

1 Dorogi, Y., Michaud, L. et Saillant, S. (2017). Rencontrer un patient suicidaire. Dans L. Michaud et C. Bonsack, *Prévention du suicide : rencontrer, évaluer, intervenir* (p. 40-58), Médecine et Hygiène.

2 La personne citée est anonymisée.

3 L'endométriозe est une maladie chronique caractérisée par la présence anormale de cellules de l'endomètre en dehors de l'utérus. Ces cellules, non détruites par le système immunitaire et soumises aux régulations hormonales, vont proliférer, s'accumuler et entraîner des lésions ou des kystes sur les organes concernés. L'endométriозe stade 4 - ou endométriозe sévère - peut se trouver dans des organes non reproducteurs notamment les intestins, la vessie, le foie ou les poumons.

The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions. (1988). *Fertil. Steril.*, 49(6), 944-55.

4 Van de Voorde, J., Sanchez Valero, V., Baudoin, E., Kamar, S., Chabert, B. et Baudoin, T. (2017).

Rôle et nature du dérèglement de la relation sujet-environnement dans les théories du suicide. *Annales médico-psychologiques*, 175(2), 108-14.

5 En effet, le processus suicidaire dépend, d'une part, de facteurs de stress externes et, d'autre part, des vulnérabilités, plus ou moins importantes, propres à chaque individu.

6 Il s'agit du modèle d'intervention intensive, rapide et précoce : risques, urgence, dangers (RUD). Seguin, M. (2001). Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte? Place de la prise en charge psychologique. Dans G. Darcourt et al., *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge* (p. 235-262). John Libbey Eurotext.

Émilie Labeyrie

Coordnatrice régionale des équipes mobiles psychiatrie précarité

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Chargée de mission

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Psychologue clinicienne

Assistance publique des hôpitaux de Marseille - Mouvement d'action pour le rétablissement sanitaire et social

La clinique du lien à l'épreuve des idées suicidaires

Le suicide, phénomène complexe revêtant des dimensions cognitives, affectives et comportementales, est un sujet de santé publique important au regard des nombreux facteurs de risque existants (tels que les troubles psychiques, la situation biopsychosociale ou les relations interpersonnelles). Les conduites suicidaires s'inscrivent dans une temporalité singulière, ce qui induit une véritable difficulté de repérage et de traitement. Les professionnels de santé et du social accompagnant des publics en précarité et souffrant de traumatismes complexes se retrouvent confrontés à des personnes présentant une « vulnérabilité suicidaire¹ ». Comment accompagner une personne qui se trouve dans l'impasse avec une souffrance qui lui semble insurmontable? Comment parler du suicide et évaluer la situation réelle au-delà du ressenti d'urgence?

D'un parcours de rupture vers une désaffiliation

Un jour, une psychiatre de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) dans laquelle je travaille me demande de rencontrer Vinza² et de la suivre conjointement en psychothérapie au vu de son tableau clinique complexe. Vinza vit dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile et fait des démarches pour obtenir le statut de réfugiée. Son frère et sa mère lui ont fait subir des tortures dans son pays d'origine en lien avec son homosexualité. Vinza est notamment victime de viol, de séquestrations, de violences physiques et de harcèlement moral. Elle porte un diagnostic de schizophrénie paranoïde et présente un trouble de stress post-traumatique. À cela s'ajoute une endométriозe sévère stade 4³ découverte tardivement, lui provoquant des douleurs diffusées dans plusieurs zones du corps depuis de nombreuses années.

Née à la suite d'une relation adultère avec un militaire français, Vinza a toujours porté la honte et la culpabilité de sa mère qui la rejette depuis sa naissance. Elle me raconte une enfance faite de pleurs, de tristesse et de désespoir, où elle s'effaçait pour faire le moins de bruit possible. À l'âge de 25 ans, une personne chez qui elle cuisinait, et qui avait un statut haut placé au sein d'une ambassade, l'a aidée à s'enfuir de son pays. Elle arrive en Belgique, où elle est hospitalisée sous contrainte pendant un an et demi. Elle garde des souvenirs violents de cette période d'enfermement. Grâce à une amie habitant à Paris, elle déménage en France. Elle s'installe à

Marseille en ayant comme objectif de retrouver son père, une des seules raisons qui la fait tenir en vie. Le fait de le nommer donne à Vinza une consistance réelle et symbolique, une prise sur son existence. À Marseille, une communauté LGBTQIA+, engagée et bienveillante, intègre, accepte, aide et prend soin de Vinza. Sept ans plus tard, Vinza est stabilisée sur le plan administratif, mais s'enferme de plus en plus. Son vécu de persécution s'aggrave. Elle se coupe de la communauté à laquelle elle appartenait. Petit à petit, elle rompt les derniers liens avec des personnes qui ont été des ressources importantes dans son parcours de vie et qui lui ont beaucoup apporté. Des processus psychiques très forts se mettent alors en place, tels que l'évitement, l'hypervigilance et l'isolement. Ces derniers permettent à Vinza de se protéger de ce qu'elle éprouve. Ses blessures psychiques et physiques remettent en cause ses repères moraux et lui font perdre confiance en l'être humain. Un sentiment d'humiliation, en lien avec les actes de violence qu'elle a subis dans son passé, lui colle à la peau et ne s'amoindrit pas. Les violences qu'elle a endurées se réactivent sans cesse dans sa chair. Les reviviscences, les cauchemars, les flash-back, les hallucinations kinesthésiques l'assaillent quotidiennement.

À partir de cet instant, Vinza vit un grand désarroi. Ne percevant plus d'autres alternatives que celle de mettre fin à ses jours, elle fait de nombreuses tentatives de suicide et utilise les prises de médicament pour réguler sa souffrance interne. Ces nombreux passages à l'acte ne peuvent être réduits à des appels à l'aide. Il importe de comprendre la solitude vécue par Vinza et tous les moments de restrictions de solutions qui l'ont précédée - que je n'ai, par ailleurs, peut-être pas saisis ou qui n'ont pas été partagés lors de nos rencontres thérapeutiques. Il s'agit de les faire exister et de leur donner du sens. En effet, les passages à l'acte peuvent être évités lorsque la personne est capable d'identifier des choix plus ouverts pour poursuivre son existence. Ces actes montrent que Vinza est prise dans une lutte interne épuisante entre le désir de vivre et celui de mourir. Durant nos rencontres, nous explorons cette ambivalence avec l'intention de faire émerger de l'espoir, élément principal au sein des parcours de rétablissement.

En ce sens, le modèle de stress-vulnérabilité⁴ est intéressant à réfléchir dans chaque situation car

7 Lacan, J. (2001). La logique du fantasme. Compte rendu du séminaire 1966-1967. Dans J. Lacan. *Autres écrits* (p. 325). Le Seuil.

8 Dorogi, Y., Michaud, L. et Saillant, S. (2017).

9 Seguín, M., Bordeleau, V., Drouin, M. C., Castelli-Dransart, D. A. et Giasson, F. (2014). *Professional's Reactions Following a Patient's Suicide: Review and Future Investigation*, *Archives of Suicide Research*, 18(4), 340-362.

10 Kaufmann Didishmeim, N., Camus, D. Gulfi, A. et Castelli Dransart, A. (2007). Suicide d'un patient et réactions des professionnels. *Revue médicale suisse*, 3(125), 2092-4.

11 Cramer, R. J., Johnson, S. J., McLaughlin, J., Rausch, E.M. et Conroy, M. A. (2013). Suicide Risk Assessment Training for Psychology Doctoral Programs: Core Competencies and a Framework for Training. *Train. Educ. Prof. Psychol.*, 7(1), 1-11.

12 Il s'agit de réfléchir à la responsabilité du professionnel et de son institution quant à la mort d'un usager. En effet, dans la clinique de la rue, il importe de prendre conscience que les personnes concernées ne meurent pas de leurs symptomatologies psychiatriques. Il est nécessaire d'accompagner l'usager à prendre soin de son corps et de sa santé somatique qui doit être surveillée, évaluée et soignée. Dans le cadre des pratiques d'aller vers, l'usager n'est pas pris en charge classiquement. Afin qu'il puisse nous contacter lorsque son état s'aggrave, il convient de construire une relation de confiance assez forte et de laisser cet espace. Si l'usager ne peut plus faire appel à l'autre, des veilles régulières peuvent être mises en place avec d'autres acteurs du terrain. La question de la gestion de la mort des usagers est très importante au sein de la clinique psychosociale à risque où le taux de mortalité est très important.

13 Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion*. Broché.

il amène une dimension dynamique et temporelle du suicide chez un individu en relation avec son système⁵. Les idées suicidaires doivent être considérées dans le cadre d'une hypothèse de crise afin de les mettre en relation avec le contenu du travail psychothérapeutique.

D'un ressenti d'urgence à une rencontre contenant

Au-delà de nos rencontres quotidiennes où la parole est vectrice de soins thérapeutiques, je propose à Vinza d'autres espaces au sein desquels elle peut se centrer sur ses besoins immédiats. Ainsi, je l'accompagne dans ses démarches pour obtenir une aide sociale et un accompagnement à domicile pour la gestion de son logement. Je l'aide à régler ses problèmes relationnels avec son voisinage et valide, ainsi, ses actes citoyens. Je la soutiens dans la mise en place des soins infirmiers à domicile et renforce son engagement dans les soins auprès des médecins somatiques et psychiatres. Je m'appuie sur ses ressources et ses propres capacités de résilience en donnant une place centrale à ses choix. Je l'accompagne dans le Luberon pour aller chercher un chien et aussi à l'un de ses stages, lors d'une formation en maison de retraite. Je l'emmène au cinéma pour voir un film d'action et lui télécharge des films d'horreur sur une clé USB. Je cherche avec elle une association où elle peut faire de la couture et l'orienter vers un groupe d'entraide mutuelle pour qu'elle puisse entraîner ses compétences sociales. Enfin, je lui propose de cuisiner les repas communautaires au sein de l'EMPP. Tous ces actes ont pour but de lutter contre la stigmatisation et l'autostigmatisation. En soutenant les cognitions sociales et les fonctions exécutives de Vinza, qui sont ralenties par les traitements forts qui lui sont administrés, mes actes ont pour visée de permettre la compensation et la remédiation spécifique en agissant notamment sur ses capacités de planification et de réalisation de tâches, mais aussi sur sa mémoire verbale, de travail et visuo-spatiale, son attention sélective, ses fonctions exécutives et sa vitesse de traitement de l'information. Je travaille ainsi sur le développement de pensées positives.

Je fais de la psychoéducation sur les symptômes qu'elle éprouve. Je lui explique ses traitements et le processus suicidaire. J'utilise le schéma des étapes de l'élaboration à la planification en passant par l'intentionnalité⁶. Le fait de le montrer à la personne nous renseigne sur là où elle se situe selon les différentes étapes de la crise suicidaire et peut l'aider à mettre en mots des ressentis ou des flashes. Cela la responsabilise aussi sur ce qu'elle dit et ce qu'elle fait. Je pose des questions franches et précises à Vinza pour explorer ses idées suicidaires. J'aborde ouvertement le sujet, cela n'augmente pas le risque suicidaire. Au contraire, cela l'aide à sortir de l'isolement et contribue à la construction d'une rela-

tion de confiance autour de ce sujet. Je la remercie à chaque fois pour la confiance qu'elle m'accorde de partager son mal-être avec moi. Il faut toujours trouver et retrouver le juste milieu entre l'intime et le dévoilement après chaque acte. Il s'agit d'un travail clinique fin car il importe de garder en tête que l'acte « veut dire », mais justement, il ne dit pas⁷.

L'évaluation du potentiel suicidaire s'inscrit dans une rencontre où de multiples mécanismes relationnels sont en jeu⁸. Le thérapeute doit mettre en place une réflexion autour de ses ressentis et de ses réactions qui font partie du travail psychothérapeutique, elles peuvent amener vers des attitudes de surprotection ou de rejet⁹. En effet, le professionnel peut se retrouver pris de peurs anticipatives pour l'autre. De nombreux écueils augmentent le niveau de stress de la rencontre et peuvent potentiellement réduire la capacité d'écoute, d'élaboration ou de compréhension du thérapeute. Les enjeux transférentiels qui sous-tendent la relation thérapeutique doivent être mis en exergue¹⁰. Une des compétences les plus importantes est d'identifier ses propres représentations (ses croyances ou ses valeurs) et de les mettre en perspective avec une compréhension de la phénoménologie du suicide¹¹. Il n'est pas rare également que



les professionnels accompagnant des personnes en précarité soient aveuglés par l'idéalisation de leur intégration sociale, mais aussi leurs accès aux soins et leurs stabilité administrative. Le présupposé théorique des équipes peut créer mettre la personne accompagnée face à l'injonction de réussir son intégration.

En étant confronté à une personne en proie à des idées suicidaires, le professionnel peut être fortement affecté émotionnellement, ébranlé dans son rôle et sa mission, bousculé dans sa pratique. La crise suicidaire interroge également le dispositif institutionnel dans lequel évolue l'intervenant, son organisation, sa mission, ses valeurs, notamment sa stratégie de *la gestion des erreurs*¹².

Pour conclure, le suicide est une forme d'auto-exclusion¹³ qui renvoie à la perte du sentiment d'appartenance, conséquence de la précarité et de la désaffiliation liée à la perte des repères collectifs et citoyens. Parler de la mort en psychothérapie n'est pas simple ni spontané. Toutefois, cela peut être envisagé comme une autre manière de parler de la souffrance, des difficultés personnelles et interpersonnelles, qu'elles soient contextuelles ou systémiques. L'authenticité dans la rencontre permet de nommer l'existence, son être au monde, l'histoire personnelle, les injustices, les discriminations subies et intolérables, la fragilité et le sens de la vie. Cette clinique est celle de la dignité humaine, dans laquelle l'engagement dans la relation à l'autre est nécessaire. ▶