

Nathalie de Kernier

LE SUICIDE

Préface de François Ladame



*Que
sais-je?*



Nathalie de Kernier

LE SUICIDE

Préface de François Ladame

*Deuxième édition mise à jour
3^e mille*

*Que
sais-je?*

À lire également en
Que sais-je ?

COLLECTION FONDÉE PAR PAUL ANGOULVENT

Daniel Lagache, *La Psychanalyse*, n° 660.

Dominique Picard, Edmond Marc, *Les Conflits relationnels*,
n° 3825.

Serge Tisseron, *Les Secrets de famille*, n° 3925.

Sébastien Dupont, *La Thérapie familiale*, n° 4089.

Anne-Laure Buffet, *L'Emprise*, n° 4236.

Nathalie de Kernier, *Le Projet de vie*, n° 4245.

ISBN 978-2-7154-2118-9

ISSN 0768-0066

Dépôt légal – 1^{re} édition : 2020

2^e édition mise à jour : 2023, novembre

© Que sais-je ?/Humensis, 2023

170 bis, boulevard du Montparnasse, 75014 Paris

Préface

En peu de pages, dans un style clair et précis, Nathalie de Kernier réussit la prouesse de nous offrir une excellente vue d'ensemble sur le suicide.

L'auteure consacre une place importante à l'adolescence. À juste titre, car la majorité des décès d'adolescents sont dus à un suicide ou à un accident et les suicides tentés (ceux dont l'issue n'est pas fatale) sont particulièrement fréquents. Pourquoi ? Ce long passage entre l'enfance et l'âge adulte qui commence par la puberté et s'achève autour de 20-22 ans comprend de nombreuses tâches, notamment l'appropriation de sa propre vie : « Ma vie est mienne ; j'en suis certes redevable à d'autres, mais il m'appartient aujourd'hui, et à moi seul, d'en prendre soin et de la sauvegarder. » L'expérience m'a appris qu'un adolescent pouvait difficilement franchir cette étape s'il n'avait pas été en mesure d'envisager préalablement le suicide comme une possibilité. Ainsi s'ouvre un espace de pensée où l'on peut se prendre soi-même comme objet de réflexion, un espace de pensée qui va servir de « contenant ». En effet, la pensée est aussi une « action d'essai » (comme l'a qualifiée Sigmund Freud), elle permet d'imaginer que l'on a tel ou tel comportement, par exemple suicidaire, et d'en imaginer les conséquences sans avoir nécessairement à le mettre en acte. La pensée offre un choix entre des options possibles. Le suicide, hélas,

n'est plus un choix, c'est une solution qui s'impose dans un moment traumatique où la pensée, dans le sens des capacités de réflexion et de choix, est complètement submergée, mise hors-jeu.

S'approprier sa vie pour en prendre soin est l'un des garde-fous essentiels contre le risque de suicide, à partir de l'adolescence puis tout au long de l'existence. Franchir le pas ne va malheureusement pas de soi ! D'autres variables entrent en jeu, susceptibles de compliquer, voire d'empêcher cette transformation du fonctionnement psychique. La principale d'entre elles est le narcissisme, c'est-à-dire cette énergie psychique – positive et négative, amour et haine – que nous plaçons en nous-mêmes. Le narcissisme reflète la valeur que nous nous accordons. On pourrait aussi dire qu'il forme dans les situations normales une sorte de « peau » psychique, protectrice.

L'adolescence est l'une des périodes de la vie où le narcissisme est particulièrement mis à mal, fragilisé, ce qui va naturellement compliquer l'appropriation d'un sentiment d'être digne de vivre. Comme le souligne Nathalie de Kernier, du début à la fin de son livre, les événements extérieurs négatifs – échecs, abandons, séparations – qui peuvent renforcer la disqualification de soi exposent au risque de déliter les bases narcissiques du sujet et de compromettre l'appropriation de sa propre vie. Et il en va de même de toutes les périodes critiques qui suivent l'adolescence jusqu'à la vieillesse. L'impact des événements de vie malheureux se mesurera toujours à l'aune des quantités d'amour et de haine de soi (de narcissisme positif et de narcissisme négatif) qui sont aux fondements de l'être.

En plus de l'appropriation que l'adolescent devrait faire de sa propre vie, il existe une autre protection majeure contre le suicide qui se constitue dans des temps très précoces du développement, avant toute différenciation psychique entre la mère et son bébé. Ce garde-fou, que je comparerais à une sorte de « couffin » psychique, est formé des traces affectives du plaisir mutuel éprouvé dans les échanges entre le corps du bébé et celui de la mère. Il nous sert de refuge pour tenir le coup dans les moments de détresse et d'impuissance, moments potentiellement traumatiques où le suicide pourrait s'imposer comme l'unique solution.

Qu'en est-il de tous ceux d'entre nous qui n'ont pas pu constituer ces garde-fous salvateurs ? C'est la question lancinante qui hante tous les thérapeutes quand ils s'aventurent à offrir des soins à des patients qui ont tenté de se suicider ou qui risquent de passer à l'acte.

François LADAME

CHAPITRE PREMIER

Le suicide dans l'histoire, puis objet d'études scientifiques

I. – Au fil du temps

Décider de mourir : de tout temps et dans toute culture, des humains ont voulu disposer de ce droit pour eux-mêmes. Des exemples remontent à l'Antiquité. En Inde, les sages en quête de nirvāna se suicident lors de fêtes religieuses et les veuves les suivent dans leur bûcher de crémation. À Athènes, le suicide est puni : le cadavre est privé de sépulture, sa main droite est coupée et enterrée ailleurs. Des philosophes cyniques et sceptiques sont partisans du suicide, par exemple Diogène. À Rome, les suicides deviennent nombreux lors de la période dite décadente, sous l'influence de philosophes, comme Sénèque selon qui « penser à la mort, c'est penser à la liberté », ou de littérateurs, comme Lucain « poète du suicide ». La politique tend aussi à encourager le suicide puisque les personnages importants en disgrâce auprès de l'empereur se suicident pour soustraire leurs biens à la convoitise du tyran (Moron, 1975).

Du v^e au xix^e siècle, les conduites suicidaires sont condamnées par les religions monothéistes et par les

États occidentaux : les suicidaires sont poursuivis de sanctions pénales et les suicidés se voient interdits de certains rites funéraires. En France, saint Louis établit la première peine laïque. Malgré ces condamnations répressives, des vagues de suicides ou des pensées à l'encontre de la condamnation s'observent à certaines périodes : aux XII^e et XIII^e siècles, l'hérésie cathare incite certains membres, les « parfaits », à réaliser le « suicide sacré » ; au XVIII^e siècle, certains intellectuels cherchent à « abattre les préjugés et faire triompher la raison », notamment d'Alembert et Diderot qui posent le suicide comme gage de liberté individuelle, et également Voltaire qui admet sa légitimité dans la dernière partie de *L'Ingénu* ; en 1774, la parution des *Souffrances du jeune Werther* de Johann Wolfgang von Goethe provoque un effet de contagion sur la jeunesse (Moron, 1975). Le Code de 1810 enrayer l'attitude extrêmement sévère envers le suicide, ne le considérant plus comme un crime d'assassinat ou de meurtre contre soi-même et supprimant les peines qui frappaient les suicidants (Morasz, Danet *et alii*, 2008).

II. – Dans la littérature

Les œuvres littéraires où il est question de suicide sont si nombreuses que nous ne saurions pas être exhaustifs. Le courant romantique, dont Goethe est un représentant, a eu une influence déterminante en Europe, annonciateur d'un phénomène de désenchantement (Therenty, 2003), tout en éveillant, paradoxalement, un intérêt pour l'introspection. Bien souvent,

les spécialistes en sciences humaines découvrent que les problématiques des hommes et les phénomènes sociaux qu'ils cherchent à comprendre ont déjà été décelés et décrits avec profondeur par des romanciers. Fin psychologue et sociologue de son temps, Honoré de Balzac a parcouru avec acuité toutes les préoccupations humaines, sans avoir été exempt de la tentation du suicide dans sa jeunesse (Lascar, 2016). *La Comédie humaine* est à l'image des méandres des questionnements intimes de son auteur. Avec son sens de l'observation aigu, il traite le suicide en théoricien de la pensée, en politique, en homme et en artiste. Sa *Peau de chagrin* (1831) pourrait s'intituler « *Histoire d'un suicide* » : un amour déçu amène Raphaël à « continuer à mourir », selon son expression, dans les feux du plaisir. Accepter la peau revient à se jeter de la colonne de la place Vendôme, comme le dit l'antiquaire qui la lui fournit, un « suicide retardé ». Dans *Splendeurs et misères des courtisanes*, Balzac aborde le problème en psychiatre. Le docteur de ce roman en parle en effet comme une « douleur » développant un « sentiment mélancolique » et comme « la dernière crise d'une maladie morale, comme la mort naturelle est celle d'une maladie physique ». À travers son œuvre, Balzac distingue essentiellement trois formes de suicide : l'une appartenant à la pathologie, l'autre venant du désespoir et une troisième liée au raisonnement (Lascar, 2016). Le romancier semble inspiré des théories des pionniers de la psychiatrie française et leur approche aliéniste du suicide, notamment le *Dictionnaire des sciences médicales* d'Esquirol qu'il connaissait. Sa vision du suicide va évoluer : il le considère d'abord comme résultant d'une

pensée dont la vive activité peut mener à la destructivité ; ensuite il le condamne, mû par un regain d'intérêt pour le catholicisme, en considérant la foi comme un rempart contre le suicide et en s'indignant d'une société bourgeoise qui prive la jeunesse de possibilités d'épanouissement, la pousse au gaspillage insensé de ses forces vives et la plonge dès lors dans le désenchantement ; il le considère enfin au cas par cas, avec une vision philanthrope plus nuancée.

George Sand aussi évoque dans *Histoire de ma vie* ses propres crises aiguës et considère, dans son roman *Lélia* (1833), qu'« il y a un refuge contre les hommes, c'est le suicide ; il y a un refuge contre Dieu, c'est le néant ». En écrivant, Gustave Flaubert a même éprouvé une sensation d'arsenic en décrivant le suicide de *Madame Bovary* (1857) (Denis, 2016). C'est dire à quel point l'auteur est lui-même taraudé par la mélancolie de son héroïne, dont l'écriture semble une quête de sens tout autant qu'une surface de projection d'une détresse, pour décrire aussi tragiquement la condition féminine de son époque, qui est aussi celle de Freud. Ce suicide est très particulier : l'arsenic est un poison dérobé au pharmacien, une substance qui condense paradoxalement des fonctions de meurtre et de soin.

Les romans de Virginia Woolf (1882-1941), cofondatrice avec son mari de la maison d'édition Hogarth Press où sont de surcroît publiées les œuvres de Freud, sont peuplés de personnages suicidaires ou étreints par une profonde angoisse existentielle. À l'image de l'auteure elle-même, qui mettra fin à ses jours, d'abord frappée par une série de deuils puis dénonçant la condition féminine dans la société victorienne

oppressante de son temps et pressentant avec désespoir l'avancée mortifère des idéologies fasciste et hitlérienne ambiantes.

Albert Camus (1942) parle du geste suicidaire comme du dernier tournant où la pensée vacille. La pensée arrivant à ses confins, la détresse et la rage deviennent agies¹ faute de pouvoir être dites : « On se suicide rarement (l'hypothèse cependant n'est pas exclue) par réflexion. Ce qui déclenche la crise est presque toujours incontrôlable. » (Camus, 1942, p. 19) Il formule déjà à sa manière ce que sera la compréhension du geste suicidaire par les psychopathologues : une expression pulsionnelle massive, une brutale décharge lorsque les excitations débordantes, du fait de la non-élaboration d'un traumatisme, échouent à être contenues et liées.

La romancière contemporaine Amélie Nothomb, que l'écriture lie ardemment à la vie (Kernier et Abe, 2013), propose régulièrement des pensées sur le suicide en relevant des paradoxes : « Des milliers de gens se sont tués parce qu'ils ne voulaient pas être tués, des milliers de

1. « L'agir » fait partie du vocabulaire de psychologie. Freud (pour la première fois en 1905 dans le cas Dora) utilise d'abord le mot *agieren* pour parler de la mise en difficulté, voire la mise en échec, d'un processus de représentation puis pour parler de la répétition agie de transfert, en mettant l'accent sur la répétition en tant que telle comme outil d'analyse du transfert sous-jacent. Ainsi, l'*agieren* apparaît comme la forme la plus vive du transfert, et par là devient la nouvelle voie royale. Par la suite, Winnicott a tout particulièrement utilisé ce terme pour le proposer comme notion à part en entière. Avec lui, les psychanalystes contemporains considèrent l'agir – et particulièrement l'agir chez l'enfant et l'adolescent – comme une adresse, un message à entendre, y compris quand cet agir est transgressif ou psychopathique. Selon cette conception, la valeur de communication de l'agir, qui n'est pas qu'acte, est mise en exergue.

gens se sont jetés dans la mort parce qu'ils avaient peur de la mort. » (2000, p. 151) Par son art du dialogue, elle met en scène un affrontement interne cruel entre deux aspects de soi, comme si nous étions meurtris par un tyran intérieur impitoyable : « Tu as l'ennemi intérieur le plus encombrant du monde : moi. [...] Je suis la partie de toi qui te détruit. [...] Cette voix que tu entends parle à l'intérieur de ta tête. » (2001, p. 98-118) Elle voit l'adolescence comme une période propice à cette cruauté auto-infligée malgré soi : « Ignorez-vous que les filles meurent le jour de leur puberté ? Pire, elles meurent sans disparaître. » (1992, p. 148)

III. – Vers une spécialisation

Les premiers travaux sur le suicide s'inscrivent dans deux courants scientifiques qui ont, dans un premier temps, tendance à s'exclure mutuellement :

Le premier courant, suivant la période des Lumières, est la *psychiatrie classique*. Son but est de décrire des manifestations et de les ériger en syndromes ou de rattacher ceux-ci à des constitutions ou à des troubles organiques. L'affirmation de J.-É. D. Esquirol (1838, p. 665), auquel on attribue la paternité de cette doctrine, est des plus catégoriques : « L'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire. Les suicidés sont des aliénés. » S'ensuit la thèse défendue par F. Achille-Delmas (1932) du suicide toujours pathologique et lié à un trouble organique constitutionnel.

Le second courant, plus tardif, est la *sociologie classique*, considérant le milieu comme cause fondamentale et unique. Les principaux théoriciens de cette doctrine

sont Émile Durkheim, selon lequel le suicide est lié au degré d'intégration du sujet dans le groupe dans lequel il vit, et Maurice Halbwachs, qui voit surtout une tendance à la « normativité » dans la vie moderne qui complique les rapports humains au point de réglementer les manières de penser et de sentir des hommes sur un mode plus « tyrannique ».

Vers la seconde moitié du xx^e siècle, les positions scientifiques deviennent moins rigides, plus nuancées. Aux théories réductrices succède un désir de saisir les processus dans leur dynamisme, leur unité fondamentale associée à la complexité des formes de manifestations. Les psychiatres accèdent aux dimensions de la psychologie dynamique et tiennent compte des facteurs sociaux tandis que les sociologues ne négligent pas la dimension individuelle. Une multiplicité de facteurs déterminant la conduite suicidaire, relevant des versants social et individuel liés l'un à l'autre, est reconnue par des auteurs de diverses disciplines, notamment Henri Ey et Gabriel Deshaies.

IV. – Quelques chiffres

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2021), le suicide figure parmi les 20 principales causes de décès à l'échelle mondiale, tous âges confondus. Toutes les quatre secondes, une personne se suicide dans le monde. En 2019, plus de 700 000 personnes ont mis fin à leur jour, ce qui représente un décès sur cent. À l'échelle mondiale, le taux de suicide est en baisse depuis 2000, mais il est en hausse dans les Amériques.

Accompagnant la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est, la France présente l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe, avec 9 000 décès par an (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de Santé publique, 2019). Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique. J.-Y. Broudic (2008) propose de mettre en lien ce taux national particulièrement élevé avec les séquelles de la Première Guerre mondiale, en prenant en compte les processus psychiques s'étalant sur plusieurs générations. La réponse par des suicides à des morts subies en nombre constitue une piste de compréhension : un « deuil infini » peut avoir affecté les populations françaises durant la guerre et après l'armistice (Faron, 2001). La Bretagne semble particulièrement touchée par une élévation du taux de suicide. Cette constatation peut-elle être mise en relation avec le trauma collectif qu'a connu cette région au début du xx^e siècle, à travers la mort d'environ un tiers des hommes valides en âge de combattre lors du premier conflit mondial, et des séquelles physiques et psychiques autant chez les survivants que dans leurs familles et parmi leurs proches ?

Selon le *Baromètre santé 2020* (Soullier, 2021), 3,3 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires durant l'année précédant les enquêtes de 2010 et 2014, 5 % dans l'année précédant celle de 2017, et 7,4 % dans l'année précédant celle de 2020. 7 % déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Haute Autorité de Santé, 2022). Les raisons invoquées sont un épisode dépressif, des problèmes financiers, le célibat, divorce ou veuvage, une inactivité professionnelle et l'exposition

à des violences et événements traumatiques durant l'enfance. D'après l'enquête, les femmes seraient davantage touchées que les hommes.

Dans le monde, le suicide est la quatrième cause de décès des jeunes âgés de 15 à 29 ans, après les accidents de la route, la tuberculose et la violence interpersonnelle (OMS, 2021). En France, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité des adolescents (Observatoire national du suicide, 2018). La prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois est la plus élevée entre 15 et 19 ans chez les femmes (2 % *vs* 0,4 % chez les hommes, tendance apparaissant assez constante) (Chan-Chee et Roscoät, 2019). En 2017, 3 % des adolescents de 17 ans déclaraient avoir fait une tentative de suicide. La situation des filles est particulièrement préoccupante, avec une augmentation des tentatives et idées suicidaires depuis 2011 (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de Santé publique, 2019).

Tous âges confondus, les décès par suicide frappent davantage les hommes, tandis que les tentatives de suicide concernent plutôt les femmes (ISERM, 2020). La surmortalité masculine est présente à tous les âges, bien que surtout marquée entre 25 et 44 ans, où la part des décès masculins avoisine les 80 %. Les tentatives de suicide sont surtout le fait des jeunes filles entre 15 et 20 ans et, dans une moindre mesure, des femmes âgées de 40 à 50 ans, même si on avait noté une baisse des taux d'hospitalisation entre 2010 et 2020 pour ces deux classes d'âge. Par la suite, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide a significativement augmenté en 2021 chez les jeunes

de 11 à 24 ans, après le deuxième confinement mis en place en 2020 en réponse à la propagation du virus de la Covid-19, précisément de 50 % chez les filles et de 10 % chez les garçons, soit une augmentation de 45 % au total par rapport aux trois années précédentes. La pandémie a ainsi amplifié l'augmentation des tentatives de suicide chez les jeunes depuis dix ans (Votadoro et Enjolras, 2022). Allant dans le même sens que d'autres indicateurs d'aggravation des troubles psychopathologiques (Newlove-Delgado *et alii*, 2021), cette augmentation met en évidence une souffrance psychique encore présente chez les adolescents et les jeunes adultes, particulièrement concernés par les bouleversements sociaux et économiques induits par la crise sanitaire (Pirard *et alii*, 2023). Ainsi, les effets des mesures de restriction sociale prises durant l'épidémie semblent se ressentir sur la quantité et la qualité des relations interpersonnelles comme accélérateur de désarroi (Leitgel-Gille, 2021). Le sentiment d'isolement a été préjudiciable pour la santé mentale des plus jeunes, à une étape charnière du développement où les relations amicales et les expériences sociales gratifiantes sont importantes (Almeida *et alii*, 2022).

Gardons à l'esprit qu'un antécédent de tentative de suicide constitue un important facteur de risque de suicide accompli (Giraud *et alii*, 2013 ; Renaud *et alii*, 2008). Parmi les individus qui ont affirmé avoir tenté de se suicider durant l'année écoulée, 37,7 % ont déclaré au moins une récurrence, ce qui justifie le déploiement, en France, de dispositifs de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide (INSERM, 2020).

CHAPITRE II

De quoi parle-t-on ?

1. – La crise suicidaire : idées suicidaires, tentatives de suicide, suicide

Dans une approche psychiatrique, la *crise suicidaire* est définie comme une « crise psychique dont le risque majeur est le suicide » (Darcourt *et alii*, 2000, p. 421) selon des critères de gravité, de dangerosité et d'urgence.

La crise peut se limiter à des idées suicidaires ou s'exprimer par des tentatives de suicide, de deux sortes : celles auxquelles la personne survit parce qu'elles ne sont pas menées à terme par le sujet lui-même ou parce qu'elles sont interrompues par un tiers ; et celles qui mènent aux suicides au sens restreint, c'est-à-dire à la mort (Posner *et alii*, 2011). Les tentatives de suicide sont parfois appelées « parasuicides », mais cette expression est de moins en moins utilisée, peut-être parce qu'elle pourrait induire qu'il s'agirait de l'échec d'un suicide. Ce serait alors méconnaître la gravité de tout passage à l'acte, même lorsque les conséquences médicales sont bénignes. Nous pouvons considérer toute tentative de suicide comme « réussie » dans le sens où elle constitue un cri d'alarme à entendre.

L'appellation « crise suicidaire » émane du postulat d'un continuum entre idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide (Morasz *et alii*, 2008). Il ne s'agit pas d'une entité nosographique, mais d'un épisode de vie, réversible et temporaire, touchant des personnes ayant une histoire traumatique, à un moment où la contenance ou l'étayage font défaut, alors qu'elles sont exposées à des facteurs précipitants ou déclenchants. Il existe donc tout un contexte amenant ces personnes à ressentir une tension interne de plus en plus insupportable, à partir de laquelle émergent des idées suicidaires, le suicide étant envisagé comme solution. La répétition de cette tension peut écarter les autres issues, les idées suicidaires devenant de plus en plus prégnantes et envahissantes, jusqu'à ce que le suicide apparaisse comme l'unique possibilité (Séguin et Terra, 2004). Lorsque la pression atteint son acmé, le passage à l'acte potentiellement mortel par exposition à un danger létal (ingestion massive de médicaments, blessure auto-infligée, etc.) vise à annuler cette tension tout en adressant un message à l'entourage.

II. – Les équivalents suicidaires

À côté des actes suicidaires reconnus comme tels et souvent consécutifs à des idées suicidaires, on recense une panoplie de conduites par lesquelles le sujet semble se risquer à mourir, le plus souvent à son insu, ou se met dans une position de rupture telle que l'on pense à un suicide relationnel ou social : scarifications, addictions, conduites où la personne s'expose au danger. Des accidents de la route ou des chutes peuvent aussi faire penser après coup à des actes suicidaires masqués. Nous pouvons

aussi songer aux conduites ordaliques : par exemple en pratiquant régulièrement un sport très risqué, le sujet jongle entre la vie et la mort. Il en est de même pour des attitudes dangereuses répétées : marcher au milieu de la route, utiliser des objets mettant sa vie en péril, etc.

En outre, des phénomènes sectaires constituent autant d'enfermements mortifères contraires à la poursuite de l'existence. Le sujet adhérant à une idéologie sectaire se place en rupture avec ses origines et avec le reste du monde souvent considéré comme « mauvais » (Kernier, 2005). Un tel enfermement volontaire peut-il être entendu comme une alternative inconsciente à l'acte suicidaire ? En écoutant les discours d'adeptes ou ex-adeptes de sectes, nous avons compris l'adhésion sectaire comme un refuge illusoire pour éviter les conflits, pour chasser les pensées considérées comme insensées, avec en arrière-plan des fantasmes de changement de filiation, voire d'auto-engendrement, analogues à ceux que l'on rencontre chez les suicidants (Kernier, 2016b). L'adolescence et la postadolescence sont des périodes très propices à l'adhésion sectaire, quand l'individu est tout particulièrement en quête de sens face aux énigmes de l'existence et de la mort. Les jeunes attirés par des groupes sectaires vivent fréquemment une solitude affective, voire une rupture externe ou interne qui rend le monde cruel à leurs yeux et renforce leurs attentes idéalisantes à l'égard de la secte. Les sectes distribuent du sens. Leur discours pourrait se résumer à : « La vie, c'est ça ! » – des raccourcis simplistes séduisant des individus en panne de pensée et en situation de fragilité ne fût-ce que momentanée. Ainsi, les sectes mettent les sujets sous l'emprise de leur destin et empêchent leur travail psychique. Il n'est dès lors plus

TABLE DES MATIÈRES

Préface	3
CHAPITRE PREMIER	
Le suicide dans l'histoire, puis objet d'études scientifiques	6
I Au fil du temps.....	6
II Dans la littérature.....	7
III Vers une spécialisation.....	11
IV Quelques chiffres.....	12
CHAPITRE II	
De quoi parle-t-on ?	16
I La crise suicidaire : idées suicidaires, tentatives de suicide, suicide	16
II Les équivalents suicidaires.....	17
III L'étymologie éclairceuse de sens.....	19
IV Des facteurs de risque ?.....	20
CHAPITRE III	
Comprendre l'incompréhensible ?	21
I Chez l'adolescent.....	21
II Chez l'enfant.....	44
III Au travail.....	52
IV Chez la personne âgée.....	64
V Un fil commun : tuer un autre en soi, briser les non-dits	68
CHAPITRE IV	
Prendre en compte les contextes	71
I Le contexte familial.....	71
II La dynamique familiale.....	73
III À l'école	83

CHAPITRE V

Face à la mort par suicide	86
---	----

CHAPITRE VI

Perspectives thérapeutiques	97
--	----

I Des signes dépressifs à l'acte suicidaire	98
---	----

II L'hospitalisation après un acte suicidaire	99
---	----

III La prévention et la postvention	102
---	-----

IV Du côté des soignants : le contre-transfert	105
--	-----

V Le suicide, un choix ?	107
--------------------------------	-----

VI La famille comme partenaire thérapeutique	109
--	-----

Ouvertures	112
-------------------------	-----

Bibliographie	115
----------------------------	-----