



# Dépression et suicide – Mieux comprendre, Mieux aider

Article de Thierry Tournebise

Thèmes : « Accompagnement thérapeutique, Conscience et vie intérieure, Symptômes et souffrance psychique »

Date : juin 2001

## Sommaire de l'article

### Un mal sous estimé

Juste avant l'été  
Plus de morts qu'avec la route et le sida réunis  
Grande détresse et santé publique

### La dépression et les suicides

Omniprésente  
Un mal ordinaire  
Une douleur extrême

### Qu'est-ce que la dépression ?

D'abord un phénomène naturel  
Un arrêt de l'antagonisme entre la vie et l'énergie

### Facteurs d'aggravation

La non-communication  
Situation présente insupportable  
Mal de vivre « sans raison »  
Dépendances

### Plusieurs degrés dans la TS

Un désir passif de ne plus vivre  
Un appel au secours  
Quand l'acte est « réussi »

### Mieux aider après une TS

Urgence physique et premiers mots  
L'aide et l'accompagnement  
Les attitudes dangereuses

### Pour mieux aider avant !

Développer la culture de l'écoute de soi  
« Être positif » dans le sens de « Ne pas nier »

### Comprendre le sens des troubles psychologiques

#### Contexte et actions

Moins de repères et plus de conscience  
Quand la vie vous pèse trop  
Si vous êtes un proche de celui à qui la vie pèse trop

## Un mal sous estimé

### Juste avant l'été

Si j'ai choisi de vous parler de ce thème à cette époque de l'année, où l'on préfère d'ordinaire s'occuper de préparer ses vacances, c'est que malheureusement cette période est aussi la plus chargée en suicides.

Le printemps qui est source de joie et de vie est aussi statistiquement le moment où le plus de monde met volontairement fin à ses jours. Plus exactement, le pic dominant est au mois de mai (le double d'autolyse par rapport à la moyenne de l'année).

### Plus de morts qu'avec la route et le sida réunis

En France, 12.000 personnes mettent fin à leurs jours chaque année (pour 160.000 tentatives). Vous trouverez ces chiffres dans le site du [ministère de la santé](#).

Comme nous le rappelle un article de Science et Vie du mois de février 2001 (n°1001 page 80) c'est plus que les accidents de la route et le sida réunis : les accidents de la route 8.000 morts, Sida 2.200 morts. Sans compter que certains accidents de la route sont des suicides non détectés.

Sur le plan général, le suicide représente 10% des morts prématurées, mais actuellement chez les 25-34, ans il représente la première cause de mortalité.

On remarque aussi que les hommes se suicident plus que les femmes et beaucoup plus après 60 ans pour atteindre des sommets vers 90 ans !

### Grande détresse et santé publique

Il y a une réelle détresse et il ne semble pas qu'on ait trouvé de moyens satisfaisants pour apporter une aide suffisante.

Même s'il y a des âges plus touchés que d'autres, ils sont tous concernés. Il est important de vraiment avoir une qualité d'écoute et d'aide avec ces personnes si blessées que pour elles, mourir est moins douloureux que vivre.

En 1993, le Conseil économique et social se saisit du « suicide » afin « de permettre de sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion à cette souffrance à la vie qui n'offre d'autre issue que la mort. » En 1994, le Haut comité de santé public le classe « priorité de santé ». En 1996, à la conférence nationale de santé, le suicide est retenu comme l'une des dix priorités nationales de santé publique. En 1998, Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale annonce un programme national de prévention du suicide sur trois ans. En septembre 2000, Dominique Guillot, secrétaire d'Etat à la Santé, lance un nouveau programme sur cinq ans.

Vous trouverez plus de détails dans le [site du ministère](#) ou dans l'article de Science et Vie mentionnés plus

haut (sources des données ci-dessus).

## La dépression et les suicides

### Omniprésente

La dépression est identifiée comme la cause de la moitié des suicides. Mais les autres cas attribués à la consommation d'alcool ou de drogue occultent que cette consommation est elle-même souvent liée à une forme de dépression qu'elle compense.

D'autre part, comment qualifie-t-on le désespoir de quelqu'un dont on a salit la réputation (harcèlement psychologique) ? Ou de quelqu'un dont on a brisé un espoir (professionnel ou amoureux) ? Quand ce qui faisait tenir s'effondre, une sensation de vide intense se produit. Pour certains, la douleur est telle que mourir est préférable... c'est aussi de la dépression.

### Un mal ordinaire

L'état dépressif existe dans de multiples situations de la vie. Il va du plus minime au plus dévastateur.

Nous connaissons tous cette petite déprime que nous sentons quand une action qui nous tient à cœur est achevée, quand un livre qui nous passionne est terminé. Un moment de désappointement où l'on se dit « déjà ». Nous pensons être comblé par cet achèvement... et en fait nous ne le sommes pas. Ce n'est pas systématique, mais c'est fréquent. C'est sans doute pour ça qu'on n'arrête pas d'arranger la maison que l'on s'est faite construire... par peur d'avoir fini et de ressentir ce vide. Mais on ne se suicide pas pour ça !

### Une douleur extrême

Quand nous parlons de dépression, nous ne pensons pas aux situations dérisoires mentionnées ci-dessus (qui sont pourtant déjà des états dépressifs, mais de brève durée et de faible intensité). Nous pensons plutôt à des états infiniment douloureux qui laissent la personne prostrée, sans motivation avec des désirs de ne plus vivre.

Cet épuisement et cette difficulté à vivre sont caractérisés par le fait que plus rien n'a d'intérêt, plus rien ne vaut la peine. On y ressent une sensation intense et douloureuse de vide que rien ne comblera jamais. La douleur y est monumentale.

Ces états dépressifs douloureux surgiront lors d'échecs, de remises en causes importantes (croyances, éducation, enfants, couple). Ils peuvent survenir du fait qu'on ne croit plus qu'on va réussir ce qu'on aurait

toujours voulu faire... mais aussi du fait que nous avons tout engagé dans quelque chose (profession, action sociale, réalisations de projets)...tout a réussi... mais l'état d'accomplissement n'est pas au rendez-vous. Le constat est alors un sentiment de « tout ça pour rien! ». La raison du mal être était seulement dissimulée... elle ne faisait qu'être compensée. En fin de compensation, elle ressurgit.

La douleur des remises en cause peut venir du fait que nous avons été élevés dans la croyance qu'il ne faut pas s'écouter, aller de l'avant, s'occuper des autres et pas trop de soi.

A force de ne pas s'écouter, d'être battant, de se dépasser et de se consacrer aux autres...que sommes nous devenus? Nous avons ainsi confondu affirmation de soi et ego autant que négation de soi et humilité. Alors la négation de soi l'a emporté.

Se remettre en cause, c'est cesser de se nier, se rencontrer, se comprendre et se remettre aux commandes de sa vie.

En réalité notre culture favorise la négation de soi. Il a été bien remarqué que l'ego nuit à la vie sociale, mais on a confondu à tort « s'aimer » et « avoir de l'ego ». Il est indispensable de préciser que celui qui a de l'ego ne s'aime pas, il ne fait que contempler une image idéalisée de lui-même pour ne pas se voir, car il a peur de se voir.

Cette négation de soi par les autres et par soi-même engendre une douleur sans cesse compensée par de multiples occupations ou projets...quand ces occupations ou projets ne marchent pas... le vide de soi réapparaît cruellement! Vient alors la déprime (dé-primer, c'est ne plus pouvoir mettre en premier ce qui était en premier).

## Qu'est-ce que la dépression ?

### D'abord un phénomène naturel

C'est un rééquilibrage entre la pulsion de vie et la pulsion de survie

Dans la pulsion de survie, l'énergie nous permet d'agir. Quand elle est présente, cette capacité à agir nous amène à ne pas nous poser trop de questions existentielles et à aller de l'avant. D'un côté c'est un avantage car cela permet d'aboutir à plus d'expérience de vie et de maturité, malgré nos blessures antérieures. Dans le même temps cela est un inconvénient car cela nous conduit à oublier les parts blessées de nous-mêmes qui ainsi vont nous manquer pour nous construire.

Alors une pulsion de vie nous anime dans le sens contraire, nous invitant à nous arrêter pour réhabiliter les parts délaissées de notre vie... car il n'y a plénitude que si nous sommes entier. L'énergie c'est « faire », la

vie c'est « être »... et chaque part manquante de nous-mêmes, nous empêche d'être tout à fait.

## Un arrêt de l'antagonisme entre la vie et l'énergie

La dépression, c'est la diminution de l'énergie, de l'intérêt et de la motivation. Cette diminution peut être légère et passagère ou tenace, parfois importante et douloureuse. La douleur peut être telle qu'elle peut même conduire au suicide. C'est donc à prendre très au sérieux (même si, fort heureusement, tous les déprimés ne se suicident pas).

Pourtant, malgré cette apparence plutôt défavorable, c'est à cette occasion que les questions arrivent... et parfois aussi les réponses. L'arrêt dans le « faire » conduit à une sensibilité permettant de mieux aborder les parts de soi restées en attente dans un coin de notre vie. L'énergie manquant pour les maintenir à distance, celles-ci refont surface, nous demandant de les inviter à faire partie de nous. Tout ceci afin de trouver un plus d'« être ».

Conscience et inconscience : ce qui paraît un effondrement est en fait un arrêt de l'illusion pour passer de l'intérêt (pour les choses) à l'attention (pour les gens). Ce qui a l'air d'un effondrement de l'individu n'est qu'un effondrement de l'ego afin de permettre plus de conscience de soi et d'autrui. Une sorte de « bas les masques » qui est un premier niveau de conscience suivant les niveaux précédents où l'énergie ne faisait que maintenir une sorte d'inconscience.

Naturellement cet aspect positif de la déprime ne doit en aucun cas en occulter la dimension parfois très douloureuse ou dramatique nécessitant souvent un accompagnement.

Même si la dépression est une sorte d'indication qu'il se fait une sorte de travail d'accouchement de soi, de réhabilitation, de venue au monde de parts rejetées de notre vie... il peut falloir une aide à l'accouchement pour que celui-ci se fasse plus rapidement, avec plus de sécurité et moins de douleurs.

S'il vous paraît curieux de considérer la déprime comme une naissance, je vous invite à lire l'ouvrage [L'art d'être communicant](#) de la page 161 à 230 (et en particulier page 197).

La vigilance est de rigueur car cet accouchement de soi est une période de fragilité où il vaut mieux ne pas être exposé à des manipulateurs. Certains esprits malveillants peuvent profiter de cette fragilité pour vanter et vendre un mieux être illusoire, une pseudo thérapie ou une idéologie sectaire.

## Facteurs d'aggravation

### La non-communication

Si cet « accouchement de soi » est naturel, s'il est en général fait pour se passer tout seul, il est toutefois souhaitable qu'il ne soit, au moins, pas entravé par des situations trop défavorables.

La non-communication est l'un des facteurs aggravants les plus importants et les plus répandus. Le déprimé est particulièrement incompris. Même ceux qui lui sont le plus dévoués mettront malheureusement un soin tout particulier à nier son état « pour lui remonter le moral ». Ils lui asséneront des propos « réconfortants » du genre « Il faut que tu t'intéresses à quelque chose, fais un peu de sport, va te distraire, ne reste pas comme ça, il y a des gens qui t'apprécient... »

Tous ces propos, quoi que préférables à des remarques désobligeantes, ne font que renforcer la conviction du déprimé: personne ne le comprend. Alors il écoute ces longs discours « revitalisants » sans les entendre et décourage son interlocuteur en étant aussi mal après qu'avant. Mais c'est normal, car pour le remonter, tout le monde tente de l'éloigner de ce qu'il ressent alors que son projet inconscient est de mieux ressentir ce qui se passe en lui !

Le phénomène de la déprime, c'est quand l'intérêt disparaît pour que l'attention apparaisse.

Une conduite plus communicante et plus salubre consisterait à lui permettre d'exprimer ce qu'il ressent avec nuances, et de le valider sur les [cinq points](#) de feedback (réception, compréhension, accueil, gratitude, cohérence). Ensuite de le guider pour exprimer ses vrais points de douleur avec un guidage non directif (voir le dossier psychothérapie à [guidage non directif](#) sur ce site)

Ne pas communiquer peut favoriser un passage à l'acte suicidaire. Quand j'évoque ici « ne pas communiquer », je distinguerai avec soin « d'être communicant » ou « d'être relationnel ». Pour plus de détails sur cette nuance allez dans le dossier [« communication »](#) de ce site.

## Situation présente insupportable

Échecs, rumeurs dévastatrices, destruction d'une réputation, harcèlement psychologique, deuils. De nombreuses situations de ce type peuvent soit être la cause d'un état dépressif, soit l'aggraver.

Elles se situent dans le présent et la situation est douloureuse à cause de la fragilité du déprimé. Ces situations ajoutent à la sensation de manque, à l'absence de compensations et à la fragilité intérieure due aux parts de soi manquantes.

Ces facteurs peuvent ajouter tant de douleur qu'ils conduisent certains au suicide.

## Mal de vivre « sans raison »

Pulsions, phobies, angoisses, inhibitions. Du plus anodin mal-être au plus désastreuses angoisses, des

ressentis apparemment sans raisons semblent s'acharner injustement. A ceux-ci s'ajoutent généralement la non-communication du genre : « Mais je ne comprend pas, fais un effort, il n'y a pas de raison, tu as tout pour être bien... »

Toutes ces phrases sont des meurtrissures supplémentaires qui, loin de soulager, finissent de briser et de projeter dans la solitude.

Or tous ces ressentis ne sont qu'apparemment sans raison. Ils sont en fait l'expression directe de la raison du déprimé. La raison, c'est ce qui produit ce ressenti. C'est la raison (la cause) de ce ressenti qui « réclame » une écoute. C'est la part de vie en attente de naître qui pousse à la porte de la conscience, qui fait irruption dans le présent pour recevoir l'aide et l'accueil qui lui ont fait défaut par le passé.

Il est même important de comprendre que le ressenti présent (pulsions, phobies, angoisses, inhibitions) ne se produit pas « à cause de ce passé », mais spécialement pour le retrouver, le réhabiliter et retrouver son intégrité psychique.

Si vous voulez vous distraire tout en comprenant ce mécanisme, je vous recommande le film « Sale Môme » (avec Bruce Willis) qui en est une touchante et parfaite illustration, même si peu de critiques semblent en avoir saisi la portée.

## Dépendances

Alcoolisme, toxicomanie, boulimie/anorexie. Ces dépendances sont soit une compensation à des vides, soit l'expression de moments de vie qui demandent écoute et réhabilitation.

- **Compensations** : quelqu'un qui se met à boire suite à un deuil ou une rupture le fait par compensation pour anesthésier sa douleur. C'est un moyen de survie face à quelque chose d'insurmontable. Naturellement le service rendu comporte un grand inconvénient : la dépendance qui s'installe. Ici l'alcool est un allié de la pulsion de survie qui tend à rétablir un confort acceptable.
- **Réhabilitations** : quelqu'un dont le père était alcoolique se mettra à boire pour se rapprocher du père qui lui a manqué. Ce père lui a manqué car il ne s'est pas occupé de lui, mais aussi et surtout parce que pour échapper à trop de douleur l'enfant s'est mis à le rejeter (pulsion de survie). Plus tard, cet enfant peut s'alcooliser progressivement sans s'en rendre compte... afin de se rapprocher de ce père manquant. En faisant comme lui, il se donne une chance de le comprendre. Ce processus inconscient est animé cette fois-ci par la pulsion de vie qui porte à réhabiliter les parts manquantes de notre vie afin de restaurer notre intégrité psychique.

Enfin, l'anorexie et la boulimie peuvent aussi être des processus de réhabilitation ou un moyen de survie : Par exemple une femme ne mange pas, son corps « disparaît » petit à petit... et on trouve dans son

histoire que sa grand-mère a perdu un enfant avant la naissance de sa mère... et que cette dernière en a porté une culpabilité à naître et à vivre. A la génération suivante, cette culpabilité est transmise à la fille qui cherche aussi à ne pas exister. Une sorte de commémoration pour que personne n'oublie. Cette culpabilité disparaîtra quand le souvenir et la dimension de l'enfant défunt et de la grand-mère en deuil seront « rencontrés » et validés.

Dans un autre cas le corps doit être maigre pour rappeler un membre de la famille déporté pendant la guerre. Dans un autre cas il faut ne pas être femme pour ne pas être désirée car il y a eu un traumatisme sexuel dans l'enfance... et bien d'autres situations.

Dans ces cas d'anorexie ou de boulimie, les thérapies à tendance comportementalistes peuvent être dangereuses quand elles sabotent le projet inconscient de réhabilitation. Dans ce cas spécifique elles peuvent même conduire au suicide. Tout en veillant physiquement à la santé du patient, il est alors préférable d'accompagner cette réhabilitation plutôt que de combattre l'anorexie. Cessant d'être nécessaire; cette dernière disparaîtra ainsi spontanément. Si au contraire on choisit de la combattre, on ne fait que l'enfourer (et encore quand on arrive à l'enfourer !)

## Plusieurs degrés dans la TS

D'abord, il est important de considérer que le projet est rarement de mourir mais plutôt de cesser de souffrir. Et il faut que la souffrance atteigne une certaine force pour que mourir soit moins douloureux que vivre. Même quand la mort est souhaitée pour rejoindre un être cher défunt, il s'agit de se libérer de la douleur du manque de cet être.

### Un désir passif de ne plus vivre

Se dire « je préférerais mourir » ou « si je mourais ça m'arrangerait » ne constitue pas une TS. Une étude réalisée par la SOFRES en février 2000 révèle que 13% des français ont déjà envisagé sérieusement de se suicider. Ce chiffre semble déjà important. Mais il ne tient pas compte de tous ceux qui ont un jour dit ou pensé « Je ferai aussi bien de mourir » sans pour autant envisager une action en ce sens.

Chez ceux qui expriment ce genre de propos, une prise en compte de leur message serait souhaitable. Ils en sont déjà à une bonne dose de souffrance et il suffit de circonstances aggravantes (ci-dessus) pour les faire basculer. Il y a déjà là un important travail d'aide et d'écoute à proposer.

### Un appel au secours

Avec des passages à l'acte qui ne sont « que » des tentatives, nous entendons trop dire « Oh ce n'est

qu'un appel au secours ». Sous entendu, « s'il avait vraiment voulu mourir il ne se serait pas raté ».

Même dans le cas où ça ne serait qu'un appel au secours, c'est à prendre très au sérieux. Cette situation où il y a eu un passage à l'acte est un degré supplémentaire à la situation ci-dessus de désir passif.

Si toutefois il ne faut pas se laisser emmener dans l'engrenage du chantage au suicide, il est important d'être capable d'aider la personne à exprimer sa douleur et ce qui la fonde. Il y aura là un sérieux travail de thérapie ou au moins d'aide ou d'écoute à offrir à une telle personne.

Il est vrai que celui qui veut mourir dérange tout le monde. Vivre avec un dépressif n'est pas aisé. Il n'est pas aisé non plus pour lui de trouver l'aide dont il a besoin. Ses proches tentent de le remonter sans jamais le comprendre, son médecin lui donne des antidépresseurs sans l'écouter (il est vrai qu'il n'en a pas le temps) et le psychiatre affine la prescription et propose une écoute trop basée sur la pathologie et pas assez sur la vie et sur les vraies raisons de sa douleur.

Quant à l'hôpital, il n'y a que peu de temps que l'on a cessé de donner des soins violents aux suicidaires pour les décourager, comme pour les punir de leur acte. Mais l'écoute n'est toujours pas au rendez-vous car il est naturellement douloureux pour des soignants et médecins non formés à cela de se trouver confrontés à des patients qui souhaitent la mort alors que leur métier est de sauver la vie.

Depuis 13 ans que je forme du personnel hospitalier j'ai malheureusement rarement vu que la pratique soit correcte à ce niveau.

## **Quand l'acte est « réussi »**

Quand l'acte est réussi, l'aide n'a pu être apportée à temps au suicidaire... restent alors ses proches. C'est naturellement une épreuve difficile pour eux car à celle du deuil s'ajoute celle de la culpabilité de ne pas avoir su l'aider.

Dans la plupart des deuils, il y a déjà une tendance à en vouloir au défunt de nous avoir quitté. Comme cela n'est pas convenable, cette pulsion de reproche et de rupture est refoulée, mais elle est là. Dans le cas du suicide, aux reproches que l'on se fait à soi, s'ajoute d'autant plus une forte colère qu'on adresse à celui qui est parti, qui « nous a fait ça ». Il arrive même que l'on le taxe d'égoïsme ou de lâcheté.

Naturellement il est tout à fait compréhensible que les proches passent par cette attitude. Mais on se rend compte que même après l'acte, la compréhension n'est pas au rendez-vous. Pour aider les proches, il est souhaitable de leur permettre leur colère puis de les amener à accomplir la compréhension qu'ils n'ont pu faire auparavant.

La douleur d'un proche défunt doit être entendue même après sa mort. C'est au moins libérateur pour les

proches qui le « rencontrent enfin » et apaisent ainsi leur manque. Et puis qui sait ! peut être l'est-ce aussi pour celui qui est parti ? en tout cas ça l'est au moins pour la mémoire qu'il laisse.

Naturellement cette compréhension peut s'accompagner d'une aggravation temporaire de la culpabilité. Le psy qui accompagnera devra mettre du soin à réhabiliter chaque élément de vie meurtri, tout ceci pouvant être emmêlé avec de multiples épisodes de l'existence du proche et de son histoire familiale.

## Mieux aider après une TS

Cette aide comporte en premier une aide physique consistant à gérer l'urgence et à sauver la vie. Puis en second, une aide psychologique permettant d'apaiser la douleur et de prévenir la récurrence.

### Urgence physique et premiers mots

Bien que la prise en charge physique soit primordiale, les services médicaux qui s'en occupent se doivent de l'accompagner de comportements humains adéquats.

Les médecins et soignants sont professionnellement compétents pour cette prise en charge physique. Mais ils sont très démunis au niveau des comportements à adopter pour accompagner leurs soins.

Quand leur patient leur dit avec culpabilité « J'ai fait le con », ou avec violence « Conard, pourquoi tu m'as sorti de là ! » ou silencieux quand il montre un silence inquiétant... le médecin et le soignant sont déçus.

De nombreux services hospitaliers proposent une aide physique correcte, mais « relâchent » les suicidaires sans soins psychologiques adaptés. Leur travail s'arrête quand la vie est hors de danger. Malheureusement les soins physiques, quoique indispensables, ne suffisent pas.

Le taux de récurrence le montre : 37%

### L'aide et l'accompagnement

Face aux premiers mots, aux premiers pleurs, aux premières agressions suivant la tentative, quelle attitude adopter ? Naturellement les soignants et médecins ne sont pas obligés de tout savoir faire. Nous sommes déjà très heureux de trouver leurs compétences sur le plan physique. Nous ne devons jamais oublier que ces dernières nous sont indispensables.

Il y a tout de même des attitudes simples qui devraient faire partie de la première prise en charge.

La première chose est de ne pas nier ce que dit le suicidaire. Quand il se morfond en disant « j'ai fait le

con », il est important de lui demander « Vous regrettez votre tentative? ». Quand il agresse avec un « Conard pourquoi tu m'as sorti de là! » il est judicieux de lui demander « Vous auriez vraiment préféré mourir? », Dans les deux cas ces questions seront posées avec un non-verbal infiniment respectueux, surtout ni ironique, ni culpabilisant, avec une sincère intention d'inviter le suicidaire à préciser son ressenti...en lui accordant d'avance que ce ressenti quel qu'il soit est pertinent. Il ne doit jamais avoir besoin de se battre pour être compris.

Naturellement ces questions, que je propose, ne sont que des exemples. Elle doivent tenir compte du verbal et du non verbal. Peut-être faudra-t-il les construire différemment selon le contexte. Je ne crois surtout pas aux modèles de phrases toutes faites... et dans ce cas encore moins que dans tout autre.

Naturellement ce qui fait craindre de poser de telles questions ce sont les réponses qui risquent d'arriver... tout simplement parce qu'on ne pense pas à accorder au suicidaire de la confiance. Nous pensons qu'il a tort et qu'il faut lui inculquer notre vérité salvatrice!

Mais nous ne devrions pas craindre sa réponse et lui accorder de la confiance. S'il répond « Oui, j'aurais préféré crever! » nous pouvons poursuivre par « la vie est vraiment trop douloureuse? »

Vous remarquerez que je vous propose des questions fermées (auxquelles il répondra par oui ou non). Rappelez-vous que les questions ouvertes ne s'adressent qu'aux personnes ayant parfaitement structuré leur pensée sur le sujet, et se trouvant en confiance pour s'exprimer. (or quelqu'un qui est en grande souffrance et qui se sent agressé par les soins qu'il vient de recevoir n'est ni structuré ni confiant). Cependant ces questions fermées doivent toujours laisser le libre choix de la réponse (oui ou non) qui ne doit pas être induit par le ton.

De toute façon ce qui nous dérange c'est justement qu'il risque de dire « oui, la vie est vraiment trop insupportable » Nous devrions alors continuer par « Qu'est-ce qui y est le plus insupportable pour vous? » Puis s'il nous énumère des faits (ordinaires ou extrêmes) nous continuerons par « ça, c'est vraiment trop dur? ». S'il répond « oui » nous validerons son propos par une phrase du genre « Si vous le vivez douloureusement à ce point, je comprends que vous n'ayez plus le goût de vivre! »

C'est le type même de validation qu'un soignant n'ose jamais faire car il croit à tort qu'il s'agit d'un encouragement à recommencer. Or c'est tout le contraire qui se passe. Le suicidaire vient enfin d'être compris au moins par une personne. C'est là une raison de vivre nouvelle pour lui.

D'autre part, cela prépare bien une invitation à aller chercher une aide auprès d'un spécialiste. Le soignant ou le médecin peut alors déléguer vers un spécialiste la suite du travail d'aide qu'il a commencé. Le patient l'acceptera d'autant mieux qu'il se sera senti compris dans ce premier contact

## Les attitudes dangereuses

Alors que le soignant ou le médecin craignent les phrases ci-dessus, ils ne craignent pas de formuler des remotivations maladroites, des phrases « positives » déplacées qui ne font que nier le patient.

A la validation que j'ai proposé on préférera à tort une phrase du genre « Mais il ne faut pas dire ça. Vous êtes jeune. Votre mari et vos enfants tiennent à vous, il y a toujours des solutions... » De tels propos se voulant positifs ne sont pas autre chose qu'une violente négation du patient et de son ressenti. Contrairement à l'effet attendu, cela le conduit à se sentir d'avantage incompris et ne fait que lui confirmer qu'il ne sert à rien de vivre dans un monde, où même ceux qui vous veulent du bien vous font du mal... dans un monde, où ceux qui vous sauvent le corps vont ensuite tuer votre esprit, vos ressentis, votre âme...!

Toute négation d'un être et de ses ressentis contribuent à aggraver son désir de quitter la vie. J'ai déjà évoqué cette idée concernant la prise en charge des personnes âgées dans mon [article de mai 2001](#). Nous trouvons ce même travers dans les maisons de retraite où les soignants et médecins produisent trop souvent l'inverse de ce qu'ils souhaitent.

Naturellement, il est utile de mettre l'attention sur les bons côtés de la vie, que la personne ne voit plus du fond de sa douleur... mais ne le faire qu'après la validation des ressentis douloureux. Sinon l'effet produit est inverse de celui attendu.

## Pour mieux aider avant !

Notons que les suicides ont plus que doublé en 25 ans et rappelons nous qu'ils sont aujourd'hui la première cause de mortalité chez les 25-34 ans ! La santé publique l'a placé comme faisant partie des priorités.

Rappelons aussi que les suicides tuent plus que les accidents de la route et le sida réunis. Ces deux dernières causes mobilisent à juste titre notre attention. Le suicide justifie aussi une telle mobilisation. Peut-on prévenir une telle hécatombe ?

## Développer la culture de l'écoute de soi

Ne cédon pas à la tentation de croire qu'il y a un remède miracle. L'être humain et les situations sociales sont complexes. Mais chaque chose ajoutée dans le bon sens est importante et nous rapproche d'une situation meilleure.

Le premier point à considérer est sans doute de développer une culture de l'écoute de soi. Mais nous avons eu des siècles de culture culpabilisante...suivis de son homologue contemporaine : la croyance que notre inconscient est rempli de mauvaises choses.

Plutôt que d'être à l'écoute de cet inconscient, nous sommes parfois, à tort, invités à le maîtriser, à l'oublier, à le remettre en ordre, à le nettoyer... Plutôt que de miser sur l'intelligence qui habite chacun, j'entends trop souvent une invitation à devenir plus fort que ce qui nous habite, qui est considéré comme mauvais, ou dans le meilleur des cas pathologique.

L'écoute de soi serait une attitude dans laquelle nous devenons capable d'accueillir celui que nous sommes, ceux que nous avons été et ceux dont nous sommes issus. Nous mettrons un soin tout particulier à préférer l'accueil de soi plutôt que la maîtrise de soi.

C'est une véritable façon de se remettre en cause, de se remettre aux commandes de sa vie. De mieux se respecter soi-même et de mieux respecter autrui. Or nous ne sommes aujourd'hui invités qu'à être battant et à nous dépasser.

### « Être positif » dans le sens de « Ne pas nier »

Trop souvent, « être positif » est confondu à tort avec « nier ce qui ne va pas ». Or nier ce qui ne va pas est une attitude aussi négative que de nier ce qui va. Ce qui importe, c'est de « reconnaître ce qui est ». C'est d'ailleurs le vrai sens que donne le petit Robert méthodique à « être positif ».

Reconnaître ce qui est, c'est écouter ce qui se passe en nous, mais c'est aussi et surtout savoir entendre vraiment ce que l'autre essaye de nous dire. Or notre culture revendiquant le « Positif » ne sait que proposer la négation comme source d'aide:

Quelqu'un qui n'a pas le moral s'entend dire « Tu t'en fais trop. Ça va aller » Cela touche même l'enfant dès son plus jeune âge. Quand il a peur, il s'entend dire « Mais ne t'inquiète pas. Tu n'as pas de raisons d'avoir peur » Quand il pleure après être tombé, on lui dit « Ce n'est rien ! » etc... à croire que chacune de ces phrases sont là spécialement pour lui démontrer qu'il est idiot de ressentir ce qu'il ressent.

Toutes ces situations de vie où l'autre est nié sont des sources potentielles de désespérances. Comme je l'ai mentionné dans mon [article de mai 2001](#) sur les personnes âgées, celles-ci subissent le même sort, même de la part de professionnels de l'aide.... Ça ne s'arrête jamais... si ce n'est avec la mort !

Apprendre à entendre l'autre plutôt que de le nier, c'est lui donner l'occasion de s'entendre lui-même et de se réapproprier sa vie. Ne pas l'entendre, c'est l'inviter à se nier lui-même... et le jour où il ne peut plus compenser la douleur que cela lui procure... il déprime puis peut vouloir en finir.

## Comprendre le sens des troubles psychologiques

Après l'âme pleine de démons, nous avons eu droit à l'inconscient plein de choses suspectes (l'enfant de

cinq ans qui veut coucher avec sa mère et tuer son père). La culture continue.

Même sans avoir un regard aussi catégorique sur l'inconscient, la psychologie considère trop souvent les psychopathologies comme une conséquence du passé. Dans le meilleur des cas elle voit un passé qu'il faut remettre en ordre et dans le pire des cas, un passé qu'il faudrait éradiquer afin d'en être libre.

Mais tout cela fait fi du fait qu'une psychopathologie ne se produit pas »à cause de », mais »spécialement pour ».

Ce n'est pas le passé qui produit le trouble présent, mais la façon dont on l'a vécu. Et le présent n'est pas perturbé à cause de cela, mais spécialement pour qu'on y remette un peu d'attention et de soin.

La pulsion de survie nous pousse à mettre ce passé difficile à distance pour échapper à la douleur. La pulsion de vie, elle, au contraire, sauvegarde l'événement dans notre inconscient et nous pousse à y revenir pour intégrer cette part de nous sans laquelle nous resterions amputés et handicapés. Pour plus de détails, vous pouvez lire sur ce site le dossier [psychothérapie](#) ou l'ouvrage [chaleureuse rencontre avec soi-même](#)

Attention: ne toutefois jamais sous-estimer les aspects somato-psychiques où le trouble originel est d'origine physiologique (par exemple un manque de fer rend dépressif). L'aide est alors pleinement du ressort du médecin généraliste ou du psychiatre selon la nature du trouble.

## Contexte et actions

### Moins de repères et plus de conscience

Notre époque est particulière. La perte d'une bonne partie des repères sociaux conventionnels exige aujourd'hui de trouver ses repères en soi.

Un monde mouvant où le travail est incertain et les études exigeantes sans toutefois ne promettre aucune carrière. Les différentes autorités se sont émoussées, qu'elles soient familiales, morales ou religieuses. La politique, en crise, souffre d'une crédibilité décroissante. La science, qui nous promettait le bonheur grâce au progrès et à la technologie nous laisse plein de doutes et parfois même d'angoisses face aux conséquences des technologies mal maîtrisées. Les cellules familiales éclatent, parents et enfants souffrent....

Le tableau montre que le mal n'est pas que localisé à quelques individus, il est aussi social et concerne une ou deux générations de façon particulièrement aiguë.

Au premier abord nous y voyons un échec ou une dégringolade des valeurs humaines. En y regardant de plus près, c'est le contraire.

L'absence de repères absolus oblige à ne plus laisser une autorité supérieure penser à notre place (mais il nous reste en même temps à apprendre à ne pas rejeter la pensée d'autrui). Cela exige de développer une sensibilité à ses ressentis et à la vie. Les difficultés rencontrées poussent à des réflexions d'éthique plus profondes qui jusque là n'avaient même pas effleurées l'esprit de l'humanité.

Tant que nous n'avions qu'à suivre les règles dictées par la collectivité à laquelle nous appartenions la vie était relativement simple. Mais cela conduisait à n'être vraiment conscient ni des autres ni de soi. Il y a une grande différence entre « respecter autrui parce qu'on nous a dit que c'est bien » ou « respecter autrui parce qu'on a pour lui une authentique considération ». Les règles sont une béquille venant compenser le manque de conscience... et faute de conscience, mieux vaut des règles que rien.

Nous sommes sans doute dans une époque transitoire où les règles se relâchent et où la conscience apparaît. Il y a moins de l'un, mais pas encore tout à fait de l'autre.

Ceci favorise les états dépressifs, mais est en même temps le signe d'une progression. Faut-il encore que cette progression soit accompagnée dans le bon sens.

## Quand la vie vous pèse trop

Quelles que soient les raisons personnelles ou sociales, si vous êtes dépressif ou suicidaire, vous vous moquez pas mal des considérations intellectuelles sur le sujet... et vous avez raison. Ce qui compte pour vous, c'est de trouver une véritable écoute. Ce que vous ressentez au plus profond de vous-même est forcément à vos yeux bien plus important que toutes les théories du monde.

Si vous faites partie de ces personnes à qui la vie pèse trop, vous devez tenter de trouver un interlocuteur capable de vous entendre. Trouvez quelqu'un qui sache vous accompagner dans ce [processus de naissance](#). La souffrance ne disparaît définitivement qu'après cette naissance.

Ne permettez à personne de nier ou de simplifier votre souffrance. Reprenez confiance en le fait que ce que vous sentez a de l'importance et vous conduit à des parts précieuses de vous-même ou de votre histoire familiale. Prenez soin de vous.

Sachez qu'un psychiatre pourra vous aider avec des médicaments adaptés pour diminuer votre souffrance et qu'un psychologue clinicien ou un psychothérapeute pourra vous aider au processus de naissance proprement dit. Naturellement tout dépendra de la technique qu'ils utilisent et aussi de comment ils l'utilisent. Ces approches sont si variées qu'il est difficile d'en préconiser une. Il existe des psychiatres qui sont également psychothérapeute ou psychologue, mais sachez que a priori, [ce sont des métiers différents](#).

Si un thérapeute ne vous convient pas n'hésitez pas à en changer. Aussi compétent qu'il soit, peut être ne vous correspond-il pas. Vous devriez le ressentir dès la première séance. Ne vous laissez jamais culpabiliser,

car vous êtes le seul à savoir l'importance de vos ressentis.

En cas de trop grande souffrance, d'urgence ou de solitude, utilisez les numéros d'aide.

### **Si vous êtes un proche de celui à qui la vie pèse trop**

N'hésitez pas à aborder le sujet. Entendre la douleur sans détour est fondamental. La règle est « ni dramatisation ni dérision ». Méfiez-vous de l'attitude néfaste qui consiste à être soi-disant positif en tenant des propos rassurants qui ne sont en réalité qu'une négation des ressentis du suicidaire ou du déprimé.

Donnez lui l'écoute qui lui donnera envie de se faire aider par un spécialiste.

Que vous soyez un ami ou un soignant (non psy) votre rôle est déterminant dans le fait que le suicidaire ou le déprimé envisage d'accepter l'aide d'un spécialiste. Donnez lui les éléments décrits dans le paragraphe précédant. Informez le sur les numéros d'aide. Faites lui lire cet article s'il le veut bien. Ne vous culpabilisez pas non plus si la tâche est trop difficile. Faites pour le mieux avec authenticité et avec cœur, pourvu que vous ne nîiez jamais ses ressentis.

Si cette situation vous bouleverse trop, n'hésitez pas à demander conseil à un spécialiste... et même faites vous aider si vous en ressentez le besoin.

J'espère que ces lignes auront apporté une modeste contribution pour avancer vers un autre regard sur la déprime et le suicide. Je souhaite que les spécialistes affinent de plus en plus leur prise en charge des patients afin de répondre au mieux à cette détresse meurtrière.

Les suicidaires sont encore trop souvent mal accompagnés dans notre société, où le taux de récurrence de 34% est réellement inacceptable. Il montre qu'il y a pour les thérapeutes psy une nécessité de recherche et de remise en cause continue.

## Bibliographie

(ajout 2010) – Des recherches vont dans le sens de la pertinence de la dépression :

Paul W Andrew (chercheur à l'université du Commonwealth en Virginie aux Etats Unis), J.Anderson Thomson (Psychiatre à Charlottesville, à l'Université de Virginie)

*Depression's Evolutionary Roots*

« Perhaps depression is not a malfunction but a mental adaptation that focuses the mind to better solve complex problems »

*Les racines évolutives de la dépression*

« Il se peut que la dépression ne soit pas une maladie mentale, mais un moyen d'adaptation pour centrer son attention afin de mieux résoudre un problème complexe »

- [Scientific American Mind](#) (Janvier février 2010)

## Liens externes

Je vous invite à rechercher d'autres adresses sur le net. Les adresses ci-dessous ne sont indiquées qu'en première approche. Merci de me faire connaître une adresse particulièrement intéressante pour l'ajouter à cette liste : [contact](#).

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#"><u>Programme national de prévention du suicide</u></a>   | Secrétariat d'Etat chargé de la santé Les objectifs des programmes régionaux, du programme national, de l'approche méthodologique choisie ainsi que des données chiffrées sur le suicide.      |
| <a href="#"><u>Les sites sur la Prévention Suicide en France</u></a> | Beaucoup de liens vers de nombreux autres sites traitant du suicide                                                                                                                            |
| <a href="#"><u>Centre de prévention du suicide</u></a>               | Site belge. Écoute, prévention, comportement à avoir face à un suicidaire. Nombreux conseils sur les attitudes justes, y compris après un deuil. Contacts et équipe de bénévoles               |
| <a href="#"><u>SEPIA</u></a>                                         | Des chiffres précis sur l'évolution du suicide. Des conseils de postvention, particulièrement pour l'approche des élèves après le suicide d'un des leurs. Description d'attitudes souhaitables |
| <a href="#"><u>S.O.S. Suicide jeunesse</u></a>                       | Site canadien d'aide aux personnes suicidaires                                                                                                                                                 |

|                                                |                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#"><u>Infosuicide</u></a>             | Encore de nombreuses pages en cours de réalisation. Mais déjà beaucoup de données, de liens et de réflexions approfondies sur le sujet |
| <a href="#"><u>Recherche et rencontres</u></a> | Travail et réflexion sur les conséquences de l'isolement                                                                               |
| <a href="#"><u>La Gentiane</u></a>             | Deuils, suicides. Des réflexions, des questions, des ouvrages.                                                                         |