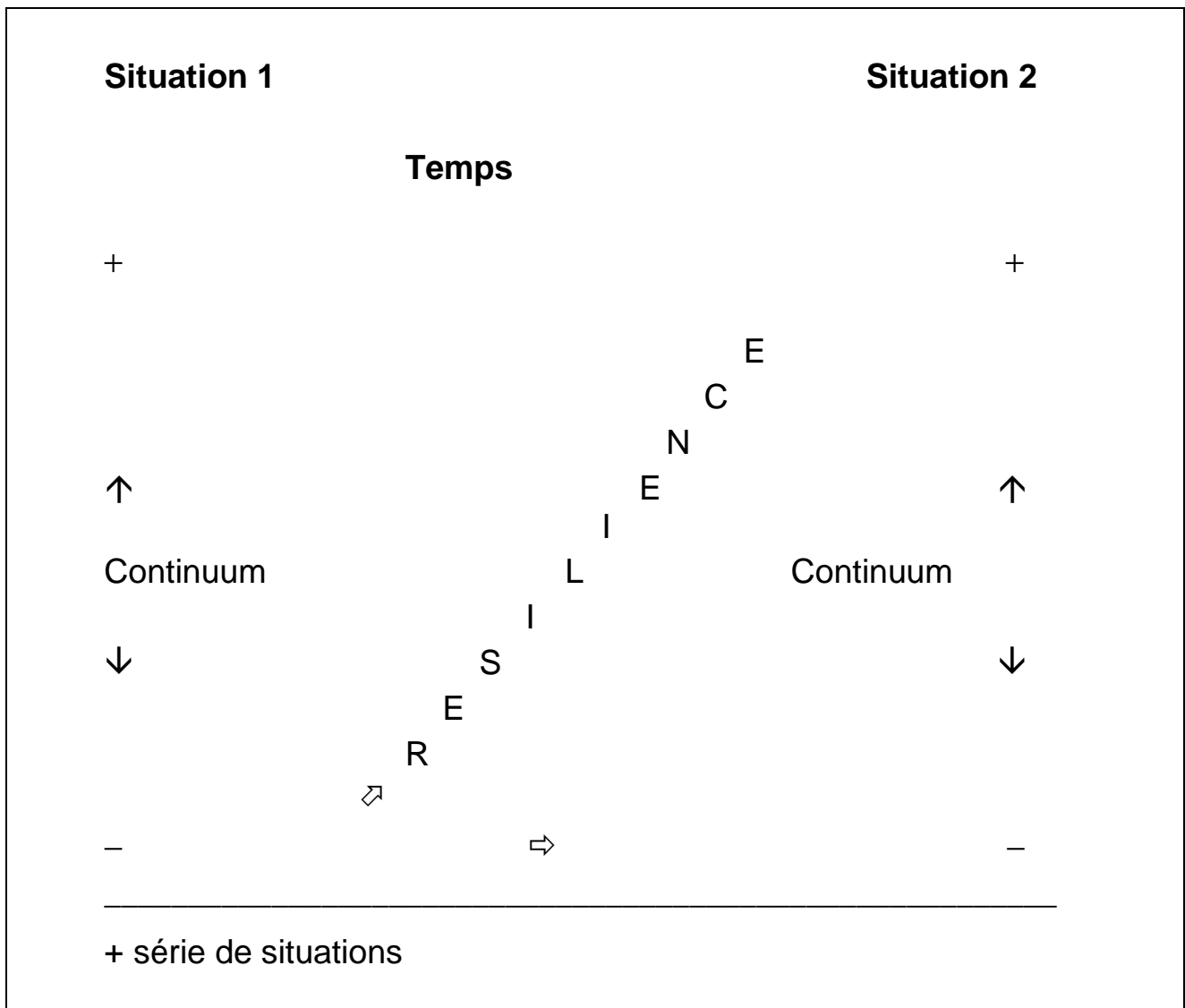
Schéma de base : la résilience dans la vie

Ce schéma qui indique le mauvais ou le non désirable par le signe – (moins), et ce qui est bon ou désirable par le signe + (plus), permet de situer toutes les évolutions logiquement possibles entre une situation 1 et une situation 2 : de bon vers mauvais, de mauvais vers bon, de mauvais vers mauvais, de bon vers bon, y compris toutes les nuances intermédiaires, c'est-à-dire le plus ou moins bon ou mauvais. Il peut s'appliquer à toute une variété de problématiques. Par exemple, l'enfant maltraité qui devient un parent non maltraitant suit plus ou moins le cheminement indiqué par le mot résilience. Il est évident que de telles évolutions linéaires sont rares dans la vie réelle. Toutefois, si nous combinons une série de ces schémas de base avec une série de situations qui se succèdent dans le temps, nous pouvons suivre les évolutions de la vie avec ses hauts et ses bas avec beaucoup de nuances.

Le schéma met aussi en évidence le réalisme de la résilience : rien n'est jamais totalement perdu – c'est la bonne nouvelle – mais rien n'est jamais totalement gagné non plus – c'est la moins bonne nouvelle.

Ce schéma montre le défi pratique de la résilience : que pouvons-nous faire pour qu'une personne qui suit une évolution de « moins » vers « moins » se rapproche le plus possible d'une évolution de résilience, c'est-à-dire de « moins » vers « plus » ? A partir de ce même schéma, une question analogue se pose au niveau collectif : que pouvons-nous faire pour que, dans une problématique donnée, le plus de personnes possibles se rapprochent d'une évolution « résilience », au lieu de rester perpétuellement emprêtrées dans les mêmes problèmes ?

Signalons que la réflexion sur la résilience n'est pas seulement valable pour des personnes ayant de graves problèmes, comme par exemple les suicidaires, mais elle vaut aussi pour leur entourage, et les professionnels qui les accompagnent.



Le schéma illustre également le biais de perception de certains professionnels : ceux-ci observent la vie à partir de problèmes (la situation 2, à droite en bas du schéma) et cherchent, à juste titre, des antécédents. La raison de cette attitude est simple : nous consultons ces intervenants quand il y a déjà problème. A quoi bon voir le médecin ou le psy si tout va bien ? Du coup, beaucoup de personnes qui trouvent un moyen de construire leur vie positivement à partir d'une situation très difficile sortent du champ d'observation de ces professionnels. Ce biais permet d'expliquer pourquoi – malgré certaines apparences – on ne peut pas conclure, à partir du seul fait que nombre de parents violents ont subi de la violence dans leur propre enfance, que tout enfant maltraité devient un parent maltraitant. N'oublions pas que, même si ce constat autorise un certain espoir, il ne nous permet cependant en aucun cas de justifier la violence, ni de la prendre à la légère.

Sur la base de cette réflexion sur la résilience, nous pouvons nous tourner maintenant vers la question fondamentale qui se pose en rapport avec le suicide : si l'iceberg du suicide – qui comprend les suicides, les tentatives de suicides, les projets de suicide,

les idées de suicide, et le fait de se sentir très mal – existe, où se dissimule alors la plus grande partie de cet iceberg, où se trouvent toutes les personnes qui ne passent pas à l'acte ?

Cette dernière interrogation nous incite à chercher quels sont les éléments qui dans une vie permettent de construire la résilience, et d'échapper à l'iceberg du suicide.

Le suicide à la lumière de la construction de la résilience

Certains des éléments qui participent à la construction de la résilience, et qui traversent les problématiques et les cultures, sont régulièrement mentionnés dans les études scientifiques et les témoignages pratiques. Il s'agit d'éléments assez abstraits. Ils ne peuvent toutefois devenir efficaces que s'ils sont mis en pratique dans un contexte précis, souvent au cas par cas. Nous ne proposons par conséquent ici pas des techniques d'intervention toutes prêtes et généralisables comme telles. Pour inspirer nos actions, on fait plutôt appel à des exemples circonstanciels illustrant chaque élément général. Ce recours à l'exemple est évidemment aussi une forme de généralisation (et celle-ci est très importante pour les praticiens), mais il ne s'agit pas ici de la généralisation scientifique classique.

Le lien et le sens sont fondamentaux pour la résilience, comme pour la prévention du suicide. D'autres éléments interviennent souvent dans la résilience : la santé physique de base, l'estime de soi, les compétences de toute sorte (parmi lesquels les compétences sociales), et l'humour. Cette liste n'est certainement pas exhaustive, mais elle permet déjà de poser un certain regard sur la réalité. En annexe, vous trouvez un aperçu de ces éléments sous forme d'une maison à construire : cette maison, je l'appelle la « casita », ce qui signifie maisonnette en espagnole.

Nous réfléchissons ici à partir du sens, lequel joue un rôle central mais non exclusif par rapport au suicide. Nous interprétons le terme « sens » de façon opérationnelle : qu'est-ce qui donne à une personne le sentiment, plus ou moins conscient, plus ou moins articulé, que sa vie a un sens ? Il ne s'agit donc pas de définir le sens comme tel, mais de voir comment celui-ci fonctionne dans de nombreuses vies. Je pars de l'hypothèse suivante : ce qui favorise le lien entre ma vie avec ses hauts et ses bas, d'une part, et l'horizon global de la vie, d'autre part, me donne le sentiment que ma vie a un sens. Cette hypothèse peut même tenir la route dans les situations extrêmes où la vie d'une personne et son environnement vital sont tous deux détruits. Ce serait le cas par exemple d'une personne qui aurait survécu à un tremblement de terre dévastateur dans lequel elle aurait perdu sa maison et sa famille, et qui trouverait néanmoins un sens à sa vie en s'engageant dans les premiers secours.

Le suicide ou la tentative de suicide serait alors la conséquence d'une perte, d'une destruction de ce lien. Vu sous cet angle-là, la logothérapie de Viktor Frankl, basée sur la redécouverte du sens, paraît très importante. Selon Frankl, être responsable est le sens de la vie humaine. Il s'agit-là certainement d'une façon très importante de construire le lien avec la vie. Mais peut-être pouvons-nous élargir quelque peu la perspective. Un exemple nous aidera à illustrer l'importance du lien entre une personne

et la vie qui l'entoure : le pianiste Leon Fleisher sombra dans une dépression après avoir perdu la fine motricité des doigts de sa main droite. Il témoigna plus tard qu'il avait pu commencer à sortir de sa dépression le jour où il avait réalisé que son lien à la vie (ce sont ces propres mots) n'était pas le piano mais la musique. Ce qui semble être un petit glissement de langage eut en réalité des conséquences pratiques considérables : il devint chef d'orchestre.

La perturbation du lien entre la vie individuelle et l'horizon globale de la vie engendre des problèmes énormes chez les dépressifs (lien absent ou qui n'est plus perçu), chez les adolescents (lien à la vie en plein changement) et chez les vieillards (sentiment de la perte de lien), tandis que le petit enfant qui grandit dans des conditions plus ou moins normales passe sa vie à tisser de tels liens spontanément et sans penser au sens de sa vie.

Des *situations paradoxales* sont possibles : le suicide comme martyre. Je coupe mon lien avec la vie parce que je suis convaincu que j'y gagne du point de vue de l'horizon global de la vie. C'est la mort qui donne sens à ma vie. Le suicide devient donc ainsi constitutif du lien à l'horizon global de la vie, ce qui rend d'autant plus difficile la prévention.

Un défi supplémentaire s'ajoute à cela : une personne réagit non seulement aux faits, mais à sa propre *perception* des faits et au *sens* qui leur est prêté. En d'autres termes, elle réagit à la manière dont ces faits lient, selon sa propre perception, sa vie à l'horizon global de la vie. Ici interviennent aussi des facteurs culturels et sociaux, comme la définition de la valeur d'une vie en termes de performance ou, précisément, le paradoxe du martyre.

La résilience ne peut être identifiée à la seule force. La capacité à construire et à se projeter dans la vie est bien plus subtile. C'est pourquoi nous proposons une variante de l'analyse classique SWOT²⁶ (analyse forces – faiblesses, et risques – opportunités). Normalement, on effectue une telle analyse – d'ailleurs fort utile dans bien des situations – en plaçant les forces, les faiblesses, les risques et les opportunités sur quatre colonnes disposées côte à côte. Dans le cas de la résilience, il peut se révéler utile de dynamiser cette analyse en croisant les colonnes, ce qui donne le schéma suivant :

	Force	Faiblesse
Risque		
Opportunité		

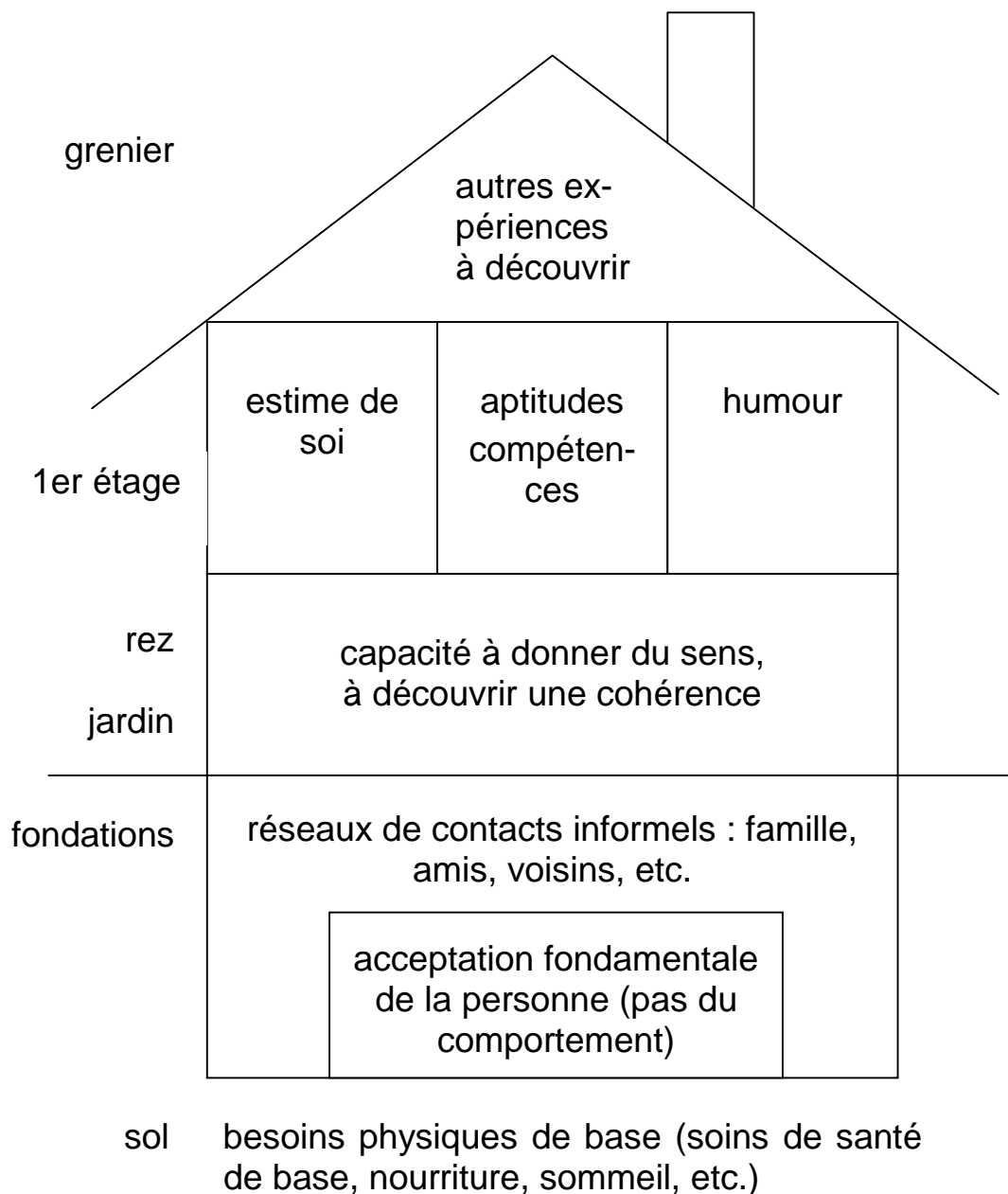
²⁶ SWOT = sigle anglais pour strengths, weaknesses, opportunities, threats.

Exemple : Au cours de leur formation, on apprend aux pilotes à gérer leur stress et leurs émotions en situation de crise, afin qu'ils ne paniquent pas et qu'ils restent calmes. En principe, il s'agit de se montrer (psychiquement) fort et de se comporter adéquatement lorsqu'une situation de crise survient dans le cockpit. Il existe toutefois un cas concret, où cette formation, alliée à d'autres facteurs, empêcha un psychologue qui accompagnait un pilote devenu sans emploi de reconnaître les signes annonciateurs d'un suicide : ce qui apparaissait auparavant comme une force était devenu un risque dans un autre contexte ; le pilote avait si bien appris à ne pas montrer ses émotions que ni le psychologue ni son entourage n'avaient pu réagir.

De ce point de vue, une question importante pour la prévention du suicide demeure toujours d'actualité tant pour les soignants professionnels que pour l'entourage immédiat : *comment ce lien peut-il être reconstruit ou comment la perception de ce lien positif entre une personne et la vie peut-elle être rétablie ?* Dans la vie concrète, ce lien peut prendre de multiples formes, pour autant cependant que la personne se lie positivement avec la vie qui l'entoure. Parmi ces formes possibles on trouve : les liens familiaux, les liens d'amitié, les projets de vie, le travail, les intérêts et les hobbies, le soin pour les choses et les plantes, les animaux et les êtres humains, les responsabilités, la beauté partagée, la nature, la cosmologie (cf. le discours de Hubert Reeves sur la personne comme une partie de l'univers, faite de la poussière des astres), la religion non sectaire, certaines philosophies, et parfois, dans des cas extrêmes, la pure volonté, la rage de survivre (précisément faible chez le suicidaire). Si le lien à l'un ou plusieurs de ces éléments est détruit, on cherche une stratégie de contournement qui permette de retisser ce lien par le biais d'autres éléments. Si le lien devient destructif, le sens de la vie est perverti et devient non-sens.

Ce qui précède nous conduit à une interrogation ultime dans le cadre de ces réflexions introductives : comment évaluer, dans ce contexte, des activités ou des thérapies qui, *parce qu'elles se focalisent trop exclusivement sur le patient et ses problèmes, et non pas assez sur le lien constructif entre le patient et l'horizon global de la vie*, renvoient la personne à elle-même ? Dans le cadre de cet article, nous pouvons seulement poser la question, nous ne pouvons donner la réponse.

« Casita » : la construction de la résilience²⁷



²⁷ S. VANISTENDAEL, *La résilience*, (1996) 1998.

Bibliographie

- BICE, *Famille et résilience de l'enfant*, L'enfance dans le monde, 1, Genève 1994.
- CYRULNIK, B., *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris, 1999.
- CYRULNIK, B. (dir.), *Ces enfants qui tiennent le coup*, Hommes et Perspectives, Martin Média, Revin sur Orvain, 1998.
- CYRULNIK, B., *Les vilains petits canards*, Odile Jacob, Paris, 2001.
- FONDATION POUR L'ENFANCE, POILPOT M.-P. (dir.), *Souffrir mais se construire*, Erès, Ramonville St Agne, 1999.
- FONDATION POUR L'ENFANCE, *La résilience : le réalisme de l'espérance*, Erès, Ramonville St Agne, 2001.
- FRANK, A., *Die Tagebücher der Anne Frank*, Frankfurt a. M. 1988.
- GUÉNARD, T., *Plus fort que la haine*, Presses de la renaissance, Paris, 1999.
- JOLLIEN, A., *Eloge de la faiblesse*, Cerf, Paris, 2000.
- LÖSEL, F., KOLIP, P., « Trotz Trennung, Tod und alledem. Bewältigung schwieriger Lebensbedingungen in Kindheit und Jugend », *Welt des Kindes* 4, 1991.
- MANCIAUX, M. (dir.), *La résilience : résister pour se construire*, Cahiers médico-sociaux, Médecine & Hygiène, Genève, 2001.
- MICHAUD, P.-A., La résilience: un regard neuf sur les soins et la prévention, *Archives pédiatriques* 6, 1999.
- POLETTI, R., DOBBS, B., *La résilience*, Jouvence, St Julien, 2001.
- VANISTENDAEL, S., LECOMTE, J., *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*, Bayard, Paris, 2000.
- VANISTENDAEL, S., *La résilience ou le réalisme de l'espérance. Blessé mais pas vaincu*, Les cahiers du Bice, Bice, Genève, 1998³.
- WERNER, E., SMITH, R., « Children of the Garden Island », *Scientific American*, p. 76-81, 1989.
- WERNER E., SMITH R., *High Risk Children from Birth to Adulthood*, Cornell University Press, Ithaca – London, 1992.
- WESTERN REGIONAL CENTER, *Fostering Resiliency in Kids : Protective Factors in Family, School and Community*, Northwest Regional Educational Laboratory, Portland, Oregon, USA, August 1991.

L'importance des groupes d'entraide

Ebo Aebischer

Les membres d'un groupe d'entraide sont des « experts pro domo »

Depuis un certain temps, il existe des groupes d'entraide qui cherchent à surmonter toutes sortes d'infirmités, de dépendances et de pertes. Pour ne citer que quelques exemples qui ont fait leurs preuves, je vais nommer les Alcooliques Anonymes (AA), Equilibrium (Association luttant contre les dépressions) et l'Association de familles de malades souffrant de schizophrénie ou de troubles psychiques, abrégée VASK (pour Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie/Psychisch-Kranken), car dans ces associations le suicide joue un rôle non négligeable.

Selon le Centre de coordination et de soutien pour les groupes d'entraide en Suisse, abrégé KOSCH (pour Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz), il existerait plus de 2000 groupes d'entraide rien que dans notre pays. Ces groupes permettent à plus de 22000 personnes directement concernées de se rencontrer régulièrement pour échanger des expériences et pour s'entraider.

L'idée sous-tendant les groupes d'entraide est simple : à intervalles plus ou moins réguliers des personnes se rencontrent parce qu'elles souffrent d'une maladie ou bien parce qu'elles partagent un sort identique ou du moins comparable.

Deux types de groupes d'entraide

Au fond, il existe deux types de groupes d'entraide : des groupes dits « ouverts » et des groupes dits « fermés ». Dans le cas des groupes « ouverts », les personnes intéressées se rencontrent de leur propre initiative et selon leurs besoins à une certaine heure et à un endroit précis. L'unique condition est d'être « expert » ou « experte » en la matière qui intéresse les participant(e)s ou d'avoir celle-ci à cœur, soit parce qu'on souffre personnellement ou parce qu'on est soi-même touché.

Bien sûr, la même condition vaut aussi pour les groupes « fermés », mais à celle-ci s'ajoute le fait que plus personne n'est accepté au sein du groupe une fois qu'un groupe de six à dix personnes s'est formé. Le groupe existe pendant un certain laps de temps pendant lequel la participation aux réunions est obligatoire. Il s'est avéré fort utile que ces groupes « fermés » soient animés par une personne ne devant pas automatiquement être, elle aussi, touchée par le problème. Après la dissolution du groupe, les participant(e)s peuvent continuer à se voir s'ils en ressentent le besoin, ou bien ils peuvent participer à un groupe ouvert.

Groupes d'entraide « animés », profil requis des animateurs

Contrairement aux groupes d'entraide se basant sur une maladie commune par exemple, les groupes d'endeuillé(e)s ont plus de mal à créer une cohésion entre les par-

participant(e)s. Plusieurs études ont révélé ce problème et conseillent du moins une supervision ou un accompagnement du groupe par des expert(e)s non concerné(e)s. Ces « animateurs/animateuses professionnel(le)s » doivent se poser certaines questions au préalable, afin de prendre conscience des hésitations, de l'appréhension et des incertitudes en amont de la coopération et pendant le contact concret avec les groupes d'entraide :

« Quelles réflexions puis-je stimuler en tant qu'animateur/animateuse professionnel(le) dans les groupes d'entraide ? Puis-je en assumer la responsabilité ? Dans quelle mesure est-ce que je dois, je peux ou veux donner mon soutien ? Comment coopérer de manière efficace avec les groupes d'entraide ? Suis-je en mesure d'aider le groupe sans dominer ses membres ? »

Etant donné qu'il n'existe pas encore de cursus de formation qui prépare à gérer des questions de ce genre et qui donnerait donc une sécurité majeure pour affronter ce travail, c'est en fait l'expérience pratique qui sert d'apprentissage – et ce n'est pas plus mal.

Cependant, il faut éviter toute hiérarchisation entre les animateurs/animateuses et les participant(e)s qui restent les seuls « experts » en leur matière.

C'est sur le tas, en travaillant avec les membres du groupe, que les animateurs/animateuses de groupes d'entraide acquièrent la majeure partie de leurs compétences professionnelles. Le premier passage obligatoire est celui d'observateur dans un groupe, ensuite l'animateur/animateuse procède par tentatives et échecs, en tirant les leçons de ses erreurs (« trial and error »).

Le meilleur moyen de se préparer au travail d'animateur est celui d'assister au moins à tout un cycle de rencontres dirigé par une animatrice ou un animateur expérimenté.

En fin de compte, il appartiendra également au style personnel de l'animateur/animateuse de développer un accompagnement efficace. Il n'existe pas un modèle unique de travail social, de psychologie ou d'un autre « domaine de spécialisation » (et d'ailleurs il ne devrait pas, à mon avis, en exister), qui déterminerait comment doit ou comment devrait se faire l'accompagnement d'un groupe d'entraide. La méthode dépend des personnalités et des souhaits particuliers des participant(e)s du groupe et surtout des capacités personnelles des animateurs et animatrices.

Dans leur travail avec les groupes, les professionnels sont tentés de placer leur groupe dans un rapport de dépendance. Cette dépendance est souvent instaurée de manière inconsciente, d'où la nécessité d'un contrôle réciproque entre collègues (« intervision »).

L'« ethos » de l'animation d'un groupe d'entraide doit se construire grâce à une ouverture méthodique et conceptuelle (« la méthode n'existe pas »), grâce à une attitude plutôt réactive et réservée (« moins équivaut à plus »), grâce à une remise en question de son propre comportement (« est-ce que j'encourage et promeus une action auto-déterminée ? »). Ou bien pour le formuler autrement : l'animation devrait passer par une vision « non idéologisante » qui se nourrit d'une multitude de méthodes et d'expériences.

Animer des groupes d'entraide signifie marcher en permanence sur la corde raide entre la promotion de l'autonomie et la création de dépendances. Voilà pourquoi cette tâche s'avère si difficile. Seuls les animateurs et animatrices qui ont pris conscience de la difficulté de cet acte d'équilibriste peuvent réellement aider les participant(e)s d'un groupe d'entraide.

Ce qui importe, indépendamment du respect et de la confiance dont les animateurs/animatrices ou accompagnateurs/accompagnatrices jouissent auprès du groupe et vice versa, c'est que les participant(e)s « soient accompagnés » d'une personne externe, qui les soutienne et « soit à leur disposition ».

L'animation d'un groupe d'entraide ne correspond donc pas à un simple service technique, qui s'effectue grâce à l'application mécanisée de techniques standardisées au maximum. Des connaissances spécialisées et des compétences professionnelles sont requises. Mais avant tout, l'animateur ou l'animatrice a besoin d'une solide base de valeurs éthiques qui lui permettent de créer des relations particulières avec les groupes, afin que ceux-ci fassent l'apprentissage de l'entraide.

En simplifiant, on pourrait exiger que l'animateur ou l'animatrice de groupes d'entraide soit un génie polyvalent, un mélange entre un pasteur, un psychologue, un psychothérapeute, un sociologue, un spécialiste en dynamique de groupe, un assistant social, un expert en marketing et un élu communal. Cependant, la capacité des professionnels de « se rendre superflus » dans les groupes représente l'élément central d'un soutien réussi.

Même dans les groupes « ouverts » il peut être utile qu'une personne revête le rôle d'accompagnateur, rôle souvent pris en charge par des assistants non concernés (qui n'ont toutefois aucune fonction dirigeante) qui servent tout simplement de « partenaires de réflexion » au groupe. Il ne faut rien de plus, mais rien de moins non plus, car un groupe qui place des attentes trop élevées en une aide immédiate et concrète et qui voit ses besoins d'aide externe déçus est rapidement voué à l'échec.

A l'inverse, les accompagnatrices et accompagnateurs doivent savoir supporter les sentiments de transfert qui se produisent surtout lors de la construction d'un groupe, car un rapport tendu, voire un rejet des participant(e)s vis-à-vis de l'accompagnatrice ou de l'accompagnateur peuvent renforcer les relations et les liens entre participant(e)s et par conséquent encourager la naissance de l'entraide.

Le travail d'un groupe d'entraide

Je voudrais illustrer la création et le travail d'un groupe d'entraide grâce au groupe « Refugium ». Les participant(e)s sont des personnes dont la ou le partenaire s'est ôté la vie. Le nom « Refugium » souhaite justement exprimer l'idée qu'il s'agit-là d'un « refuge », d'un « espace protégé », au sein duquel les participant(e)s peuvent non seulement laisser libre cours à leurs sentiments et à leurs émotions, mais aussi recevoir de l'aide.

Tout d'abord, il est impératif de trouver un *local* qui ait une position centrale (à proximité des moyens de transport en commun). Si possible, ce local devrait être mis à disposition à titre gratuit par une organisation à but non lucratif.

La ou le partenaire survivant se retrouvant souvent dans une situation financière très difficile la participation aux réunions est *gratuite*.

En amont de la création d'un groupe, l'animateur ou l'animatrice doit *activement aller au-devant des personnes concernées*.

L'expérience a montré que les annonces (coûteuses) dans les journaux ne produisaient pas le succès escompté. En général, les personnes concernées hésitent beaucoup avant de réagir à une telle annonce. Par contre, une bonne méthode consiste à écrire aux proches, lorsqu'un avis de décès laisse deviner qu'il s'agissait d'un suicide. La *participation aux funérailles* peut déjà donner une première idée, fort précieuse, du réseau social et de la structure familiale. L'animatrice ou l'animateur se présente dans une lettre de condoléances (manuscrite) et annonce sa *visite personnelle* d'ici peu. Lors de cette visite, il faut donner à l'endeuillé(e) suffisamment de temps pour parler de la perte subie. Il est essentiel que cette rencontre personnelle soit dominée par *une écoute active*. En conclusion de cet entretien, l'animateur ou l'animatrice explique les avantages de participer à un groupe d'entraide et esquisse le planning temporel en indiquant la date prévue pour la création d'un nouveau groupe. Comme plusieurs mois peuvent s'écouler avant la création d'un nouveau groupe, l'animateur ou l'animatrice propose un soutien limité par *correspondance* (si possible par courrier électronique).

Dès qu'on a trouvé *six à dix participant(e)s* pour former un nouveau groupe d'entraide ainsi qu'un horaire qui convienne à tout le monde, une *première rencontre* est organisée. Les rencontres ont généralement lieu *tous les 15 jours le soir de 19h00 à 21h00*.

Le *sujet de la première rencontre* s'intitule :

« Ce que j'ai perdu... Ce que j'attends... »

La première rencontre est sensée représenter une première *prise de contact* et offre une *perspective* personnelle :

Les participant(e)s parlent de la personne dont ils portent le deuil et racontent comment ils voudraient se sentir après une douzaine de rencontres.

Le *déroulement* suit le plan suivant :

- accueil des participant(e)s ;
- informations pratiques (parkings, entrées, toilettes, numéros de téléphone du local où ont lieu les rencontres, etc.) ;
- allumer des bougies, présenter l'animateur ou l'animatrice, conseiller le tutoiement ;
- présentation des sujets à élaborer ensemble ;
- brève présentation des participant(e)s : chacun dit son nom, raconte d'où il vient et de quelle personne il porte le deuil. (Afin que tous suivent peu ou prou ce schéma,

une fiche est passée de main en main, qui porte les formules clefs telles que « Je m'appelle ..., j'ai ... ans, j'ai des enfants âgés de ... ans, je travaille comme ..., j'habite à ... et j'ai perdu NN le.... à l'âge de ... ans. Depuis le décès de NN j'ai demandé de l'aide à XY. J'ai appris l'existence de ce groupe par ») ;

- présentation des règles régissant le groupe et de la « Charte » qui stipule les objectifs des réunions, les attentes que nous plaçons en elles et les moyens permettant d'atteindre l'objectif (voir un exemple en annexe) ;
- les participant(e)s expriment les attentes qu'ils placent en ces réunions et disent comment ils souhaiteraient se sentir après la conclusion des rencontres (de nouveau, une fiche passée de l'un à l'autre sert de support) ;
- l'animateur ou l'animatrice résume les attentes formulées. Les objectifs et possibilités d'un groupe d'entraide doivent être expliqués et il convient de préciser qu'il ne s'agit pas d'un groupe de thérapie et qu'il faut envisager tous les moyens de soutien et y avoir recours, si possible ;
- pause : l'animateur ou l'animatrice propose des boissons et des biscuits et demande aux participant(e)s d'apporter quelque chose à grignoter à partir de la prochaine réunion (déterminer l'ordre dans lequel chacun devra à son tour apporter quelque chose) ;
- récapitulatif de la soirée : quels éléments pourrait-on améliorer ? ;
- annoncer qu'il y aura une liste d'adresses lors de la prochaine réunion ;
- conseiller l'usage d'un carnet de notes ;
- présenter le classeur Refugium (voir *infra*) et demander aux participant(e)s de porter des bougies pour la prochaine fois ;
- conclusion/chaîne énergétique : tous se placent en cercle et se donnent la main. Après un moment de silence, des pensées méditatives sur les quelques heures passées ensemble sont exprimées et des souhaits sont formulés quant aux jours à venir.

A partir de la *deuxième réunion* le déroulement est « ritualisé ». Ce cadre toujours identique d'une rencontre à l'autre et la répétition des mêmes structures offrent un appui et un point de référence aux participant(e)s.

De la *deuxième à la dixième rencontre* les participant(e)s présentent leur vécu. Normalement, en une soirée une seule participante ou un seul participant a le temps de raconter son histoire afin de la partager avec les autres.

Chaque histoire personnelle, souvent racontée avec timidité et hésitation, toujours accablante, parfois même effrayante, apporte un morceau du puzzle et crée petit à petit un sentiment d'appartenance au sein du groupe. Les participant(e)s se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls avec leurs souffrances, leur impuissance et leur sentiment de ne pouvoir se confier à personne. Le fait d'écouter le vécu des autres participant(e)s réduit le poids que chacun sent peser sur lui, il distrait de sa propre honte, fait en sorte que chacun s'évade de sa solitude et découvre un sentiment intense d'appartenance.

En se racontant, chaque participant(e) peut faire apparaître ses blessures psychiques et laisser exploser la rage qui en découle. Souvent les participant(e)s parlent de la manière peu délicate dont la nouvelle du décès leur a été communiquée et de leur sensation de se sentir soupçonnés par les enquêteurs (mais aussi par des parents proches) d'être des criminels ou du moins des « complices ». Leur sentiment d'impuissance et de détresse est souvent encore renforcé par l'attitude, qu'ils jugent brutale, de certains fonctionnaires qui « confisquent » le corps de la défunte ou du défunt en empêchant par là l'endeuillé(e) de faire convenablement ses adieux.

Il n'est pas rare que même en amont du décès, les proches aient eu à lutter contre l'incompréhension des médecins et du personnel soignant aux urgences ou bien en réanimation. Ils se plaignent souvent du fait que les patients suicidaires se voient certes « soigner » leurs blessures physiques, qui sont la conséquence de la tentative de suicide, mais qu'ils sortent ensuite de l'hôpital sans aucun suivi psychologique.

Les participant(e)s se sentent déjà soulagés de pouvoir enfin exprimer ces sentiments devant des personnes compréhensives.

Après qu'une personne ait raconté son vécu, elle doit apporter quelques documents importants lors de la prochaine réunion, par exemple une copie de la lettre d'adieu, de l'avis de décès et de l'homélie et surtout une photo de la défunte ou du défunt et, le cas échéant, des photos des enfants. Ceci permet aux autres participant(e)s de « se faire une idée ». Ces documents sont recueillis dans le « classeur Refugium » qui est exposé sur la table au milieu des participant(e)s. A chaque vécu qui fait son entrée dans le classeur, une nouvelle bougie est allumée sur la table.

En fonction du nombre de participant(e)s, le récit des vécus personnels peut prendre en tout plusieurs mois. Pour cette raison, chaque réunion combine les récits personnels avec des réflexions générales sur la mort à l'aide de textes et poèmes.

Dès le début des rencontres, les anniversaires (en premier lieu les anniversaires de la naissance et de la mort) trouvent la place qui leur revient.

Une fois que le dernier a raconté son histoire, les *rencontres suivantes* sont dédiées aux thèmes qui surgissent dès qu'une personne meurt par suicide. Les participant(e)s décident de l'ordre dans lequel ils veulent discuter de chaque sujet. En outre, ils ont la possibilité de parler de sujets qui leur tiennent particulièrement à cœur.

La *durée d'un cycle de rencontres* est d'au moins *un an*. Ceci permet de commémorer ensemble, au moins une fois, tous les anniversaires des participant(e)s et de leurs défunt(e)s, tous les anniversaires de mort et toutes les fêtes dans un laps de temps d'une année.

Lors de *l'avant-dernière rencontre* les participant(e)s font leurs adieux à la salle dans laquelle ils ont partagé tant de confidences et vécu tant de moments intenses.

La *dernière rencontre* se tient chez l'animateur ou l'animatrice, chez un/une des participant(e)s ou bien au restaurant. Elle permet de se rendre compte de la fin d'une page de la vie commune et de célébrer avec optimisme le début d'une nouvelle phase de la vie que l'on espère pleine de succès. A cette occasion, tou(te)s les participant(e)s

récupèrent les originaux des documents qu'ils ont confiés au classeur Refugium et reçoivent un exemplaire des récits des autres participant(e)s.

Une fois par an, tou(te)s les ancien(ne)s participant(e)s des groupes Refugium sont invités à une grande réunion. Les personnes attendant la création d'un nouveau groupe peuvent également y participer.

L'expérience nous prouve que les participant(e)s continuent à se voir même en dehors de ces réunions organisées et certains contacts personnels se maintiennent après la dissolution du groupe et indépendamment des réunions annuelles.

Résumé

Personne ne peut aujourd'hui douter de la valeur ou de l'importance des groupes d'entraide. Rien qu'en Suisse, les prestations professionnelles gratuites offertes dans les différents groupes d'entraide correspondent à environ 96 millions de francs par an. Les groupes d'entraide incarnent non pas des concurrents, mais un complément « salubre » de la psychiatrie, de la psychologie, du service social et de l'assistance spirituelle.

Les personnes qui ont subi une souffrance identique comprennent mieux que les personnes qui ne sont pas concernées la souffrance que traversent les autres. Et ce sentiment d'être compris est un élément central de l'amélioration de sa propre situation.

Les groupes d'entraide renforcent la solidarité entre les personnes concernées, ils stimulent la guérison naturelle, ils réactivent des ressources personnelles et encouragent l'initiative propre. Au sein du groupe, les expériences douloureuses que chacun a vécues se muent en compétences qui peuvent à leur tour consoler ou aider les autres.

En règle générale, une personne qui refuse toute offre d'aide cache justement un énorme besoin de soutien. La prise de contact doit donc se faire « activement », du type : « Si je n'ai plus de tes nouvelles, je viens te rendre visite ! »

Dans les groupes d'entraide sans animateur ou animatrice, le taux de personnes qui cessent brusquement de venir aux réunions s'élève à plus de 40%. L'expérience montre que les groupes d'entraide sans animateur ou animatrice n'offrent pas de soutien efficace aux veuves ou veufs en particulier. Alors que des personnes « expérimentées » dans la douleur, qui ont su surmonter avec succès leur deuil, incarnent pour les veuves et veufs, qui viennent à peine de subir la perte de leur partenaire, l'espoir de voir leur situation s'améliorer également.

Il est important de constater que la seule participation à un groupe d'entraide ne signifie pas automatiquement une amélioration de la situation des endeuillé(e)s, car, au-delà de la possibilité de vider son cœur et de parler de ses propres souffrances, craintes et incertitudes, le processus du deuil « réussi » consiste principalement en une réaction psychique de la personne endeuillée. D'habitude, la situation des participant(e)s aux groupes d'entraide d'endeuillé(e)s ne s'améliore que dans le cas de figu-

re où la personne participe activement à la dynamique de groupe et exerce parfois temporairement la fonction (informelle) d'animateur du groupe.

Les groupes d'entraide ne doivent pas représenter l'unique soutien. Si possible, les personnes concernées devraient recourir à une thérapie ou à une consultation individuelles.

Annexe

La Charte

Nos rencontres visent à nous rapprocher les uns des autres dans notre cheminement à travers le deuil vers plus de compréhension, de soutien et d'affection.

Nous nous trouvons tous à des stades différents :

- certains sont encore sous le choc de la nouvelle du décès,
- d'autres ont perdu leur être cher il y a des années de cela.
- Certains se raccrochent à la foi qui leur sert de bouée de sauvetage,
- d'autres sont en proie aux doutes, sont poursuivis par leurs angoisses, se rebellent contre Dieu ou contre une personne qu'ils considèrent responsable de la mort.
- Les uns viennent avec leur rage, leurs sentiments de culpabilité, leurs questions obsédantes, avec un stress difficilement contrôlable, alors que
- d'autres sont prêts à partager leur calme intérieur avec les stressés.
- Certains sont prostrés, d'autres luttent contre la dépression
- et d'autres encore dégagent une impression d'optimisme et d'espoir.

Quel que soit le stade que nous avons atteint, nous voulons partager les émotions des autres ainsi que notre affection pour nos défuntes ou nos défunts.

Nous tentons tous de reconstruire notre vie, de lui redonner un sens. Dans la mesure du possible, nous voulons le faire ensemble. Nous souhaitons nous entraider, afin de traverser le deuil pour retrouver une voie vers la vie.

Nos moyens sont les suivants :

Confiance	Respect
Partage	Ecoute avec le cœur
Engagement	Soutien

Chacune et chacun d'entre nous apporte son lot d'attentes :

- trouver du temps pour parler, pour exprimer ce qui nous préoccupe
- trouver un espace protégé, afin de sonder ses sentiments
- trouver des cœurs ouverts qui laissent entrer notre douleur
- trouver une épaule sur laquelle pleurer tout son saoul

Accordons-nous le temps et l'espace pour renaître à la vie !

Mais respectons aussi le silence. Evitons de couper la parole à quelqu'un, de tout référer à nous-mêmes, de comparer et de minimiser la souffrance d'autrui. Gardons-nous de distribuer de bons conseils et combattons les préjugés.

Efforçons-nous plutôt d'écouter attentivement les autres, afin de percevoir leur détresse. Essayons d'accepter les autres tels qu'ils sont et de réagir de la même manière.

Et finalement, gardons pour nous ce qui se dit entre nous : notre discrétion garantit la confiance au sein du groupe.

Adresses

« *Le meilleur groupe d'entraide ne sert à rien, si personne ne le trouve.* »

Par conséquent, je voudrais vous indiquer trois organisations d'entraide en particulier, qui s'occupent toutes trois du suivi des proches après le suicide d'un être cher :

1. « *Regenbogen Schweiz Selbsthilfevereinigung von Eltern, die um ein verstorbenes Kind trauern* » (Association Suisse d'Entraide de Parents en Deuil).

Présidente : Ursula Beerli, Glärnischstr. 11, 8632 Tann ZH

Tél. 055 241 15 05, ursula.beerli@bluewin.ch.

Vice-présidente, formation continue et séminaires : Katharina Tschopp, im Oberfeld 4, 4434 Hölstein, Tél. 061 951 28 44.

Secrétariat : Hildegard Kägi, Glärnischstr. 11, 8632 Tann ZH, Tél. 055 241 15 05 (mardi et jeudi 9-11h), Fax 055 241 15 06.

Groupes spécialisés « Regenbogen Suizid »

Interlocuteurs :

Groupe de Berne :

Ruth Mathys, Lenzenhohlerstr. 10, 3302 Moosseedorf, Tél. 031 859 08 40.

Dorotea Habegger, Froschweg 4, 3098 Schliern, Tél. 031 971 71 53.

Johanna Jaberg, Chasseraweg 152, 3095 Spiegel, Tél. 031 972 20 52.

Haute Argovie :

Irène et Andreas Aebi, Schulstr. 43, 3363 Oberönz, Tél. 062 961 29 27, iaaebi@freesurf.ch.

Région des lacs :

Hanni et Werner Stämpfli, Schwanden 39, 3054 Schüpfen, Tél. 031 879 07 10.

2. « *Refugium* » für Partnerinnen und Partner, deren Partner bzw. Partnerin sich das Leben genommen hat (pour toutes celles et tous ceux dont le/la partenaire s'est ôté la vie).

Présidente : Minna Anderegg-Jaeggi, Sternenstr. 4, 3380 Wangen a. A.,

Tél. 032 631 15 39.

Secrétaire : Jolanda Just-Hirni, Lindenbühl 166 A, 3635 Uebeschi,

Tél. 033 345 54 44, Natel 079 228 34 32, berjus@freesurf.ch.

3. « *Lichtblick* » (groupe d'entraide mixte pour proches après un suicide [enfants, frères et sœurs, parents, grands-parents, partenaires]).
Interlocutrices : Margitta Bürgin, Fabrikweg 43, 4460 Gelterkinden,
Tél. 061 981 36 67.
Comment Brigitte, Arlesheimerstr. 30c, 4147 Aesch, Tél. 061 751 32 09.

4. « *KOSCH* » est l'organisation faîtière des groupes d'entraide en Suisse :
www.kosch.ch
Vreni Vogelsanger, KOSCH Centre de coordination et de soutien pour les groupes d'entraide en Suisse, Laufenstrasse 12, 4053 Basel,
Tél. 061 333 86 01, Fax 061 333 86 02, kosch@selbsthilfegruppen.ch.

5. NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.
Albrecht-Achilles-Strasse 65, D-10709 Berlin, nakos@gmx.de
www.nakos.de.

6. En outre, des patients se présentent ensemble sur internet à l'adresse suivante :
www.patienten.ch. A cette adresse, vous trouverez en tout plus de 100 organisations de patients et groupes d'entraide suisses qui défendent les droits et les intérêts de leurs membres. Cette plate-forme leur permet de former un réseau et de nouer des contacts.

Bibliographie

- AEBISCHER, E., *Suizid und Todessehnsucht, Erklärungsmodelle, Prävention und Begleitung*, BOD, 2002.
- BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE E.V. GESCHÄFTSBEREICH PRESSE- UND ÖFFENTLICH-KEITSARBEIT (überzeugende Öffentlichkeitsarbeit für Selbsthilfegruppen, Partner der Selbsthilfe, Karlstrasse 21, D-60329 Frankfurt am Main).
- DUNNE, E., *Leitlinien für Gruppenarbeit mit Hinterbliebenen nach einem Suizid* (Ansprechpartner der Arbeitsgemeinschaft Hinterbliebene nach Suizid : Wolfgang Stich, Kartäuserstrasse 77, D-79104 Freiburg, wolfgang.stich@t-online.de).
- MATZAT, J., *Wegweiser Selbsthilfegruppen*, Giessen, 1997.
- VOGELSANGER, V., *Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz : Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein*, Zurich, 1995.

Troisième partie
Suicide à l'école

Parler du suicide à l'école

Reinhard H. Egg

Introduction

Les statistiques, que tout le monde connaît, montrent qu'en Suisse le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes (après les accidents). Par conséquent, la tabouisation encore largement répandue du problème du suicide en tant qu'objet d'enseignement ne peut être justifiée du point de vue pédagogique, au contraire, le fait de parler du suicide à l'école contribue à prévenir le suicide chez les jeunes et à aider les élèves à assimiler les expériences faites lorsque des personnes de leur entourage scolaire se suicident. Les matières d'enseignement doivent être organisées de telle façon que les adolescent(e)s puissent parler du thème du « suicide » au cours de leur scolarité.

En plus de 30 ans d'activité en tant qu'aumônier, thérapeute et professeur dans le degré secondaire et au gymnase, j'ai accumulé un certain nombre d'expériences dans le traitement du sujet du suicide que je voudrais vous faire partager. Je tenterai de provoquer quelques réflexions que m'inspire la pratique, afin que le sujet du « suicide » soit inséré dans le plan d'études et je donnerai aussi des exemples pratiques. Je comprends parfaitement que les enseignant(e)s aient peur de parler de ce sujet avec leurs élèves, car cela nous demande un gros effort personnel bien différent de celui que nous demandent les matières que nous enseignons et que nous dominons entièrement.

Différentes situations – différentes émotions des élèves

Si je n'ai jusqu'ici parlé que des émotions des élèves, il va de soi que ce que je dis vaut également pour les enseignant(e)s concernés par un suicide.

Lorsqu'un(e) élève tente de se suicider ou se suicide réellement, toute l'école est en ébullition et tout le monde est perplexe. En premier lieu, il faut s'occuper du désarroi et des émotions des élèves, des enseignant(e)s et de toute autre personne concernée et les prendre au sérieux.

Bien sûr, le point de départ est différent si le sujet est traité en classe comme un sujet parmi d'autres (par exemple dans le cadre de la lecture d'un livre).

Le « suicide » dans le cadre d'un cours normal

Un suicide n'est jamais un événement isolé. Il a toujours lieu dans le contexte d'un certain entourage, d'un quotidien et d'un réseau de relations sociales donnés qui conditionnent la perception de ce suicide. Pour cette raison, il faudrait se pencher sur le suicide dans un contexte plus vaste. Les cours de langue et la religion se prêtent particulièrement bien à ce genre d'étude. Pendant les leçons d'allemand, à partir de la septième année scolaire, on peut par exemple lire « Das Jahr ohne Pit » de Maja Ger-

ber-Hess (paru au Omnibus-Taschenbuchverlag). Pendant les dernières années du gymnase, « Les souffrances du jeune Werther » de Goethe offrent une excellente entrée en matière.

Malheureusement, je n'ai pas de contact avec des élèves parlant le français, l'italien ou le romanche. Je dois donc me contenter d'exemples de lectures provenant du domaine linguistique germanophone. Mais de toute manière, les recueils de poésies dans toutes les langues nationales, destinés aux différentes tranches d'âge, contiennent des poèmes qui ont pour sujets la « mort », le « sens de la vie » ou le « désespoir ». En étudiant ces poèmes ou bien encore des nouvelles, on peut facilement en venir à parler du suicide.

En cours de religion, on peut prendre appui sur les récits de l'Ancien Testament relatant le suicide du roi Saül (1 Chroniques 10) ou bien sur l'histoire du crucifiement de Jésus avec le suicide de Judas Iscariote dans Matthieu 26.

L'important est de démontrer qu'à aucun endroit de la Bible une personne n'est condamnée pour s'être suicidée. La Bible traite de manière très respectueuse ceux qui sont morts suicidés : le roi Saül est enterré par les habitants de Yabesh (pour les Juifs ceci était fondamental en vue de la résurrection), et Saint Matthieu nous dit que Jésus annonce la trahison de Judas avant la cène, mais lui permet ensuite de prendre part à la cène, le repas du pardon.

Lorsque la légitimité du suicide est traitée en cours de religion, le point de départ n'est pas tant l'interdiction de tuer que le droit de l'Homme à disposer de la vie que Dieu lui a donnée. N'oublions pas que Saül était un roi oint de Dieu et que Judas était un disciple que Jésus avait personnellement élu comme un de ses successeurs. Bien sûr, il faut aussi poser la question de la responsabilité du suicidé envers les personnes qui sont touchées de près ou de loin par son suicide.

Il est opportun de discuter des points suivants :

Qu'est-ce qui peut mener au suicide ?

L'expérience a montré que cette question est une bonne entrée en matière. Le quiz « Que sais-je du suicide ? » est, selon mon expérience, également très utile. Je le fais remplir par les élèves au début de la leçon sous forme de travail de groupe, ce qui fait que les élèves se mettent automatiquement à parler entre eux du suicide. A la suite du groupe de travail, une discussion de toute la classe a lieu et, d'habitude, elle remplit le reste de la leçon. (Vous trouverez le quiz et les résultats du quiz à la fin de cet article).

Quelles sont les conséquences d'un suicide pour les proches et leur entourage ?

Normalement, je commence la leçon suivante en écrivant sans aucun commentaire au tableau ou bien sur le rétroprojecteur la question suivante : « Se tuer – est-ce permis ? »

Les élèves répondent alors à la question posée en entrée et, au cours du débat qui s'ensuit, les points suivants peuvent être évoqués :

Quelles sont les conséquences d'un suicide pour les personnes concernées (parents, frères et sœurs, ami(e)s, mais aussi pour les personnes touchées par hasard comme un conducteur de train ou la personne qui trouve le cadavre, etc.) ? Est-ce que le suicidant avait pensé à ces conséquences et est-ce qu'il/elle les souhaitait vraiment ? (Mon expérience de psychothérapeute me prouve que les suicidaires ne pensent que rarement aux conséquences. Cela a un effet préventif que de montrer aux adolescent(e)s quelles seront les conséquences de leur geste et les séquelles parfois indélébiles qu'auront à garder les proches et toutes les personnes concernées).

Il va de soi qu'il faut absolument éviter toute culpabilisation.

Quelles sont les alternatives au suicide ?

Si l'issue du suicide est exclue, quelles sont les autres voies pour continuer à vivre ? A ce propos, il est important de montrer aux élèves que le suicide de nombreux jeunes a un caractère d'appel. Ils veulent signaler au monde : « Je ne veux plus vivre comme cela ! » – Mais comment vivre alors ?

Pour la prévention, ces discussions en classe sont la partie du cours la plus cruciale. Selon mon expérience, les adolescent(e)s sont tout à fait en mesure de proposer des alternatives concrètes et positives qui sont ensuite débattues en classe. En outre, on peut poser les questions suivantes :

- Qu'est-ce que j'attends de la vie ?
- Quel est le sens de la vie ?
- Qu'est-ce que j'entends par qualité de la vie ?

Quelles responsabilités avons-nous envers nos camarades de classe/ami(e)s ?

Cela fait partie du comportement communicatif des jeunes que de discuter des problèmes auxquels ils sont confrontés. Par conséquent, il est important de leur mettre la puce à l'oreille, afin qu'ils puissent se rendre compte d'éventuelles pensées suicidaires de leurs camarades. A cet effet, il faut leur fournir quelques critères. J'ai élaboré les listes suivantes dont je discute avec les élèves :

Situations de crise dangereuses :

- Pertes :
 - de personnes qui nous étaient chères
 - de la santé
 - du groupe (par exemple après un déménagement)
- Peur d'échouer
- Situations apparemment sans issue
- Echecs (chagrin d'amour entre autres !)
- Accumulation de divers problèmes en peu de temps
- Disputes en famille

Signaux d'alarme :

Seulement si plusieurs de ces signaux apparaissent en même temps !

- Mauvais résultats : « Mich schiisst alles aa ! » (« Tout m'emmerde ! »)
- Sautes d'humeur, troubles momentanés
- Peur des responsabilités
- Perte de l'estime de soi, auto-accusation
- Retrait du cercle d'ami(e)s et/ou de camarades
- Abandon de soi
- Comportements autodestructeurs
- Le fait de donner les objets auxquels on tient
- Lettres d'adieu
- Signes indiquant que la personne attend la fin de quelque chose, qu'elle compte être bientôt absente et qu'elle refuse le futur
- Messages cachés ou évidents faisant allusion aux intentions suicidaires

Après, je parle avec les élèves pour leur montrer ce qu'ils/elles peuvent faire personnellement à l'égard de leurs camarades, afin de prévenir des suicides :

Comment prévenir le suicide ?

A l'égard des camarades :

- « Rede mitenand und lose ufenand ! » (« Parler et écouter ! »)
- Prendre les problèmes des autres au sérieux
- Ne pas faire de reproches
- Parler avec une personne de confiance (parent, professeur, prêtre, médecin etc.)
- Téléphone 143 – La Main Tendue
- Internet : www.seelsorge.net
- SMS : 076 333 00 45 (français); 076 333 00 35 (allemand)
076 547 25 86 (italien)

Envers moi-même :

- Me rendre compte de mes qualités : « Ich bin öpper und chann öppis ! » (« Je suis quelqu'un et je sais faire quelque chose ! »)
- S'exercer : comment gérer le stress ?
- S'exercer : comment gérer les conflits ?

Je conseille aux élèves de prendre contact dès que possible avec une personne de confiance, lorsqu'ils/elles ont l'impression qu'un/une camarade pourrait avoir des idées suicidaires (l'idéal est de parler avec un/une professeur de l'école), et pour clore le module thématique j'indique quelques adresses en dehors de l'école où l'on peut trouver de l'aide.

Le « suicide » qui touche directement notre établissement

Lorsqu'un suicide ou une tentative de suicide ont eu lieu dans l'entourage immédiat de l'école, il est primordial que les élèves, les parents et le corps enseignant soient informés rapidement et avec franchise (tout en respectant bien sûr la situation des personnes directement concernées). Dans la première heure de cours après l'événement (si possible), il serait bon d'en parler (le mieux est de le faire dans le cadre familial de la classe), afin que les élèves et les professeurs aient la possibilité de commencer à assimiler l'événement.

Cette heure de cours que j'appelle « heure d'expression du désarroi » peut contenir les éléments suivants :

- Un moment de recueillement
- Allumer une bougie
- Discussion libre : « Quelle est ma réaction ? »
- En petits groupes (de deux ou trois élèves) : formuler des phrases par écrit (de manière anonyme, si les élèves le souhaitent) que l'on aurait voulu dire au défunt/à la défunte (en les intitulant par exemple : « Ce que je voulais encore te dire »). Les phrases sont ensuite accrochées au panneau d'affichage et y restent quelques jours.
- Les jours suivants, on peut laisser brûler la bougie pendant les cours comme pour dire au défunt/à la défunte : « Nous pensons à toi ».

Dans la deuxième phase, le débat peut se développer autour des thèmes que j'ai indiqués dans la première partie de mon exposé. Des expert(e)s, du service psychologique scolaire par exemple, peuvent y être invités.

La prévention, une mission de l'école

Les problèmes scolaires sont la principale cause de suicide chez les adolescent(e)s. Pour que la prévention du suicide à l'école soit efficace, il faut que les enseignant(e)s se rendent compte des facteurs de risque et en parlent dans le cadre de leurs leçons. L'enseignant(e) doit réfléchir à son propre comportement et promouvoir un comportement responsable des élèves entre eux. Ceci peut comporter les éléments suivants :

- Entretenir la communication et encourager une „culture du conflit »
- Etre conscient(e) de ses ressources intérieures
- Faire des exercices de gestion du stress

Appendice

L'original de ce quiz a paru en juin 1966 dans une édition spéciale du magazine pour jeunes « Musenalp Express ». Il a été rédigé par le pasteur Ebo Aebischer. Je n'ai fait que l'adapter un peu, afin de le mettre à jour conformément aux données pour 2002 :

QUIZ : « Que sais-je du suicide ? »

Les élèves/jeunes doivent dire si les affirmations suivantes sont vraies, fausses ou bien ni vraies ni fausses.

		OUI	NON
1.	La Suisse fait partie des pays avec le plus grand nombre de suicides.		
2.	En Suisse, il y a plus de décès par suicide que par accident de la route.		
3.	Les gens qui expriment leur intention de se suicider ne se suicident presque jamais.		
4.	Le simple fait d'évoquer le suicide devant quelqu'un peut lui donner l'idée de se suicider.		
5.	Le suicide est héréditaire.		
6.	Les personnes souffrant de dépressions ou d'autres maladies psychiques ont plus tendance à se suicider.		
7.	Le suicide peut avoir un effet « contagieux ».		
8.	La consommation d'alcool ou de drogues augmente le risque de suicide.		
9.	Les personnes qui se suicident ne veulent pas réellement mourir, mais simplement attirer l'attention.		
10.	Il est dangereux de parler du suicide.		
11.	Tous les ans le nombre de suicides augmente.		
12.	De plus en plus de jeunes se suicident.		
13.	Le nombre de suicides reflète l'étendue des problèmes d'une société.		
14.	Une fois qu'une personne a été à risque de suicide elle le reste pour toujours.		
15.	Une meilleure communication peut aider à prévenir le suicide.		
16.	Des paroles encourageantes comme : « Tu réussiras certainement ton examen ; tu es encore jeune, tu as toute la vie devant toi ; tu te tracasses pour rien » peuvent aider à surmonter la crise.		
17.	Souvent les intentions de suicide sont exprimées de manière indirecte.		

Pour le/la professeur : les bonnes réponses :

		OUI	NON
1.	La Suisse fait partie des pays avec le plus grand nombre de suicides. <i>En effet, jusque dans les années quatre-vingt-dix du siècle dernier, la Suisse figurait parmi les pays avec le nombre de suicide le plus élevé (± 5ème position, en alternance avec le Japon). Depuis la fin de l'Union soviétique, le taux de suicide des anciennes républiques soviétiques a tellement augmenté que la Suisse prend désormais une position dans la « moyenne » européenne.</i>		<input checked="" type="checkbox"/>
2.	En Suisse, il y a plus de décès par suicide que par accident de la route.	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.	Les gens qui expriment leur intention de se suicider ne se suicident presque jamais.		<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Le simple fait d'évoquer le suicide devant quelqu'un peut lui donner l'idée de se suicider.		<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Le suicide est héréditaire. <i>Ce n'est ni vrai ni faux, mais il est possible qu'il y ait une prédisposition génétique.</i>		
6.	Les personnes souffrant de dépressions ou d'autres maladies psychiques ont plus tendance à se suicider.	<input checked="" type="checkbox"/>	
7.	Le suicide peut avoir un effet « contagieux ». <i>Ce n'est ni vrai ni faux, mais l'on sait que le suicide peut exercer une certaine fascination sur d'autres personnes qui vont vouloir imiter ce geste.</i>		
8.	La consommation d'alcool ou de drogues augmente le risque de suicide.	<input checked="" type="checkbox"/>	
9.	Les personnes qui se suicident ne veulent pas réellement mourir, mais simplement attirer l'attention.		<input checked="" type="checkbox"/>
10.	Il est dangereux de parler du suicide. <i>Ce n'est ni vrai ni faux. En fait, cela dépend beaucoup de la manière dont on en parle.</i>		
11.	Tous les ans le nombre de suicides augmente.		<input checked="" type="checkbox"/>
12.	De plus en plus de jeunes se suicident.		<input checked="" type="checkbox"/>
13.	Le nombre de suicides reflète l'étendue des problèmes d'une société.		<input checked="" type="checkbox"/>
14.	Une fois qu'une personne a été à risque de suicide elle le reste pour toujours.		<input checked="" type="checkbox"/>
15.	Une meilleure communication peut aider à prévenir le suicide.	<input checked="" type="checkbox"/>	
16.	Des paroles encourageantes comme : « Tu réussiras certainement ton examen ; tu es encore jeune, tu as toute la vie devant toi ; tu te tracasses pour rien » peuvent aider à surmonter la crise.		<input checked="" type="checkbox"/>
17.	Souvent les intentions de suicide sont exprimées de manière indirecte.	<input checked="" type="checkbox"/>	

La sœur de Sayadio²⁸

Pascal Möсли

*N'oubliez pas qu'il faut mourir sa propre mort,
mais qu'il faut vivre avec la mort d'autrui.*

Macha Kaléko

Introduction

J'ai raconté le conte de la sœur de Sayadio²⁹ à diverses personnes ayant perdu un proche par un suicide : je l'ai raconté dans le cadre de plusieurs consultations à une femme qui avait perdu son mari par un suicide, à un groupe de femmes et d'hommes qui se rencontraient régulièrement pour parler de la perte de leur partenaire et, dans le contexte d'un rituel d'adieu, à des élèves de différentes tranches d'âge qui avaient perdu un proche ou un(e) camarade. Et j'ai pu constater que la plupart de mes auditeurs/auditrices comprenaient immédiatement le sens général de ce conte et la signification particulière qu'ils pouvaient personnellement en tirer.

Chaque individu vit le processus du deuil de manière distincte, mais souvent ce processus est caractérisé par des analogies, des problèmes et des obstacles semblables. Le conte de Sayadio parvient à tenir compte des deux aspects : d'une part, la description de la quête de Sayadio contient des éléments généraux, c'est-à-dire des défis et écueils *typiques* de toutes les personnes endeuillées. D'autre part, le conte nous offre toute une série d'actions et de phases *distinctes*, de personnages *différents*, avec lesquels nous pouvons nous identifier et dans lesquels nous pouvons nous retrouver malgré nos situations différentes. Le conte nous permet de nous retrouver : « Oui, c'est bien moi. Je connais cette situation ou ce sentiment. » Je peux m'identifier à un personnage ou me reconnaître dans une des situations que vit le personnage. En discutant du conte avec les autres, je peux indirectement parler de moi-même en prenant un certain recul. Mon histoire personnelle *s'insère* dans une autre histoire (dans le conte, en l'espèce) grâce à laquelle je peux parler de moi. Ceci permet peut-être, l'espace d'un moment, de rompre le silence douloureux et l'isolement qui caractérisent la personne endeuillée.

Le conte offre l'avantage d'être « holistique », il parle aussi bien à nos sens qu'à nos sentiments et suscite en nous tout un monde imagé. Il suggère des « solutions » et mobilise des forces intérieures, là où nous ne les soupçonnions même pas. Le conte s'exprime par images et fait naître des images en nous. Il fait appel à notre imagination : « Voilà ce que j'imagine, c'est ainsi que je pourrais l'interpréter. » Ou bien :

²⁸ Cette contribution est la version retravaillée d'un article de PASCAL MÖSLI paru dans la revue « Religion und Lebenskunde » 2002/2.

²⁹ Ce conte est tiré de l'ouvrage de K.E. LEITER : *Ach wie gut, dass jemand weiss.... Trauerbegleitung mit Märchen*, Innsbruck, 1996.

« Voilà qui est nouveau pour moi, je ressens quelque chose que je ne parviens pas encore à saisir. » Ce pouvoir évocateur du conte nous suggère de nouvelles possibilités, sans nous les imposer, il stimule nos forces créatrices et nous aide à assimiler une situation de crise.

Le conte de la sœur de Sayadio nous invite à accompagner Sayadio dans sa quête, à partager ses souffrances et son combat et à mieux les comprendre. Il nous encourage à croire que nous trouverons également la force pour venir à bout du processus de séparation et de deuil.

Le conte de la sœur de Sayadio

Il était une fois un jeune Iroquois du nom de Sayadio qui pleurait sa sœur bien-aimée qui avait été très belle et qui était morte trop jeune. Sa douleur était immense. Un jour, il décida de partir à sa recherche dans le pays des esprits. Il chercha longtemps, longtemps et vécut d'innombrables aventures. Les années passèrent, mais sa recherche restait vaine. Un jour, il rencontra un vieil homme qui souhaitait l'aider. Le vieux sage lui offrit unealebasse magique.

« Lorsque tu trouveras l'esprit de ta sœur, tu pourras le prendre avec cettealebasse et l'y retenir », dit le vieillard, qui était le gardien de ce pays des esprits que Sayadio cherchait. Grande fut alors la joie du jeune Iroquois et il poursuivit son chemin. Après avoir marché pendant longtemps, il arriva au pays des âmes, mais à sa grande consternation il vit que les esprits s'enfuyaient devant lui au lieu de venir à lui comme il l'avait espéré. Le courage lui manqua et il alla raconter son malheur au grand maître de cérémonie des esprits qui s'appelait Tarenyawago.

Tarenyawago eut pitié de Sayadio. Il lui expliqua que les défunts allaient se retrouver pour danser et faire la fête, tout comme le faisaient en certaines saisons les Indiens de leur vivant.

La fête commença et Sayadio vit les esprits flotter autour de lui comme des bancs de nuages. Tout à coup, il aperçut sa sœur bien-aimée parmi eux. Il bondit vers elle et tenta de l'embrasser, mais elle se déroba à son étreinte et se dissipa comme un nuage. Sayadio était désespéré et demanda conseil au maître de cérémonie qui lui donna une crécelle magique.

« Le son de cette crécelle va ramener ta sœur », lui dit-il. Les esprits avaient repris leur ronde et la musique jouait, tandis que Sayadio jouait de la crécelle. Les esprits des défunts arrivaient de partout et entraient dans la ronde. Tout à coup, Sayadio revit sa sœur parmi ces esprits.

Il vit aussi qu'elle dansait avec plaisir et qu'elle était charmée par la musique, à tel point qu'elle ne s'aperçut même pas de la présence de son frère. Il fit un bond, emprisonna l'esprit de sa sœur dans laalebasse et la referma aussitôt. L'âme emprisonnée avait beau se démener dans laalebasse pour en sortir, Sayadio tenait le couvercle bien fermé.

Sans perdre de temps, le jeune Iroquois retourna dans le monde des vivants et rejoignit sans encombre les siens dans son village natal. Il rassembla tous ses amis et les invita à assister à la renaissance de sa sœur. Le corps à moitié décomposé de sa sœur fut exhumé pour être ressuscité par l'âme. Tout était prêt pour commencer la cérémonie.

Mais une jeune fille iroquoise ressentait un besoin irréfrenable de regarder dans laalebasse et elle ne parvint plus à dominer sa curiosité. Elle entrouvrit le couvercle un petit peu et à ce moment là, tel un oiseau s'envolant d'une cage ouverte vers la liberté, l'âme de la sœur de Sayadio s'envola hors de laalebasse, avant que Sayadio n'ait eu le temps de se précipiter pour refermer le couvercle.

D'abord, Sayadio ne voulait pas admettre que l'esprit de sa sœur s'était envolé pour toujours. Mais finalement, il s'effondra et pleura amèrement.

Préparation individuelle

Ne voulant pas influencer *a priori* votre analyse personnelle du conte en vous livrant tout de suite mon interprétation, je vous invite d'abord à développer votre *propre interprétation* à l'aide de quelques instructions que je vais vous donner. Au cas où vous souhaiteriez travailler sur ce conte avec une personne ou avec un groupe, il vous sera utile d'avoir « intériorisé » le conte auparavant.

1. Je propose que vous lisiez le conte plusieurs fois jusqu'à ce que vous le sachiez presque « par cœur ».
2. Ensuite, dites en une phrase ou une image ce qui représente pour vous la quintessence du conte. Faites-le sans trop réfléchir, en exprimant ce qui vous vient « spontanément » à l'esprit lorsque vous pensez à ce conte.
3. Décrivez a) les personnages, leurs faits et gestes et leurs sentiments b) les contrastes (par exemple le monde des vivants – le monde des esprits), c) les objets, d) les lieux et e) les atmosphères évoquées dans le conte.
4. La prochaine étape sera de représenter le cheminement de Sayadio, que ce soit sous forme d'un schéma ou sous n'importe quelle autre forme qui vous convienne. Essayez en même temps de comprendre le cheminement mental de Sayadio, qui va de pair avec la quête de sa sœur. La question principale est la suivante : qu'est-ce qui déclenche le cheminement et quel en est le but, quels sont les obstacles, quels sont les soutiens que Sayadio trouve en route ? Y a-t-il une solution ?
5. Comparez le résultat de votre interprétation avec votre toute première impression à la lecture du conte (cf. point 2) ? Certaines questions restent-elles en suspens ? Y a-t-il des éléments qui vous gênent ? Quel est le sens du conte pour votre vie ?

Une interprétation

De par sa nature, le conte se prête à diverses interprétations, on dirait qu'il abrite un trésor caché qui nous pousse toujours à repartir à sa recherche. Voilà pourquoi cha-

que interprétation ne peut qu'être une tentative d'interprétation. Je voudrais vous faire part de ma tentative.

« Il était une fois un jeune Iroquois du nom de Sayadio qui pleurait sa sœur bien-aimée qui avait été très belle et qui était morte trop jeune » – c'est ainsi que commence le conte. Personne ne nous dit de quoi elle est morte, si sa mort était subite ou le résultat d'une longue maladie. Mais le conte révèle qu'elle était morte « trop jeune » et nous savons quels étaient les liens étroits qui unissaient la jeune fille à son frère qui « pleurait sa sœur bien-aimée ». Sayadio aime beaucoup sa sœur et ne parvient pas à accepter sa mort. Il décide donc de partir à sa recherche. Il quitte le monde des vivants et part pour le « pays des esprits ».

Cet incipit évoque une expérience que de nombreuses personnes endeuillées ont en commun, en particulier si le décès est dû à un suicide. Elles ne parviennent pas à accepter *mentalement* la mort de l'être cher. J'ai connu une femme dont le mari s'était suicidé. Pendant des mois, elle a laissé la taie d'oreiller et le pyjama de son mari au lit, afin de préserver le plus longtemps possible son odeur. En outre, j'ai fait la connaissance d'un homme qui a gardé pendant longtemps l'urne contenant les cendres de sa femme, morte suicidée, dans sa bibliothèque et il m'assurait qu'il savait bien qu'elle était morte, mais avec la présence de ses cendres il avait l'impression qu'elle-même était encore un peu là. Il préférerait ce type de présence à l'absence absolue. Après un suicide, il est particulièrement difficile de lâcher prise, de faire son deuil, parce que tant de questions sont restées sans réponse et qu'aucun adieu n'était possible.

Le conte insiste sur la longue quête de Sayadio, sur ses vaines recherches au début et puis sur les rencontres avec des personnages qui veulent bien lui venir en aide. Son désir de retrouver sa défunte sœur n'est aucunement discrédité, au contraire : le récit détaillé de ses recherches illustre l'incommensurabilité du désespoir de Sayadio et sa ferme volonté de ressusciter sa sœur. C'est avec beaucoup de compassion et de respect que le récit suit ses tentatives pour récupérer l'âme de sa sœur. A aucun endroit le conte ne prescrit sous forme d'une morale ou d'un commandement ce qu'il faut ou ne faut pas faire (par exemple, nulle part il n'est dit qu'« il faut savoir lâcher prise »). Au contraire, nous écoutons le récit du périple d'un personnage qui justement ne veut et ne peut pas lâcher prise. Comme nous partageons le refus de Sayadio de lâcher prise, ceci nous permet de le suivre dans son cheminement. Il est impossible d'abandonner ces sentiments de refus du jour au lendemain en les ignorant. Non, il faut d'abord que ces sentiments soient pleinement exprimés, perçus et respectés. Ce n'est qu'à ce moment-là que nous serons peut-être capables de « laisser partir » le défunt et, comme à la fin du conte, la « douleur du refus » pourra alors se transformer en deuil.

Cela peut sembler illogique : la tentative de Sayadio était condamnée à l'échec dès le départ, mais Sayadio doit d'abord passer par cet échec avant de pouvoir progresser dans son processus d'adieu. Le conte lui-même nous livre quelques indices qui annoncent l'échec de la quête, par exemple le vieux sage qui lui offre unealebasse magique dans lequel Sayadio pourra « prendre et retenir » l'esprit de sa sœur. Est-ce

une preuve d'amour que de vouloir prendre et retenir quelqu'un ? Puis le conte décrit comment Sayadio retrouve l'esprit de sa sœur, comment elle se dérobe « à son étreinte » et, plus tard, comment elle « dansait avec plaisir et [] était charmée par la musique », à tel point qu'elle ne s'aperçoit même pas de la présence de son frère. On se rend lentement compte que ce n'est ni la sœur ni son bien-être qui importe, mais le fait que Sayadio veuille la « retenir » et ne soit pas prêt à accepter la nouvelle réalité. Il existe un poème (« Memento ») de Mascha Kaléko qui se termine par les mots suivants : « N'oubliez pas qu'il faut mourir sa propre mort, mais qu'il faut vivre avec la mort d'autrui. » Or, il se peut qu'on refuse de vivre avec cette mort, qu'on cherche à retenir la personne défunte (parfois de manière inconsciente) et qu'on quitte d'une certaine façon le monde des vivants pour chercher le « pays des esprits » en risquant de perdre sa faculté de vivre. Le conte de la sœur de Sayadio nous parle d'un tel refus et décrit le point décisif qui marque un tournant, lorsque le héros n'obtient plus rien avec son refus et parvient finalement à accepter et donc à lâcher prise.

Une sélection de plusieurs méthodes

Il y a plusieurs méthodes dont on peut se servir pour travailler avec ce conte dans un groupe (de survivants). En voici trois que je voudrais vous proposer :

1. Après une phase d'introduction et de recueillement, je fais le récit du conte au groupe. Chacun pour soi doit ensuite choisir la scène qui l'a le plus frappé et doit la représenter (par un dessin, une esquisse, une figuration plastique). Puis le groupe tout entier passe en revue les représentations les unes après les autres et chaque « artiste » commente son œuvre. On peut aussi parler de ce qui aurait pu se passer, de ce qui aurait été plus utile en inventant ainsi de nouvelles alternatives à l'action du conte. Ensuite, j'ouvre la discussion en établissant des liens entre le conte, les représentations et les souvenirs qu'ont les participants de leur défunt.
2. Nous nous retrouvons à l'air libre, si possible à proximité d'une forêt. Chacun doit chercher un objet qui lui rappelle la personne défunte. Tous les objets ainsi récoltés sont placés au milieu et chaque participant explique le choix de son objet. Nous discutons de la relation intérieure que les participants entretiennent avec leur défunt. Puis je lis le conte à voix haute et j'entame la discussion sur le cheminement de Sayadio : quelle scène vous pose problème, laquelle vous plaît particulièrement ? Est-ce que vous comprenez Sayadio ? Cet entretien permettra peut-être de parler aussi du processus de séparation et d'adieu de la personne disparue. Enfin, les objets ramassés sont « abandonnés » quelque part (par exemple enfouis ou brûlés) et j'organise un rituel d'adieu très simple (par exemple, nous nous mettons en cercle en nous tenant par la main, nous chantons une chanson, nous restons un instant en silence tout en écoutant les bruits de la forêt).
3. J'apporte les deux objets qui figurent dans le conte, unealebasse et une crécelle, et je raconte l'histoire de Sayadio. Je m'interromps à un moment crucial du conte (par exemple, lorsque les esprits dansent en rond aux sons de la musique des morts : « Tout à coup, Sayadio revit sa sœur parmi ces esprits »). Individuellement

ou en petits groupes, les participants doivent s'imaginer comment le conte va se poursuivre. Ensuite, les différentes versions sont présentées et nous en discutons. Il est important de préciser qu'il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » solution, puisque souvent les contes existent sous diverses versions, parce qu'ils ont été transmis oralement et que le conteur ou la conteuse y a toujours ajouté du sien. La suite du débat peut prendre appui sur ces différentes « solutions » proposées par les participants. En racontant sa version, chaque personne ou chaque petit groupe doit se munir de la calebasse et de la crécelle. Les deux objets les désignent comme conteurs.

Conclusion

Permettez-moi de conclure avec deux observations qui sont le fruit de mes travaux sur ce conte :

- pendant le deuil, le processus de guérison ne peut pas être tout simplement « accéléré » (Sayadio aussi cherche « longtemps, longtemps » et longtemps d'ailleurs en vain). La guérison va peut-être se produire, si l'on laisse le temps et l'espace nécessaire à chaque étape : au refus d'accepter le fait accompli (« il décida de partir à sa recherche »), au refus de lâcher prise (« Il bondit vers elle et tenta de l'embrasser »), à la confrontation (« Il s'effondra ») et au deuil (« ...et pleura amèrement »).
- pendant le deuil, le suivi ne s'avère utile que lorsqu'il aide les endeuillés à laisser suffisamment d'espace à leurs sentiments et à leurs émotions et à les respecter. Dans le conte, le suivi est symbolisé par le vieil homme, le maître de cérémonie et par la jeune Iroquoise curieuse. Ces trois personnages croisent le chemin de Sayadio en le respectant et en l'aidant. Accompagner la personne endeuillée signifie donc accepter qu'elle parcoure son propre chemin, qu'elle parcoure les mêmes chemins parfois plusieurs fois, alors que l'accompagnant ne connaît pas forcément ces chemins qui ne trouvent peut-être pas son approbation ou qui peuvent même lui paraître incompréhensibles.

Auteure et auteurs

Ebo Aebischer-Crettol est docteur en biochimie. Il a étudié ensuite la théologie, à Fribourg notamment, où il a rédigé une dissertation sur le thème « Seelsorge und Suizid » (Suicide et cure d'âme). Jusqu'à fin 2002, il a mis sur pied et accompagné bénévolement le service « Seelsorge mit Hinterbliebenen, die von einem Suizid betroffen wurden » (service d'aumônerie destiné à l'entourage d'un suicidé). De 1998 à 2002, il a été responsable de la rubrique « Trauernde im Internet » (Endeuillés sur Internet) qui se trouve sur le site www.seelsorge.net, et il a collaboré à l'Aumônerie d'urgence du canton de Berne.

Reinhard H. Egg est prêtre et psychologue. Il possède une expérience dans le domaine du suicide de plus de 30 ans en tant qu'aumônier, thérapeute et enseignant pour le secondaire et le gymnase.

Martin Eichhorn est chef de clinique à la « psychiatrische Universitätsklinik » (Clinique Universitaire Psychiatrique) de Bâle. Dans le domaine du suicide, il collabore à l'étude du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe destinée au recensement des tentatives de suicide. Il est par ailleurs secrétaire de l'« Association suisse d'intervention de crise et de prévention du suicide ».

Patrick Haemmerle est médecin chef de la « Société de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent » du canton de Fribourg et président de la « Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent ». Il est membre du « Groupe de travail pour la prévention du suicide en Suisse » et dirige l'« Association pour la prévention du suicide dans le canton de Fribourg ».

Barbara Meister est chargée de cours en « Promotion de la santé et prévention des dépendances » à la Pädagogischen Hochschule (Haute École Pédagogique) de Zürich. Elle est co-auteur de l'ouvrage « Suizidalität als Thema im Schulfeld » (Editions Pestalozzianum).

Pascal Mösli est théologien et superviseur ; il organise des cours dans un centre de formation de l'Église et exerce l'activité de conseiller indépendant (Beratung & Projekte, Berne). Depuis quelques années, il travaille à la publication d'ouvrages, donne des conférences et met sur pied des journées dans le domaine de la santé (comme par exemple le congrès « Suicide ? » qui s'est tenu à Berne en mai 2002).

Hans-Balz Peter est à la fois docteur et professeur. Économiste et Éthicien spécialisé dans les questions d'éthique sociale, il dirige depuis 1983 l'Institut d'éthique Sociale, ainsi que le domaine Études de la Fédération des Églises Protestante de Suisse. Il travaille bénévolement comme chargé de cours (professeur honoraire) en Éthique sociale à la Faculté de théologie catholique chrétienne et protestante de l'université de

Berne. Il a publié de nombreux ouvrages portant sur divers thèmes d'éthique sociale appliquée, d'éthique économique et d'éthique du développement.

Stephan Vanistendael est sociologue. Il est représentant du Secrétariat général du BICE (Bureau International Catholique de l'Enfance) à Genève. Il a organisé des modules de formation et des conférences sur le thème de la résilience dans plus de 15 pays, et pour des groupes professionnels très variés.