

REVUE médicale SUISSE

Supplément
Novembre 2008

Panser et prévenir
la souffrance
existentielle ?

Réflexions sur l'intervention
sanitaire et sociale face
à la détresse existentielle

Edité par Eric Bonvin

« RESEAU ENTRAIDE » : Les Institutions Valaisannes en Réseau pour Intervenir face à la Détresse Existentielle

L'organisation de notre société en disciplines et sciences spécialisées comme en institutions exécutant des prestations précisément délimitées, se prête mal à des interventions dans des domaines aussi complexes que celui de la prévention de la détresse existentielle. Mais ces mêmes institutions représentent néanmoins d'importantes et précieuses ressources d'action et de compétences, pour autant qu'elles soient potentialisées par le partage concerté de leurs différentes compétences spécialisées.

En Valais, le « Réseau Entraide » a été créé pour coordonner les ressources et en faciliter l'accès, afin de faire face à toute situation de détresse existentielle comme par exemple le suicide, la précarité ou l'isolement social. Ce réseau d'intervention novateur réunit dans une même intention et sous un label identique les institutions publiques et privées du canton du Valais, actives dans le domaine. Il a été mis sur pied par le Département cantonal de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie (DSSE) et les Départements de Psychiatrie du Réseau Santé Valais (RSV).

Pour plus d'information : www.reseau-entraide-vs.ch
www.krise-suizid.ch

Le « Réseau Entraide » est un réseau d'intervention visant le transfert de compétences relationnelles vers les personnes confrontées à la détresse existentielle d'un proche ou d'un citoyen. Il repose sur une logique de **plusieurs niveaux d'interventions** possibles, en apportant des **réponses circonstanciées** à la personne en proie à des difficultés, qu'elles soient provoquées par une période de dépression, de précarité ou d'isolement social. Ce Réseau veut tenir compte à la fois de la **complexité de la problématique**, du **risque de surmédicalisation** et des **ressources et compétences naturelles d'entraide déjà existantes au sein de la population comme des institutions publiques**.

Le « Réseau Entraide » résulte d'une démarche **subsidaire**, qui émane des institutions et associations cantonales partenaires. En d'autres mots, ce réseau intervient seulement lorsque les ressources déjà en place sur le terrain ne sont pas suffisantes. Quant au label délivré, il garantit le respect des **valeurs éthiques**, ainsi que des **critères de sécurité et de qualité**. Reposant sur une dynamique participative, toute institution intéressée par la démarche peut intégrer le réseau et obtenir le label, en donnant accès à certains de ses collaborateurs aux **formations proposées par le réseau**, entièrement financées et validées par celui-ci. Le concept s'applique **autant sur la partie francophone que germanophone du Valais**, sous le label romand « Réseau Entraide » et germanophone « Netzwerk Krise und Suizid ».

Du Réseau Santé Valais au Groupement Valaisan des Centres Médico-Sociaux, en passant par les médecins de famille ou la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies, ce sont **plus d'une trentaine de partenaires** sur l'ensemble du canton qui mettent leur savoir et leurs compétences **au service du Réseau Entraide**. Les **portes d'entrée** suivantes sont définies pour trouver l'aide du réseau :

- **Le 144 – L'Organisation Cantonale Valaisanne des Secours** : réceptionne tous les appels sanitaires d'urgence et assure l'engagement et la coordination de tous les moyens sanitaires et techniques.
- **Le 143 - La Main Tendue** : vise à soulager les appelants en détresse, à clarifier leur situation et, en cas de besoin, à les orienter vers d'autres personnes ou institutions spécialisées.
- **Parspas** : vise à accueillir, écouter, informer, sensibiliser et orienter dans un esprit d'entraide toute personne ou proche confronté au suicide. L'association organise également des groupes de parole ouverts à toutes les personnes proches endeuillées à la suite d'un suicide.



Panser et prévenir la souffrance existentielle ?

Réflexions sur l'intervention sanitaire et sociale face à la détresse existentielle

Impressum

Revue Médicale Suisse
Chemin de la Mousse 46
CP 475, 1225 Chêne-Bourg
Tél. 022 702 93 11
www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène, société coopérative;
www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration:
Pr Jean-François Balavoine
Direction:
Dr Bertrand Kiefer

RÉDACTION

Rédacteur en chef:
Dr Bertrand Kiefer
Rédacteurs en chef adjoints:
Dr Jean-Pierre Berger, Pr Alain Pécoud
et Dr Pierre-Alain Plan
Rédacteurs: Marina Casselyn,
Michael Balavoine et Dr Catherine Ritter
Secrétaires de rédaction:
Dominique Baud (resp.), Chantal Lavanchy
et Dominique Naget
Fax rédaction: 022 702 93 66
E-mail: redac@revmed.ch
Publicité:
Hélène Bourgeois, Mireille Millier
et Jeanine Rampon
Fax publicité: 022 702 93 43
E-mail: pub@revmed.ch
Responsable web:
Dr Pierre-Alain Plan
E-mail: webmaster@revmed.ch
Prépresse:
Philippe Launay (resp.), Marianne Bourqui,
Laurence Hirschi et Frédéric Michiels
Couverture:
Création graphique de Frédéric Michiels
Abonnements (prix en CHF)
Tél.: 022 702 93 29
E-mail: abonnement@revmed.ch
Suisse: individuel: 138.-; médecins assis-
tants: 115.-; étudiants: 65.-; institutionnel:
248.- par an
Etranger: individuel: 233.-; médecins assis-
tants et étudiants: 180.-; institutionnel:
318.- par an
Conception graphique
Atelier E203: Diana Bogsch, Sabine Elias
et Jennifer Freuler
Impression
Imprimerie Médecine et Hygiène

- Organe officiel de la Société médicale de la Suisse romande (www.smsr.ch)
- Revue officielle de la Société suisse de médecine interne

Revue indexée dans:

- MEDLINE/PubMed
- EMBASE/Excerpta Medica
- EMCare
- Scopus

ÉDITORIAL

S2 Regards croisés sur la détresse existentielle. *E. Bonvin*

FORMES ET LIEUX D'EXPRESSION DE LA DÉTRESSE

- S5** Le cabinet du praticien, refuge de la détresse existentielle? *F. Pilet*
S7 Détresse existentielle exprimée sur les «Divans Radiophoniques»: instrumentalisation ou expression de dernier recours? *E. Fernagut*
S9 Les nouveaux lieux de la détresse existentielle. *C. Delli Noci*
S12 Détresse adolescente et tentatives de suicide. *D. Le Breton*

LES ESPACES DE RÉFLEXION SUR LA DÉTRESSE

- S15** Idéal spirituel et détresse existentielle. *B. Forthomme*
S18 Médecine, souffrance et philosophie. *J.-F. Malherbe*
S21 Réponse soignante au choix de la mort. *T. Collaud*

INTERVENIR FACE À LA DÉTRESSE

- S26** Souffrance psychique et détresse existentielle: la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques. *R. Massé*
S30 Suicide et détresse existentielle: éléments d'intervention sociale et en santé publique. *E. Bonvin*

Contexte:

Ce numéro spécial de la *Revue Médicale Suisse* a été réalisé dans le cadre des réflexions qui ont conduit la création et la mise en œuvre du «Réseau Entraide Valais / Netzwerk Kirse und Suizid Wallis».

Remerciements:

- aux auteurs qui ont bien voulu nous aider dans cette réflexion
- à toute l'équipe des Editions Médecine & Hygiène et en particulier à Bertrand Kiefer, Dominique Baud et Marina Casselyn
- à Sandrine Astori, coordinatrice du «Réseau Entraide», qui a assuré le suivi et le bon déroulement de cette publication
- au Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie du Canton du Valais, son Service de la santé publique et la Commission Cantonale de Promotion de la Santé
- au Réseau Santé Valais (RSV) et à ses Départements de psychiatrie du Valais Romand (IPVR) et du Haut-Valais (PZO)
- à Luc Fornerod, François Pilet et Reinhard Waeber du Comité de pilotage du «Réseau Entraide».

Financement:

Cette publication a été entièrement financée par le Canton du Valais par son programme «Réseau Entraide» venant en aide aux personnes confrontées à une souffrance existentielle pouvant notamment les conduire à des actes suicidaires.

Contact:

Dr Eric Bonvin – Réseau Santé Valais
Hôpital de Malévoz – Route de Morgins, 10 – 1870 Monthey
Eric.Bonvin@rsv-gnw.ch



Regards croisés sur la détresse existentielle

Editorial

E. Bonvin

*On prétend désormais lutter contre la mort elle-même,
on croit aux pouvoirs illimités de la médecine,
on cherche à prévenir les maladies en modifiant les comportements.
Dès lors, toute notre existence se trouve surmédicalisée.
Au nom de la santé à tout prix, le médecin désormais dicte, prescrit, légifère ;
il en oublie les sens même de son métier : aider, soigner.*

Petr Skrabanek

La fin de la médecine à visage humain

En Suisse comme en Europe, l'heure est à la prise de conscience de la nécessité d'engager une réflexion concertée en santé mentale (*mental health*). De nouveaux programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des souffrances psychiques, à l'exemple

«... Les notions de santé mentale et de souffrance existentielle exigent un abord pluriel, à partir des différentes disciplines et différents courants des sciences humaines et sociales ...»

de la dépression ou du comportement suicidaire, éclosent partout. C'est au cœur de ce mouvement naissant et des enjeux qu'il soulève que s'inscrit la publication de ce numéro spécial de la *Revue médicale suisse*, qui aborde la thématique centrale de la souffrance et de la détresse humaines dans notre société, en relation avec les institutions censées les prendre en charge.

Les notions de *santé mentale* et de *souffrance existentielle* renvoient implicitement à l'expérience de vie singulière des personnes, aux représentations collectives concernant la vie, la santé ou la souffrance et à l'organisation des institutions de notre société, (médicales, sociales, éducatives, religieuses), qui en tirent leur légitimité. Elles exigent donc un abord pluriel, à partir des différentes disciplines et différents courants des sciences humaines et sociales, mais également la prise en compte et la participation des populations et personnes concernées. Quelles sont les personnes concernées et qu'est-ce qui légitime les acteurs sociaux impliqués ? Quels sont les vécus, les représentations profanes et institutionnelles de la souffrance et de la détresse ? Troubles mentaux et du comportement, précarisation sociale, carences éducatives, quelles sont les représentations permettant aux institutions de les appréhender ? Comment penser l'éthique de la sollicitude et de la solidarité dans nos institutions en mutation ? Autant de questions qui interpellent certainement nombre d'intervenants de toutes catégories professionnelles ou publiques engagés, d'une manière ou d'une autre, dans des actions visant à faire face à la détresse qui s'exprime dans notre société. Autant d'aspects que nous abordons à leur intention dans ce numéro en proposant une réflexion heuristique permettant

Numéro publié
sous la responsabilité du docteur



Eric Bonvin*

Réseau Santé Valais –
Centre hospitalier du Chablais
Institutions psychiatriques
du Valais romand
Hôpital de Malévoz, Monthey
eric.bonvin@rsv-gnw.ch



de rendre compte et de potentialiser la complexité de ces expériences humaines que sont la *souffrance* et la *détresse existentielle*, ainsi que les missions assignées aux *institutions censées les prendre en charge*.

Dans la première partie de ce numéro, nous abordons certains contextes dans lesquels s'expriment des personnes en détresse existentielle : dans la clinique quotidienne, au cabinet du médecin praticien avec François Pilet, sur les ondes d'une radio publique avec Etienne Fernagut, sur la

toile internet avec Carlo Delli Noci, mais également au sein de notre jeune population avec David LeBreton. Nous explorons ensuite des réflexions surgissant d'institutions humaines ressources face à la souffrance et à la détresse existentielle comme la spiritualité avec Bernard Forthomme, la

philosophie avec Jean-François Malherbe, et le soin avec Thierry Collaud. Nous ouvrons enfin nos réflexions, sur les tentatives d'appréhender le bien-être et la souffrance existentiels au sein d'une population, tout en tenant compte de ses caractéristiques culturelles singulières. Avec Raymond Massé, la réflexion porte sur les méthodes et moyens de recherche qui nous permettent d'entendre et d'appréhender les formes d'expression du *bien-être* et de la *souffrance existentielle*, alors qu'Eric Bonvin conclut par une réflexion sur les moyens d'intervention sociale et de santé publique face à la détresse existentielle. A visée heuristique, ces quelques articles contribueront, nous l'espérons, à ouvrir quelques pistes pertinentes dans ce domaine à la fois complexe et exigeant de la santé mentale.

«... Comment penser l'éthique de la sollicitude et de la solidarité dans nos institutions en mutation ? ...»

* Médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Eric Bonvin est au bénéfice d'une formation initiale en anthropologie sociale et culturelle. Il dirige, au sein du Réseau Santé Valais (Suisse), le Centre hospitalier du Chablais et les Institutions psychiatriques du Valais romand. Il est aussi chargé de cours et superviseur aux Facultés de bio-

logie et de médecine de l'Université de Lausanne et de l'Université Paris VI – La Pitié-Salpêtrière.

Eric Bonvin est responsable, pour le canton du Valais, de la mise en œuvre du «Réseau Entraide» d'intervention face à la détresse existentielle.

Suicide et détresse existentielle dans le canton de Vaud : quelles mesures ?

En 2003, le canton de Vaud a défini la santé mentale comme une des priorités de santé publique. Le Service de la Santé Publique et les secteurs psychiatriques ont élaboré ensemble un plan de santé mentale qui vise à maintenir et améliorer l'état de santé psychique de la population et à garantir un accès équitable aux soins.

La complexité des mécanismes et des modes d'expression de la détresse existentielle implique de multiples acteurs dans le domaine sanitaire, le domaine social, la formation, la justice, la police, la communauté. Une bonne coordination et une information claire sont indispensables. C'est dans ce sens que cinq programmes prioritaires ont été conçus, ciblant des problématiques différentes, mais parfois très liées entre elles, et visant tous à améliorer l'accessibilité aux soins, à soutenir les intervenants de première ligne et à coordonner traitement spécialisé et médicosocial.

- **Le premier** programme vise à renforcer la psychiatrie de liaison, aussi bien dans les hôpitaux généraux que dans les EMS, les CMS, et auprès des médecins installés. Le développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires permettra d'améliorer l'accès aux soins de patients qui souffrent de troubles psychiatriques sévères et ont de la difficulté à demander de l'aide.
- **Le deuxième** programme traite des conduites suicidaires. Il veut réduire le nombre de suicide et de tentatives de suicide par la formation des professionnels, par des soins améliorés aux suicidants dans les hôpitaux généraux ainsi que par la sensibilisation des journalistes à l'importance de la manière de traiter les suicides dans les médias. Il est prévu de simplifier l'orientation téléphonique pour faciliter l'accès aux soins.
- **Le troisième** programme est centré sur les situations de violence dont la prise en charge devrait être améliorée par la création d'une équipe spécialisée qui aurait un rôle de référence et de supervision, le développement de formations et le renforcement des structures d'accueil pour patients sous mandat pénal et civil.
- **Le quatrième** programme veut améliorer les prises en charge pédopsychiatriques en augmentant le nombre de lits d'hospitalisation et en renforçant les structures d'accueil pour les troubles envahissants du développement. Les moyens de lutte contre les conduites suicidaires des jeunes seront renforcés, en collaboration avec le deuxième programme et un pôle de psychiatrie légale créé en collaboration avec le programme traitant des situations de violence.
- **Le cinquième** programme vise à améliorer le traitement des personnes souffrant à la fois de handicap mental et de troubles psychiatriques, par l'information, la formation, un dispositif de collaboration entre les institutions et la création d'une unité de crise ainsi que d'une structure pour des personnes avec de graves troubles du comportement.

La mise en œuvre de ce plan devrait s'étendre de 2007 à 2012.

Pour plus d'informations : www.santepublique.vd.ch



Le cabinet du praticien, refuge de la détresse existentielle ?

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : S5-S6

F. Pilet

Dr François Pilet
Praticien en médecine générale FMH
Avenue du Fosseau 6, 1896 Vouvry
piletf@gmail.com

*«La médecine n'aurait jamais existé
si l'on n'avait pas un jour séparé
la maladie du malheur.»*

R. Debray

*«Ce que nous savons d'expérience,
c'est qu'il n'est pas de vie sans
souffrance et qu'à certains moments,
la souffrance est plus forte que la vie.
Ce qui nous permettra de ne pas
mourir de cette souffrance,
c'est de l'exprimer, des pleurs
de l'enfant au tableau Le Cri de Munch
ou au quintette à corde de Schubert.»*

M. Cornu

En racontant l'histoire dramatique et poignante d'un ouvrier, jeune père de famille, dont la vie a basculé le jour d'un banal accident de chantier, l'auteur veut mettre en lumière la présence quotidienne de la détresse existentielle au cabinet du médecin praticien.

Autour de ce récit, la thèse défendue est que c'est la non-reconnaissance de la souffrance, en particulier par les assurances et par les em-

ployeurs, qui projette l'être humain au fond de la détresse et non la souffrance en elle-même. Le cabinet du médecin reste un des rares refuges en mesure d'accueillir cette détresse existentielle.

Il fixe le sol, son visage est sombre, il tremble, ses mains sont agitées d'un mouvement nerveux répétitif. Il parle peu, d'une voix monocorde et, par moments, je perçois un sanglot contenu. Parfois, rarement, son visage se relève, son regard s'éclaire et brille de fierté quand il parle de son fils aîné qui veut devenir médecin. Puis l'angoisse le reprend, avec le désespoir.

Cela fait douze ans maintenant que Mario vient s'asseoir en face de moi, presque chaque mois, douze ans qu'il essaie d'exprimer sa souffrance, faite de douleur physique, psychique, morale, souffrance jamais entendue, jamais reconnue par son chef ni par son patron, souffrance jamais entendue, jamais reconnue par l'assurance accident. Souffrance jamais entendue, jamais reconnue par les nombreux experts qui l'ont examiné, souffrance qui épuise son épouse et tétanise ses enfants, souffrance que les murs dressés autour de lui par une société ivre de rendement et de performances ont muée en détresse.

Il avait pourtant dit à son chef : «C'est trop dangereux de descendre cette pente avec ma machine, elle ne tiendra pas, trouvons un autre moyen». Mais le chef avait insisté, puis, face à la résistance de Mario, l'avait même menacé. Le temps pressait, le chantier avait déjà pris du retard et le retard coûtait très cher au grand patron. La peur au ventre, malgré sa stature imposante et la force de ses 28 ans, Mario avait fini par obéir. Il s'était engagé dans la pente et le malheur prévisible était arrivé : sa machine avait bas-

culé dans le vide, il avait été éjecté, avait vu la machine l'écraser, avait senti la mort terrible s'abattre sur lui, avait fermé les yeux de terreur. Lorsqu'il les avait rouverts, il avait mis du temps à comprendre qu'il avait miraculeusement échappé au pire, que la machine avait fait un bond par-dessus lui ; mais il avait tout de suite senti la douleur profonde dans son dos et la peur d'être paralysé l'avait envahi. Les hommes du chantier étaient penchés sur lui et parmi eux son grand frère qui vociférait contre le chef. On avait fait venir une ambulance, on l'avait emmené vers le grand hôpital et le chantier avait repris... Jamais, au cours des longues semaines qui avaient suivi l'accident, jamais le chef ni le patron n'avaient pris de ses nouvelles, n'étaient venus lui rendre visite, n'avaient exprimé le moindre regret.

Pendant quelques mois, il avait été sanglé dans un corset. Seule une vertèbre était brisée et il pouvait marcher. Il se plaignait de douleurs lancinantes dans une jambe et dans un bras mais les médecins ne s'occupaient que de sa vertèbre qui guérissait bien. Ses nuits étaient peuplées de cauchemars terribles mais ça, il n'osait pas en parler. A qui aurait-il pu le faire, d'ailleurs, et dans quelle langue ? Pendant toute une année, il avait été suivi dans un service hospitalier ambulatoire où les jeunes médecins se succédaient et lui répétaient que sa vertèbre allait très bien et Mario peinait à faire comprendre qu'il avait mal. Mal au dos, mal au bras, mal à la jambe, mal dans son cœur, mal partout, mais personne ne l'entendait. Peut-être était-ce à cause de la langue...

Au bout d'une année, on lui avait demandé s'il avait un médecin traitant. Lui, un jeune homme jusque-là très jovial et toujours en pleine forme, n'avait jamais eu besoin de médecin. On lui avait suggéré d'en chercher un près de chez lui et c'est alors que j'avais fait sa connaissance.



Mario rêvait de retrouver sa place dans le monde du travail, de retrouver sa place de chef de famille, de celui qui nourrit les siens (Kristina, son épouse, Ivan, son fils aîné, et Marko son cadet, né moins d'une année avant l'accident). Mais les démons de l'angoisse et de la douleur avaient été plus forts que son rêve et que sa volonté. Il n'avait pas pu retrouver sa place parmi les hommes qui gagnent leur vie et qui peuvent sortir le samedi la tête haute. Il avait dû continuer à vivre caché, dans la honte, et ses nuits restaient un enfer. L'expert de l'assurance avait dit qu'il était guéri et que sa capacité de travail était complète. Il n'avait donc plus droit à un soutien financier. Ses douleurs, ses terreurs et son désespoir n'avaient rien à voir avec l'accident. D'ailleurs, il n'en avait pas parlé pendant une année, c'était bien la preuve. Il n'avait qu'à travailler comme tout le monde... Et Mario, qui aurait tant voulu et qui n'arrivait pas – tellement les douleurs le torturaient, malgré tous les médicaments – se sentait désespéré, abandonné.

Un autre expert, enfin, avait reconnu que Mario souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique très sévère qui, non traité à temps, avait entraîné un état dépressif profond. Mais le désespoir ne fait pas partie des conséquences admises par l'assurance accident, surtout s'il est déclaré une année après. L'expert de l'assurance avait été le plus fort et Mario n'avait pas droit à un sou ; et le désespoir empirait.

La femme de Mario, Kristina, additionnait les heures supplémentaires dans le home, lavant les fesses des Suisses et des Suissesses très âgés et bien nourris, mais son salaire ne suffisait pas à nourrir toute la famille, surtout avec tous ces frais de médicaments prescrits à son mari. Et voilà qu'il fallait aller mendier de l'aide au service social du village, une honte de plus. Mario ne sortait plus de chez lui que pour venir chez le médecin, en rasant les murs. Et cette boule au ventre qui ne le quittait plus, qui devenait si forte lorsqu'il s'approchait de la boîte aux lettres et qui se faisait panique lorsqu'il y trouvait une nouvelle missive de l'assurance X ou du service administratif Y. Honte, frustration, désespoir, telle était devenue la vie de Mario. Il était parfois en proie à des crises de colère ou de panique telles que Marko et Ivan, ses deux fils, étaient tétanisés.

Marko, le petit, ne parvenait pas à parler, malgré les années qui passaient, et Mario et Kristina avaient fini par apprendre qu'il souffrait d'un important retard de développement d'origine mystérieuse et qu'il faudrait songer à trouver pour lui une institution spécialisée pour enfants handicapés.

Un jour, après quelques années, le désespoir s'était un peu apaisé : l'assurance invalidité avait admis que la souffrance psychique de Mario l'empêchait d'assumer un poste de travail et Mario avait enfin reçu un peu de reconnaissance et de soutien financier. Mais les experts avaient pris grand soin de préciser que cette souffrance psychique n'avait rien à voir avec l'accident dont Mario avait été victime...

Douze ans ont passé, la douleur est toujours là, fidèle, et la honte aussi, terrible, et l'horizon tellement sombre, obscuré de gros nuages.

Kristina a trouvé un nouveau travail, mieux payé. Marko est dans une école spécialisée. Il ne parle presque pas. Quant à Ivan, qui se sentait responsable de sa famille pendant toutes ces années, il a travaillé très fort à l'école et envisage de commencer des études de médecine.

Du fond de sa crevasse dont personne ne peut l'extraire, Mario essaie de dire sa détresse. Mais qui donc intéresse-t-elle encore ? Mario s'accroche à la vie. Il a songé mille fois à disparaître ; il a regretté mille fois de ne pas être mort sous sa machine, d'être devenu un fardeau pour sa famille, mais il est toujours là. L'écoute de son médecin l'a-t-elle aidé à survivre ? Peut-être ; son regard aussi, probablement. Mais surtout la tendresse que Kristina n'a cessé de lui témoigner, et celle de ses deux fils, certainement.

J'ai choisi de raconter la détresse de Mario, parmi tant d'autres. J'aurais pu vous narrer celle de Claudine, de Matthias, de Loïc, d'Angèle, de Max, d'Antoine, de Philippe, de Véronique ou de Stéphanie, celle de dizaines et de dizaines d'hommes et de femmes dont la souffrance a tant besoin d'être reconnue et qui souvent se sentent abandonnés, dans une impasse.

Du latin *districtia* (chose étroite, étroitesse), le mot détresse exprime cette sensation d'impasse serrée, un peu comme doit la ressentir un alpiniste seul, coincé dans une crevasse, ou comme Joseph,

jeté par ses frères au fond d'un puits. Après 26 ans de pratique en médecine familiale, j'ai acquis la conviction que la détresse n'est pas une conséquence directe de la souffrance. C'est plutôt la non-reconnaissance de cette souffrance par autrui, les murs dressés autour d'elle par l'entourage ou par la société, qui engendrent ce profond désespoir accompagné d'un sentiment d'abandon. Comme l'écrit le philosophe Michel Cornu, cité en exergue, ce qui nous permet de ne pas mourir de la souffrance, c'est de l'exprimer.¹ Mais tout le monde n'a pas les talents d'Edward Munch pour en faire un tableau magnifique ni ceux de Schubert pour en extraire un quintette à cordes... Peut-être le cabinet du médecin est-il la toile qui permet au cri humain de prendre forme et d'acquiescer du sens ou la portée musicale offerte aux noires et aux croches de la détresse humaine pour devenir cette musique poignante qui dit la vie.

Ivan, jeune médecin, lira-t-il un jour ces lignes ? Qui sait ? Peut-être comprendra-t-il alors pourquoi il a choisi de pratiquer ce noble métier qu'est l'art médical. ■

Bibliographie

1 Cornu M. Parole brisée. Genève: Editions du Tricorne, 2004;13.

Détresse existentielle exprimée sur les «Divans Radiophoniques» : instrumentalisation ou expression de dernier recours ?

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : S7-S8

E. Fernagut

Etienne Fernagut
RSR La Première
40, avenue du Temple
1010 Lausanne

Tout humain est un jour confronté à des moments de souffrance plus ou moins supportables. Ces phases de mal-être sont très fréquemment vécues comme injustes : «Mais qu'ai-je donc fait au ciel pour mériter tout ça !... C'est impossible de souffrir à ce point !» Il lui faut donc recourir à la parole, exposer ses impuissances, ses étouffements, pour que soit entendu et reconnu l'aspect inique – et unique – de sa situation. Certes, l'effet cathartique de cette reconnaissance de l'angoisse n'a qu'un temps. Mais il n'empêche que pour «l'homme souffrant», l'air redevient momentanément respirable. Souvent sa dernière phrase en dit long : «Merci de m'avoir écouté... Ça m'a vraiment fait du bien de parler !»

Encore faut-il avoir trouvé à qui se confier. L'ami ? Nombreux sont ceux qui n'ont pas de véritable confident sincère et disponible. Celui qui saura garder la bonne distance sans se déstabiliser... Le voisin ? La démarche est hasardeuse, voire déplacée, d'autant que sa discrétion est peu garantie... Le psy ? L'image de sa pratique renvoie trop couramment à l'idée de folie et le dénicher n'est pas aisé. Le curé ou le pasteur ? Leur morale, même masquée, peut être perçue comme stigmatisante... Quant au médecin

de famille, son temps n'étant pas extensible, il redirige, comme il le peut, le demandeur d'écoute chez le psy, le pasteur ou le curé.

L'arbre à palabres ne poussant pas sous nos contrées, l'agora ayant fait place aux parkings, il ne reste plus pour certains que le «Divan Radiophonique». C'est en quelque sorte l'ersatz hertzien du confessionnal. C'est un des rares espaces où tous les ignorés de la souffrance et de l'injustice sociale peuvent encore faire état de leurs états d'âme. Impudiques et gratuites, ces lignes ouvertes restent la plupart du temps des pis-aller salutaires sur l'instant, mais clairement peu curatifs sur le fond.

Lorsque Mérie Grégoire, en 1967, ouvre l'antenne de Radio Luxembourg à la parole intime, le monde de la santé s'insurge, s'inquiète et se demande ce que vient faire la radio dans le pré carré de la psychanalyse, dans l'antichambre du cabinet médical, et si cela s'avère utile sur le perron des services sociaux. La place offerte à la personne privée au sein même de la sphère publique ratissait trop largement pour mériter un quelconque crédit. Pour beaucoup d'observateurs, ce genre d'émission n'avait qu'une seule «vocation» : attirer le plus grand nombre possible d'auditeurs. Son succès ne pouvait être que suspect. C'était sans compter sur la participation de «L'Auditeur-Acteur».

Dans *L'intimité surexposée*, le psychiatre et psychanalyste Serge Tisseron rappelle que : «Tout être humain a besoin de faire la distinction entre "espace intime" et "espace public", mais cela ne veut pas dire que la frontière entre les deux soit la même pour tous, ni qu'elle soit stable pour une personne donnée. D'autant que ce droit entre aujourd'hui de plus en plus souvent en concurrence avec un désir "d'extimité"... Je propose d'appeler "extimité" le mouvement qui pousse chacun à mettre en avant une partie de sa vie

intime, autant physique que psychique. Cette tendance est longtemps passée inaperçue bien qu'elle soit essentielle à l'être humain. Elle consiste dans le désir de communiquer à propos de son monde intérieur. Mais ce mouvement serait incompréhensible s'il ne s'agissait que de "s'exprimer". Si les gens veulent extérioriser certains éléments de leur vie, c'est pour mieux se les approprier, dans un second temps, en les intériorisant sur un autre mode grâce aux réactions qu'ils suscitent chez leurs proches. Le désir "d'extimité" est en fait au service de la création d'une intimité plus riche.»

La sphère du privé n'étant plus délimitée par les normes et les conventions, les acteurs des «Divans Radiophoniques» ont, peu ou prou, instrumentalisé ce besoin «d'extimité». Directeurs et animateurs d'antennes se sont ainsi fait mener par le verbe intime de «L'Auditeur-Acteur». Faut-il alors faire un procès d'intention à ceux qui donnent la parole à l'intime tout comme à ceux qui en usent ? Beaucoup le souhaiteraient, mais il leur faudrait nier que l'intervention du langage donne à celui qui s'exprime la possibilité de faire évoluer sa vie psychique.

UN MONDE D'ÉCHANGE TRIPARTITE

La part belle faite à l'émotion exposée en public pose à certains d'entre nous un réel problème d'éthique dès que l'on exige de chacun des gages de parfaite sincérité. Qui de l'auditeur, de l'intervenant, de l'animateur et du diffuseur peut prétendre à la clarté ? Il faudrait être d'une profonde naïveté pour affirmer être sans tache en la matière. Les auditeurs ne peuvent prétendre n'avoir jamais cédé au voyeurisme ; les intervenants ne livrent, sans beaucoup de remise en cause, que ce qu'ils pensent être leur vérité ; quant aux professionnels, ils composent – sui-



vant leurs degrés de lucidité – entre leur conscience et les implacables impératifs d'audience.

Ainsi posé l'idée que nous sommes face à un mode d'échange tripartite dans lequel chacun est censé prendre ses responsabilités, il reste à distinguer les conditions dans lesquelles s'organise et se diffuse la confiance. Que ce soit à la télévision ou à la radio, la «confession-médiatique» n'a de choix qu'entre deux voies qui s'opposent : le direct ou l'enregistré. En direct, l'intervenant s'expose à haute voix et peut à tout instant sortir du cadre, refuser la direction suggérée par l'animateur. De plus, il a la certitude qu'aucun montage ne viendra censurer ou déformer ses propos. Il peut encore à tout moment entraîner l'intervieweur sur des chemins de traverse, et ce jusqu'à le déstabiliser face à son public.

Cet ensemble de conditions limite par la force des choses l'instrumentalisation des participants car elle se ferait alors au vu de tous. Dans ce cas, intervenant, animateur et public vivent au même rythme. A l'inverse, dans les émissions enregistrées, toutes les reprises et mises en scène sont possibles, les montages peuvent prendre des allures de coups bas et aucune garantie, hormis la bonne foi, ne peut être accordée à l'intervenant. Enfin, et cette donnée n'est pas des moindres, dans les émissions en direct, le choix des candidats reste très aléatoire, tandis que pour les émissions enregistrées, la sélection ressemble à s'y méprendre à un casting de cinéma. Plus simplement, la prise de parole enregistrée vise à mettre en forme ce que la production souhaite faire entendre. A l'inverse, le direct donne à écouter une parole brute, donc peu manipulable sur l'instant.

Les règles du jeu étant ainsi dictées

par leurs propres structures, quels sont les enjeux des trois parties en présence ?

– Pour l'appelant, sa démarche peut viser plusieurs objectifs. Pour beaucoup, il s'agit avant tout de rechercher une aide dans l'espoir de résoudre un problème, conscient ou non, qu'en exposant ses difficultés, il se délivre souvent des poids du non-dit. Il peut aussi adresser un message à ses proches tout en se protégeant de leurs réactions premières («Je suis homosexuel»... «Je trompe mon mari»... «J'ai recommencé à boire».) Autre démarche, celle de soumettre à un large public une cause personnelle pour inviter les autres à la défendre. Enfin, et non des moindres, l'appelant recherche son quart d'heure de célébrité, une sorte de reconnaissance sociale que seules les lignes ouvertes peuvent lui offrir à bon compte. – Pour l'auditeur, en se mettant à l'écoute de l'appelant, il ouvre un miroir à trois faces : la réappropriation, la compassion et l'indignation, quand ce n'est pas les trois à la fois.

– Enfin, pour l'animateur enchaîné entre les deux premiers groupes, un complexe exercice d'équilibre lui fait face. En direct, c'est-à-dire sur l'instant, il se doit de répondre au moins à sept problématiques : écouter tout en gardant la bonne distance, endiguer les débordements des uns et des autres, éviter la propagation des inepties ou des positions philosophiques par trop discutables, veiller à la bonne répartition des temps de parole, répondre aux demandes de conseils (mais alors à quel titre ?), protéger, aussi bien les auditeurs que lui-même, des trop-pleins d'émotions. Et pour définitivement rendre la chose périlleuse, il se doit de rester un homme de média ; c'est-à-dire un professionnel déchiré entre le dicible et l'indicible, entre le fond et la forme.

OBLIGATION D'AUDIENCE OU RAISON CITOYENNE ?

Instrumentalisation ou expression de dernier recours ? Telle est donc la question ! Pour y répondre de façon claire, il faudrait que tous les acteurs parlent la même langue. A l'aune de qui, de quel droit ou à quel titre peut-on prétendre définir les champs du correct et de l'indécent, de l'essentiel et du superflu, du puéril et du sérieux ? Chaque courant de pensée a son solfège et rares sont ceux qui admettent que la partition des autres peut aussi produire de la musique audible. En la matière, et à défaut de consensus, acceptons au moins que notre maître-mot découle du verbe «exprimer» composé du préfixe latin *ex* (hors de) et du suffixe *premere* (presser). Pris sous cette acception, il est indéniable que les «Divans Radiophoniques» offrent un réel espace d'expression à ceux qui, par leur situation sociale, en sont privés. Ici, l'urgence des uns et des autres est prise en compte. A la bonne franquette, certes ! Mais elle est accueillie ! C'est même souvent, et pour beaucoup, un ultime recours.

Reste alors aux diffuseurs, et à leurs animateurs, à choisir entre deux tendances : celle de l'obligation d'audience ou celle de la raison citoyenne. Cette dernière, à travers l'exemplarité et la multiplicité de ses témoignages à la première personne, peut révéler des faits de société qui finissent par être pris en compte par une grande partie de la population. C'est probablement dans cet impact social que réside l'intérêt de ce genre d'émission.

Avant de condamner les lignes ouvertes radiophoniques, vérifions que ce n'est pas d'abord la libre parole offerte à tous qui en inquiète certains !





Les nouveaux lieux de la détresse existentielle

Rev Med Suisse 2008; 4: S9-S11

C. Delli Noci

Dr Carlo Delli Noci
Chargé de la recherche
Service Information Formation
Recherche
Réseau Santé Valais – Institutions
psychiatriques du Valais romand
Hôpital de Malévoz
Route de Morgins 10, 1870 Monthey

INTRODUCTION

L'arrivée d'internet représente certainement l'invention la plus révolutionnaire des dernières décennies, dont l'impact peut être comparé à celui de l'invention de l'imprimerie ou de la diffusion de la radiotélévision. Les effets en termes de changements d'une telle révolution copernicienne sont multiples, extrêmement rapides et bien loin d'être étudiés dans leur complexité. Le but de cet article est d'explorer ainsi que de faire le point de la situation sur l'implication d'internet et de ses langages intrinsèques relativement à la problématique de la détresse existentielle. Notre priorité, toutefois, n'est pas de fournir des données sur l'utilisation du web en lien avec la santé psychique, mais plutôt de mettre en lumière ses modalités et implications, en favorisant la réflexion autour de ce thème.

Nous nous consacrerons, en effet, à ce nouveau moyen de communication, substrat moderne de l'interaction-communication entre les individus, en essayant de mettre en évidence quel type de lien

existe entre contenu, contenant (du web) et grammaire communicative spécifique au système. En d'autres termes, notre étude se prévaut de mettre en évidence, et si possible sans préjugés, la manière dont ce réseau est sollicité en lien avec la thématique de la détresse existentielle, quelles sont les règles de ce contexte (web-internet) et quel est l'éventuel paradigme communicatif sous-jacent.

WEB, SITES, BLOGS ET DÉTRESSE EXISTENTIELLE

Il est désormais bien connu que certaines formes de communication présentes sur le web représentent un intérêt particulier relativement à la problématique de la détresse existentielle, qui peut s'exprimer, dans sa manifestation la plus dramatique, par l'acte suicidaire. En effet, nombreux sont les supports télématiques qui fonctionnent comme vitrine ou contexte médiatique à la réalisation d'un projet autosuppressif. Il s'agit d'une pratique en expansion, à laquelle doit être portée une attention adéquate car elle ne constitue que l'épiphénomène d'un processus médiatique et communicatif, dont les implications résident non seulement dans le voyeurisme et l'imitation, mais aussi et surtout dans les trames grammaticales spécifiques d'une modalité d'expression, de communication, d'être en relation nouvelle et divergente : *pertinente et hypertextuelle*.

L'emploi de l'ordinateur a considérablement augmenté durant la dernière décennie. Aux Etats-Unis, internet est régulièrement utilisé par 70% des Américains adultes, et pour 65% d'entre eux quotidiennement. Cette estimation augmente jusqu'à 87% pour les plus jeunes. Il s'agit d'une activité quotidienne qui dépasse la sphère purement professionnelle.

Dans une récente étude américaine (P.R. Recupero, 2008), des chercheurs ont

analysé certains sites repérés sur le net, en se servant des moteurs de recherche les plus communément utilisés. Les mots-clés insérés ont été : «suicide», «méthodes pour se suicider» et «comment se tuer». Les résultats, empiriquement vérifiables par toute personne suffisamment familière du net, mettent en lumière le vaste choix de «ressources» que le web rend disponible. En classifiant les sites obtenus en trois catégories, la recherche montre la présence de 30% de sites disant «neutres», ainsi que de 29,2% de sites «anti-suicide». Par conséquent, internet offre de nombreuses ressources online ayant pour objectif de dissuader la personne en crise relativement à un passage à l'acte potentiel. Les sites pro-suicide sont, quant à eux, moins fréquents en termes de pourcentage (11%) par rapport aux précédents. Ces derniers ont été classés en deux sous-catégories : ceux qui encouragent la pratique, en misant sur la liberté de choix quant au passage à l'acte, et ceux qui la justifient dans des circonstances tout à fait particulières comme, par exemple, dans le cas de l'euthanasie.

De la même manière, il existe d'autres sources d'information et de nouveaux lieux de discussion en lien avec la problématique de la souffrance existentielle, comprenant le phénomène du suicide : les *communities* (forum, webgroups, chat-rooms, blogs, etc.). Ces *communities* constituent une série de plateformes où l'aspect d'«interactivité» et d'«ouverture» du système se retrouve bien plus marqué. De telles communautés virtuelles sont (mais jusqu'à quel point ?) de véritables lieux de rencontre et d'échange d'opinions, d'«expériences» ou d'informations. Un nombre toujours plus important de jeunes et d'adultes choisissent d'exprimer leur détresse existentielle sur ces espaces médiatiques, par l'usage d'une modalité écrite très proche de la condition-même



de la pensée (D. De Kerckhove, 1997). Il s'agit ici de lieux étroitement reliés entre eux par un système entièrement «ouvert et en interconnexion» qui, pour maintes personnes seules ou en rupture de liens, offrent un sentiment de soulagement. Internet assume, en effet, au-delà de ses différents usages professionnels, ludiques et autres, de multiples fonctions alternatives, que l'on peut qualifier d'«attentes», auxquelles l'utilisateur prétend dans l'acte de se joindre en réseau. On peut sans aucun doute affirmer que, pour une grande part d'individus, internet fait partie du quotidien, en s'insérant toujours davantage dans les dynamiques sociales et les trames culturelles, de même que, dans un passé récent, pour les mass media (par exemple la télévision). Si nous concevons qu'à chaque accès internet peuvent, en quelque sorte, correspondre une question et une attente, nous pouvons sans aucun doute rejoindre De Kerckhove qui affirme que le réseau répond à un véritable besoin, que l'auteur exprime par le biais d'une caractéristique fondamentale du web : la pertinence. Celle-ci qualifie le type de relation à laquelle une personne adhère, conformément à ses besoins. Dans ce sens, la pertinence assume un rôle de pivot dans la grammaire d'adhésion au système web (autrement à d'autres médias comme, par exemple, la télévision), en soulignant la nécessité croissante d'une dimension subjective et personnalisée du sujet confronté à un contexte toujours plus «communautaire» (comme celui du web ou de la community).

À cela, il faut ajouter que l'individu se trouve toujours davantage confronté à un système de consultation (*links*) du réseau, expansivement rapide et fluide, non linéaire, où le rapport entre langage et pensée se transforme inévitablement (D. De Kerckhove, 1997). Dans un récent article, paru dans la revue américaine *Atlantic*, l'auteur, N. Carr, souligne la façon dont notre structure mentale s'habitue à rassembler les informations de la même manière que le réseau les distribue. Selon un langage cher à l'anthropologie et à la sociologie, l'interaction avec le réseau oblige l'esprit à se configurer selon une structure hypertextuelle, en conditionnant la grammaire interne des processus, tels que sélectionner, mémoriser et, probablement choisir. La consultation de sites, *blogs*, *chat-rooms*, et plus

généralement toute relation passant à travers un écran, d'un point de vue purement logique, semblerait laisser à l'individu, qui se connecte au réseau, le pouvoir d'exercer, dans une certaine mesure, le contrôle, la gestion et la liberté de choix. Cependant, dans la génération web, parmi les effets de *multitasking mental* on doit considérer que les décisions de l'esprit ne restent plus l'apanage de l'utilisateur, car celles-ci sont partagées entre le système, l'ordinateur et le texte. Plus le passage d'information est interactif et «ouvert» et paradoxalement «personnalisé» – caractérisé par un éventail d'options toujours plus diversifiées dans le cercle des interconnexions possibles – moindre sera la responsabilité qui incombe à l'utilisateur. Celle-ci retombe plutôt sur le système-contexte qui, dans un certain sens, sera en mesure d'exercer une influence toujours majorée sur le sujet à travers la simple puissance, la rapidité et la variété de l'offre à disposition. Nous pouvons facilement imaginer l'impact d'un contexte si séduisant, «totalement libre et ouvert» en termes de fascination sur la personne qui, vulnérable, peut vivre une phase particulièrement délicate de son existence et se tourner vers internet avec une question, un besoin, une attente. Il s'agit d'une condition vis-à-vis de laquelle les services offerts par le net peuvent exercer une influence déterminante sur la liberté de choix de l'individu, en canalisant l'ambivalence typique de la situation de crise vers une décision résolue. Il y a, en effet, en littérature comme dans la pratique quotidienne, des épisodes qui ont contribué à la réalisation d'un projet autosuppressif (comme le montre le cas des «pactes suicidaires»). Tout aussi présentes, mais cependant médiatiquement moins évidentes, sont les situations caractérisées par une grande souffrance existentielle et par une incertitude décisionnelle, où le soutien de sites ou de formats online, comme *www.ciao.ch*, joue un rôle décisif, au sens thérapeutique, vers une résolution positive.

COMMENT PEUT-ON DONC SE SITUER FACE À UNE TELLE AMBIGUÏTÉ DU CONTEXTE ?

Pour nombre d'individus souffrant de solitude, internet représente en principe un moyen de socialisation, un accès ; une

façon donc de sortir de leur condition de «déconnectés» non seulement sur le plan informatique ou digital, mais aussi relationnel et social. Dans le cas d'une personne qui vit dans un état de détresse existentielle, internet et son volet communautaire constituent un substrat toujours plus utilisé, plus rapide et «efficace», sur lequel et par lequel extérioriser sa condition d'être en souffrance. Les fonctions, dont le net est pourvu, peuvent par conséquent être classées dans une gamme d'alternatives allant du négatif au positif, du thérapeutique au nocif et vice versa, y compris dans leurs nuances. Il en va donc du réconfort, du désir d'être compris, de l'exhortation à persévérer dans un état de malaise, jusqu'à l'encouragement à l'acte auto-agressif. Mais il y a aussi l'aide réelle, la solution positive ou «thérapeutique» de la solitude ou du malaise perçu.

Au-delà de l'aspect médiatique, peut-être spectaculaire et parcellisé du phénomène du cyber suicide, le web et les *communities* endossent par conséquent une responsabilité sur le plan communicatif, relationnel et décisionnel, dont il faudrait tenir compte surtout relativement à la sphère, bien plus vaste, de la détresse existentielle. Celle-ci représente une condition humaine de vulnérabilité bien au-delà de la maladie, où l'aspect pathologique n'est pas clairement définissable et isolable, et où l'importance du contexte (éducatif, social, culturel, médiatique) revêt un rôle fondamental et déterminant dans sa compréhension.

Quels sont donc les moyens, en termes de prévention, pour un impact «thérapeutique-constructif» du web, qui contraste efficacement avec son impact «pathologique-destructif» ? Comment quantifier et qualifier l'utilisation et l'impact du web contexte-hypertexte pour une personne en détresse existentielle ?

Les réponses à de telles questions sont extrêmement difficiles et complexes à donner. A propos d'internet, une règle est certaine : on peut chercher quelque chose de très spécifique et finalement en trouver d'autres. L'individu, dans son état de vulnérabilité et de crise existentielle, se retrouve dans une situation face à laquelle le seul «être présent» peut avoir une fonction déterminante. Il vacille à l'égard de sa capacité de choix devenue précaire et, dans ce sens, moins libre et

consciente (M. Perret-Catipovic, 2004). A l'instant même où il se joint au réseau, il est à la recherche d'une réponse aussi subjective et pertinente que le sont ses attentes. C'est pourquoi, plus l'ambivalence est forte, plus l'attente et la soif de pertinence sont importantes, comme par ailleurs la nature et le fonctionnement hypertextuel du contexte qui peuvent être tout à fait significatifs.

Il est souhaitable, de ce fait, d'entreprendre des actions de *policy* sur le web, qui visent à la fermeture de sites, blogs et autres plateformes encourageant au suicide. Toutefois, le phénomène revêt une importance beaucoup plus vaste et sa compréhension et sa «résolution» demandent une aptitude qui va bien au-delà

d'une intervention de la part de censeurs. En outre, cette dernière solution, comme certains auteurs l'ont bien souligné, manque d'efficacité, car elle demeure lente face à la rapidité de réponse du système.

Le web ne doit pas être diabolisé, ou encore «pathologisé», compte tenu du fait qu'il représente très souvent une ressource. Il doit être compris, et pour le comprendre, il faut être attentif aux nouveaux contextes où la détresse s'exprime. En termes de promotion de la santé, une stratégie qui se veut efficace (sur le modèle des services psychosociaux en réseau) ne peut pas se passer de prendre en considération ce «contexte» qui est proche de l'hypertexte, ces «nouveaux espaces communautaires». Les profes-

sionnels de la santé devraient être en mesure de connaître les langages spécifiques et les modalités expressives de ces endroits et, donc, ne pas se contenter d'intégrer ce que l'on fait déjà dans une pratique clinique.

C'est pourquoi, on pourrait soutenir, à juste titre, qu'une médecine qui veut se définir comme communautaire, qui tient compte des nécessités de l'individu et qui aspire à être présente dans les lieux et dans les temps où s'exprime la détresse, doit acquérir cette sensibilité et connaître les méandres d'une communication pertinente et hypertextuelle, cela pour répondre aux besoins d'une manière subjective et adéquate, conformément à ses intentions. ■

Bibliographie

- Bateson G. Verso un'ecologia della mente. Milano: Adelphi, 1976.
- Becker K, Schmidt MH. Internet chat rooms and suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43: 246-7.
- Benenzon R, Delli Noci C, Luban-Plozza B, Palleschi A, Palleschi F. Il Libro come psicotecnologia et La relazione medico-paziente en *Pharmacum cartusienae: medicina, terapia non verbali e mondo monastico*. Institut für Anglistik und Amerikanistik Universität Salzburg. Salzburg, 2002, 15-46 et 44-77.
- Bonvin E. Santé mentale et soin de la souffrance psychique en Valais, 2005. www.sifor.org/cms/concplan/santementvs/docref.php
- Caplan SE. Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use. *Cyberpsychol Behav* 2007; 10:234-42.
- Carr N. Is Google making us stupid? 2008. www.theatlantic.com/doc/200807/google
- De Kerckhove D. L'intelligence des réseaux. Paris: Editions Odile Jacob, 1997.
- Eco U. Opera aperta. Milano: Bompiani, 1962.
- Gould MS, Munfakh JL, Lubell K, Kleinman M, Parker S. Seeking help from the internet during adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41: 1182-9.
- Gray NJ, Klein JD, Noyce PR, Sesselberg TS, Cantrill JA. Health information-seeking behaviour in adolescence: The place of the internet. *Soc Sci Med* 2005;60:1467-78.
- Mittal VA, Tessner KD, Walker EF. Elevated social internet use and schizotypal personality disorder in adolescents. *Schizophr Res* 2007;94:50-7.
- Palleschi F. L'acédie dans l'œuvre d'un prémontré devenu chartreux au XII^e siècle: Adam Scot et le Liber de Quadripertito exercitio dans Nabert N. Tristesse, acédie et médecine des âmes dans la tradition monastique et cartusienne. Paris: Beauchesne Editeur, 2005.
- Perret-Catipovic M. Le suicide des jeunes. Saint Maurice: Editions Saint-Augustin, 2004.
- Recupero PR, Harms SE, Noble JM. Googling suicide: Surfing for suicide information on the Internet. *J Clin Psychiatry* 2008;69:878-88.
- Stevens SB, Morris TL. College dating and social anxiety: Using the internet as a means of connecting to others. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:680-8.
- Thompson S. The internet and its potential influence on suicide. *Psychiatric Bulletin* 1999;23:449-51.



Détresse adolescente et tentatives de suicide

Rev Med Suisse 2008; 4: S12-S14

D. Le Breton *

Pr David Le Breton
Université Marc Bloch de Strasbourg
22, rue René Descartes
67084 Strasbourg
France

TUER LA SOUFFRANCE, NON PAS SE TUER

Le suicide est rarement une recherche de la mort, il vise d'abord la fin d'une souffrance. A défaut de trouver une solution pour s'extirper d'une impuissance, et assuré du sentiment que la situation est irréversible, la mort paraît alors aux yeux de l'acteur la seule issue pour mettre un terme à une insupportable tension. Mais au moment de l'adolescence, l'acte est porteur d'une forte ambivalence. La souffrance d'un enfant ou d'un adolescent est sans commune mesure avec celle d'un adulte qui dispose d'un recul suffisant pour relativiser les

épreuves traversées en sachant que le temps en désamorce l'acuité. La plupart du temps, le jeune vit pour la première fois cette expérience malheureuse. Il est plus enclin à prendre à la lettre les menaces d'un vigile qui vient de le prendre sur le fait, un DVD dans sa poche ou les appréciations négatives d'un enseignant par exemple, ou encore la séparation de ses parents ou leurs conflits, le mépris ou l'indifférence du nouveau compagnon ou de la nouvelle compagne de son père ou de sa mère. L'adolescent vit souvent les événements sans distance, ou avec un «je sais bien mais quand même» qui maintient intacte sa blessure. L'identification d'une «cause» au suicide ou à la tentative est souvent un leurre: la mauvaise note, la rupture amoureuse, une réprimande peuvent être la goutte d'eau qui fait déborder le vase. La déchirure était déjà présente, et un événement quelconque ajoute un dernier coup de boutoir. Le «prétexte» est souvent significatif d'une matrice de souffrance déjà là: un manque de reconnaissance, une absence de confiance en soi, des parents absents, indisponibles, mal aimants, abus sexuels, maltraitance, etc. Les événements identifiés dans l'après-coup de l'acte visent à lui donner une «raison» et à l'inscrire dans une logique de comportement plutôt que de le laisser dans l'innommé et à la merci d'une responsabilité familiale. Effet de rationalisation qui rassure l'entourage et donne à la mort de l'adolescent une allure accidentelle.¹ Comme si le jeune avait été tué du «dehors», par une infortune ou un dessein dirigé contre lui. Il s'agit de conjurer l'horreur, et, pour une part, dissiper la culpabilité des proches.

DES TENTATIVES DE VIVRE

La mort comme instance irréversible d'arrachement à l'existence est rarement

l'horizon d'attente de l'adolescent. Sinon, il recourt à des moyens sans appel: arme à feu ou pendaison surtout. Il y a sans doute chez certains jeunes une volonté ferme de mourir fondée sur l'argumentation que l'existence n'est pas digne qu'on la vive. Ou à cause d'une souffrance leur paraissant insurmontable au moment de l'acte. Le jeune laisse parfois une lettre sur son désir de quitter un monde où il n'a pas trouvé sa place, ou il s'engage avec un ou une autre dans un pacte pour mourir qui va souvent à son terme. Parfois, comme un fait divers en témoigne fin mai 2008 en France dans une forêt du nord de la France, le pacte de suicide se construit autour d'une complicité nouée sur internet et sur une décision de se rencontrer pour aller au bout. Le suicide est alors sans équivoque. Mais dans le contexte de la jeunesse, les tentatives de suicide comme les conduites à risque sont toujours en dernière instance des tentatives de vivre.² Elles visent à la restauration de soi, à l'effacement d'une souffrance, non à la destruction.

L'acte suicidaire s'efforce d'extraire la mauvaise part de soi qui apparaît comme un mur empêchant d'avancer. La radicalité de l'acte, par la sollicitation physique qu'il impose, restaure avec force des limites de sens avec le monde. Il a une efficacité symbolique en ce qu'il redéfinit l'existence. Il modifie en profondeur les relations entre le monde intérieur du jeune et son environnement. Il s'agit rarement de se tuer pour mourir, mais plutôt de se tuer pour devenir autre, se défaire de ses tourments. L'acte vise à s'arracher à soi-même, à se désengluier des images négatives. Tuer l'autre en soi ou les représentations néfastes qui collent à la peau.

L'intention de mourir est malaisée à définir chez un adolescent dont le geste est moins un choix philosophique ou existentiel qu'une nécessité intérieure à un moment de crise, d'autant que sa percep-

* David Le Breton: professeur de sociologie à l'Université Marc Bloch de Strasbourg. Membre de l'Institut universitaire de France. Membre du laboratoire UMR-CNRS: Cultures et sociétés en Europe. Auteur notamment de *En Souffrance. Adolescence et entrée dans la vie* (Métailié), *Conduites à risque, Des jeux de mort au jeu de vivre* (PUF, Quadrige), *Du silence* (Métailié), *La saveur du monde, une anthropologie des sens* (Métailié) et d'un roman policier: *Mort sur la route* (Métailié).

tion de la mort est souvent singulière. Nombre d'adolescents qui ingèrent des substances médicamenteuses ignorent les conséquences de leur acte. Certains qui veulent ardemment mourir prennent des produits qui ne possèdent pas la dangerosité qu'ils leur prêtaient. Et d'autres qui souhaitaient seulement «dormir» un moment prennent des doses ou effectuent des mélanges mortels. Mais ce n'est pas tant lui que l'adolescent veut tuer que quelque chose en lui qu'il ne supporte pas et qui aiguise sa souffrance. Aucune équation n'est déductible entre les moyens utilisés et l'issue de l'acte qui dépend de la dose de médicaments ingérés, des circonstances favorables ou non qui ont permis au secours de se mettre en place, ou du sursaut de conscience du jeune qui s'est fait vomir ou a appelé les pompiers. Toute tentative de suicide traduit une détresse. L'envahissement du champ de conscience par un sentiment d'effondrement, de vertige, de confusion de la pensée implique chez nombre de jeunes une issue vers un agir souvent brutal pour mettre un terme à la tension. L'impuissance où le jeune se débat pour élaborer une issue positive l'amène à chercher au plus près du corps un cran d'arrêt. La tentative de suicide qui aboutit parfois au suicide est à la clé de cette douloureuse effervescence intérieure.

Paradoxe, lors de l'adolescence, la manipulation de l'idée de mort est une manière de tenir celle-ci à distance, d'en désamorcer la menace.¹ Elle est une voie vers la connaissance de soi dans le rapport au monde, une manière de prendre ses marques. Exutoire de l'agressivité contre soi et les autres. Manière d'amortir les coups. Elle évite le pire, même si elle n'est pas exempte de danger pour des jeunes plus en souffrance que les autres et qui risquent de se brûler avec le feu à force d'en attiser l'imaginaire. Mais, essentiellement, elle est un paravent contre l'angoisse, une manière de rester le maître du sens et de ne pas s'en laisser conter par les circonstances. Comme si mourir pouvait désormais advenir de sa seule volonté propre. Le fait de s'éprouver diffusément comme *a-mortel* n'est pas incompatible avec le sentiment de sa précarité personnelle. L'ambivalence règne, surtout à cet âge. La perception de la mort chez les jeunes générations possède une dimension d'irréalité, elle est

sans cadavre.² On meurt un moment, et l'on revient après ce détour les soucis enfin résolus. Une confusion du dehors et du dedans témoigne de limites de sens confuses et amène à concevoir la mort dans le prolongement de l'existence comme une zone de retraite et de réparation, un refuge contre l'adversité. La mort est un mot pour désigner le calme, l'apaisement, la fin des tensions. La tentative de suicide est une manière magique de casser l'enchaînement insupportable des choses et de «recommencer à zéro», de biffrer l'avant pour éprouver face à soi une situation enfin propice. L'intuition de la mort n'est pas celle d'une fatalité, d'une destruction de soi, mais le fait de se reprendre en main sans pressentir les conséquences possibles d'un choc en retour qui retranche définitivement de l'existence.

UNE AUTRE REPRÉSENTATION DE LA MORT À L'ADOLESCENCE

Les jeunes ne possèdent pas de la mort la vision fatale et irréversible qui est celle de leurs aînés, elle n'est pas perçue comme une destruction de soi, elle n'a pas le sens de la fin de l'existence. Dans le propos de maints jeunes, surtout des adolescentes, elle est à l'image d'un sommeil dont on s'éveille un jour, un temps de suspension, voire même de purification qui dépouille enfin des scories qui infectent l'existence. «Je voulais dormir», «je voulais que ça s'arrête», «Ça me prenait trop la tête», «Je voulais faire réagir mon père». Une sorte de coulisse où trouver l'apaisement avant de renouer avec les nécessités de la représentation. Mourir n'est pas se tuer mais disparaître comme derrière un rideau sur une scène avant de bientôt revenir, purifié de tout souci dans une sorte de fantasme de Belle au bois dormant. Le recours aux médicaments pour tenter de se donner la mort est révélateur, il est le moyen le plus souvent utilisé par les adolescents, surtout les filles, renvoyant à une conduite magique d'effacement de la souffrance par un procédé immédiat. De la même façon que leurs parents essaient de réguler leurs difficultés personnelles avec des procédés chimiques : psychotropes, etc., dans une quête de la molécule magique et non plus en essayant de changer le cours de leur existence, leurs enfants effectuent

un usage détourné des molécules. Ces médicaments pour soulager du mal de vivre sont là utilisés pour soulager l'existence toute entière dans une attente magique que tous les maux se résolvent.

Ce désir de dormir est aussi pour une large part une forme de régression, une volonté de retourner à l'enfance et d'être libéré de la charge de tension liée au fait de grandir et de devoir assumer de nouvelles responsabilités. Les contraintes d'identité deviennent trop lourdes à porter et elles appellent un soulagement symbolique. Recherche de blancheur, d'effacement provisoire de soi. Volonté d'abandonner les contraintes de l'identité, de ne plus être soi.² Suspension de soi, effacement des circonstances, quête d'un coma non prémédité, mais intérieurement désiré comme un havre où se reconstituer. Mort non brutale et définitive mais réversible et maternelle, lieu d'apaisement des tensions, en un mot une mort sans cadavre. Le souci est moins de mourir que de ne plus être là. Il est moins de se tuer que de vivre, de se dépouiller seulement du pire. Nombre de ceux qui meurent ne le voulaient pas, à la différence du suicide touchant des personnes plus âgées où le sentiment du tragique de l'existence est nettement présent.

La quête poursuivie lors de la tentative de suicide est celle d'une mort qui mette un terme aux tourments, la recherche d'une matrice où trouver la paix. Elle est l'instance où s'abolit enfin l'insupportable. En manipulant l'idée de mort, en partie aseptisée dans son esprit car elle n'est pas susceptible réellement de le détruire, le jeune effectue un compromis avec son mal de vivre, sa quête de reconnaissance et sa volonté de ne devoir qu'à lui.

La tentative de suicide apporte un soulagement provisoire, parfois durable ou définitif. Elle expulse la tension qui produisait le sentiment d'un effondrement de soi. Son issue en termes de redéfinition de soi sous une forme plus heureuse, dépend des ressources personnelles du jeune et de la qualité d'accompagnement de son entourage. Dans un premier temps, le jeune éprouve le sentiment diffus de sa légitimité à exister puisqu'il a survécu à l'ordalie,² mais l'attitude des proches demeure décisive. S'ils ne reconnaissent pas le jeune et banalisent son geste, ils le confirment à l'inverse sur son insignifiance.



Les tentatives de suicide sont toujours des tentatives de vivre, une recherche de renaissance afin de s'affranchir de circonstances et de représentations insupportables, et non une quête de destruction. La mort à l'horizon des tentatives de sui-

cide adolescentes ne s'oppose pas à la vie mais seulement à la souffrance, au fait de ne pouvoir se supporter soi. Elle entend effacer l'existence présente et non réfuter l'existence en tant que telle. ■

Bibliographie

- 1 Haim A. Les suicides d'adolescents. Paris : Payot, 1969.
- 2 Le Breton D. En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie. Paris : Métailié, 2007.



Idéal spirituel et détresse existentielle

Rev Med Suisse 2008; 4: S15-S17

B. Forthomme

Pr Bernard Forthomme
Professeur aux Facultés jésuites
de Paris
Centre Sèvres, Paris VI
7, rue Marie-Rose
75014 Paris
France
bernard.forthomme@laposte.net

*Cette noblesse humaine immaculée
que nous sentons si profondément en
nous-mêmes reste intacte, alors même
que toute marque extérieure semble
évanouie; et elle saigne de pure
angoisse au spectacle d'un homme
dont le courage a failli. La miséricorde
elle-même, en voyant une chose
si honteuse, ne peut pas complètement
taire ses remontrances aux étoiles
qui l'ont permise.*

Herman Melville
Moby Dick (1851), ch. XXV

LE CONTE DE FÉE DU SUICIDE

L'expérience de la détresse existentielle, ce n'est pas une épreuve univoque de soi. Tout au contraire; c'est l'expérience du double, mais en un seul être, et qui ne parvient pas facilement à interrompre cet être.

En effet, la détresse existentielle, c'est lorsqu'on a le sentiment prestigieux que tout est perdu ou que tout est resserré, étrié, étranglé; prestige de la corde!

Bref, c'est l'échec de l'humain en soi. A tel point que l'on est alors tenté d'en finir avec ce résidu de l'humain, ce reliquat encore nécessaire pour souffrir de la perte.

Ce n'est pas seulement le paradoxe bien connu du suicidaire: celui qui veut fuir le monde écœurant par un acte de désespoir, tout en espérant un sort meilleur. Essai d'échapper à la mort par la mort. Courage si lâche sans doute, mais l'être qui n'a peur de rien est pire qu'un lâche.

Il s'agit ici de l'épreuve existentielle du double, au sens où une partie de moi-même désire cette porte ouverte de la mort, et une autre partie la refuse avec une vigueur qui peut être si grande que même la porte apaisante de la mort se referme, et oblige le désespéré à rentrer dans le monde.

C'est alors que la porte de la mort se révèle le songe d'une clarté et d'une embellie de la respiration, un mensonge dans la vérité, une fiction qui m'ouvre à l'altérité tout en refusant les autres. Le désir d'en finir se trouve affronté non à une faculté qui le refuserait par réflexion, mémoire ou volonté, mais à tout l'être qui se veut un refus. Tout l'être se fait ce farouche refus de mourir.

Il y a sans doute des personnes plus disposées que d'autres à se donner la mort, et certaines plus enclines à lui opposer une résistance farouche au sein même du désir d'en finir. Le profil du refus n'est pas seulement alimenté par l'idéal religieux, mais par l'étoile de l'aventurier, sa foi en une destinée. Certes, c'est souvent une étoile funeste, mais cela reste une étoile.

La foi en une promesse ou en une providence fait émerger de manière aiguë l'expérience de la mort comme événement imminent, émissaire d'une respiration salutaire, et facilite, simultanément, le recours à la fiction qui entend triompher

de la mort par la mort, sans échapper aux limites internes de ce triomphe-là. Le profil de l'aventurier apprivoise sa crainte de la mort, la transforme en stimulant de nouvelles aventures, de nouvelles prises de risque, à tel point que le conte de fée du suicide s'effiloche. Le conte de fée du suicide que l'on se raconte avant la mort, c'est une forme de refuge au même titre que le laudanum ou l'alcool.

LE SUICIDE D'UN ENFANT EN BAS ÂGE

L'aventure romantique aime identifier le crime à l'événement, et particulièrement lorsque c'est un enfant qui commet ce crime. Dans un très bref essai autobiographique, Théophile Gautier nous rapporte son envie de se suicider à l'âge de trois ans, alors que ses parents venaient de déménager de la province profonde vers la vaste capitale. Il voulut alors se jeter par la fenêtre et n'en fut empêché qu'*in extremis*. Comment interpréter cette incroyable envie de se jeter si jeune par la fenêtre? Est-ce une forme de mélancolie du déménagement? Que pourrait nous dire, sur un événement aussi mystérieux, la logique de l'aventure, irréductible à celle de la psychologie, serait-elle sociale? Même la constatation très pertinente de l'indifférence enfantine à sa mort ne suffit pas à éclairer un pareil drame, une telle détresse et une si forte manière de la desserrer. Le sens d'un soi singulier ne serait pas encore suffisamment fort pour éprouver le drame de la mort unique et irréversible, et *a fortiori* pour véritablement se *sui-cider*. Si nous écartons la portée décisive de ce type d'explication, notre stupeur ne peut, semble-t-il, que se renforcer.

N'est-ce pas plutôt notre étonnement même qui est étonnant? Nous pourrions tout aussi légitimement nous demander comment un enfant vraiment vivant n'au-



rait justement pas l'envie de se jeter par la fenêtre ? Le plus surprenant serait que l'enfant ne soit pas tenté un jour ou l'autre par cette fenêtre-ci, par cette anfractuosité, cet écart dans la clôture, l'attention de l'entourage familial. Ce qui est étonnant, en vérité, c'est la connexion entre cette envie enfantine de chute et l'idée majeure de suicide, non pas l'acte de se défenestrer en lui-même. Il parvient assez souvent à nos oreilles qu'un tout jeune enfant, parfois à peine sorti du berceau, s'est jeté dans le vide. Nous inclinons trop souvent à n'y voir qu'une négligence des parents, un défaut de barrières de sécurité, ou l'inconscience des petits. Pourquoi cette fréquence de la chute, alors que les animaux eux-mêmes pressentent le précipice, et font tout, des pattes et des sabots, pour éviter d'y plonger ?

En vérité, l'envie enfantine de se jeter par la fenêtre n'est-elle pas tout le contraire d'un incident hétérogène ou d'une simple défaillance, d'une anomalie ? L'envie de se jeter par la fenêtre n'est-elle pas aussi essentielle à l'enfant que de jouer avec le feu ? Si nous admettons cela, nous nous trouvons devant une nouvelle difficulté. La défenestration est-elle en phase avec cette propension à l'illimité qui est celle de l'enfance en pleine période de découverte, en pleine actualisation d'un désir de voir toujours plus loin ? Ou est-elle, au contraire, la recherche du *lieu précis*, du terroir, de la prise de terre, pour compenser ou atténuer l'angoisse de l'inconnu ? Cette ambiguïté tient probablement aussi à la fenêtre ou à l'interstice suffisant pour se jeter dans le vide. La fenêtre, c'est ce qui ouvre sur un espace illimité, renforce même le sentiment d'indéfini que nous éprouvons et, simultanément, ce qui mesure, découpe, définit cet espace lisse, ce champ immense.

L'envie suicidaire dont parle l'écrivain est-elle autre chose qu'une envie de s'adonner sans plus attendre à l'immense et, simultanément, cet irrépressible désir de retourner chez soi, à la campagne, à son lieu natal, face à la grande métropole, à son utopie, son indétermination, son désert ? Il demeure que, dans les deux cas, une logique de l'aventure se dégage : soit sous sa forme de dérive d'un fragment, d'un éloignement du continent par désir d'espace illimité, animé d'un esprit de curiosité extrême, soit sous sa for-

me de recherche d'un lieu précis, anticipé, cartographié avant même de s'y rendre, comme l'île au trésor.

Peut-on légitimement associer la détresse existentielle au désir d'envol et de la noyade ? Les enfants qui se noient dans la mer ou les rivières, se noient-ils parce que les vagues sont trop puissantes, les eaux surnoises, parce qu'ils ne savent pas encore nager, ou bien plutôt parce qu'ils sont fascinés par l'eau ? Non seulement par la flaque où ils aiment patauger avec délice comme un cochon dans sa souille, épreuve obligée de la souillure et de la glaise, pour se constituer, se sculpter, mais par la mystérieuse profondeur, cette envie de se perdre dans les eaux de la piscine du grand-père, de faire naufrage sans attendre de monter sur un navire ni d'approcher la mer.

Si l'on pouvait se noyer dans un verre d'eau, certains seraient bien tentés de s'y rendre. La fascination des enfants pour une mouche qui se noie dans le miel liquide, ne vient pas d'abord d'une cruauté tout enfantine, apparentée à celle qui déniche les oisillons ou qui jette des pierres aux roux, aux estropiés, aux Bohémiens ou aux Juifs. Non, si violence il y a, c'est une fureur de ne pouvoir s'y jeter soi-même. Si je déniche les oiseaux, c'est parce que je suis jaloux de leur vol, et que je me sens pousser des ailes. C'est un dépit cruel qui mérite de se faire payer très cher par l'engeance imbécile de la piaillerie. Le plus fascinant peut-être dans la noyade d'une mouche, c'est qu'elle met en œuvre cette double capacité de la hauteur, du vol, et des profondeurs.

L'IDÉAL SPIRITUEL, REMÈDE À LA DÉTRESSE ?

Il est très révélateur que la médecine rationnelle prenne naissance – comme le montrent avec précision les textes hipocratiques les mieux attestés – en lien étroit avec l'élaboration des axiomes d'une théologie rationnelle qui *réfuse* le dieu tragique : non pas la dimension dramatique de l'existence, mais le *lien causal* entre le divin, les fléaux, les maladies obscures ou les arrogances humaines (*hybris*). Or, la révocation du divin pervers ou arbitraire lève justement la défiance, modifie les représentations démoniaques des maladies ou des détresses, et n'entraîne plus, pour des motifs spirituels mais

aussi de longues et onéreuses pratiques magiques, l'accès aux soins rationnels.

Cela se renforce lorsque la théologie stimule le sens de l'infini ; lequel nous inscrit dans une aventure qui aide à surplomber les seuls méandres du psychisme, la suffocation du *hic et nunc* autant que la politique de l'équilibre ou la sagesse de l'harmonie qui effacent les singularités. Sans doute, cette mise de l'être *in via* pourrait aiguïser en lui la nostalgie de l'être *in patria* déterminant le champ indéfini de l'angoisse ; d'où l'implication de l'infini dans une alliance. C'est sur elle que se fonde la confiance qui excède les aléas de la santé et de la maladie, mais sans plus pouvoir justifier le refus ou le retard des soins de soi et des autres.

A partir du moment où l'idéal spirituel rompt avec l'emprise du hasard ou de la nécessité, il favorise la reconnaissance de la liberté, des *contingences* qu'elle induit, et de la dignité de soi comme liberté chargée d'une mission particulière, d'une série de choix, de sélections et d'élections au sein du monde contingent. Certes, ce sens de la responsabilité pourrait rétrécir le champ de conscience, exciter une culpabilité indéterminée, voire un ritualisme obsessionnel. Ce que l'on observe dans les milieux sectaires où la santé et la maladie sont perçues avant tout comme exclusivement spirituelles, où le malade est d'abord et sans distance métaphorique, un pécheur, tandis que la guérison ou la santé deviennent surtout une pratique de la *conversion* – sans connotation hystérique voulue –, très encadrée par surcroît et fortement visualisée ou ritualisée.

Par contre, dès lors que l'idéal spirituel a levé l'hypothèque de la Haine obscure, l'épreuve de la liberté en mission favorise non seulement l'épreuve d'être aimé par « Dieu », mais stimule le déploiement des émotions positives, la transformation des émotions douloureuses, et leur investissement dans des motions caritatives. L'impression de la vie n'est plus seulement oppressive ou chaotique, et les rites, au lieu d'enfermer, favorisent l'expression tout en régulant les émotions. Or, on sait combien la détresse existentielle se confine souvent dans le mutisme, les pleurs irrépressibles, les gestes ou les propos inexpressifs, pris trop souvent pour une indifférence – alors qu'elle sert souvent à neutraliser l'abîme.

Lorsque l'idéal spirituel – formellement distinct de l'idée ou d'un simple principe incorporel d'unification – s'articule liturgiquement, les *rythmes* rituels aident à réguler l'existence spatiale et temporelle (notamment par la célébration des fêtes), mais aussi proprement corporelle et sociale : les gestes symboliques plus que les actions fonctionnelles font goûter des ressorts secrets de l'existence dont on a besoin pour vivre, jouir pleinement de la santé ou trouver les énergies nouvelles nécessaires ; ainsi lorsqu'il faut éprouver les maladies ou trouver les forces pour se soigner ou aider les autres sinon à guérir, du moins à prendre soin d'eux-mêmes.

Lorsque l'idéal spirituel s'éprouve comme une parole souveraine qui se propose librement à nous, elle joue un rôle protecteur. Certes, c'est une parole exigeante, mais son acuité même favorise le réveil de ma liberté émuée par les douleurs. Elle réclame également une interprétation, car elle n'est pas une vérité sans liberté de réception. Interprétation qui réclame certains outils d'élucidation pour éviter les herméneutiques tendancieuses ou les sélections mutilantes. Elle appelle la distinction entre le sens possible de la souffrance, de la maladie ou de la mort, et leur réduction causale comme *effet* d'un obscur décret divin, d'une fatalité, de forces ténébreuses qui sans cesse me menaceraient. La signification possible n'est pas une justification hétérogène de la souffrance, de la maladie et de la mort. La signification dont nous parlons désigne simultanément une appropriation de son expérience – ce qui m'arrive n'est pas simplement une violence purement objective ou extérieure – et un détachement : non par indifférence, sagesse toujours illusoire, mais par *con-figuration* où je reprends l'initiative, sans que le scandale, voire l'*in-signifiance* de la détresse perdent toute leur portée.

Une telle configuration implique, dans

l'expérience chrétienne singulièrement, une *conformation* à la souffrance et la mort de Jésus, *christus medicus*. Ce qui signifie que je transforme activement ma détresse, que je la temporalise et la situe dans une perspective *contingente*, une époque, un lieu, une expérience majeure qui me précèdent et, en quelque sorte, *distancient* et *surélèvent* ma douleur : elle n'est plus une mort imposée ni simplement une mort voulue, ce qui serait une forme de suicide. Elle est une mort reçue, attendue à son heure : non plus simplement comme une ennemie, mais comme une amie. Événement amical, car il ne se déclare pas sans promesse : même son fond silencieux trahit aussi que tout n'est pas dit !

Rien d'une nostalgie illusoire ou morbide d'un au-delà : cette transformation de la violence en rencontre métamorphose déjà la vie actuelle, car elle n'a plus si peur d'elle-même. La figure d'une mort attendue bouleverse notre rapport étriqué, intemporel, immédiat et local à la détresse. Elle rénove également la relation à la figure du thérapeute ou du médecin : ce n'est plus simplement l'homme du corps objectif ou du mécanisme psychique opposés à l'esprit. Cette relation ne fait plus peur au malade, ce qui l'encourage à franchir «la barrière de la langue» avec le jargon et la technique des thérapeutes. Ce qui, en retour, devrait stimuler l'attention du soignant à la *dimension spirituelle permanente*, même de la maladie la plus somatique ou de la pathologie mentale ; l'attention à la dimension spirituelle et curative de sa seule présence de médecin, de sa conversation la plus familière !

La configuration évoquée touche également les délires ou les hallucinations à contenus religieux agressifs ou lénifiants. Elle peut aider à recycler ou à *refigurer* des images haineuses ou gratifiantes au point de nous couper des autres, du mon-

de et de soi. Serait-ce seulement en opposant les voix aux images, une parole plus sobre, face aux scénarios tragiques ou à l'eau de rose. Certes, certaines formes d'idéaux religieux peuvent favoriser l'*acédie* et le dérèglement des sens jusqu'au délire visionnaire, voire le recours à certaines drogues pour provoquer les extases lorsque l'inspiration semble manquer. Ainsi, le prophète Elisée lui-même fait-il appel à un groupe de musiciens spécialisés pour le mettre en condition ! Un discernement des esprits s'impose.

Mais l'idéal religieux vivant et dont l'acuité n'est pas cruelle, ne se résume pas à une simple configuration visuelle ou vocale. Le discours prophétique biblique ne dégage pas seulement le sens des détresses passées, mais inscrit les épreuves les plus altérantes dans une logique de la promesse, dans une aventure où la souffrance découvre un sens : non pas une justification extérieure, mais une orientation lucide, une ouverture stimulante, un espace neuf. Lorsque le prophète Ezéchiel prophétise avec son corps et sa vie conjugale (privée de deuil), ce corps significatif, plongé dans la détresse et la pire dérégulation (à l'image de son peuple déporté), dégage un espace inédit : la présence de l'infini dans le fini, comme un temple corporel discret et vivant, alors que celui de pierre est souillé ou détruit.

Cette présence discrète qui toutefois se présente sèchement, n'exclut pourtant pas, mais bien plutôt prépare une théophanie différente, similaire à la lumière des tableaux de Vermeer. Lumière qui envahit tout l'espace à haute vitesse, sans bruit, sans conflit déchirant du clair-obscur, mais elle fait d'autant mieux ressortir la lenteur de la matière, des meubles, des tissus et même des instruments de musique ; elle laisse émerger l'espérance des visages et des corps, des gestes minutieux, depuis la lumière et la matière, sans rupture brutale ! ■



Médecine, souffrance et philosophie

Rev Med Suisse 2008; 4: S18-S20

J.-F. Malherbe

Pr Jean-François Malherbe
Professeur titulaire à la faculté de
médecine de l'Université de
Sherbrooke (Canada)
Professeur d'éthique clinique appliquée
à l'Université de Trento (Italie)
«En Champ Diguez»
1699 Porsel

La détresse existentielle dans le domaine des soins médicaux paraît fortement liée à une confusion radicale entre *douleur* et *souffrance*, tant dans l'esprit du public que dans celui des médecins. Une compréhension plus juste de ces deux réalités incontournables de nos existences paraît de nature à résoudre au moins une part des détresses existentielles tenaces que l'on rencontre dans la pratique médicale. Car ce n'est qu'à la condition d'accepter la souffrance à la fois comme point de départ et comme manifestation d'un nécessaire travail sur soi du sujet que l'on pourra soulager ce dernier de sa douleur sans aboutir à sa désubjectivation, c'est-à-dire à sa dénaturation radicale.

Avant toute chose, il convient que je précise le sens que je donne aux trois termes qui figurent dans le titre de mon exposé: *médecine*, *souffrance* et *philosophie*. Ces définitions

ne prétendent nullement dire ce qu'il en est en définitive de ces réalités mais simplement exposer la façon dont je comprends ces termes afin de minimiser les risques de malentendu.

A mes yeux, la *médecine* est l'art d'approprier la science biomédicale à la préservation et au recouvrement de la santé des sujets comme à la prévention de sa dégradation. Je distingue donc soigneusement la *médecine* de la *science biomédicale*; la première est l'*art médical* tandis que la seconde est un *savoir expérimental* largement fondé aujourd'hui sur les acquis notamment de la biochimie, de la génétique et des neurosciences.¹

Par ailleurs, je conçois la *philosophie*, à la manière de Wittgenstein, comme une tentative de thérapie visant à débarrasser la pensée de son éventuel ensorcellement dans le langage.²

Enfin, je définis la *souffrance* comme la modalité de l'être au monde qui est confronté à sa propre dysharmonie, comme la condition de l'humain qui s'éprouve différent de ce qu'il voudrait être. En ce sens, je distingue soigneusement de la *souffrance*, qui est une modalité vécue de l'existence, et la *douleur* qui en est la face repérable par la science biomédicale.

Quels sont les rapports que la philosophie entretient avec la souffrance et la médecine? Telle est la question que je vais tenter d'élucider en précisant quelques notions et en exposant quelques thèses.

J'appelle *héritage* d'un sujet le complexe à la fois génétique et culturel qui marque sa vie sans qu'il ait pu le choisir. Nul d'entre nous n'a sélectionné son propre patrimoine génétique, ni le réseau de relations qui l'a accueilli pour le meilleur comme pour le pire au moment de son départ dans l'existence. Nul d'entre nous n'a non plus choisi sa langue maternelle. Ni d'ailleurs les représentations de soi, des autres et du monde qu'elle véhicule. Dire que nous sommes des héritiers, c'est

reconnaître que le *Cogito* cartésien est une illusion, que le *Je* n'est pas à l'origine de la pensée mais le bénéficiaire (ou la victime) d'autres *Je* qui parlaient avant lui, qui ont parlé de lui avant que de lui parler et de le convoquer ainsi à dire finalement *Je* à son propre compte. Chacun de nous a été un *il* ou une *elle* avant que d'être un *tu*; et ce n'est que bien plus tard qu'il a pu devenir un *Je*. L'ordre traditionnel des pronoms personnels dans les grammaires *Je*, *Tu*, *Il*, qui procède sans doute encore de l'illusion cartésienne, est l'inverse de celui qu'indiquent les étapes de notre accès au langage.

J'appelle *masque* l'image de soi que dès sa plus tendre enfance un sujet se fabrique pour survivre. Le plus souvent cette image est construite par le désir d'être aimé qui se transforme en désir d'être aimable. Cette image est donc élaborée à partir de ce que le sujet croit que les autres attendent de lui. Chacun de nous porte un masque. Je n'attache ici à ce mot aucune connotation péjorative liée à une quelconque dénonciation morale de l'hypocrisie. J'entends plutôt le mot dans son sens grec *prosôpon* que les Latins ont traduit par *persona* et qui est devenu *personne* en français. Pour les Grecs du siècle de Sophocle, il était indispensable que les acteurs du théâtre classique portent un masque qui permette d'une part d'identifier leur rôle dans la tragédie et d'autre part leur serve de porte-voix. Le masque, c'est le résultat d'une négociation parfois douloureuse entre mon désir de me mettre en scène d'une façon avantageuse et la réception souvent réductrice que les autres réservent à cette mise en scène. Pour une part, je tiens donc mon masque de mon héritage mais il est aussi et de plus en plus au fil des ans qui passent, mon œuvre, soit que je consente à l'héritage, soit que je tente de m'appuyer sur sa dynamique pour le transformer. Mais en aucun cas

mon masque n'est une création pure de mon initiative. Le masque est hérité des circonstances comme du patrimoine génétique. C'est un *handicap protecteur* qui rend possible l'existence du sujet en lui assignant des limites. Le masque est le porte-parole du sujet.

L'identité la plus profonde d'un sujet, qu'habille son masque, je l'appelle *Soi*. Cette identité intérieure échappe le plus souvent au sujet prisonnier de son masque. Elle est d'ailleurs très difficile à saisir car pour s'exprimer, le *Soi* ne dispose pas d'autre langue que celle du masque qui est son porte-voix. C'est pourquoi il tente de se faire entendre à travers les failles du masque. Le *Soi* s'exprime à travers les lapsus du masque, il proteste par le truchement de ses actes manqués, il se faufile à travers la pointe de ses mots d'esprit, il habite les rêves du masque.

En m'inspirant de la phénoménologie et d'une relecture de l'*Ethique* de Spinoza, je distingue encore le corps que j'ai du corps que je suis. Le corps que j'ai, c'est le corps matériel, la machine cybernétique qui sert de support à mon existence dans le monde, c'est un instrument plus ou moins docile à ma volonté. Le corps que je suis, c'est l'idée du corps que j'ai, c'est aussi mon corps vécu, c'est le lieu de l'auto-interprétation de mon existence où s'enracine mon intentionnalité. Le corps que j'ai, c'est mon corps considéré dans le registre de l'espace-temps, indépendamment du sujet qui l'habite. Le corps que je suis, c'est moi habitant mon corps ou mon corps tel qu'il est habité par moi.

Mais ne nous abusons pas : il ne s'agit pas du corps et de l'âme comme chez Descartes. Le sujet que je suis n'a affaire qu'à un seul corps ; mais ce dernier est « lisible » dans le registre de l'avoir comme dans le registre de l'être ; il supporte une lecture intégralement « matérialiste » autant qu'une lecture intégralement « spiritualiste ». Et ces deux lectures ne s'opposent pas l'une à l'autre. Elles forment une seule et même lecture, comme les deux faces d'un ruban de Möbius forment une seule et même surface.

La science biomédicale s'est bâtie selon une méthodologie rigoureuse d'objectivation du corps. Cet *a priori* épistémologique, qui constitue le corps en mécanisme, en machine cybernétique, se trouve amplement justifié par la voie qu'il ouvre

vers la médecine opératoire. C'est en considérant le corps comme une machine que l'on s'est mis en état d'interagir avec lui de façon rationnellement contrôlée et d'en maîtriser le fonctionnement. Cette objectivation du corps, cette désacralisation diront certains, est indispensable au développement de la science biomédicale moderne. C'est elle qui préside au développement de la chirurgie, de l'endocrinologie, des neurosciences, de la pharmacologie. Mais en se ménageant cette légitime ouverture vers l'opératoire et vers les brillants succès que nous lui reconnaissons dans la gestion de nos machines cybernétiques, la science biomédicale s'est engagée tout aussi résolument dans la forclusion des corps que nous sommes. La maîtrise du fonctionnement s'est payée du retrait de la signification. Tout se passe comme si la science biomédicale avait mis entre parenthèses l'existence, le vécu, l'intentionnalité, bref la subjectivité du sujet pour pouvoir mettre en évidence un objet mesurable, quantifiable, expérimentable, manipulable, maîtrisable. En définitive, l'objectivation scientifique procède à l'abstraction du corps que j'ai hors du corps que je suis en mettant en évidence ce qui du corps est de l'ordre de l'opératoire et entre parenthèses ce qui du corps est de l'ordre de la subjectivité existentielle.

Pour ce qui concerne la souffrance, l'approche scientifique du corps implique de remarquables conséquences qui sont habituellement passées sous silence. J'exprime volontiers la plus négligée de ces conséquences sous une forme provocatrice : *la douleur est une abstraction*. C'est une abstraction scientifique à visée opératoire. Cette affirmation peut être justifiée à l'aide d'un rapport de proportionnalité fondé sur les définitions que j'ai proposées plus haut. La douleur est au corps que j'ai ce que la souffrance est au corps que je suis. Cela signifie que la douleur chez l'humain est toujours-déjà interprétée par le sujet à partir de son héritage et que cette interprétation sans médiation la transmute instantanément en souffrance. Il en résulte, toujours sous la condition d'accepter les définitions énoncées ci-dessus, que le sujet humain ne connaît pas, à strictement parler, la douleur mais seulement la souffrance. La douleur, dans mon propre jeu de langage, que j'estime légitime mais n'imagine

nullement universel, c'est cet aspect de la souffrance avec lequel peut interagir la science biomédicale.

Le sujet qui « a mal » saisit d'emblée la douleur qui affecte le corps qu'il a comme souffrance du corps qu'il est. Le sujet qui éprouve de la douleur éprouve toujours – déjà – cette interprétation existentielle de la douleur en quoi consiste la souffrance. Cette interprétation s'enracine dans l'histoire du sujet et plus particulièrement dans l'histoire de ses blessures et traumatismes. C'est ainsi que l'on peut expliquer qu'une cicatrice puisse être douloureuse même sous l'effleurement le plus délicat d'une caresse amoureuse. Quelle que soit l'intentionnalité qui porte la main caressante, le sujet en son corps vécu ne peut la recevoir qu'en fonction de son historicité, de l'interprétation actuelle qu'il se fait de ses expériences passées. Ce qui vaut pour les gestes vaut d'ailleurs aussi pour les paroles. C'est ce qui explique que nous puissions blesser autrui avec une parole authentiquement bienveillante. A vrai dire, nous ne le blessons pas ; nous réactivons une ancienne blessure en dépit de notre bienveillance.

La science médicale est sans doute fort bien équipée pour s'occuper de la douleur. Mais la souffrance toujours lui échappe et l'art médical se pervertit lorsque d'aventure il prétend prendre soin d'une souffrance en ne traitant que la douleur qui est sa face repérable par la biomédecine. Appliquer de force à un sujet un savoir construit sur un objet, c'est ce que, pour ma part, j'appelle la perversion scientifique de la médecine : croire pouvoir extrapoler aux corps que nous sommes des modes opératoires qui ne sont efficaces que dans l'ordre des corps que nous avons. La perversité de cette extrapolation scientifique consiste à négliger dans l'application du savoir scientifique la mise entre parenthèses de la subjectivité qui a présidé à l'élaboration de ce même savoir. Lorsqu'il cède au scientisme, le médecin se mue en ingénieur biomédical et renonce à être un thérapeute. Il se barre l'accès à la souffrance tout en prétendant la rencontrer sous la forme de la douleur. Mais il ne rencontre alors qu'une abstraction objectivée désinvestie de toute la signification subjective que pourrait lui conférer un sujet souffrant.

C'est dire que la médecine scientifique se caractérise par une curieuse cécité



épistémologique. Pour assurer son efficacité opératoire, elle s'est retranchée à l'intérieur de limites méthodologiques précises qu'elle nie dès qu'il s'agit de mettre en œuvre cette efficacité. Pour reprendre des catégories éclairantes de l'herméneutique allemande, je dirais volontiers qu'«expliquer» (*erklären*) une douleur ne suffit pas pour la «comprendre» (*verstehen*) comme souffrance. Traiter une douleur ne suffit pas à prendre soin du sujet souffrant.

La philosophie tente de comprendre la souffrance comme le symptôme d'une secrète résistance que le *Soi* oppose au *masque* qui lui prête sa voix. La philosophie est une tentative pour désensorcellement le *Soi* des pièges du *masque*. Mais comme le *Soi* ne dispose pas d'un langage plus profond que celui du masque, la philosophie interprète la souffrance du sujet comme le symptôme d'une dysharmonie entre le *Soi* et son masque, comme le signe qu'un travail sur soi du sujet reste à accomplir en vue de sa propre harmonie.

La philosophie, c'est l'apprentissage de la vie avec la souffrance. Il convient ici d'écarter le plus clairement possible un grave malentendu. Je n'entends nullement plaider pour une réhabilitation du dolorisme purificateur. J'entends simplement souligner cette réalité que la souffrance, cet irritant frottement du masque mal ajusté au *Soi*, est coextensive à l'existence du sujet. J'entends rappeler que *si la souffrance peut être atténuée,*

c'est par un travail du sujet sur son masque, soutenu par un traitement de la douleur lorsque celui-ci est indiqué.

J'entends affirmer qu'un traitement antalgique sans travail sur le masque aboutit non pas à la subjectivation du sujet mais à son objectivation. Je dirais même à son objectification. Aux yeux de la philosophie, la souffrance est cette sonnette d'alarme qui rappelle au sujet sa propre dysharmonie intérieure et le soutient dans son travail d'unification de soi. C'est ici qu'il conviendrait de s'indigner de la *surconsommation* de psychotropes qui, sous prétexte d'éliminer et d'anesthésier un trouble quelconque du sujet lui retirent son malaise et son trouble le plus intime ? Ce trouble le plus intime n'est-il pas, tout simplement en effet, de n'être pas en harmonie avec soi ? Le recours aux psychotropes est souvent nécessaire mais il n'est pas tolérable s'il vise ou aboutit à la désobjectivation du sujet. Il ne peut être d'un grand secours que lorsque, dans certaines circonstances particulières, il soutient le sujet dans son travail de subjectivation.

Si l'art médical était bien comme je le pense l'art d'approprier la science biomédicale au service de la subjectivation du sujet souffrant, je serais en mesure d'affirmer que face à la souffrance du sujet, l'art médical se doit d'approprier le traitement de la douleur à soutenir le travail du masque que poursuit le sujet. Autrement dit : l'art médical a pour tâche de soutenir le sujet à devenir *Soi* à travers

son masque, en dépit des vicissitudes du corps qu'il a.

Cette *harmonie* entre le *Soi* et le masque, je la comprends comme cette paix du *Soi* et du masque qui abrite le sujet. L'éthique n'est-elle pas, en effet, ce travail du masque par lequel le sujet tente d'advenir à l'unité dans un réseau de relations réciproques où tour à tour autrui et lui jouent le jeu de la parturiente et de l'accoucheuse ?

Autrement dit : il n'y a pas à proprement parler d'art médical sans appui sur la science biomédicale, certes, mais pas non plus sans ce zeste de philosophie de la souffrance qui en sous-tend la visée éthique. En définitive, le critère de l'art médical n'est-il pas la subjectivation du soigné ? Et cette dernière lorsqu'elle se creuse, n'éveille-t-elle pas la subjectivation du soignant, qui lui est donnée par surcroît dans cette réciprocité humaine fondamentale que nous pouvons lire dans le registre de l'être alors même qu'elle fait toujours défaut dans le registre de l'avoir ? ■

Bibliographie

- 1 Les perspectives ici proposées sont largement développées dans mon ouvrage : Malherbe JF. *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal : Fides, 2007.
- 2 Wittgenstein L. *Investigations philosophiques*. Paris : Gallimard, 1969. Voir à ce propos mes ouvrages : Malherbe JF. *Epistémologies anglo-saxonnes*. Paris : PUF, 1983 et Malherbe JF. *Le langage théologique à l'âge de la science*. Paris : Cerf, 1985.



Réponse soignante au choix de la mort

Rev Med Suisse 2008; 4: S21-S24

T. Collaud

Dr Thierry Collaud
Docteur en médecine et en théologie
Département de théologie morale
et d'éthique
Université de Fribourg
Av. Europe 20, 1700 Fribourg
thierry.collaud@unifr.ch

Le phénomène de la mort demandée ou provoquée dans des situations de détresse existentielle n'est pas propre à notre époque, l'histoire de la suicidalité en témoigne.¹ La spécificité contemporaine vient de l'entrée de ce choix de mort dans le champ des soins avec les problématiques de l'euthanasie et du suicide assisté. Les soignants se trouvent de ce fait confrontés au choix de la mort que font certains de leurs patients. Ils en sont inévitablement partie prenante dans la mesure où ce choix intervient au cœur et à cause d'une situation existentielle douloureuse pour laquelle en général un processus de soins est engagé.

Le débat public sur le sujet est dominé en grande partie par l'affrontement binaire souvent très émotionnel des partisans et des adversaires de ces pratiques. Il ne s'agit pas ici d'énumérer d'innombrables arguments pour ou contre le choix de la mort, mais d'essayer de montrer que la réponse soignante attendue ne consiste pas en une prise de position visant à marquer son accord ou son refus du choix, mais plutôt en une tentative de sortir de l'impasse en déplaçant le regard du choix

lui-même vers ses conditions d'apparition. De ce fait la réponse soignante, même si elle peut respecter le choix fait, le considérera toujours comme issu du désespoir et donc comme insatisfaisant et tragique. Elle cherchera donc inlassablement à créer des conditions qui permettent d'en éviter l'apparition ou le maintien.

PASSAGE DU DÉSIR DE MOURIR AU CHOIX DE LA MORT

L'association Exit, qui annonce plus de 14 000 membres en Suisse romande, prête son assistance chaque année à environ une centaine de suicides,² soit moins de 1% de ses adhérents. Pour comprendre cette différence d'échelle et pour éviter toute confusion, il faut distinguer quatre niveaux dans la dynamique qui va de l'idéation à l'acte du suicide assisté.

1. Les personnes dans la population qui estiment que le suicide assisté est une aide légitime en cas de détresse (72% de la population suisse dans un sondage récent).³
2. Les personnes en difficulté qui considèrent la mort comme une option possible pour elles-mêmes (44,5% d'un collectif de patients terminaux).⁴
3. Les personnes qui ont choisi explicitement de demander la mort et qui persistent dans ce choix (8,5% du même collectif).
4. Les personnes qui sont effectivement passées à l'acte.

Réfléchir sur les conditions du *choix de mourir* demande de considérer quels sont les facteurs qui vont faire passer certains membres du groupe 2 dans le groupe 3, c'est-à-dire passer d'un désir de mort diffus (ou de la diminution du désir de vivre)⁵ au choix explicite de la mort. Eventuellement aussi, quelles sont les conditions où ces personnes pourraient

revenir sur leur choix. En effet, même si le choix s'affiche comme définitif, plusieurs enquêtes montrent qu'un certain pourcentage de patients est susceptible de changer d'avis, ce changement d'opinion pouvant être conditionné par des facteurs extérieurs.^{6,7}

Désespoir à l'origine du choix de mort

De nombreuses études ont analysé les facteurs qui pouvaient être à l'origine de la demande ou du désir de mort.⁷⁻¹¹ Les résultats sont assez concordants pour contredire l'opinion habituelle selon laquelle les symptômes physiques (douleur, inconfort, etc.) et les états dépressifs seraient à placer au premier rang. La majorité des enquêtes relève plutôt l'importance première des facteurs existentiels mélangés souvent, il est vrai, de manière inextricable avec des facteurs sociaux, psychologiques et physiques. Les différentes composantes de ces quatre facettes sont résumées dans le **tableau 1**.

Dans la catégorie du *mal-être existentiel*, on relèvera la prédominance fortement marquée de la catégorie du désespoir (*hopelessness* des auteurs anglo-saxons

Tableau 1. Composants du mal-être associé au choix de la mort

Mal-être existentiel	• Désespoir • Sentiment de perte de dignité • Mal-être spirituel
Mal-être psychologique	• Dépression, anxiété • Troubles cognitifs
Mal-être social	• Impression d'être un fardeau pour autrui • Perte des liens sociaux • Incapacité à remplir ses rôles habituels
Mal-être physique	• Problèmes respiratoires • Douleurs • Fatigue, anorexie • Apparence • Insomnies



évalué la plupart du temps au moyen de l'échelle de Beck (BHS = *Beck hopelessness scale*).¹² C'est le critère qui présente en général la corrélation la plus étroite et la plus constante avec le désir ou la demande de mort. Indépendamment d'une réflexion philosophique qui avait travaillé ce thème depuis longtemps, les recherches empiriques en psychologie ont défini le désespoir comme *la difficulté, voire l'impossibilité que le sujet éprouve à construire mentalement un futur positif et attirant*. C'est cette incapacité de donner une forme positive au futur qui est déterminante pour le désespoir et la suicidalité beaucoup plus que l'importance des événements négatifs anticipés (projections négatives).¹³

Si le désespoir semble être une des notions clés du passage au choix de la mort, il est peut-être aussi un concept beaucoup plus difficile à saisir pour des cliniciens (au contraire de la dépression ou de la douleur physique).¹⁴ Il est cependant important de bien lui donner sa place et de ne pas le confondre avec la dépression ou le sentiment de perte de dignité. Cette dernière notion intervient aussi de manière assez constante dans le choix de la mort. Elle est habituellement corrélée avec l'apparence et la manière dont on s' imagine dans le regard des autres. Chochinov fait remarquer que «personne n'a envie d'être considéré uniquement comme l'incarnation d'une maladie». ⁵

CHOIX TRAGIQUE

Si la notion qui doit retenir fondamentalement notre attention c'est le désespoir, il faut d'abord s'arrêter au *choix de mourir*. C'est en effet lui qui fascine et qui attire les regards parfois malheureusement beaucoup plus que la détresse existentielle elle-même.

D'emblée disons qu'il s'agit d'un choix problématique, non pas que ce choix ne puisse jamais avoir lieu, mais parce que jamais il ne pourra être le bon choix. Toujours, il sera de l'ordre d'un choix douloureux, d'un choix que l'on qualifiera de tragique parce qu'il est le choix qu'on a cru devoir faire ne pouvant faire autrement. Choix tragique aussi parce qu'il est le choix qui échappe, qui est forcé par les circonstances, jamais le choix que l'on peut recommander, à propos duquel on

va dire «C'était bien!». Tragédie d'un choix qui malgré le fait qu'il se revendique comme une prise de décision libre, souvent décrite comme «courageuse», reste fondamentalement de l'ordre de l'échec, de l'ordre de ce qu'on ne va jamais favoriser, de ce qui n'est pas désirable en soi.

Refus du risque

Dans le contexte contemporain valorisant fortement l'autonomie individuelle et la prise de contrôle sur les événements de l'existence, le *choix de mourir* est souvent présenté comme un choix qui ne concerne que l'individu. On est là dans tout le débat sur l'autonomie et la liberté, héritage incontestablement positif de la modernité qui pourtant appauvrit l'homme lorsqu'il le pousse à oublier que toute histoire est toujours jouée à plusieurs et comporte inévitablement une part de non-maîtrisable. N'est-ce pas d'ailleurs dans la façon dont nous vivons notre liberté au cœur même de ce non-maîtrisable que nous nous donnons le plus comme humains véritables? Vouloir mourir, c'est refuser le risque d'être avec ceux qui partagent notre vie dans ces instants de fragilité et de dénuement. Refus de risquer de vivre ensemble ces derniers moments parce qu'on ne serait pas assez assuré d'en garder le contrôle. Le tragique est qu'en refusant de perdre la maîtrise on refuse aussi l'inattendu, la gratuité ou la surprise; en refusant ce qui, croit-on, nous déshumanise, on refuse la possibilité de vivre un temps d'une densité humaine particulièrement forte.

Une personne en détresse peut-elle avoir des devoirs?

Aucun de nos choix ne peut se prétendre neutre s'il veut s'inscrire dans l'ordre de l'humain. Toujours, ce que chacun d'entre nous décide et fait se déploie dans l'espace commun cher à la philosophe Hannah Arendt.¹⁵ Lancé dans cet espace, notre agir concerne tous ceux qui s'y trouvent et face à eux nous avons toujours à répondre de la manière dont inévitablement nous les impliquons dans nos prises de décision. Même pour celui qui se trouve dans les conditions difficiles que nous évoquons, il y a donc une responsabilité envers autrui et envers la société, que je serais tenté de décrire en termes de devoir. N'aurait-on pas à tout moment de notre existence non pas seu-

lement des droits, mais toujours aussi des devoirs vis-à-vis de nos pairs, devoirs qui, inévitablement, limitent nos choix.¹⁶

Cela semble presque indécent de parler des devoirs d'une personne humaine en détresse. Et pourtant, je pense qu'il faut lutter contre cette idée que la détresse donne tous les droits. Parce que l'autre est tellement mal on n'oserait rien lui demander, de peur d'ajouter encore à son malheur. Une attitude où, dans une sorte de culpabilité de celui qui va bien, celui qui va mal serait dispensé désormais de tout apport à la communauté humaine. Mais le fait de ne plus rien attendre de quelqu'un est en soi déshumanisant, dans la mesure où cela signifie l'exclure d'un processus de circulation du donner et du recevoir qui est au cœur de toute humanité.

Travail d'habiter le temps du mourir

Il faut donc pouvoir attendre de l'autre en détresse qu'il poursuive sa tâche humaine, non pas seul bien sûr, mais dans un constant effort d'avancer ensemble avec ceux qui l'aident et qui l'entourent (famille, proches, soignants). Tâche ou *travail* pour reprendre un terme du vocabulaire psychologique. Travail de désaisissement, travail d'ajustement, d'adaptation à la perte, à la nouveauté qui s'impose face à cette mort qui va venir mais qui n'est pas là. Véritable travail humain afin de trouver le moyen d'habiter en vraie liberté ce temps qui semble imposé, travail psychologique pour vivre pleinement le temps du mourir ce que justement le désespoir déclare impossible.

Alors, travailler pour avancer *hors du désespoir* dans ce temps du mourir signifie avoir à lutter pour imposer sa liberté d'être au cœur de ces circonstances douloureuses. On parlera d'un devoir de révolte contre la détresse, révolte pour habiter encore le temps malgré elle. Devoir non pas individuel mais commun, il faut le redire. Et c'est bien quand cette lutte, cette révolte n'arrive pas à être suffisamment forte qu'intervient le choix tragique de la mort.

VALIDER LE CHOIX DE MORT OU RÉPONDRE AU DÉSESPOIR?

La nécessité de répondre vient de ce que j'ai appelé le tragique du choix. Le

choix de la mort que fait une personne interpelle ceux qui l'entourent, il ne peut pas les laisser indifférents. Ceci est bien un indice du fait que ce choix concerne les proches dans la mesure où cette non-indifférence au décès d'autrui (ainsi qu'à sa naissance) fait justement partie de la définition des proches que donne le philosophe P. Ricoeur.¹⁷

Le choix de la mort ou la possibilité de ce choix appelle donc une réponse. Mais pour ne pas retomber dans l'impasse d'une alternative binaire entre approuver ou désapprouver le choix, il importe de répondre en amont, c'est-à-dire non pas au choix lui-même mais au désespoir qui est à son origine.

Valider le choix de la mort

Au début du film *Exit* de F. Melgar, il y a ce dialogue saisissant où une personne exprime sa détresse existentielle et le choix de la mort qu'elle a fait. Le dialogue devient dramatique quand l'amie de la suicidante souligne la solitude de celle-ci et déclare : «Je pense au plus profond de moi que c'est vraiment le mieux pour elle». En validant le choix de mort comme étant la meilleure solution pour son

amie, elle se coupe de toute possibilité d'action sur sa détresse et son désespoir. Valider le *choix de mourir*, c'est faire le choix de la mort pour l'autre, décider que c'est le mieux pour lui, la seule solution.

Regarder la détresse

Or, au contraire nous sommes invités à déplacer notre regard, du choix vers le désespoir qui en est l'origine. Déplacement qui évite le piège de l'opposition frontale pour-contre, mais qui évite aussi le piège de la neutralité. En effet, la société contemporaine qui valorise fortement la liberté individuelle exerce une forte pression pour que les soignants dans une attitude de neutralité respectent les choix des patients quels qu'ils soient. Par contre la détresse ou le désespoir gardent toujours leur valence négative et jamais ils ne peuvent être proposés comme des attitudes à respecter. Regarder la détresse existentielle et le désespoir à l'origine du choix de mourir fait passer d'un jugement contesté sur le choix à une réponse nécessaire au désespoir. Le rôle des soignants en particulier consiste alors à constater la détresse et à aider à la dépasser.

Réponse au mal-être

La véritable réponse doit donc interroger le mal-être en amont (**tableau 1**) et tenter d'y répondre, principalement en cherchant des stratégies permettant de rouvrir le futur du patient afin qu'il puisse s'y projeter à nouveau. Il s'agit de travailler sur les conditions existentielles de sorte que l'image de l'avenir se modifiant, d'autres alternatives que le choix de mort puissent se faire jour. Ce travail coopératif à plusieurs partenaires tentera d'abord de repérer les facteurs pouvant conduire au désir ou au choix de mort. Face à cela, on s'attachera à mettre en évidence les ressources de résilience cachées et à les mobiliser en mettant en œuvre des stratégies soignantes spécifiques. Cette démarche est détaillée dans le **tableau 2** à partir des quatre axes du mal-être existentiel décrits précédemment.

Quelques éléments de ce tableau appellent un bref commentaire.

- *Espoir/désespoir*: le désespoir constituant un des moteurs principaux du choix de la mort, il faut travailler sur ce qui rend à nouveau l'espérance possible. Or, dans la mesure où le désespoir peut aussi consister en l'attachement à une attente

Tableau 2. Eléments de réponse à la détresse existentielle

Facteurs induisant le choix de mort	Ressource de résilience à mobiliser	Stratégie soignante à développer
• Désespoir	• Espérance redirigée • Capacité de réhabiliter le futur • Capacité d'apprécier le moment présent	• Introduire et aider dans des projets encore réalisables
• Sentiment de perte de dignité	• Sens de sa dignité inaliénable • Estime de soi	• Thérapie de la dignité (Chochinov) ¹⁸ • Regard dignifiant • Aider à maintenir une apparence et un fonctionnement acceptable
• Mal-être spirituel	• Dimension spirituelle inhérente à toute personne • Ressources symboliques d'une tradition religieuse	• Favoriser l'expression de la spiritualité • Relier la personne à sa tradition religieuse
• Dépression, anxiété	• Capacité d'avoir du plaisir • Réassurance	• Traitement spécifique • Stimulations positives, plaisirs • Support émotionnel
• Troubles cognitifs	• Capacité d'ajustement aux pertes	• Favoriser les habitudes et stratégies préconstruites pour répondre aux situations difficiles
• Déliaison sociale (solitude, isolement) • Sentiment d'être une charge	• Réseau social • Rôles familiaux et sociaux • Maintien d'une identité sociale positive	• Reliaison sociale • Maintien dans des rôles valorisants
• Enfermement sur soi	• Vécu empathique avec sa famille, ses proches, les soignants	• Amélioration des capacités et stratégies de communication • Mise en réseau
• Mauvais fonctionnement physique	• Capacité d'ajustement aux pertes	• Aider à changer le regard sur le corps et à apprendre à vivre des moments positifs malgré un corps blessé
• Symptômes physiques	• Confort physique	• Soins palliatifs
• Peurs liées à l'évolution de la maladie • Peur de souffrir	• Connaissances sur la maladie et les moyens de contrôler les symptômes physiques	• Capacités communicationnelles • Groupes de pairs • Groupes de proches



qui n'est plus réalisable,¹⁹ cette reprise de l'espérance passe par sa transformation en fonction de la réalité vécue par le patient.²⁰ Il s'agit là d'une partie importante du travail psychologique mentionné plus haut.

Dans la mesure où l'on a pu montrer que l'absence de perspectives positives est beaucoup plus fortement corrélée au désespoir que la présence de perspectives négatives,²¹ c'est cet aspect-là qu'il faut favoriser dans la réponse alors qu'en général les soignants s'attellent à diminuer les perspectives négatives plutôt qu'à fournir au patient l'occasion de perspectives positives. Cette voie commence cependant à être mieux explorée par plusieurs auteurs qui cherchent à développer les conditions d'un soin capable de stimuler l'espoir (*hope-fostering strategies*).²²⁻²⁴

• **Dignité**: on remarquera tout d'abord que, d'une manière formelle, la dignité humaine n'est pas quelque chose que l'on peut gagner ou perdre en fonction des circonstances.²⁵ Il ne s'agit donc pas pour le soignant de redonner à la personne malade sa dignité, mais d'attester de la présence inaliénable de celle-ci malgré les apparences. Si la dignité ne se perd pas, par contre le sentiment qu'on a de cette dignité peut varier fortement. Ce sentiment est en grande partie inhérent à

la manière dont la personne se projette mais aussi se reçoit dans le regard d'autrui. Dans ce sens-là, M. F. Bacqué met en garde contre les regards mortifères, véritable «euthanasie psychique» quand on regarde le patient «comme s'il était déjà décédé» attitude qui ne peut que le conforter dans son désir de mort.²⁶ Il s'agira donc au contraire, de renvoyer à l'autre l'image de sa dignité-malgré-les-blessures, ainsi que l'assurance qu'on voit chez lui toujours la personne plutôt que la maladie.

• **Gestion des pertes**: la perte d'une capacité, qu'elle soit physique ou intellectuelle n'est pas inévitablement liée à une augmentation du mal-être et de la détresse. On peut faire référence au concept de *croissance post-traumatique* (*posttraumatic growth*) développé à partir de la psychologie du handicap²⁷ ou à la capacité de résilience observée chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.²⁸ La possibilité démontrée de s'adapter aux événements traumatisants de l'existence pour continuer à vivre une vie pleinement humaine doit stimuler les soignants à activer et soutenir les ressources internes et externes qui peuvent permettre ce mouvement²⁹ (estime de soi, stratégies de *coping*, réseau social et familial, maintien des rôles sociaux valorisants, etc.).

EN RÉSUMÉ

La bioéthique et l'éthique clinique contemporaine ont valorisé (souvent à l'excès) les trois principes de *bienfaisance*, *autonomie* et *justice* comme devant guider l'interaction soignante. Le respect de l'autonomie du patient impose de manière indiscutable un respect de ses choix et de ses orientations existentielles. Dans ce sens, même le choix tragique de la mort devrait être respecté. Mais l'erreur est souvent d'en rester là et de se retirer dans une position de neutralité. Or, il ne faut pas oublier de faire droit aussi à la bienfaisance et à la justice. Si la bienfaisance ne peut annuler le *choix de mourir* au nom d'une prétendue incapacité décisionnelle induite par le désespoir de la détresse existentielle (on est là dans un paternalisme que l'on a à juste titre largement dénoncé), elle doit par contre refuser de valider ce désespoir et tenter inlassablement d'en faire sortir le patient. Et c'est au nom de la justice qu'on tentera de maintenir la personne au cœur de l'interaction sociale en lui offrant la possibilité mais aussi en lui demandant de continuer, malgré la souffrance et la détresse, à tenir sa place dans la communauté. ■

Bibliographie

- 1 Minois G. Histoire du suicide: la société occidentale face à la mort volontaire. Paris: Fayard, 1995.
- 2 www.exit-geneve.ch
- 3 Sondage en juillet 2008 de l'institut Isopublic pour le compte du journal Reformiert.
- 4 Chochinov HM, et al. Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry 1995;152:1185-91.
- 5 Chochinov HM, et al. Understanding the will to live in patients nearing death. Psychosomatics 2005;46:7-10.
- 6 Marcoux I, et al. Withdrawing an explicit request for euthanasia or physician-assisted suicide: A retrospective study on the influence of mental health status and other patient characteristics. Psychol Med 2005;35:1265-74.
- 7 Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA 2000;284:2460-8.
- 8 Breitbart V, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA 2000;284:2907-11.
- 9 Ganzini L, Silveira MJ, Johnston WS. Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. J Pain Symptom Manage 2002;24:312-7.
- 10 Kelly B, et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness. Psychol Med 2003;33:75-81.
- 11 Zaré M, et al. L'assistance au suicide en Suisse dans le

contexte de polypathologie invalidante et irréversible. Rev Med Suisse 2007;3:2303-5.

- 12 Beck AT, Weissman A, Lester D, et al. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974;42:861-5.
- 13 O'Connor RC, Clare C. Predicting hopelessness: The interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies. Cogn Emot 2007;21:596-613.
- 14 Cherny NI, Catane R. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: Report on a survey by the European society of medical oncology taskforce on palliative and supportive care. Cancer 2003;98:2502-10.
- 15 Arendt TH. Condition de l'homme moderne. Paris: Calmann-Lévy, 1983.
- 16 Thomas LV. Euthanasie, approche conceptuelle et perspective anthropologique. Bull de la société de thanatologie – Etudes sur la mort 1976;31:53-85.
- 17 Ricoeur P. La mémoire, l'histoire, l'oubli. Paris: Seuil, 2000; 162.
- 18 Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. CA Cancer J Clin 2006;56:84-103.
- 19 Sullivan MD. Hope and hopelessness at the end of life. Am J Geriatr Psychiatry 2003;11:393-405.
- 20 Duggleby VV, Wright K. Transforming hope: How elderly palliative patients live with hope. Can J Nurs Res 2005;37: 70-84.
- 21 Macleod AK, et al. Hopelessness and positive and nega-

tive future thinking in parasuicide. Br J Clin Psychol 2005; 44:495-504.

- 22 Clayton JM, et al. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. Cancer 2005;103:1965-75.
- 23 Buckley J, Herth K. Fostering hope in terminally ill patients. Nurs Stand 2004;19:33-41.
- 24 Duggleby VV, Wright K. Elderly palliative care cancer patients' descriptions of hope-fostering strategies. Int J Palliat Nurs 2004;10:352-9.
- 25 Collaud T. Le statut de la personne démente. Eléments d'une anthropologie théologique de l'homme malade à partir de la maladie d'Alzheimer. Fribourg: Academic Press Fribourg, 2003;54-66.
- 26 Bacqué MF. Les deuils après euthanasie. Des deuils à «haut risque» pour les familles, les soignants et... la société. Etudes sur la mort 2001;120:113-27.
- 27 Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LC, (eds). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1996.
- 28 Harris PB. Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. Int J Aging Hum Dev 2008;67:43-61.
- 29 Block SD. Perspectives on care at the close of life. Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: The art of the possible. JAMA 2001;285: 2898-905.

Alliance genevoise contre la dépression

Un axe prioritaire du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention du canton de Genève

Dans les vingt prochaines années, la dépression sera très probablement la deuxième maladie du monde occidental, juste après les affections cardiovasculaires. Cette maladie et ses conséquences familiales, scolaires, sociales et professionnelles, ainsi que son lien de causalité avec les comportements suicidaires en font une priorité de santé publique.

Soucieux de la santé mentale des habitants du canton, le département de l'économie et de la santé a retenu comme l'un des trois objectifs du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2010, la démarche de l'*Alliance contre la dépression*, favorisant, la détection et la prise en soins précoce des symptômes évoquant une possible dépression.

Un modèle validé

Développé et validé par l'université de Munich, ce modèle préventif est adopté au niveau européen et suisse. Il bénéficie du soutien de l'Office fédéral de la santé publique et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Les axes d'intervention sont la coopération avec les médecins de premier recours, le partenariat avec les professionnels relais (par exemple infirmières et travailleurs sociaux), les prestations spécifiques pour les populations à risque et leurs familles, ainsi que l'information auprès du public.

Vers des actions concertées

La mise en œuvre de ce programme auquel participent activement de nombreux partenaires tels que les Hôpitaux Universitaires de Genève, des services du département de l'instruction publique, les associations des médecins, des psychologues et des pharmaciens de Genève, a débuté en avril 2008 avec un colloque rassemblant l'ensemble des professionnels concernés pour établir la liste des besoins à considérer afin d'augmenter l'efficacité globale du réseau genevois dans la détection et la prise en soin de la dépression.

Des actions concrètes seront mises en œuvre telle une procédure pour orienter les personnes sur une structure pouvant répondre rapidement et adéquatement à leur situation. Une brochure d'information à l'intention du grand public avec des numéros de téléphone ressources sera éditée dès que possible.

Les femmes enceintes ou ayant accouché étant particulièrement vulnérables à cette affection, un projet pilote testera un entretien prénatal d'information et de prévention de la dépression périnatale.

D'autres projets sont encore à l'étude.

Messages à l'intention du grand public

La démarche de l'alliance contre la dépression est sous-tendue par trois messages clés: «*La dépression a de nombreux visages*»; «*La dépression peut frapper chacun*»; «*La dépression se soigne*». En effet, trop souvent encore, la dépression n'est pas reconnue en tant que maladie, ce qui amène nombre de personnes à différer une demande d'aide jusqu'au moment où la maladie est déjà bien sévère.

Ces messages pourront être diffusés sur la voie publique et dans les médias dès que la capacité d'orientation et de prise en soins de la dépression aura été renforcée.

Contact :

Direction générale de la santé, Dr Philippe Granget – philippe.granget@etat.ge.ch

Souffrance psychique et détresse existentielle : la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : S26-S29

R. Massé

Raymond Massé
Professeur titulaire
Département d'anthropologie
Faculté des sciences sociales
Pavillon Charles de Koninck
1030, avenue des Sciences-Humaines
Local 6407, Université Laval
Québec (Qc)
Canada G1V 0A6

L'importance des grilles de catégorisation des formes et des modalités de la souffrance psychique s'est imposée à la fin du vingtième siècle. Face à l'éclectisme prévalant dans la définition des diagnostics au sein de la communauté psychiatrique internationale et en l'absence de critères fiables et largement reconnus, tant l'Association psychiatrique américaine (avec le *Diagnostic and Statistical Manual*, DSM) que l'Organisation mondiale de la santé (avec la Classification internationale de la maladie) entreprennent d'élaborer une nosographie psychiatrique qui repose sur des critères rigoureux, des mesures validées et des données épidémiologiques probantes. La troisième version du DSM marquera un tournant important en proposant une grille multiaxiale et une liste de critères diagnostiques définissant des catégories mutuellement exclusives de «désordres» psychiques. La quatrième version du DSM apportera des précisions à cette grille en se basant sur les recherches cliniques et épidémiologiques réalisées au cours des deux décennies précédentes.

Les contributions de ces avancées scientifiques au processus diagnostique, au traitement (en particulier par un meilleur arrimage entre diagnostic et médication) et aux enquêtes épidémiologiques sont indéniables. Toutefois, en dépit des raffinements apportés à cet exercice de catégorisation des formes de détresse psychique, plusieurs n'en ont pas moins soulevé tout un ensemble de réserves et de critiques, certaines relevant d'un braquage idéologique, d'autres soulevant des questions de fond.¹ Globalement, l'enjeu principal est, à notre avis, celui d'une disqualification de la compréhension du sens de la souffrance psychique en tant que souffrance sociale et existentielle. Le présent texte propose des pistes de recherche permettant une prise en considération de cette dimension du sens de la détresse et de la souffrance, en particulier dans les enquêtes épidémiologiques en population générale.

LES DANGERS D'UNE RÉIFICATION DU SENS DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Parmi les critiques fondamentales adressées à l'approche catégorielle, mentionnons celles qui déplorent une forme de réification du sens de la souffrance désormais confinée dans des catégories rigides qui inciteraient le chercheur à ne se préoccuper que des symptômes pré-définis. Ce dernier se désintéresserait des interactions entre les symptômes tout autant que de la structure complexe des rapports entre des causalités multiples.² Les fondements sociaux, politiques et surtout culturels de la souffrance s'en trouveraient occultés. D'autres déplorent l'obsession de cette logique catégorielle dans son refus de considérer le problème de la comorbidité. L'exemple probablement le mieux documenté est celui des interactions entre diagnostics touchant

la dépression et l'anxiété. Les recherches épidémiologiques et anthropologiques récentes portant sur les désordres affectifs en contexte transculturel³ confirment l'association systématique des symptômes de dépression avec ceux de l'anxiété, des désordres maniaques, des troubles somatoformes et dissociatifs. Un groupe d'experts⁴ en arrive à la conclusion que seulement une petite proportion des patients diagnostiqués dépressifs ou anxieux reçoivent les traitements appropriés pour leur condition. Globalement, d'autres déplorent que les nosographies psychiatriques confortent ainsi une psychiatisation de la souffrance sociale. Dans un bilan récent, Horwitz et Wakefield⁵ dénoncent les abus dans la médicalisation de la tristesse et du chagrin ramenés au rang de «désordres» de l'humeur alors qu'il s'agirait, fréquemment, de réactions normales aux difficultés de la vie. L'approche diagnostique biaiserait le jugement médical et augmenterait artificiellement le nombre de «cas» cliniques en élargissant abusivement le concept de maladie. En fait, la quatrième version du *Diagnostic and Statistical Manual* identifie une quantité toujours plus grande de «désordres» psychiatriques qui deviennent autant d'objets individualisés d'interventions cliniques. On entend alors par désordre «un syndrome ou un pattern comportemental ou psychologique significatif cliniquement et qui est associé, chez un individu, à une détresse (c'est-à-dire un symptôme douloureux) ou une invalidité (c'est-à-dire altération d'un ou plusieurs champs de fonctionnement) ou avec un risque significativement élevé de mort, d'invalidité ou de perte d'autonomie».

Plus fondamentalement, pour certains,⁶ ces nosographies ne font que refléter des *a priori* ethnopsychologiques de la psychiatrie occidentale tels ceux de conception égocentrique du soi, obsession du contrôle de soi ou des oppositions corps-

esprit, émotion-cognition, elles-mêmes en évolution. En fait, ces nosographies, en dépit de leurs prétentions à l'universalité, seraient des construits socioculturels profondément marqués par les cultures occidentales. Pourtant, les éditeurs du DSM ont démontré une certaine ouverture face à l'influence de la culture sur les définitions du normal et de l'anormal et sur les modalités d'expression (verbales, comportementales, cognitives, émotives) du mal-être psychologique. Cette ouverture s'est traduite par l'intégration de remarques soulignant des «traits culturels spécifiques» qui peuvent influencer sur la manifestation des symptômes associés à certains désordres. Le but est alors d'éviter que ne soient considérées, par les cliniciens, comme désordres, des réponses culturellement acceptables à des événements (telle la perte d'un être cher) et comme psychopathologiques les variantes normales dans le comportement, les croyances ou l'expérience qui sont propres à la culture d'un individu. Toutefois, un bilan critique⁷ des contributions des recherches menées par un *task force on culture and diagnosis* montre que les auteurs du DSM-IV n'ont démontré que très peu d'ouverture face à une prise en considération de l'influence de la culture sur les modalités d'expérience de la souffrance psychique et sociale.

Ces critiques adressées à l'approche diagnostique jettent un doute sur la validité et la pertinence de l'utilisation d'outils de mesure (tel le *Diagnostic and Interview Schedule*⁸) dérivés de cette logique catégorielle dans les enquêtes épidémiologiques, en particulier en population générale. Un consensus n'en émerge pas moins en épidémiologie socioculturelle⁹ quant à l'importance, pour les responsables des politiques de santé mentale, de prendre en considération tout autant les données issues des enquêtes épidémiologiques classiques (indicateurs de prévalence, d'incidence, etc.) que celles découlant d'une analyse des conditions socio-économiques et de l'univers culturel dont lesquels émergent et sont vécus ces problèmes de santé. Un exemple intéressant en sont les travaux d'une équipe internationale¹⁰ qui a proposé une méthodologie apte à prendre en considération les modèles explicatifs de la souffrance dans divers contextes culturels. Une autre avenue explorée au cours des

trois dernières décennies est le recours à des échelles de mesure de la détresse.

LES ÉCHELLES DE MESURE DE LA DÉTRESSE

L'une des avenues de contournement suggérée par l'épidémiologie socioculturelle est le remplacement de la logique dichotomique déterminant la «présence» ou l'«absence» de tel désordre par le recours à une approche multidimensionnelle mesurant les niveaux de détresse à l'aide d'échelles de mesure¹¹ évaluant soit le niveau de «détresse psychologique», soit le niveau de «bien-être psychologique» des individus en population générale.

L'état de santé mentale d'une population ne se mesure plus seulement par le biais de la prévalence de divers «troubles» ou «désordres» mentaux, ou par le nombre d'individus suivis en psychiatrie, mais par leur niveau de détresse ressentie. Cette détresse déborde des simples inconforts émotionnels. Elle s'exprime sous trois grandes modalités. D'abord elle réfère à un «sentiment» de mal-être, une affliction qui peut prendre la forme de sentiments d'abandon, de désespoir, d'impuissance, de désarroi face aux aléas de la vie et aux infortunes. Cette première modalité peut être traduite par le concept de souffrance psychique référant à une expérience affective désagréable, ressentie comme une douleur psychique parfois tout aussi tangible que la douleur physique. Ensuite, la détresse est un vécu social ; elle est une «situation» de détresse marquée tantôt par l'isolement social, la pauvreté, le dénuement, la discrimination sociale, l'abandon ou le rejet. Enfin, la détresse réfère au concept plus englobant d'«être-au-monde», un rapport à soi et à l'environnement social modelé par ces sentiments et cette situation vécue. Ces trois dimensions de la détresse doivent être prises en compte dans les enquêtes épidémiologiques nationales (telles celles conduites au Canada, aux États-Unis ou en Suisse).

Les items intégrés dans ces échelles (et mesurés par le biais de la fréquence d'occurrence dans une période de temps de référence) sont généralement formulés à partir de «symptômes» observés chez des cas cliniques. Un score élevé obtenu à une échelle de détresse ou un score

faible à une échelle de bien-être psychologique ne détermine pas un «diagnostic» psychiatrique. Il permet toutefois d'identifier, dans la population générale, des sous-groupes vulnérables, susceptibles de développer à moyen terme des désordres psychiatriques, de consulter des professionnels de la santé, de vivre des incapacités à remplir leurs rôles sociaux et professionnels ou de consommer des médicaments et des soins spécialisés. Ces échelles sont vues plutôt comme des sortes de «thermomètres» mesurant l'état de santé mentale des populations. Le concept de détresse psychologique s'est progressivement imposé pour désigner ces états de détresse non spécifique dont l'intensité est corrélée avec une faible estime de soi, le désespoir, la tristesse, l'anxiété et divers troubles cognitifs.¹² En se démarquant de la logique catégorielle (cas/non cas), ces échelles expriment un continuum de détresse et démontrent une plus grande sensibilité aux diverses manifestations de la souffrance psychique.

DES GRILLES DIAGNOSTIQUES AUX ÉCHELLES DE MESURE DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

La plupart de ces échelles reproduisent toutefois trois des biais généralement associés aux outils diagnostiques. Le premier est l'usage d'items découlant de symptômes observés dans des populations cliniques, présumant ainsi que les modalités d'expérience de la souffrance psychique sont les mêmes tant pour les formes sévères que légères de détresse. Le second biais est que très peu de ces outils reposent sur une banque de symptômes construite à partir du vécu d'épisode de détresse dans une population générale, symptômes qui traduiraient ainsi les manifestations de la détresse significatives pour une culture donnée, à une époque donnée. Enfin, troisièmement, elles postulent que ces symptômes sont invariables d'une culture à l'autre et d'un sous-groupe ethnique à l'autre à l'intérieur d'une même société. Si les biais associés à la logique empiriste et catégorielle des diagnostics sont évités, ces échelles ne réussissent que partiellement à saisir le sens profond de la souffrance psychique en fonction des contextes sociaux et culturels.



Pour éviter les pièges inhérents à ces prétentions universalistes et aux biais cliniques, nous avons déjà proposé une démarche méthodologique visant à identifier, à l'intérieur d'un groupe ethnique donné (par exemple, les Québécois francophones), les principales manifestations culturellement acceptées de détresse ou de bien-être psychologique. Deux échelles de mesure de la détresse puis du bien-être psychologique ont été élaborées à partir d'une banque de manifestations de détresse et de signes de bien-être, construites à partir de l'analyse de contenu d'un échantillon aléatoire de récits d'épisodes vécus. La performance de ces outils a conduit à leur utilisation dans des enquêtes épidémiologiques québécoises¹³ et canadiennes¹⁴ démontrant la possibilité d'élaborer des outils de mesure de la détresse et de la souffrance psychique valides et de là, la possible complémentarité entre des méthodes qualitatives et quantitatives.

DES MANIFESTATIONS ET SYMPTÔMES AUX IDIOMES DE DÉTRESSE

La question de l'ancrage de cette souffrance dans un environnement social et culturel qui donne sens aux manifestations et aux symptômes ne s'en trouve toutefois pas épuisée. La culture joue en fait un triple rôle. Elle définit d'abord les balises définissant le normal et l'anormal, l'acceptable et l'intolérable tant dans les comportements que dans les représentations sociales de la souffrance. Elle propose ensuite un ensemble de signes et d'idiomes permettant aux individus de reconnaître et d'exprimer leur souffrance à travers des codes reconnus par les membres d'une culture donnée. Enfin, elle structure ce vocabulaire culturellement déterminé dans un «langage» de la détresse. Une première position épistémologique qui devait servir de fondement à toute recherche sur la souffrance psychique est alors de dépasser les logiques visant à découper les «désordres» mentaux en entités catégorielles réifiées pour analyser les idiomes à travers lesquels, les Suisses par exemple, expérimentent la souffrance mentale dans leur corps et leur esprit et l'expriment à l'entourage.

Nous pouvons définir les idiomes de détresse comme des moyens ou des ca-

naux culturellement reconnus de communication, par lesquels les membres d'un groupe ethnoculturel expérimentent, interprètent et communiquent leur expérience de la souffrance. Ces idiomes culturellement appropriés d'expression de la détresse peuvent être somatiques, affectifs, cognitifs ou comportementaux. Dans le contexte québécois francophone, nous avons pu identifier^{15,16} comme fondement d'un langage de la détresse, la démoralisation, l'angoisse, le stress, l'autodévalorisation et la somatisation comme des idiomes de détresse évoluant autour de deux idiomes centraux que sont la propension au «retrait social» et la tendance au «repli sur soi». Ici, une culture fortement influencée par l'individualité, l'autonomie et la responsabilisation individuelle a favorisé, chez les individus vivant une souffrance psychique, le développement d'un langage de la détresse centré sur le repli sur soi, le retrait des activités sociales que l'on ne se sent plus en mesure d'assumer et un profond sentiment de culpabilité et d'incompétence personnelle. Dans le contexte des Antilles françaises contemporaines, caractérisé par un environnement culturel façonné par le passé esclavagiste et la désappropriation coloniale des leviers de décision économique et politique,¹⁷ le «langage créole»¹⁸ de la détresse se structure autour: a) d'idiomes d'expression tels les bouffées de violence, les décompensations publiques, les délires de persécution ou les hallucinations auditives et b) d'idiomes créoles d'explication causale marqués par le fond magico-religieux tels le «quimbois» (attaque de sorcellerie), la «jalousie» (envie du statut social de l'autre) ou de la «déveine» (propension à attribuer à des malveillances maléfiques la répétition d'infortunes diverses).

Ces idiomes ne doivent pas être assimilés à des entités elles-mêmes réifiées, fixes, données une fois pour toutes. Le chercheur doit les concevoir comme des «formes culturelles» qui condensent une série de signes dans certains canaux privilégiés de communication et qui transforment l'expérience de la souffrance en abstractions, tout en rendant possible la communication et en structurant l'intersubjectivité.¹⁹ Ces idiomes se «cristallisent» à partir de la dynamique dialectique entre l'expérience corporelle et les catégories culturelles, entre l'expérience et le

sens».²⁰ Loin d'être assimilables à des structures inconscientes statiques, ils agissent comme des modèles génératifs de sens et comme des pratiques formatives d'interprétation qui font office de forces médiatrices entre les mondes de l'expérience vécue et de la représentation. La construction du sens de la détresse est alors indissociable de l'expérience vécue. Une anthropologie sémiotique de la détresse est indissociable d'une phénoménologie du vécu. Les récits d'épisodes de détresse sont ainsi des spécimens de l'ensemble des discours que les membres du groupe peuvent élaborer pour expérimenter, communiquer et expliquer leur souffrance. C'est donc à l'intersection de ces matrices de signes, d'étiquettes et de causes culturellement significatives, mais aussi de ces idiomes d'expression, d'identification et d'explication qui les canalisent, que se construit le langage de la détresse dans une culture donnée.

La souffrance psychique ne peut être assimilée à une construction culturelle: en fait la souffrance ressentie par le dépressif, l'anxieux, l'angoissé ou le mania-codépressif est belle et bien réelle, tangible. Toutefois, le choix des modalités d'expression, de communication et d'explication de cette souffrance est profondément influencé par la culture qui offre un éventail culturellement significatif d'idiomes permettant à l'individu d'expérimenter et de communiquer sa souffrance et permettant à son entourage de décoder ces manifestations. Le défi pour les enquêtes épidémiologiques nationales consiste à disposer d'outils de mesure qui soient sensibles à ces langages de la détresse.

SOUFFRANCE SOCIALE ET DÉTRESSE EXISTENTIELLE

Enfin, la détresse doit être considérée dans ses dimensions à la fois existentielle (interpersonnelle et intersubjective) et collective, comme une «souffrance sociale» qui exprime les formes d'incarnation de la misère humaine et qui donc ne peut être séparée de la violence politique et économique qui la génère.²¹ Le défi de la mesure de la souffrance psychique passe par une ethno-épidémiologie critique qui n'établit plus de barrières rigides entre souffrance sociale et souffrance mentale, entre états psychiatriques

pathologiques et conditions socio-économiques. Le bien-fondé de cette approche est évident dans le cas des formes de détresse générées par la torture, la répression politique, les génocides, le travail servile et l'extrême pauvreté. Mais la préoccupation pour les sources politiques et économiques de la souffrance doit être tout aussi présente dans le cas des modes plus subtils de pressions exercées sur le citoyen moderne. Regrouper des problèmes divers tels la toxicomanie, les suicides, les crises psychotiques, la dépression et la violence envers autrui sous l'étiquette de détresse psychologique ou de souffrance psychique permet de les appréhender non plus seulement comme des «états» médicaux, mais comme des manifestations d'une souffrance sociale partagée par les membres les plus vulnérables de la société. Une telle perspective permet de transcender le découpage disciplinaire qui compartimente les signes cliniques, des causes écono-

miques et du contexte politique de la détresse. Elle permet de dépasser l'analyse des corrélations entre, d'un côté, la pauvreté, le stress ou l'isolement social comme facteurs de risque et, de l'autre côté, les pathologies mentales pour introduire un souci pour les modes d'articulation entre divers niveaux de causes trop souvent traités séparément et en dehors de tout recadrage historique. C'est une telle approche, arrimant analyse critique des causes et construction locale du sens de la maladie qui fut retenue par les auteurs du collectif sur la «souffrance sociale»²² et qui visait à «détruire les vieilles dichotomies, par exemple, celles qui opposent les niveaux individuel et social d'analyse, les représentations et l'expérience, la souffrance de l'intervention».

Nous comprenons alors mieux les raisons pour lesquelles nous devons nous intéresser à la détresse, même si elle ne conduit que dans un nombre restreint de cas à de véritables «désordres psychia-

triques». D'abord, sur un plan clinique, un niveau élevé de détresse constitue un signe prédictif d'un possible basculement vers des désordres mentaux invalidants. On peut y voir un cri de détresse ou un appel à l'aide qui justifie des interventions préventives tant de la part des membres de l'entourage que de la part des autorités politiques et sanitaires. Ensuite, cette détresse justifie un souci humaniste pour les soins tout autant que pour toute autre forme de souffrance. Enfin, comme le rappellent Mirowsky et Ross,²³ la distribution sociale de la détresse est un puissant révélateur des inégalités sociales et des rapports de pouvoir asymétriques. La détresse est à la fois une forme d'expression mais surtout le révélateur, d'une souffrance sociale qui appelle des mesures politiques et communautaires de soutien aux groupes vulnérables.

Bibliographie

- 1 Kirk S, H. Kutchins. Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine. Le Plessis-Robinson, Institut pour le progrès de la connaissance. New York: Walter de Gruyter éditeur, 1998.
- 2 Mirowski J, Ros CE. Psychiatric diagnostic as reified measurement. *J Health Soc Behav* 1989;30:11-25.
- 3 Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety. Implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 2001;62:22-30.
- 4 Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl.): 47-55.
- 5 Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford, New York: Oxford University Press, 2007.
- 6 Gaines AD. Ethnopsychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatry. Albany, NY: State University of New York Press, 1992.
- 7 Kirmayer L. Culture in DSM-IV. *Transcult Psychiatry* 1998;35:1-3.
- 8 The Computerized Diagnostic Interview Schedule (C DIS-IV), commercialisé par la Washington University School of Medicine.
- 9 Trostle JA. Epidemiology and Culture. New York, Cambridge: University Press, 2005.
- 10 Weiss MG. Cultural epidemiology: An introduction and overview. *Anthropology and Medicine* 2001;8:5-29.
- 11 La revue internationale Social Indicators Research est consacrée aux débats scientifiques autour de telles échelles de mesure de la détresse, de la satisfaction face à la vie, de bien-être.
- 12 Link B, Dohrenwend BP. Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States. In Dohrenwend BP, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R (eds.). Mental health in the United States: Epidemiologic estimates. New York: Praeger, 1980.
- 13 Santé Québec. L'enquête de santé. Rapport final. Ministère de la santé. Québec, 1998.
- 14 Santé Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale et bien-être. Statistique Canada, 2005.
- 15 Massé R. Qualitative and quantitative analysis of idioms of distress: Complementarity or incommensurability ethnosemantic, content and confirmatory factor analyses. *Qual Health Res* 2000;10:411-23.
- 16 Massé R, Poulin C, Lambert J, Dassa C. Elaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec. *Can J Public Health* 1998;89:183-9.
- 17 Massé R. Pour une ethnopsychiatrie critique de la détresse psychologique à la Martinique. *Sci Soc Santé* 2001;19:45-73.
- 18 Massé R. Détresse créole. Ethnopsychiatrie de la détresse psychologique à la Martinique. Québec: Presses de l'Université Laval, 2008.
- 19 Massé R. Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique. *Recherche Sémiotique/ Semiotic Inquiry* 1999;19:39-62.
- 20 Kleinman A. The illness narratives: Suffering healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988; p.14.
- 21 Kleinman A. Writing at the margin. Discourse between anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press, 1995.
- 22 Kleinman A, Das V, Lock M. Introduction 9-25: in *Social Suffering*. Berkeley London: University of California Press, 1997.
- 23 Mirowski J, Ross CE. Social causes of psychological distress (second edition). Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter, 2003.

Suicide et détresse existentielle : éléments d'intervention sociale et en santé publique

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : S30-S32

E. Bonvin

Dr Eric Bonvin
Réseau Santé Valais
Centre hospitalier du Chablais
Institutions psychiatriques
du Valais romand
Hôpital de Malévoz, 1870 Monthey
eric.bonvin@rsv-gnw.ch

*O Herr, gib jedem seinen eignen Tod.
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,
darin er Liebe hatte, Sinn und Not.^a*
Rainer Maria Rilke
Le Livre de la Pauvreté et de la Mort

La problématique suicidaire représente une situation particulière en matière de prévention sanitaire publique. Celle-ci ne peut en effet pas être appréhendée par les outils habituels de la prévention sanitaire des maladies objectivables. Cela tient, entre autres, au fait que notre culture contemporaine adopte une position ambiguë face au comportement suicidaire en le considérant, tantôt comme un mal à prévenir, tantôt comme un remède à la souffrance existentielle. Cet article expose les enjeux qui se posent en termes d'intervention sociale et sanitaire, pour les institutions publiques confrontées à l'am-

bigüité de la question du suicide. À la logique d'une intervention visant l'acte suicidaire en tant que conséquence, il préfère une démarche visant, en amont, à faire face à la détresse existentielle à l'aide d'un réseau relationnel public d'entraide.

PEUT-ON PRÉVENIR LE SUICIDE ?

Sous des formes diverses, le *comportement suicidaire* a toujours, et de tout temps, fait partie des comportements humains et des options auxquelles peut recourir un humain dans la détresse. Les collectivités humaines ont toujours donné un cadre social et culturel à ce comportement, le reconnaissant, tantôt comme un sacrifice vertueux au service de la collectivité, tantôt comme un acte délictueux menaçant pour elles-mêmes. Notre société ne déroge évidemment pas à l'expression de ce phénomène, qu'elle traite de diverses manières. Tout d'abord, en faisant du suicide un *problème de santé publique* fondé sur l'*indicateur épidémiologique de la mortalité par suicide*. D'autre part, en engageant un débat de société et en légiférant sur le *libre choix de l'individu à pouvoir mettre fin à ses jours* ou à être aidé en cela par ses congénères.

Vu sous l'angle de l'épidémiologie de santé publique, le comportement suicidaire apparaît comme une cause de mortalité relativement fréquente (2,2% des causes de décès en Suisse en 2000). Prenant l'apparence d'un indicateur épidémiologique parmi les autres, la mortalité par suicide doit cependant être traitée avec prudence. D'une part, bien qu'il s'agisse réellement de décès, ceux-ci ne peuvent pas tous être clairement identifiés comme suicide, car le seul témoin fiable d'un tel acte ne peut être celui

qui en a eu l'intention. D'autre part, le comportement suicidaire ne saurait être assimilé à un agent pathogène causal à proprement parler tout comme le suicide lui-même n'est pas davantage considéré comme une maladie. Ce qui qualifie le *suicide* tient à l'*intention* davantage qu'à l'acte lui-même ou à ses conséquences. En d'autres termes, si la démarche épidémiologique classique permet de corréler avantageusement l'effet d'un agent pathogène objectivable et fiable (comme un germe ou un toxique) avec un taux de mortalité au sein d'une population, elle ne peut faire de même pour la question du suicide. Ainsi l'épidémiologie du suicide bute inexorablement sur la particularité humaine du comportement causal. Le comportement et l'acte suicidaires sont la conséquence d'un enchaînement complexe de contextes, d'événements, de souffrances, de comportements, de décisions singulières et d'intentions subjectives, qui ne sont ni spécifiques et ni même objectivables. En d'autres termes, si l'indice de mortalité par suicide semble certes percutant, il ne recèle pas suffisamment d'informations pertinentes sur ses causes pour mettre en œuvre des actions préventives appropriées. Engager de telles actions sur la base de ce seul indice risque, non seulement de manquer d'agir sur ses causes et de n'avoir aucun impact positif, mais encore de promouvoir implicitement une solution possible face à la détresse existentielle (par exemple sous la forme de l'*effet Werther*, bien connu en la matière).

LE SUICIDE : FLÉAU OU REMÈDE ?

Dans notre pays, la promotion de cette solution face à la détresse est, aujourd'hui, passée au rang d'une véritable revendication sociale, philosophique, politique et associative. Revendication *thanatophile* du

^a O Seigneur, donne à chacun sa propre mort. / la mort issue de cette vie, / où il trouva l'amour, un sens et la détresse.

droit au suicide et à l'assistance au suicide, qui va actuellement jusqu'à développer et mettre en œuvre les contextes et les moyens techniques rendant l'acte suicidaire accessible à tous. Dans cette rhétorique, le suicide ne fait plus partie de la souffrance, mais apparaît comme sa solution technique, comme un remède permettant de l'abrégier. Ce qui est explicitement combattu ici, et qui justifie le recours à une technique de mort si radicale, c'est la souffrance individuelle. Ceux qui revendiquent le droit d'accéder à des techniques objectives et expertes de mise à mort le font, dans l'intention d'abrégier les souffrances de l'individu qui les requiert. Cette revendication butte cependant sur une impasse éthique et méthodologique insoluble : l'impossibilité de vérifier la suppression de la souffrance une fois la mort effective. La vérification de l'effet de cette méthode est, en effet, rendue impossible par l'anéantissement du seul témoin susceptible d'en rendre compte.

Face à la question du suicide, notre société est ambivalente. Ses valeurs et ses choix sont tendus et oscillent, entre la revendication radicale du droit au suicide et à être assisté dans cet acte, et la prévention active de ce même acte suicidaire érigée en programme sanitaire national prioritaire. La médecine, (clinique et de santé publique), se trouve au cœur de cette tension. Elle est, en effet, pourvoyeuse des informations, des méthodes et des moyens qui fondent et alimentent chacune des parties, antagonistes, de ce débat sur le suicide.

Les défenseurs de l'assistance au suicide ne sauraient éluder le fait que, la promotion des méthodes d'assistance au suicide, peut avoir des effets délétères s'étendant bien au-delà du seul contexte de la souffrance incurable. Les acteurs de la prévention du suicide ne sauraient, pour leur part, ignorer que d'autres acteurs de la médecine le revendiquent comme un remède à la souffrance.

ENJEUX D'UNE DÉMARCHE VISANT LA POPULATION

S'adresser à une population en vue d'influencer les comportements des citoyens exige que le message exprime clairement les intentions des initiateurs, que son contenu soit compréhensible, c'est-à-dire à la fois univoque (sans am-

bigüité) et adapté aux codes socioculturels. Comment, dès lors, formuler un message pertinent et organiser un programme efficace sachant que le suicide est aujourd'hui évoqué, à la fois comme un fléau et comme une solution existentielle ? L'ambiguïté du sens donné au suicide dans notre société risque d'induire une contamination paradoxale aboutissant finalement à une promotion du suicide. Une campagne qui ne viserait qu'à prévenir le comportement suicidaire serait aussi vécue comme discriminatoire pour ceux qui voient dans le suicide un remède à la souffrance incurable. Une démarche, dont l'intention serait de prévenir les comportements suicidaires, doit être à même de tenir compte des ambiguïtés suscitées par la question du suicide dans notre société, autant que de la sensibilité propre à chaque population face à celle-ci.

DÉTRESSE EXISTENTIELLE

Nous l'avons compris, engager une campagne de prévention du suicide implique de nombreux risques et l'espoir d'obtenir quelques résultats, allant dans le sens des buts qu'elle poursuit, demeure réservé. Une telle démarche nécessite que soient d'abord levées les ambiguïtés liées à la nature de son objet. A ce titre, il s'agit de rendre plus explicite le point d'impact d'une démarche préventive en évoquant, non pas sa finalité fatale, mais bien, en amont, le phénomène qui génère ce type de comportement. Compte tenu de ces différents paramètres, le terme qui offre la meilleure assise pour qualifier et cerner la problématique suicidaire est celui de la *détresse existentielle*. Celui-ci permet de pointer l'ensemble des déterminants du comportement suicidaire, qu'ils soient à la source d'actes désespérés, librement consentis ou assistés.

Mais la *détresse existentielle* n'est pas une maladie, elle s'inscrit en effet au plus profond de la complexité humaine (à la fois culturelle, sociale, personnelle et biologique) et représente une expérience constitutive de la vie elle-même. Elle est une disposition intime et personnelle.¹ La personne humaine est seule à pouvoir s'exprimer sur son expérience de détresse, de souffrance ou même de santé. En d'autres termes, nul ne saurait devenir l'expert des dispositions existentielles in-

times de l'autre. Le devenir reviendrait à rendre autrui profane de lui-même et à porter atteinte à ses potentialités à réaliser sa vie.² Qu'il s'agisse de détresse, de souffrance ou de santé, chacune de ces expériences « n'est pas un concept scientifique, c'est un concept vulgaire. Ce qui ne veut pas dire trivial, mais simplement commun et à la portée de tous ! ».³ L'abord de ces dispositions existentielles exige le respect de la singularité de la personne et que soient prises comme seules références ce que celle-ci en dit au travers des relations qu'elle entretient avec son milieu, aux contraintes qu'elle y subit et à la réalisation de ses actes.⁴ *Compte tenu de cet impératif, le seul champ dans lequel une démarche scientifique, collective, de prévention ou de promotion de la santé demeure possible est celui des relations que la personne entretient avec son milieu.*⁵ Les dispositions existentielles ne sauraient être contrôlables au-delà ou à l'insu de la personne elle-même et il ne saurait, par conséquent, y avoir d'expertise de la souffrance, de la détresse ou de la santé d'autrui... au risque d'atteindre gravement à celles-ci. Confier ses propres dispositions existentielles à autrui reviendrait en effet à les perdre. Elles ne se prêtent pas à des interventions sanitaires comme celles qui se pratiquent face à une épidémie virale. La nature de la détresse existentielle ne doit cependant pas nous confiner à l'impuissance. *Elle exige, d'une part, de mieux connaître les formes spécifiques et les lieux d'expression de la détresse existentielle au sein de la population, de l'autre, de mieux cerner la nature des moyens susceptibles d'influencer l'expérience de la personne souffrante vers un possible soulagement.* En l'occurrence, non seulement les moyens techniques ne nous sont d'aucune aide, mais en plus risqueraient-ils de réifier les dispositions existentielles de la personne humaine et de porter atteinte au principe d'humanité.⁶

Demeure le seul moyen d'action que nous avons mentionné : la *relation humaine*... que celle-ci s'exprime à un niveau social, collectif ou familial. Mener une action publique et collective susceptible d'apporter de l'aide aux personnes confrontées à la détresse existentielle consiste à déployer des opportunités relationnelles dans le tissu social et dans la communauté.



LES INSTITUTIONS DE LA DÉTRESSE

La souffrance et la détresse font partie des réalités existentielles humaines. L'humain a pour caractéristique non seulement de les inscrire parmi ses préoccupations personnelles, sociales et culturelles majeures mais, également, de créer des institutions visant à agir sur elles. Souffrance et détresse sont ainsi à l'origine d'organisations telles que la *médecine* et le *soin*, le *travail social*, l'*éducation* ou la *religion*. Ces institutions fondent chacune leurs missions et leurs actions sur les valeurs et les représentations qu'elles se font, dans notre société, de la souffrance, la détresse ou la santé. En se basant sur l'idée d'un être humain individuel capable de s'autodéterminer grâce à un équipement psychique placé sous sa commande, la médecine et la psychologie contemporaines considèrent la souffrance comme la résultante d'un processus initié au plus profond de l'être et cherchent donc à agir directement sur celui-ci. En s'appuyant sur les sciences sociales, les institutions sociales voient davantage la souffrance et la détresse comme l'effet d'une dynamique sociétale et tentent d'agir sur le corps social plutôt que sur la personne elle-même. Les institutions religieuses placent, pour leur part, la souffrance et la détresse dans une dynamique relationnelle entre l'homme et une instance tierce qui le détermine. Elles proposent de les traiter et de les gérer au cœur de cette relation à laquelle elles renvoient le souffrant.

Selon leurs formes d'expression, souffrance et détresse seront ainsi orientées vers telle ou telle institution et reconnues en fonction des représentations et du langage spécifique de celle-ci, comme un trouble psychique, un problème socio-éducatif, un cas social ou une épreuve spirituelle. Autant de termes qui résument implicitement un processus de réduction aux représentations propres à cette institution et, de fait, de réification de l'ex-

pression singulière, complexe et profane qu'exprime la personne souffrante ou en détresse.

La réduction de la souffrance et de la détresse aux seuls regards «spécialisés», fussent-ils juxtaposés, permet-elle une réponse adaptée aux personnes concernées? Ou bien est-ce plutôt à ces dernières de moduler leurs expressions et de faire une démonstration de leur souffrance ou de leur détresse conformément aux cadres et aux représentations des institutions? A l'heure des grandes réformes institutionnelles que nous connaissons, l'écart entre les représentations, les ressources et les besoins des uns et des autres laisse apparaître des intervalles vides de liens humains, des *no man's land* dans lesquels le langage profane ou commun, disqualifié, n'a plus force de sollicitude.

Comment, dès lors, penser une action des institutions capable de s'adapter et d'engager une relation humaine respectant la singularité de la personne confrontée à la souffrance et à la détresse existentielle? La juxtaposition des nombreuses institutions publiques et associatives qui structurent notre société révèle de nombreuses et précieuses compétences. Créer une institution supplémentaire ne ferait qu'accroître le fossé entre celles-ci. Par contre, la mise en commun des institutions existantes décèle une autre forme de ressource: *l'accroissement considérable de possibilités de relations humaines potentielles avec les personnes confrontées à la détresse existentielle*.

INTERVENIR FACE À LA DÉTRESSE EXISTENTIELLE

Sur la base de ces différentes considérations, il nous est maintenant possible de tracer les contours d'une possible intervention publique visant la problématique suicidaire. Une telle intervention se fonde sur des points de repère précis qui permettent de poser les jalons d'une

campagne de santé publique et de prévention sociale que l'on rappelle ici:

- le suicide en lui-même ne saurait être une cible de prévention. Une telle démarche gagne en pertinence si elle prend plutôt appui sur son déterminant le plus stable, à savoir la *détresse existentielle*.
- La notion de démarche préventive apparaît également inadaptée à la dimension vitale et naturelle de la souffrance et de la détresse existentielle. Plutôt que de prévenir la détresse existentielle qui est constitutive de l'existence, il semble plus pertinent de permettre aux personnes qui y sont confrontées de *faire au mieux face à l'adversité de l'existence*.
- Le levier d'action le plus probant sur la détresse existentielle demeure celui de la *relation humaine*. Plutôt que la référence à un programme, nous préférons avoir recours à la notion de *l'intervention d'un réseau d'acteurs institutionnels et publics au sein de la communauté*.

Il s'agit en d'autres termes de favoriser le développement, au sein du tissu social et institutionnel, d'un réseau relationnel public d'intervention face à la détresse existentielle. ■

Bibliographie

- 1 Benasayag M. Sur la santé et son modèle. In Vous avez dit santé? Coll. Santé et Philosophie. Latresne: Le bord de l'eau éd., 2001;57-74.
- 2 Malherbe JF. La violence scientifique dans le champ de la santé. La Lettre de la Fondation Ling, Lausanne, n° 23, 2003;3-9. Document téléchargeable sous le lien: www.ling.ch/pdf/lettre/la_lettre.23.pdf
- 3 Canguilhem G. La santé: concept vulgaire et question philosophique. In Ecrits sur la médecine. 4^e éd. Paris: Seuil, 2001;52.
- 4 Foucault M. Maladie mentale et psychologie. 2^e éd. Paris: Quadrige/Presses Universitaires de France, 1997.
- 5 Bonvin E. Valeurs et conceptions de la santé mentale et des soins de la souffrance psychique. Eric Bonvin in Concept Santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais 2006-2012. Réseau Santé Valais: Document téléchargeable sous le lien: www.sifor.org/cms/_editable/files/pdf/D2conception.pdf
- 6 Guillebaud JC. Le principe d'humanité. Paris: Seuil, 2001.

PRÉVENTION DU SUICIDE FRIBOURG (PréSuiFri) : Mieux exploiter les réseaux et les ressources disponibles

Le suicide est un sujet préoccupant pour des groupes professionnels très variés – qui peuvent contribuer à la prévention dans leur domaine d’activité. Pour cette raison, Prévention du suicide Fribourg (PréSuiFri) poursuit la stratégie de mettre en réseau les professionnels des différentes institutions fribourgeoises et de les soutenir notamment dans le domaine de la prévention du suicide. Deux tâches essentielles se présentent ainsi pour l’association, à savoir:

- Rendre accessible la connaissance existante et la développer dans le domaine de la prévention du suicide afin de renforcer les compétences professionnelles dans ce domaine;
- Soutenir les réseaux existants et favoriser la création de nouveaux liens-réseaux avec des groupes professionnels et des institutions en contact avec des personnes suicidaires et leur entourage.

Tout a commencé...

Le canton de Fribourg présente un taux de mortalité par suicide plus élevé en comparaison avec d’autres cantons. Constatant ce fait, la direction de la Santé a mandaté en 1996 un groupe de travail en vue d’examiner la problématique de la suicidalité dans le canton et de présenter un programme de prévention. En 1998, le groupe de travail a présenté un projet d’actions. Ce groupe de travail a fondé l’Association Prévention du suicide dans le canton de Fribourg, PréSuiFri, qui, depuis 2003, s’engage à la réalisation du projet de prévention.

« Prévention du suicide concrètement ! » — formation interdisciplinaire et *guidelines*

Trois modules de formation de deux jours s’adressant à différents groupes professionnels concernés par la problématique du suicide (enseignants, assistants sociaux, médecins, psychologues, journalistes, aumôniers, policiers et autres) ont été mis sur pied. Des protocoles d’intervention ont été édités, qui présentent des lignes directrices susceptibles d’aider les professionnels dans un contexte spécifique (p.ex. dans un EMS, un hôpital ou à l’école) à réagir de manière adéquate dans le contact avec des personnes suicidaires et leur entourage.

Perspectives

L’association Prévention du suicide dans le canton de Fribourg s’engage — en tenant compte des résultats des projets mentionnés — à mettre sur pied des formations sur mesure pour différents groupes professionnels. De plus, elle reste en contact avec un grand nombre de professionnels intéressés du Grand Fribourg à travers un site Internet (www.fr-preventionsuicide.ch) et aussi via une circulaire. Il ne s’agit pas de devenir une grande organisation laquelle assumerait elle-même le travail de la prévention du suicide et de conseil, mais plutôt – dans le sens d’un centre de compétence – de soutenir les professionnels du canton à conduire ce travail de prévention dans leur contexte respectif. De plus, l’association tient à collaborer avec les organisations sœurs des autres cantons et sur le plan national.

Pour plus d’informations : www.fr-preventionsuicide.ch