

Article

« L'impact du suicide sur l'aidant »

Xavier Pommereau, Marc Delorme, Brigitte Bonnemaïson et Chantal Bouthier
Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 2, 1994, p. 83-104.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032314ar>

DOI: 10.7202/032314ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



L'impact du suicide sur l'aidant

Xavier Pommereau*

Marc Delorme**

Brigitte Bonnemaison***

Chantal Bouthier****

Le suicide («*meurtre de soi-même*») pose à tous une question essentielle: qu'est-ce que l'expression manifeste du désir de mort mobilise en soi et chez les autres? Cette interrogation s'avère particulièrement difficile à soulever pour l'aidant ou le soignant confronté à la mort volontaire d'un client ou d'un patient. À travers l'histoire d'un suicide en institution, les auteurs évoquent la nature des mécanismes défensifs mis en jeu par l'équipe soignante. Sidération traumatique, dénégaration, déni, culpabilité, mouvements dépressifs sont autant de réactions individuelles et collectives qui s'opposent au travail du deuil, et menacent la cohésion institutionnelle. Les membres de l'«institution en crise» ont à réguler leurs tensions, en évitant de répondre par le retrait, la banalisation, la hantise du suicide, ou l'instauration de pseudo-solutions «pragmatiques». Il s'agit d'éviter en particulier l'annulation ou le déplacement d'une nécessaire réflexion de tous sur la genèse, les implications et les conséquences du suicide intra-institutionnel. Les auteurs rappellent les principaux fondements et les modalités d'une exploration en équipe de ces phénomènes qui — en l'absence de «travail de la crise» — risquent de situer l'institution dans l'impasse d'un questionnement consistant seulement à savoir à quel moment, faute de s'être retournée, elle se serait détournée de son patient en souffrance.

Tout groupe structuré d'aidants — qu'il s'agisse d'une équipe soignante intra ou extra hospitalière ou d'une association de bénévoles — constitue en soi une *institution* qui «réagit» peu ou prou au suicide d'un client ou d'un patient selon des mécanismes défensifs identiques à ceux mis en jeu par l'entourage du suicidé.

* Psychiatres, Unité Médico-Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte, Centre Jean Abadie, Cedex, France.

** Psychiatres, Unité Médico-Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte, Centre Jean Abadie, Cedex, France.

*** Infirmières, à la même institution.

**** Infirmières, à la même institution.

Le concept d'«institution» renvoie ici à toute organisation permanente obéissant à un modèle prescrit par la société, et imposant un certain *cadre* aux interactions des personnes qui y vivent (Guillaumin, 1979). Quelle que soit l'institution, aucun événement ne mobilise plus fortement son fonctionnement que la survenue d'un suicide en son sein. Elle est «*un organisme vivant qui sécrète ses propres carences, ses manques, comme ses projets (...). Aussi n'est-il pas étonnant qu'un suicide en institution signale soit la rencontre des carences individuelles et institutionnelles, soit l'échec ou la résistance dans l'élaboration d'un projet*» (Vedrinne et Weber, 1982). C'est dire les difficultés d'un deuil à faire, aux implications multiples de la part d'une équipe dont le rôle thérapeutique ou la finalité d'entraide se trouve fondamentalement remis en cause, par le suicidé lui-même et son entourage (Delage et al., 1993). Parfois, autour de considérations médico-légales, *institution soignante* et *institution familiale* du défunt s'entre-déchireront à la recherche improbable d'un bouc émissaire, faute de pouvoir s'investir dans un réel *travail du deuil*. Comme le note Jankelevitch (1997), «*le ténèbre de la mort ne devient objet de spéculation, qu'à travers l'écran d'une médiation discursive*».

Nous évoquons ici l'impact du suicide sur l'«*aidant*», au sein d'une institution thérapeutique, à partir de l'expérience douloureuse d'un suicide survenu au cours du séjour d'un patient. Notre unité de soins est un service hospitalier de quinze lits spécifiquement dévolu à la prise en charge d'adolescents ou de jeunes adultes suicidaires. Elle accueille en courts séjours deux types de patients: tout jeune au décours immédiat d'un geste suicidaire (80 % des cas), dès que l'état somatique l'autorise; tout jeune adressé en prévention (20 % des cas), notamment à partir des services de Santé scolaire. Il s'agit de la première unité hospitalière française ayant cette spécificité. Créée à titre pilote en 1992, elle constitue l'«interface» entre services d'Urgence et milieu extra-hospitalier. Ce «maillon» intermédiaire implanté au sein d'un réseau sanitaire et socioéducatif existant, représente un *espace transitionnel* dont le projet est d'assurer une continuité du «somatique» au «psychosocial» sans rupture ni déchirure. Son objectif vise à permettre à l'intéressé ainsi qu'à son entourage d'ébaucher un «travail de la crise suicidaire» susceptible de se poursuivre ultérieurement en ambulatoire, afin de réduire les taux de récidive.

Dans ce contexte, tenter de retracer l'histoire d'un suicide intra-institutionnel nous est apparu fondamental à bien des égards. Assu-

mer un traumatisme encore très présent dans nos esprits n'en représente certainement pas l'aspect le moins important. Ce texte vise à décrire aussi fidèlement que possible les réactions individuelles et institutionnelles à cet événement, mais aussi à en proposer une analyse, temps essentiel d'une « autopsie psychologique ». Gageons que tout aidant confronté, même *de loin*, à la mort volontaire d'un client ou d'un patient, y prélèvera substance à réflexion et à échange autour de la question du *deuil* et de son ombre redoutable : la *culpabilité*.

Le suicide de Karine

Karine T., (nom fictif), 22 ans, est hospitalisée dans notre Unité à la suite d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse, geste qu'elle a effectué en absorbant une boîte de somnifères appartenant à sa mère. Elle n'a pas d'antécédents de ce type, sa famille non plus. Aînée de trois enfants (deux sœurs jumelles âgées de 20 ans, étudiantes), Karine est une jeune femme svelte, un peu masculine, ce qu'elle semble cultiver par sa coiffure et ses tenues vestimentaires. Intelligente, réservée, elle s'exprime peu mais sans réticence majeure. En bons termes avec ses sœurs, elle paraît très proche de sa mère qui, dit-elle, est « *tout pour elle* ». Elle vit avec cette dernière, âgée de 48 ans, institutrice en activité. Le père de Karine, ingénieur dans l'aéronautique, est décédé trois ans auparavant, à 43 ans, d'une rupture brutale d'anévrisme cérébral. Karine admet qu'elle était très admirative de son père. Elle évoque l'impact personnel et familial de son décès avec retenue, parlant plus volontiers de la souffrance de sa mère dans les suites du drame. Karine présente une organisation de la personnalité d'apparence névrotique. Son humeur est triste, s'accompagnant d'idées d'incapacité et de manifestations anxieuses centrées sur son avenir professionnel. On note une grande ambivalence, mise sur le compte d'une immaturité encore adolescente.

À son admission, le diagnostic retenu est celui d'*épisode dépressif majeur*. La jeune fille attribue son geste à une rupture sentimentale récente, ainsi qu'à l'appréhension qu'elle éprouve au sujet de son insertion professionnelle imminente. Elle a été une élève brillante, conservant deux ans d'avance tout au long de sa scolarité. Après avoir obtenu son bac à 16 ans, Karine a fait une école de commerce dont elle est jeune diplômée depuis un an. Ces derniers mois ont été consacrés à la recherche d'un emploi correspondant à sa formation, ce qu'elle vient d'obtenir : elle doit intégrer dans quinze jours un poste d'assistante de recherche dans un laboratoire pharmaceutique en Alsace. D'un côté satisfaite de cette chance profession-

nelle, Karine reconnaît néanmoins être très inquiète : il s'agit de son premier emploi, le monde du travail lui fait peur, elle appréhende de « *ne pas être à la hauteur* », la distance qui va la séparer de sa mère est géographiquement importante (800 kms).

Karine est dans l'Unité depuis une semaine. Le traitement antidépresseur initialement prescrit est augmenté au sixième jour, comme il est classique de le faire en pareil cas (*miansérine*, de 30 à 60 mg/j.); la prescription anxiolytique est en revanche allégée (*alprazolam*, de 1 à 0,5 mg/j.), l'intéressée se plaignant d'« *être trop endormie* ». Elle éprouve par ailleurs d'assez grandes difficultés de verbalisation, recherche peu le contact, mais son état s'est nettement amélioré au plan thymique. On envisage une sortie à brève échéance, assortie d'un suivi ambulatoire ultérieur qui pourrait se faire à S..., ville universitaire où elle doit très prochainement s'établir. La date en est d'ailleurs programmée. Dans la perspective de son deuxième dimanche dans l'Unité, Karine sollicite et obtient l'autorisation d'une journée de permission ce jour-là dans sa famille. La veille, elle reçoit en début d'après-midi la visite d'amis qui la trouvent détendue, souriante. Elle les raccompagne d'ailleurs jusque dans le hall d'entrée de l'hôpital, en accord avec l'équipe.

C'est une demi-heure plus tard que les deux infirmières de l'Unité apprennent, par un appel téléphonique de leur responsable alors en consultation, qu'un corps a été retrouvé à proximité de l'hôpital par le vaguemestre, et qu'il convient de vérifier que tous les patients sont bien dans l'Unité. Les soignantes pensent immédiatement à Jérôme, car une infirmière d'un service voisin les informe « *qu'il s'agit d'un jeune homme* ». Jérôme est en réalité en promenade dans le parc, ainsi que deux autres patients. Tous regagnent l'Unité lorsque l'une des infirmières procède au rassemblement des pensionnaires. *Karine manque à l'appel*. Entre-temps, la seconde soignante a rejoint le responsable. Ces derniers accompagnent le vaguemestre sur les lieux du drame : le corps sans vie de Karine, la tête baignant dans une mare de sang, gît à l'aplomb d'un bâtiment désaffecté situé à deux cent mètres de là, en bordure du parc de l'hôpital. Police, pompiers, médecins d'Urgence, et administrateurs de garde sont rapidement sur les lieux. Le corps de Karine est transféré à l'Institut médico-légal de B., tandis que les policiers procèdent aux investigations nécessaires en pareil cas. L'enquête conclut à un suicide par précipitation d'une hauteur d'environ douze mètres.

Réactions et attitudes des soignants

Ce drame est survenu huit mois après l'ouverture de l'Unité. Premier du genre, il a évidemment mobilisé l'ensemble de l'équipe confrontée brutalement à une *réalité* qui s'est avérée suffisamment «douloureuse» pour que nous ne puissions en écrire l'histoire qu'à *distance*, soit près d'un an plus tard. Nous allons tenter ci-après d'en évoquer les principaux aspects.

Coup de tonnerre dans un ciel serein

Lorsqu'après avoir fait sa macabre découverte, le vaguemestre de l'hôpital se rend auprès du psychiatre responsable, ce dernier croit un instant que l'employé au visage livide et à l'air affolé qui pénètre dans son bureau, présente une «crise d'angoisse». Les propos de l'employé —«*Venez vite Docteur, il y a un drame!*» — entraînent immédiatement chez le praticien une *saisie* brutale du type de problème posé, compréhension rapidement étayée par les détails fournis: «*C'est le corps d'une femme (...) je crois qu'elle est morte, (...) elle a perdu tout son sang*». Cette étape est importante, car elle constitue pour le médecin, puis l'infirmière qui va l'accompagner sur les lieux du drame, une sorte de *préparation*, d'*anticipation* à la mise en place de *mécanismes défensifs*: «le différé préserve l'*espoir*, il ne *doit pas* s'agir d'une de nos patientes, d'ailleurs le vaguemestre parle d'*une femme*, et nous n'avons dans l'Unité que des *jeunes filles*».

Sur les lieux, les premiers mots du psychiatre sont: «*Ce n'est pas une de nos patientes!*», tandis que l'infirmière, d'abord silencieuse et figée pendant plusieurs minutes, déclare peu après: «*Ce sont les mêmes vêtements que portait Karine*». Ces soignants évoqueront plus tard l'«état de choc» qui est le leur à cet instant, leurs difficultés à «reconnaître» le visage de Karine pourtant non physiquement altéré, mais «méconnaissable» sous les traits livides de la mort. «*Au bout d'un moment, je sais que je la reconnaissais, mais je n'arrivais pas à «dire» que c'était elle... Je n'ai pu m'empêcher de pleurer*», précisera ultérieurement l'infirmière. Dès l'identification, la «mise en action» devient pour eux le moyen de résoudre momentanément cet état de choc, en participant aux démarches et formalités administratives immédiatement exigées par les circonstances.

Tous les soignants présents ce-jour là décriront le même «état de choc», accompagné du sentiment «qu'il faut faire face»:«*nos gestes s'enchaînaient presque automatiquement. Il fallait affronter*

les patients, leurs regards interrogateurs... Surtout ne pas pleurer devant eux».

Comme une traînée de poudre

L'information selon laquelle l'un d'entre eux «venait de se suicider» se répand en fait à la manière d'une traînée de poudre parmi les patients de l'Unité: «*On a entendu les pompiers, et puis Christelle et Mathieu qui étaient en promenade dans le parc ont vu l'arrivée des secours, l'attroupement autour d'un blessé... Ils sont remontés nous le dire. La tête que faisaient les infirmières en disait long. On a compris que c'était grave*». Rassemblés par petits groupes dans le couloir, «*les patients semblent d'un seul coup sans protection, comme si le cadre institutionnel venait de voler en éclats*».

Seule une des sœurs de Karine peut être avertie, par téléphone, «*qu'il fallait venir le plus rapidement possible, qu'il était arrivé quelque chose à Karine*». Sa sœur jumelle est à la plage, injoignable, tout comme leur mère qui n'est pas à son domicile. Celle-ci se présente en fait spontanément dans l'Unité une heure environ après le drame. «*Elle vient rendre visite à sa fille*». L'infirmière qui l'accueille lui dit: «*Il est arrivé quelque chose à Karine... Attendez le médecin, il sera là d'un instant à l'autre*». La mère de Karine pense que cette dernière a récidivé: «*ça y est, elle a encore fait une bêtise... Elle a pris des médicaments? Où est-elle?*» L'infirmière ne répond pas, d'ailleurs le responsable arrive rapidement. Il l'accueille dans un bureau de l'Unité, lui fait part des événements de manière aussi directe et précise que possible: «*Karine a raccompagné ses visiteurs... Elle était détendue, souriante... On ne l'a plus vue ensuite... On ne s'est pas inquiété... Son corps vient d'être retrouvé à proximité... Elle s'est défenestrée d'un bâtiment voisin, elle est sans aucun doute morte sur le coup... C'est terrible, mais aucun d'entre nous n'a pu déceler quoi que se soit avant qu'elle ne se suicide... Elle n'a rien laissé transparaître*». Mme T. s'effondre mais se ressaisit très rapidement: «*Je le sentais, c'était inscrit... C'est affreux mais j'y pensais... Karine n'avait pas envie de vivre... Mes filles sont-elles prévenues?... Est-il possible que je les appelle moi-même?*» Mme T. attend l'arrivée de sa fille déjà en route. Les soignants se relaient auprès d'elle, l'aident à composer les numéros de téléphone «*qu'elle a oubliés*»: «*On s'occupait tour à tour de la mère de Karine et des patients... Pour nous, c'étaient les deux priorités... Ne pas les laisser seuls*».

Faire face

La décision de réunir tous les patients dans la bibliothèque est prise par les soignants, pour «*les recompter*», «*les informer*» et «*les contenir*». Cette réunion improvisée est décidée par l'équipe au terme d'une très brève concertation: «*On voulait que tous sachent en même temps ce qui s'était passé, qu'ils entendent la même chose, la même version... Et puis partager notre souffrance avec eux...*». Soignants et patients diront ultérieurement avoir vécu cette réunion comme un «rassemblement» destiné «à se serrer les coudes dans l'adversité». Un adolescent: «*On avait l'impression qu'il n'y avait plus de différences entre nous; ça faisait peur de réaliser tout d'un coup que les infirmières étaient des personnes comme nous, qu'elles pouvaient peut-être craquer. En même temps, c'était rassurant de les voir réagir comme des être humains et non comme des machines*». Un soignant: «*J'espérais au début ne surtout pas pleurer; j'avais les larmes aux yeux. Mais très vite la chaleur et l'émotion qui se sont dégagées du groupe m'ont vraiment donné le sentiment que j'y étais en sécurité, qu'il n'y avait pas ici de voyeur ou de juge. On souffrait tous, Mathieu et Christelle pleuraient doucement. Tout le monde était étrangement calme. Le temps semblait suspendu. Je ne pourrais pas dire combien de temps cela a duré. Ce n'était pas un moment d'affrontement mais de partage. La réunion s'est arrêtée quand on a entendu l'arrivée de la famille, leurs cris de douleur dans le couloir*».

L'arrivée précipitée dans l'Unité de l'une des sœurs de Karine provoque un état de tension très important. Elle hurle à plusieurs reprises «*c'est pas possible!*», sa mère la rejoint. Toutes deux pleurent, cherchent à interroger patients et soignants. Le psychiatre ayant pris Karine en charge pendant son séjour arrive peu après. Il s'entretient avec elles dans un bureau pendant plus d'une heure: «*J'avais l'impression d'improviser en fonction des réactions des intéressées... C'est la première fois que j'étais confronté à chaud à une situation de ce type... On parlait de Karine, de son état qui s'était amélioré, du caractère imprévisible de son suicide... J'avais le sentiment d'«être en trop», mais en même temps, je voulais partager avec elles leur souffrance et leur sentiment d'injustice... Elles n'étaient pas agressives, elles répétaient «ce n'est pas juste», évoquaient la réussite de Karine sur le plan des études...*». Puis le médecin et l'une des infirmières leur expliquent la nature des démarches administratives à effectuer. Leur disent aussi que l'équipe reste à leur disposition dans les jours à venir. Un policier souhaite s'entretenir avec elles. Elles

doivent se rendre à l'Institut médico-légal reconnaître le corps. Elles quittent l'Unité en compagnie du policier.

Le début des angoisses, des incertitudes, des questionnements

Dans la soirée, les infirmières font leurs transmissions avec leurs collègues de nuit. Elles «n'arrivent pas à partir»: «*On avait l'impression que c'était ici qu'on allait pouvoir comprendre le suicide de Karine... On avait besoin de partager, de parler... Plus ici que chez nous*». L'une des deux infirmières présentes au moment des faits «aurait souhaité se retrouver avec sa collègue dans un café pour parler»: «*Je n'avais pas envie qu'on se quite... J'avais repris le travail le jour même après mes congés... Je ne connaissais pas Karine, je l'avais juste aperçue au moment où elle est venue demander l'autorisation de descendre dans le hall raccompagner ses visiteurs*». Sa collègue «préfère rester dans l'Unité»: «*Je craignais de partir, j'avais en tête les images de Karine dans son sang, le moment de l'identification*».

Les semaines suivantes, toutes deux décriront la survenue inopinée de réactions émotionnelles très fortes. La première «pleurait parfois pour des choses insignifiantes»: «*Quelques jours plus tard, j'ai eu l'occasion de revoir par hasard le film Love Story à la télévision... J'ai beaucoup pleuré, alors que j'avais déjà vu ce film que je considérais comme «à l'eau de roses»...*» La seconde reconnaît avoir eu pendant des mois «des flashes, des visions de Karine dans une mare de sang»: «*Pendant des semaines, des mois, j'éprouvais de l'angoisse à descendre seule le matin dans le garage souterrain en béton de mon immeuble... ça me rappelait la dalle en ciment sur laquelle était tombée Karine...*»

Les deux médecins concernés admettent avoir été ébranlés par cet événement tragique. Pour le responsable, «la crainte d'une mise en situation de crise de l'Unité l'emporte sur d'éventuelles conséquences médico-légales»: «*Je souhaitais que nous puissions tous en parler entre soignants... Reconnaître notre faillibilité, nous préparer malheureusement à ce que d'autres événements de ce type surviennent dans les mois ou années à venir... Je craignais aussi les phénomènes d'imitation que le suicide de Karine pouvait entraîner chez les autres patients... À aucun moment je n'ai vraiment songé à une responsabilité d'ordre médico-légal... J'étais convaincu qu'aucune faute n'avait été commise*». Son collègue évoque les conséquences du suicide de Karine sur sa pratique: «*Je n'arrivais pas à croire à ce suicide... Ce n'était pas prévisible... Les choses allaient mieux pour*

elle. On était sorti de la crise... Cela m'évoque une conduite ordalique, une sorte de jeu avec la mort dont l'issue a été fatale... Par la suite, j'ai bien sûr éprouvé de la culpabilité en me disant que j'aurais dû faire autre chose en matière de médicaments et d'autorisation de sortie... D'ailleurs depuis, je fais très attention aux permissions... Je ne me suis pas senti agressé par l'équipe, j'ai eu l'impression d'un partage, on a pu en parler... »

Colmater le brèche

Dans les suites du drame, deux réunions institutionnelles sont organisées : l'une, un peu improvisée quelques jours plus tard, consiste à étayer en quelque sorte la solidarité de l'équipe soignante, à répondre aux questions de ceux qui n'étaient pas présents les jours précédents, à unifier les réponses aux problèmes posés. On relève en particulier comment se comporte le groupe de patients depuis le drame, pour y répondre de manière cohérente et adaptée. Les promenades et permissions ne sont pas suspendues. À l'occasion de leurs promenades, les patients « fleurissent l'endroit où Karine a été retrouvée ». On craint la survenue de phénomènes d'imitation et d'identification susceptibles de provoquer d'autres passages à l'acte suicidaires, mais on ne veut pas répondre par la peur. Une jeune fille exprime d'ailleurs son intention de se suicider « comme Karine ». L'équipe se concerta pour prendre en charge cette patiente, sans pour autant déterminer une conduite à tenir qui serait seulement une « réaction » à la hantise de son suicide ou de celui d'autres patients.

La deuxième réunion a lieu quinze jours plus tard. On « fait le point » sur l'évolution du groupe de patients. Dans les jours suivant le décès de Karine, les patients semblent « désolidarisés » ; ils expriment des sentiments de « vide », de « manque de vie dans la structure », et paraissent absorbés par la survenue de phénomènes intrusifs dans l'Unité (petits vols, disparition de vêtements...) « qui les préoccupent beaucoup » et qu'ils vivent comme une « effraction de l'Unité ». Dans un deuxième temps, les patients manifestent une très grande cohésion, et expriment un discours manifeste tendant tour à tour à mettre l'institution en accusation, ou au contraire à l'exonérer de toute responsabilité. La plupart des témoins du drame sont depuis sortis. Mais les entrants sont tous « très informés » sur ce qui s'est passé. Dans les mois qui suivent, l'équipe constatera d'ailleurs combien, à son insu, patients et familles seront au courant du drame : « On sait qu'il y a eu un suicide chez vous... Des amis m'en ont parlé... » La réunion permet aussi de rassembler les éléments en notre disposition

pour appréhender le suicide de Karine. Le sentiment dominant pour l'équipe reste l'incompréhension par rapport à son geste: «*Juste avant, tout allait bien... Karine n'était pas considérée comme «à risque»...*». Les soignants parlent de l'émergence de sentiments d'échec, d'impuissance, d'autant plus que le drame entérine la faillibilité d'une Unité dont la vocation spécifique est celle de prendre en charge des jeunes suicidaires. L'équipe est en tout cas dans l'incapacité de «donner un sens au suicide de Karine».

À l'occasion d'autres réunions institutionnelles, on reparlera du drame. Le déni semble l'emporter sur l'idée de culpabilité. La thèse de l'«accident» revient ainsi périodiquement: «*Peut-être que Karine n'a pas vraiment eu l'intention de se suicider... Elle a pu s'asseoir sur le rebord de la fenêtre dans une sorte d'attitude ordalique, et glisser...*» On «admet» qu'elle s'est suicidée, mais aucun soignant n'en est absolument «convaincu». À distance, l'ensemble de l'équipe s'accorde à reconnaître que «*personne n'a véritablement fait le deuil du suicide de Karine*». Une infirmière précise aujourd'hui: «*J'étais de repos deux jours auparavant, et dans l'Unité le lendemain du drame. Je n'arrive pas à me convaincre que Karine est morte. C'est ridicule, mais c'est ce que je pense...*». Une autre soignante, en congé pendant cette période, dit éprouver actuellement «des sentiments très forts» à l'évocation du drame, près d'un an après, lors de la rédaction du présent texte: «*Après qu'on en ait à nouveau parlé à l'occasion de cet article, j'ai cru voir Karine dans le couloir... ça m'a fait un choc...*»

Analyse et commentaires

Comme le rappelle Quidu-Richard (1990, 1977), «*le suicide se situe au carrefour d'une triple agression: c'est une agression de soi, c'est une agression de l'autre par l'intermédiaire de soi, c'est une réponse à un sentiment d'agression de la part de l'environnement*». Dans un tel contexte, on conçoit qu'après un suicide survenu en institution, les mécanismes défensifs mis en jeu par les soignants soient beaucoup plus intenses que lors de n'importe quel autre mode de décès. On admet que les réactions de l'équipe soignante, comme c'est aussi le cas chez l'entourage, comprennent classiquement (Quidu-Richard, 1990, 1977):

- un état de *sidération traumatique*, surtout pour celui ou celle qui découvre le corps,

- le *déni* (déni de l'acte par l'allégation d'accident ou de meurtre, déni de l'affect douloureux sous couvert de banalisation ou de détachement provocateur...),
- la *culpabilité*, qu'on cherche à transférer en recherchant un «bouc émissaire»,
- au pire, l'*identification mortifère au défunt* (l'intense culpabilité et les sentiments ambivalents envers ce dernier deviennent inconsciemment la source de remords et d'un véritable mépris de soi qui, en interdisant tout plaisir, entraîne un abrasement des incitations à vivre).

Tous ces éléments sont susceptibles d'entraver le *travail du deuil* au sens freudien du terme (Freud, 1917): «*Contrairement à un deuil normal qui, dans sa mouvance, demeure une manifestation de vie, le deuil dans le cas du suicide, s'immobilise fréquemment dans le déni et le remords*». (Quidu-Richard, 1990).

Sidération, déni, et dénégation

Comme on l'a vu dans l'annonce du suicide de Karine, les soignants amenés à intervenir connaissent, dès le «choc initial», une sidération traumatique qui ouvre la brèche au déni et à la dénégation, eux-mêmes nourris d'ambivalence. Dans le cas de Karine, l'ambiguïté vestimentaire joue d'ailleurs à plein, donnant lieu à une confusion de genre («*il s'agit d'un jeune homme*»). On mesure à travers ces manifestations, l'incapacité qu'éprouvent les soignants à appréhender une «réalité intolérable».

Les termes de *déni* et de *dénégation*, empruntés au vocabulaire psychanalytique, rendent compte de mécanismes de défense particuliers et complexes: par le *déni*, le sujet refuse de *reconnaître la réalité* de la perception traumatisante extérieure tout en la reconnaissant d'une certaine manière («*ce n'est pas une de nos patientes*»). La *dénégation* recouvre la relation à une «réalité psychique», et consiste à énoncer des pensées, des sentiments tout en *ne les reconnaissant pas*: le sujet *perçoit la réalité* puisqu'il fait un rapprochement («*ce sont les mêmes vêtements que portait Karine*»), mais il formule un jugement négatif à l'égard de cette réalité («*je n'arrivais pas à dire*» que *c'était elle*). De même, le «*c'est pas possible*» que réitère la sœur de Karine, ne constitue pas nécessairement une proposition négative, mais préfigure peut-être la reconnaissance d'une réalité psychique intolérable. Du côté de l'équipe soignante, on note la force et la permanence du déni (le surgissement épisodique de la

thèse de l'«accident», l'évocation quasi hallucinatoire traduite par l'une des soignantes lorsqu'elle croit «voir Karine dans le couloir»). Même à distance, les pensées se fixent douloureusement sur cette «réalité nouvelle» qu'il s'agit d'intégrer dans tous ses aspects: la jeune fille elle-même, la patiente qu'elle représente, les relations que chacun a pu établir avec elle, la violence du mode de suicide utilisé... «*Le travail de deuil ne porte pas en effet sur un objet, mais sur les multiples images de cet objet*» (Widlöcher, 1985).

L'état de sidération initiale renvoie à la notion de *traumatisme* psychique en tant qu'«*expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique*» (Freud, 1951). Ce *traumatisme* au sens strict répond à la «nature» même de l'acte suicidaire qui exclut d'emblée une *abréaction* complète, c'est-à-dire la «décharge émotionnelle par laquelle les sujets peuvent se libérer de l'affect attaché au souvenir de l'événement traumatique», ce qu'expriment les deux infirmières dans les semaines ou les mois suivants le décès de Karine. Cette réaction nécessite un véritable travail plus ou moins long de remémoration et d'élaboration psychique ultérieur qui devra accompagner le travail du deuil.

Culpabilité et affects dépressifs

Les mécanismes défensifs qui s'opposent au travail du deuil sont intimement liés à l'idée de culpabilité qui s'exprime directement ou plus insidieusement à travers des mouvements dépressifs de forte intensité. Le premier signe dépressif visible qui s'opère est celui du silence et de l'accablement (Jankelevitch, 1977). Chaque soignant tend à se replier sur lui-même. La confiance en soi de chacun est ébranlée. On mesure, dans l'exemple de Karine, la lutte manifeste contre l'angoisse et la dépression qu'entraîne son suicide chez les infirmières qui, le soir du drame, «n'arrivent pas à partir». Les sentiments d'échec, d'incompétence et d'inutilité envahissent peu à peu les esprits. Ne nous y trompons pas: les sentiments d'incompréhension si fréquemment exprimés par les soignants constituent une tentative d'exonération de l'idée de culpabilité, et de maîtrise des affects dépressifs. Il en est de même chez les soignants qui revendiquent haut et fort l'assertion selon laquelle «de toute façon, on ne pouvait rien faire», mais chez qui le doute des compétences et l'incertitude des potentialités menacent l'investissement thérapeutique.

Dans tous les cas, la survenue d'un tel drame ébranle en profondeur la confiance en soi des soignants, d'autant plus que le temps passé avec le patient et bien investi a été marqué d'échanges intensifs au cours du séjour hospitalier. Le malade est brusquement « *vécu comme annulant ce chemin parcouru, refusant soudainement et dramatiquement un mouvement réciproque, laissant seuls les soignants dans un espace qui n'a plus de raison d'être, car déshabité et n'ouvrant plus sur aucune potentialité* » (Feillard, 1980). L'équipe se trouve « *démunie* », dans l'impossibilité de projeter ses sentiments de culpabilité sur un ailleurs. Elle se sent exposée à l'agressivité de l'entourage ou du milieu extérieur (« *on sait qu'il y a eu un suicide chez vous... Des amis m'en ont parlé* »), et dans l'obligation de se justifier. On comprend dans ces conditions combien la tentation peut être grande de rechercher en son sein une responsabilité, le plus souvent sous la forme d'un « *bouc émissaire* » chargé d'endosser la « *culpabilité collective* », tentation accrue par l'obligation de rendre compte des faits à l'administration, voire à la justice. Comme l'indiquent Védrette et Weber (1982), « *c'est une épreuve narcissique redoutée dans la mesure où elle met à nu la vulnérabilité institutionnelle* ».

Attaques narcissiques et contre-attaques

Pour Delage et al. (1993), il y a dans le cas d'un suicide intra-institutionnel, mise en jeu complexe d'affects individuels et collectifs qui se distribuent autour d'une triple attaque :

- l'*attaque du suicidé*, qui en commettant son acte au sein de l'institution mobilise l'implication des soignants par l'agressivité et *dans* la responsabilité, donc la culpabilité de ceux qui s'y sentent directement ou indirectement visés ;
- l'*attaque venant des autres patients* à l'intérieur de l'institution, dont le silence ou les interrogations interpellent les soignants, renforçant leur culpabilité ;
- l'*attaque de l'extérieur* (famille, instances administratives, éventuellement soucieuses de se décharger du fardeau de l'évidence de leurs propres implications ou imperfections).

L'ensemble de l'équipe éprouve nécessairement un sentiment d'abord inavoué d'« *agression* » de la part du suicidé. L'institution soignante est le destinataire direct du suicide lorsqu'il se produit en son sein. Dans l'exemple de Karine, le fait que cette dernière ait été trouvée « *détendue et souriante* » avant d'effectuer son geste donne aux soignants le sentiment d'avoir en quelque sorte été trahis par elle.

Il est particulièrement difficile en équipe d'en parler: «Comment reprocher à un suicidé de nous agresser par son geste?» Par un mouvement inverse, les soignants ont alors tendance à retourner contre eux cette «mise en cause» inavouable à soi-même, en culpabilisant: «*C'est terrible, mais aucun d'entre nous n'a pu déceler quoi que se soit avant qu'elle ne se suicide*». Même si chaque membre de l'équipe sait que l'acte ne lui est pas nécessairement adressé, le fait qu'il les implique d'aussi près ne peut pas être sans retentissement et signification a posteriori. Comme c'est le cas au sujet d'un crime, le *dernier témoin* — c'est-à-dire ici le dernier soignant à s'être entretenu avec le suicidé — se trouve dans l'obligation de se justifier (défaut de surveillance, erreur d'appréciation d'un risque suicidaire...). C'est aussi le cas du médecin en charge des soins, confronté à une éventuelle erreur d'appréciation diagnostique, de prescription, ou de consigne de surveillance, comme le psychiatre de l'Unité ayant, à propos de Karine, «*éprouvé de la culpabilité en (se) disant qu'(il) aurait dû faire autre chose en matière de médicaments et d'autorisation de sortie...*». Ces soignants doivent faire face aux tentations de «mise en accusation» par le reste de l'équipe: même si elle n'est pas exprimée ou consciemment ressentie, la recherche d'«un coupable» est un mécanisme de défense qui impose une discussion en équipe. Il est en particulier fondamental de pouvoir débattre des «oscillations» entre le déni («*nous n'y sommes pour rien*») et les deux formes d'expression distinctes de la culpabilité que représentent l'*auto-accusation angoissée* («*j'y suis pour quelque chose*») et la *disculpation projective* («*ce n'est pas moi, c'est l'autre*»).

Les soignants sont également confrontés aux «réactions» des patients de l'institution. Ces derniers vivent le suicide de l'un des leurs comme une agression qui sera à l'origine de sentiments de culpabilité identiques à ceux ressentis par l'équipe soignante ou l'entourage du suicidé («*on ne se doutait de rien*»). Mais ils ont aussi à faire face à un événement traumatique qui se pose en acte de transgression absolue: «s'ôter la vie» d'abord, et le faire dans un lieu de soins destiné à «restaurer l'envie de vivre», ensuite. «Enfreindre le tabou», c'est remettre en question les fondements mêmes de l'institution soignante et contenante, et donc se sentir particulièrement démuné face à ses propres pulsions de mort: «*Les patients semblent d'un seul coup sans protection, comme si le cadre institutionnel venait de voler en éclats*». Chacun est renvoyé à sa propre angoisse de mort, et l'institution ne semble plus pouvoir assurer son rôle de cadre protecteur et sa fonction de pare-excitation. Après le suicide de

Karine, cette situation critique provoque un «éclatement» du groupe des patients : ceux-ci ne s'accordent pas sur la manière de communiquer leur compassion à la famille de l'intéressée, puis s'accusent mutuellement des larcins commis dans l'Unité. Le groupe devient le siège de tensions et de dissensions, d'angoisses ressenties à un niveau individuel. Un «colmatage» finit par se réaliser lorsque le groupe peut retrouver une apparente cohésion en «réagissant» collectivement vis-à-vis du cadre tour à tour *accusé* ou *défendu*. La remise en cause de l'«institution» est alors une défense contre l'angoisse de mort, et l'agressivité à l'égard des soignants s'exprime aussi bien par la désignation manifeste de la «faillite institutionnelle» que par la «revendication» de «*faire comme Karine*», menace amplifiée par les mécanismes d'identification qui font peser le risque d'autres passages à l'acte. De tels phénomènes entretiennent chez les soignants les sentiments d'échec et d'impuissance, et les renvoient à la «hantise du suicide».

D'intenses mouvements dépressifs parcourent l'équipe soignante qui doit aussi faire face à l'agressivité de l'entourage en quête d'un coupable, ainsi qu'à la définition des responsabilités sollicitée par les instances administratives. Autour de la notion de «faute» éventuellement commise, famille et administration peuvent avoir la tentation d'éluder la question du suicide au profit de déterminants juridiques qui placent l'équipe soignante en position d'«accusée» dans l'obligation de «se défendre» : «l'acte suicidaire était-il prévisible ? Si oui, tout a-t-il été mis en œuvre pour l'éviter ?» S'il s'agit de ne pas occulter la recherche d'éventuelles responsabilités dont l'«institution» *se doit* de répondre, le déplacement pur et simple du problème sur le terrain du médico-légal peut conduire à taire d'authentiques dysfonctionnements de nature institutionnelle. Les réponses ultérieures pourront s'en trouver réduites à la mise en place de consignes et de dispositifs de sécurité «légalement corrects» mais totalement *inadaptés* au projet thérapeutique (fermeture des issues, contrôles, interdictions de sortie...).

Le travail du temps

Quoi qu'il en soit, la «recherche de responsabilités» effectuée au décours d'un suicide intra-institutionnel ne doit pas se substituer à la réalisation d'une «autopsie psychologique» qui peut contribuer au *travail du deuil*. Or, aucune expérience autre que celle du deuil ne démontre aussi clairement le «travail du temps» : «*Cette expérience même du changement nous fait connaître des dispositions psycholo-*

giques dont nous n'aurions pas eu, sans elle, connaissance » (Widlöcher, 1985). C'est ainsi que dans le cas de Karine, il faudra près d'un an pour que l'équipe soignante puisse reprendre, rassembler et analyser certains éléments épars de l'histoire de son suicide :

- l'absence d'antécédents familiaux est relativisée par le fait que le père de Karine avait présenté plusieurs épisodes dépressifs nécessitant des séjours en milieu spécialisé, l'entourage n'étant pas certain « *qu'il n'ait pas tenté, à une ou deux reprises, de se suicider* ».
- la première tentative de suicide de Karine, à l'origine de son admission dans l'Unité, se présente comme un geste somatiquement bénin. La survenue à très brève échéance d'une récidive mortelle par violence entérine — si besoin était — l'absence de corrélation entre gravité du geste initial au plan somatique et intensité de la souffrance psychologique ;
- le séjour de Karine dans l'Unité s'inscrit dans un contexte temporel particulier: le lendemain de son admission coïncide avec la « fête des Pères », et se trouve être aussi le troisième anniversaire de la mort de son père. Trois jours avant le drame, c'est l'anniversaire des 20 ans de ses deux sœurs jumelles ;
- même s'il peut s'agir d'une rationalisation de sa part, Karine assimile le « travail » à la « mort » : « *Mon père travaillait beaucoup et était dépressif; et il est mort d'un anévrisme au cerveau* » ;
- la date prévue du départ de Karine pour l'Alsace approche (dix jours), « échéance » qui s'avère très anxiogène: la jeune fille vit la date de début de son activité professionnelle comme un « *ultimatum* » ;
- Karine dit avoir été un « garçon manqué » ; elle relie elle-même ce constat au fait que la première grossesse de sa mère s'est soldée par une fausse-couche à 4 mois de gestation et que « *ça aurait dû être un garçon* ». Karine est née un an après cette fausse-couche. On relève qu'elle dit vouloir depuis peu « *renouer le cordon ombilical* » avec sa mère ;
- l'alibi-écran de la rupture sentimentale apparaît a posteriori flagrant: Karine avait elle-même rompu avec son ami depuis quelques mois, face au « *non-investissement de ce dernier* ». C'était pourtant « *sa première vraie histoire d'amour* ».
- tout au long de sa semaine d'hospitalisation, Karine évoque périodiquement auprès de l'équipe « *la persistance d'idées sui-*

cidaires ». Sa mère et ses sœurs craignent un nouveau passage à l'acte. La mère de Karine appelle un soir l'Unité pour faire part de ses craintes : « Elle a eu Karine au téléphone qui lui a dit qu'elle pensait tout le temps au suicide ». On apprend a posteriori que lors d'une promenade en compagnie de sa mère et de ses sœurs, Karine a dit en passant devant le bâtiment désaffecté d'où elle se précipitera qu'« elle pourrait se jeter du haut de l'escalier ». C'est aussi après le drame qu'une patiente révèle qu'« elle s'est promenée avec Karine la veille de son suicide, et que celle-ci a voulu visiter seule le bâtiment désaffecté pendant dix minutes » ;

- les dernières personnes à avoir vu Karine en vie sont le couple d'amis lui ayant rendu visite avant le drame. Ceux-ci, contactés par téléphone, tiendront des propos très banalisants (« on a parlé de tout et de rien... Karine était détendue... »), qui ne permettent pas de déterminer quelle a été l'influence éventuelle de cet entretien sur l'intéressée ;
- la lecture attentive des transmissions infirmières indique que les observations consignées le matin sont généralement « optimistes » (« Karine va mieux », « paraît bien intégrée dans l'Unité », « se sent plus détendue »...), tandis que les remarques notées en soirée témoignent plus souvent de « l'angoisse », de « l'ambivalence », du « retrait » de l'intéressée. S'agit-il de différences d'appréciation entre infirmières du matin et infirmières du soir ? Ou bien Karine traverse-t-elle des moments variables avec recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive à l'approche de la nuit, comme il est d'observation courante chez les patients dépressifs ? À partir du troisième jour d'hospitalisation, on note cependant de façon plus constante que « Karine va mieux », « veut s'occuper d'elle », « dit qu'elle se sent mûrir ». Elle évoque « son désir de s'investir à sa sortie dans un travail psychothérapeutique », et « parle de son état en osant employer le mot de *dépression*, ce qu'elle ne faisait pas auparavant ».

Hypothèses ou rationalisations ?

Il semble évident à distance que Karine présente une ambivalence massive et qu'elle se trouve soumise à des mécanismes d'identification mortifères qui la placent probablement dès sa naissance dans la position d'un « objet réparateur » à la perte du frère. Karine est sans doute d'autant plus amenée à faire « corps » avec lui, que ses sœurs forment un « couple » gémellaire très investi. Karine, « garçon

manqué» aux sens propre et figuré, trouve chez son père d'autres représentations identificatoires qui l'amènent après le décès de ce dernier à lier symboliquement «travail» et «mort», ce qui donne toute la mesure dramatique à l'*ultimatum* dont elle se sent l'objet à la veille d'exercer son premier emploi. Elle s'est déterminée du «côté des morts», ce que traduit sa mère dans son discours manifeste («*je le sentais, c'était inscrit... C'est affreux mais j'y pensais... Karine n'avait pas envie de vivre...*»), assertions que Mme T. réitérera lors d'un entretien plusieurs mois après le drame: «*Je savais que ma fille se tuerait. C'était inscrit en elle*». De tels propos orientent évidemment du côté de la question d'un éventuel désir inconscient et mortifère de la mère de Karine, et de ce «*rendez-vous manqué avec Karine, mais réussi avec la mort*» que représente «la visite de Mme T. alors que sa fille vient de se suicider». Typiquement observés chez certaines mères de psychotiques, le discours de Mme T. («*je le savais...*») et son vécu («*je le sentais*») soulignent l'aspect fusionnel des relations mère-fille, et signalent chez la mère un fantasme de toute-puissance qui, en corollaire, pose un problème diagnostique demeuré sans réponse: bien que l'observation clinique n'ait permis aucune formulation de ce type, Karine était-elle psychotique? Si cette question doit logiquement se poser, y répondre de manière trop catégorique en l'absence d'éléments probants constituerait un mode de défense permettant à bon compte d'exonérer l'équipe de toute responsabilité, au risque de s'en tenir au caractère «impulsif» et «imprévisible» du suicide des psychotiques.

Principes et modalités du travail institutionnel

À la nécessité de l'«autopsie psychologique» doit s'ajouter la volonté de l'équipe de *croiser l'histoire du suicide avec celle de l'institution*. Confrontée à cette épreuve de «réalité intolérable» qu'est cet événement, l'institution soignante entre dans une *situation de crise* dont le dénouement est fonction de sa capacité à réguler les tensions mises en jeu. Celles-ci génèrent initialement une mise en faillite objective — *subjectivement* vécue — de l'aptitude à reconnaître le *traumatisme* pour ce qu'il est et pour ce à quoi il renvoie. Pour reprendre une terminologie proposée par Guillaumin (1979), cette faillite peut être appréhendée à trois niveaux qui s'emboîtent les uns dans les autres: *inter-personnel* (entre soignants, entre soignants et patients, entre soignants et l'entourage du suicidé), *intra-personnel* (par rapport à sa propre angoisse de mort), et *trans-personnel* (entre l'équipe soignante, l'administration de l'hôpital, et l'environnement

socio-institutionnel). Face à des phénomènes d'une telle complexité, et qui découragent a priori l'«explication», la tentation est grande de «régler la crise» au moyen d'interprétations sommaires (la «dépression», la «psychose»...) ou d'interventions concrètes extrêmement pragmatiques, «*visant à procurer une régulation plus ou moins spontanée, sinon fortuite, par le jeu d'une catharsis collective ou d'un psychodrame un peu sauvage*» (Guillaumin, 1979).

L'institution soignante doit en particulier veiller à discerner deux temps fondamentaux :

- celui de l'*après-coup* qui vise à exprimer ses émotions, ses sentiments en équipe, à tempérer les mécanismes défensifs mis en jeu, mais aussi à répondre aux attaques externes qui, on l'a vu, sont susceptibles de menacer la cohésion institutionnelle,
- celui de l'*analyse institutionnelle*, qui permet à distance d'évoquer plus en profondeur les circonstances du drame, ses implications et ses interactions, dans le but d'en effectuer le deuil, mais aussi d'identifier d'éventuels dysfonctionnements à résoudre.

Elle doit aussi s'interroger sur la nature de son *désir*. Le besoin de «soigner ou d'aider» se résume parfois en un désir «*de faire vivre*», ou d'«*effacer les symptômes*», sans tenir compte suffisamment de la souffrance psychique et de l'organisation mentale sous-jacente. De telles positions parfois érigées en «système» peuvent transformer l'institution en entreprise destructrice, sourde à la souffrance de l'autre. Il en est de même d'une équipe qui serait paralysée par la «hantise du suicide», et qui se retrancherait derrière la surveillance comportementale ou la simple mise en place de dispositifs de sécurité destinés à «conjuré l'impossible suicide». En outre, l'existence d'éventuelles pulsions mortifères au sein de l'équipe soignante doit être envisagée. Il n'est pas rare en effet que l'institution cherche à «se débarrasser» d'un patient devenu «encombrant», parce que trop «malade», trop «fou» ou trop «chronique». Les attitudes de renoncement d'une équipe qui se lasse renforcent chez le patient les sentiments de *rejet* et d'*exclusion*. Enfin, comme ce devrait être le cas pour tout dysfonctionnement, il est nécessaire que l'équipe envisage de resituer l'«acte suicide» dans une autre hypothèse: celle de l'*aboutissement* et non de la *cause* éventuelle d'une situation de «*crise institutionnelle*».

Pour toutes ces raisons, et plutôt que d'avoir à «improviser» a posteriori, il apparaît fondamental que toute équipe de soignants ou

d'aidants puisse anticiper la survenue d'«événements critiques» par la mise en place de modalités institutionnelles de *travail de la crise*. Quelles que soient les orientations théoriques retenues, l'équipe doit pouvoir disposer de réunions de *régulation* animées par un superviseur extérieur. Qu'elle ait ou non recours à un «protocole» particulier, à l'«autopsie psychologique» (Little, 1992), ou aux groupes de type Balint (Heydt et Potschigmann, 1989), l'institution doit régulièrement s'autoriser à une réflexion collective sur sa pratique. Il s'agit notamment de mieux y appréhender les mécanismes de son fonctionnement et les défenses mises en jeu face aux «attaques» externes ou internes générées par les *situations de crise*. »(...) *La lecture de la crise de l'institution (doit) se faire en profondeur, en termes de localisations critiques qui se découpent sur des fonds problématiques auxquels elles sont liées sans s'y réduire. Et seule, la mise en perspective emboîtée et en résonance des plans explicatifs, qui suppose que chacun d'entre eux retentisse avec les autres dans la conscience des intéressés (...) peut en remettre en jeu les termes*» (Guillaumin, 1979).

En conclusion, soulignons que la confrontation au suicide place toute institution devant des interrogations dont la plupart resteront sans réponse: l'*énigme du suicide* renvoie l'aidant ou le soignant au questionnement de sa propre mort. Il serait bien entendu illusoire de chercher à s'en protéger. Le mythe de la *toute-puissance* soignante doit être identifié pour ce qu'il est: au mieux, une défense contre sa propre angoisse de mort; au pire, l'aliénation du patient en lieu et place de la prise en compte de sa souffrance. Tenter de prévenir le suicide, ce n'est pas *empêcher* l'autre de se suicider, mais s'efforcer de *restaurer* sa liberté de vivre. Or, il n'y a pas d'institution parfaite: il existe toujours des failles. Ce sont ces failles qu'il faut percevoir, examiner, contourner, en gardant à l'esprit que la faillibilité de toute institution est *aussi* une preuve tangible de son humanité. Au-delà du principe philosophique en lui-même, la capacité de l'institution à accepter ses propres limites n'est-elle pas également ce qui fonde sa valeur thérapeutique et mobilisatrice?

RÉFÉRENCES

- DELAGE, M., RAOUL, Y., DUPONT, G., et al., 1993, Soins et décès par suicide à l'hôpital, *Psychologie Médicale* 25, 4, 335-338.
- FEILLARD, J., 1980, Décès par suicide en établissement psychiatrique, *Présences et perspectives en Santé mentale*, 77, 3-7.

- FREUD, S., 1917, Deuil et mélancolie (*Trauer und melancholie*, 1917), in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, Paris, 1968.
- FREUD, S., 1915-17, *Introduction à la psychanalyse*, Payot, Paris.
- GUILLAUMIN, J., 1979, Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises, in *Crise, rupture et dépassement*, Coll. Inconscient et Culture (dir. par R. Kaës et D. Anzieu), Paris, Dunod, 222-256.
- HEYDT, G., POTSCHIGMANN, B., 1989, Reactions of nursing personnel to the suicide of psychiatric patients (German), *Psychiatrische Praxis*, 16, 2, 66-70.
- JANKELEVITCH, V., 1977, *La mort*, Collectif Champ, Flammarion, Paris, 19-20.
- LITTLE, J.D., 1992, Staff response to inpatient and outpatient suicide: what happened and what do we do?, *Australian / New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 2, 162-7.
- QUIDU, M., 1977, Les répercussions du suicide dans une institution. Quelle attitude adopter?, *Psychologie Médicale*, 9, 1633-1637.
- QUIDU-RICHARD, M., 1990, Le suicide: un deuil impossible?, *Psychologie Médicale*, 22, 5, 437-439.
- VEDRINNE, J., WEBER, D., 1982, Relations entre suicide et institutions, in *Suicide et conduites suicidaires*, Tome II, Aspects cliniques et institutionnels, N° 122, Collectif. de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale, Paris, 153-162.
- WIDLÖCHER, D., 1985, *Les Logiques de la Dépression*, Collectif Pluriel, Fayard, Paris.

ABSTRACT

The impact of suicide on the caregiver

Suicide ("the killing of one's self") raises one crucial question: what does the manifest desire of death bring out in oneself and in others? For those providing care and support who are confronted with the voluntary death of a client or patient, the question is particularly difficult to address. Using the story of a suicide in an institution, the authors reveal the nature of defense mechanisms at play within the group of caregivers. Whether it be a traumatic daze, denial, guilt or depression, these individual and collective reactions to the event hinder the mourning process and threaten cohesion within the institution. Members of an "institution in crisis" must try to relieve their tensions by refraining from withdrawal, banalities, being haunted by suicide and implementing pseudo-solutions. The purpose of such an exercise is especially to avoid the cancellation or displacement of

necessary thought process about the origins, implications and consequences of a suicide taking place within an institution. The authors discuss the founding principles and guidelines for group exploration of these phenomena. Without this coming-to-terms with the crisis, the authors point out that the institution could find itself in a rut where discussion focuses only on when and where things went wrong, and how it turned its back on a suffering patient.