

# **Psychopathologie des tentatives de suicide des jeunes adultes dans le Sud Bénin**

## **Psychodynamic understanding of reactive suicide attempts in the South of Benin**



**Thèse présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2015 par  
Olga BAMISSO**

En vue de l'obtention du doctorat de Psychopathologie  
psychanalytique de l'Université Paris Ovest Nanterre La Défense

**Sous la direction de**

**Madame Dominique CUPA et Monsieur Lucien HOUNKPATIN**

Professeure Emérite, Université  
Paris Ovest Nanterre La Défense

Maître de Conférence  
Université Paris 8

### **Membres du jury**

Monsieur Gérard Pirlot

Professeur, Université Toulouse II Le Mirail, Rapporteur

Madame Monique Seguin

Professeure, Université du Québec en Outaouais, Rapporteur

Madame Emilie Kpadonou

Professeure, Université d'Abomey-Calavi

Madame Hélène Riazuelo

Habilitation à Diriger des Recherches, Maître de Conférence  
Université Paris Ovest Nanterre la Défense

Madame Sara Skandrani

Maître de Conférence, Université Paris Ovest Nanterre la Défense

L'illustration en couverture est une œuvre de Ludovic Fadairo qui m'a donné son accord afin que je l'utilise pour le présent document.

Elle est intitulée : ***Communion avec les habitants du vide.***

Ce travail, effectué entre 1996 et 2004, comprend de nombreux matériaux : bois, carton, acrylique, huile, pigments naturels... Ses dimensions sont de 5 X 3 m. Il s'agit d'un autel composé de 52 pièces (50 sculptures, 1 peinture sur tapa, 1 réceptacle). Disposées comme dans une cour commune africaine, ces sculptures composent ainsi une installation de 51 pièces. Aujourd'hui, cette œuvre fait partie de la Collection privée d'Idelphonse Affogbolo.

Le choix de cette installation comme illustration à mon travail n'est pas anodin.

En effet, l'œuvre est inspirée de l'endroit central des maisons familiales au Sud Bénin : le lieu de l'autel des ancêtres ou *assin* en langue fon. Ainsi, outre la question du vide et de la communication qui sont explicitées par l'auteur dans le titre, elle a pour moi plusieurs résonances. Il s'agit de la découverte du processus d'ancestralisation qui a marqué mon parcours de recherche et qui m'a permis de mieux me représenter ce qu'il en est de la notion d'intrication, de liaison et de déliaison, concepts importants de ma construction théorico-pratique.

## SOMMAIRE

Sommaire .....	2
Remerciements .....	4
Introduction .....	5
Première partie : Approches théoriques .....	31
Chapitre 1 : Généralités.....	32
Chapitre 2 : Approche psychanalytique de l'acte suicidaire.....	44
Chapitre 3 : Actes suicidaires et jeunes adultes .....	80
Chapitre 4 : Autodestructivité et notion de personne dans le Sud Bénin .....	93
Chapitre 5 : Constructions hypothétiques sur les tentatives de suicide des jeunes adultes dans le Sud du Bénin.....	107
Chapitre 6 : Méthodologie.....	115
Deuxième partie : Clinique des actes suicidaire au Sud Bénin .....	146
Chapitre 7 : Éléonore et le piège du conflit parental .....	147
Chapitre 8 : Laure ou le miroir en tourments .....	169
Chapitre 9 : Joël : le phallique en souffrance, à la quête d'une réappropriation .....	197
Chapitre 10 : Vanessa : la tentative de suicide comme convocation à la prise en charge d'une scène du couple .....	231
Chapitre 11 : Résultats et discussion .....	264
Conclusion.....	283
Références bibliographiques .....	292
Annexe : carte du Bénin.....	306
Table des matières .....	307

*À Zato,  
qui m'a initiée à cette curiosité  
concernant les passages entre les mondes.*

## REMERCIEMENTS

Avant tout développement, il me semble important de commencer la rédaction du présent document par des remerciements à toutes les personnes qui ont apporté de diverses manières leurs contributions à la réalisation de ce travail. La liste de personnes à remercier ici serait donc infinie si elle devait être exhaustive. Toutefois, que toutes les personnes qui directement et indirectement ont contribué à l'aboutissement de ce travail soient remerciées.

De nombreuses ont accepté de participer à cette recherche, individuellement, en famille, en groupe. Elles ont partagé avec moi des vécus, ainsi que leur compréhension des actes suicidaires selon le contexte béninois. Pour leur confiance, la richesse infinie de leurs apports, un grand merci. Entre autre Victor Gbenou, Luc Assogba, le Professeur Aguessy, les membres du CRDD, Dah Aligbonon...

J'adresse ma profonde gratitude et tendresse à ma famille. Nicolas, Vania et Iliana ; sans votre soutien, votre présence, vos encouragements et vos questions, je ne serais jamais arrivée à bout.

Je tiens également à remercier mes directeurs de thèse : Madame Cupa et Monsieur Hounkpatin qui sont les piliers de la mise en forme de ce travail. D'abord pour leur confiance, ensuite pour leur patience, leur soutien, leurs exigences qui poussent à aller de l'avant, mais aussi et surtout pour leur volonté sans cesse renouvelée d'ouvrir les horizons de pensée ; pour les discussions stimulantes, pour l'initiation qu'ils m'ont offerte, chacun à sa façon, à la pensée clinique, au référentiel psychanalytique et à son évolution. J'espère être à la hauteur de leur passion de la transmission et de la recherche.

J'adresse une mention spéciale de remerciements à Magali Molinié, Lydia Mechoulam, Henny Wexler, Alexia Ghorayeb et Camille Curbilié, pour leur participation et leur grande aide à la réflexion. Que Nasrah Ahmed, Stéphane Pouyaud soient remerciées de leur précieuse relecture.

José Noudohouéno a largement contribué à expliciter ma pensée et à l'organiser, qu'il soit ici remercié.

Cette thèse n'existerait pas sans les nombreuses personnes qui, à Cotonou, au Bénin, l'ont rendue possible. Les remerciements en direction du Bénin engendreraient une longue liste. Il faudrait commencer par les mânes des ancêtres et les récits fondateurs qui m'ont inscrite dans le parcours de recherche. Ensuite, il faudrait énumérer ceux qui sont partis, qui sont en route pour devenir des ancêtres mais qui m'ont protégée pour aboutir. Je ne me livrerai pas ici à cet exercice de style, caractéristique du contexte, consistant à énumérer toutes mes affiliations. Je voudrais mentionner mon infinie gratitude au Professeur Thérèse Agossou qui m'a ouvert les portes du service de Psychiatrie de Cotonou pour la recherche et qui a sur place supervisé le travail ; au Professeur Kpadonou qui a aussi été ma superviseuse sur le terrain et dont l'écoute fine et aiguisée et les nombreux conseils ont été précieux ; au Professeur René Gualbert Ayhi qui, de plus loin encore, avant la recherche, m'a introduite à la pensée sur la place de la psychologie clinique dans le contexte béninois ; à tous les professeurs, collègues et membres du service et de l'hôpital pour l'accueil, la confiance, la collaboration qu'ils ont accepté de mettre en place : Professeur Ezin-Houngbe, Professeur Tognide, Professeur Gansou.

## INTRODUCTION

Le travail psychodynamique auquel convie la psychanalyse connaît des avancées théoriques, non seulement en raison de l'actualité des problématiques cliniques dans leur mode d'expression, mais aussi dans le cadre de son adaptation à différents contextes, milieux et régions. Les questions de santé mentale et de souffrance psychique se posent partout dans le monde dans des populations diverses et variées, autochtones ou migrantes. La pluralité des pratiques a fait également évoluer les concepts. De même, il existe une diversité d'éléments qui rendent compte de l'exercice concret de la psychanalyse dans le monde. Cette multiplicité de pratiques implique, selon Chervert, « *cette gageure consistant à nous faire les interprètes de notre propre entreprise* » (Chervert, 2006, p. 80). La question de l'actualité et de la pluralité des pratiques psychanalytiques s'est imposée à moi notamment dans le cadre d'une période d'implication pratique dans un CHU au Bénin, pays de l'Afrique de l'Ouest. J'ai été amenée à me demander ce qu'il en était de la pratique clinique en République du Bénin, et quels y étaient le rôle et la place du psychologue clinicien. Le présent travail de thèse se fera l'interprète d'une expérience pratique et des réflexions et inflexions théoriques qu'elle soulève, et proposera notamment la mise en place d'un dispositif d'accueil des jeunes adultes suicidants.

Le suicide et les tentatives de suicide constituent, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un problème de santé publique (OMS, 2004). En France, par exemple, plus de dix mille personnes par an décèdent par suicide, plus que par des accidents de la route. Par ailleurs, environ cent soixante mille (160 000) tentatives de suicide sont recensées par an (Gontier et Duriez, 2007 ; Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2011). L'ampleur de ce fléau conduit à adopter des politiques nationales de prévention. En France, par exemple, cette politique est mise en œuvre à travers des plans quinquennaux. La recherche sur la question connaît également un essor. Dans les pays d'Afrique de l'Ouest comme la République du Bénin, même si l'heure n'est pas à des politiques gouvernementales et à des plans de prévention, l'accueil hospitalier d'actes suicidaires connaît une progression (Aboto, 2003). Les familles des suicidants, les praticiens hospitaliers, les travailleurs sociaux, comme les politiques, sont donc confrontés à de telles situations. D'où l'intérêt de s'intéresser, en

parallèle des questions épidémiologiques, à l'accueil réservé aux actes suicidaires et au sens qu'ils prennent dans le contexte du Sud Bénin.

La présente étude interroge les enjeux psychiques des tentatives de suicide et la possibilité de mettre en place un travail clinique d'inspiration psychanalytique dans le contexte du Sud Bénin. Plus précisément, cette étude vise à approcher l'économie psychique des tentatives de suicide des jeunes adultes dans le contexte du Sud Bénin. Les paradigmes utilisés dans la construction de la pensée sont la psychanalyse et la clinique de la multiplicité. La méthodologie utilisée est une recherche-action : la mise en place d'un accueil permettant au suicidant et à son entourage une remise en sens de l'événement. Quelle est l'origine de ces questionnements ? Pourquoi la psychanalyse et la clinique de la multiplicité sont-elles les paradigmes que j'ai retenus pour tisser ma réflexion ? À quoi ces paradigmes renvoient-ils ? Quel cheminement a sous-tendu les choix méthodologiques du présent travail ? Autant de questions auxquelles cette étude répondra au fur et à mesure.

Cette introduction a pour objectif de présenter les sources du questionnement et la constitution de la problématique de mon travail. Elle exposera également, via une présentation des paradigmes retenus, les objectifs de ma recherche et sa délimitation.

## **Contexte de l'étude**

### *Constats préliminaires de terrain*

J'ai été amenée à m'engager, en tant que psychologue clinicienne, dans une réflexion sur les actes suicidaires par plusieurs constats tirés d'une période d'implication pratique au Bénin (dont je suis originaire). Les rencontres initiales, qui m'ont engagée à m'interroger sur la problématique suicidaire, ont suscité chez moi diverses réactions et constats :

- D'abord, un étonnement personnel, en tant que Béninoise, face à des personnes qui en arrivent à « vouloir » s'éliminer. Le verbe « vouloir » est utilisé ici à dessein. Freud lui-même parle en 1910 des jeunes « poussés » au suicide. Est-ce anodin que ce verbe ait été gardé tel quel de la traduction allemande vers le français ? Comme le souligne Green, « *vivre avec l'idée d'être porteur d'une force de mort dirigé fondamentalement envers soi n'est guère facile à admettre. Moins en tout cas que l'idée que nous sommes tous des meurtriers, toujours prêts à invoquer la légitime défense ou la nécessité de survivre pour nous attaquer à autrui* » (Green, 2010, p. 10).

- Ensuite, la surprise devant la forme que prend la consultation psychiatrique avec les suicidants, très différente de celle des autres consultations. En général, les motifs de consultations concernent principalement des plaintes somatiques ou ce qui tient lieu, en

apparence, d'une décompensation. Contrairement à la majorité des consultations, les rencontres avec les suicidants se déroulent principalement en langue française. Aussi, l'acte suicidaire n'est pas repris, à la différence des autres symptômes d'expression psychosomatiques, en lien avec des hypothèses culturelles. En effet, les symptômes psychosomatiques sont considérés comme une manifestation de conflits psychiques relatifs à une traduction littérale d'une expression en langue locale. Par exemple, une tachycardie renvoie à la traduction littérale de « je suis fatigué » en langue fon (« a gbon kpé mi »= je suis essoufflé, le souffle, la respiration, le cœur, ne me suffit pas). L'acte suicidaire ne fait donc pas l'objet d'une appréhension contextuelle. Il apparaît alors que la pensée psychiatrique en cours, qui s'inscrit dans la filiation de la psychiatrie culturelle de l'école de Fahn à Dakar, bute quelque peu sur la manière d'appréhender les actes suicidaires dans ce contexte. À ce titre, le paradigme psychodynamique, proposé par la recherche actuelle, semble être une donnée complémentaire pour travailler à une manière de saisir ces phénomènes.

- Les tentatives de suicide des jeunes adultes, entre 20 et 30 ans, sont les plus fréquentes. Pourtant, ce sont celles qui offrent le moins d'associations possibles sur des explications culturelles potentielles. Les rares tentatives de suicide des personnes âgées, quant à elles, se donnent à lire dans un contexte d'accusation de sorcellerie.

- La « tentative de suicide » est évoquée en milieu hospitalier par de nombreuses appellations : « intoxication volontaire, tentative d'autolyse ». La difficulté de prononcer cette expression « tentative de suicide » n'est pas spécifique au milieu hospitalier. Si l'on demande à un interlocuteur béninois de traduire ce terme dans sa langue, il est généralement ahuri. Est-ce lié à des contre-attitudes ou ressentis transféro-contre-transférentiels intraduisibles suscités par l'acte suicidaire ? La difficulté de traduction, voire les points de non-traductibilité sont confirmés par les linguistes, anthropologues et Béninois interrogés. Quelle utilisation clinique en faire ?

- Les jeunes rencontrés font référence de façon récurrente au rôle du père ; ce dernier serait impliqué de près ou de loin dans la souffrance qui a conduit à l'acte. Encore faut-il pouvoir mettre au travail ce terme sans l'enfermer dans la conception théorique que l'on peut en avoir. En effet, il renvoie, au sud du Bénin, à une complexité dans la nomination, les origines et l'inscription dans une lignée, un groupe, un réseau. Afin de ne pas s'enfermer dans un terme, il y a lieu de trouver une stratégie de recherche. Les travaux de Freud sur l'universalité de la culture s'accompagnent d'un questionnement sur le père. L'introduction du complexe d'Œdipe et du meurtre du père ouvre donc à une réflexion sur les fondements



culturels. Par conséquent, le détour par un travail d'appréhension de la culture, plutôt que d'une étude sur le père, semble être une stratégie de recherche possible.

### *Données existantes*

Guidée par ces constats, j'ai réuni les données existantes sur le passage à l'acte suicidaire dans le sud du Bénin. Ces données n'ont fait que renforcer mes motivations de recherche. Celles, exclusivement hospitalières, qui existent sur la problématique suicidaire dans le sud du Bénin concernent essentiellement le service de psychiatrie du CHU<sup>1</sup> de Cotonou (Gandaho *et al.*, 1983 ; Aboto, 2003 ; Tognidé, 2004). En effet, les études antérieures menées sur les actes suicidaires dans ce centre mettent en exergue l'acuité avec laquelle se pose la question de leur sens et de leur prise en charge au Bénin. Elles soulignent l'augmentation des tentatives de suicide accueillies, la faible évaluation et prise en charge psychologiques ainsi que le besoin de repenser la prise en charge en tenant compte de réalités culturelles.

Ces études antérieures ont noté que les conduites suicidaires existent et donnent lieu à un accueil qui augmente au fil des années (Aboto, 2003). Le relevé statistique que j'ai effectué à la suite de Aboto (2003) confirme cette augmentation. Au service de psychiatrie du CHU de Cotonou, les fréquences quinquennales sont passées entre 1979 et 2003 de 1,61 % (Gandaho, 1983) à 4,94 % (Aboto, 2003). Puis, selon les estimations effectuées dans le cadre de mon master recherche, à 6,57 % pour les années 2003 à 2007. C'est donc une question à laquelle les équipes de soins sont confrontées, aussi bien les services d'urgences, de réanimation, de psychiatrie que les cliniques privées. Cette problématique suicidaire qui constitue, selon l'OMS, partout dans le monde un problème de santé publique, a conduit cette institution à financer une collecte de données étendue à trois centres hospitaliers de Cotonou afin de mieux cerner la question. Mais cette étude n'a pu être publiée.

L'augmentation des tentatives de suicide au CHU de Cotonou est conforme à celle notée dans plusieurs pays africains (Ouoba, 1991 ; Mayanda *et al.*, 1993 ; Bensmail, 1999 ; Fourasté, 1999 ; Sylla *et al.*, 2003 ; N'Dja, 2005). Cela remet donc en cause la rareté des conduites suicidaires soulignée par les premières études de psychiatrie africaine. Ce phénomène apparaîtrait chez les personnes qualifiées « *d'adeptes de la religion du livre* » selon Ahyi – il s'agit de personnes converties aux religions importées. Certes, la corrélation entre l'augmentation des fréquences suicidaires et le taux d'occidentalisation d'un pays s'est

---

<sup>1</sup> Le CHU de Cotonou est le plus grand CHU du pays. Il est dénommé « Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) ». Par commodité, j'y ferai référence dans le texte par « CHU ».

avérée pertinente (Jeammet, 1994). Cependant, ce changement dans les comportements n'empêche pas un questionnement plus profond sur les raisons de vivre et de mourir dans ces contextes – seules questions garantes d'un travail de recherche et non d'une tendance facile à attribuer à la colonisation la responsabilité des tourments (Hountondji, 1994).

Toutefois, si les actes suicidaires augmentent, il apparaît que seule une faible proportion de suicidants bénéficie d'une évaluation et d'une prise en charge psychologiques une fois les premiers soins reçus, ce qui met en évidence le manque de prise en charge psychologique des suicidants (Tognidé *et al.*, 2004). Cela s'explique non seulement par la faible orientation vers le service de psychiatrie, mais également par les réticences de certaines personnes à y aller.

Les psychiatres soulignent la faible proportion de suicidants reçus en psychiatrie en comparaison de celle des urgences, et ils formulent également un autre constat concernant les soins et l'accueil des personnes qui arrivent dans le service : il serait difficile de travailler avec les suicidants qui entament un travail psychique, car peu d'entre eux reviennent. Ils sont difficilement mobilisables dans le cadre d'entretiens tels qu'ils sont proposés dans les prises en charge psychiatriques. Les interprétations culturelles sont souvent évoquées (Gandaho *et al.*, 1999) et impliquent le recours à d'autres pratiques. C'est pourquoi il semble nécessaire de prendre en considération les données culturelles pour améliorer la prise en charge.

## **Complexité de la problématique suicidaire : multiplicité des paradigmes et limites**

La littérature relative au suicide et à la tentative de suicide est abondante. Elle recouvre de nombreux champs : médical, légal, neurobiologique, psychopathologique, psychiatrique, psychanalytique, psychologique, etc. Il existe donc une multitude d'approches explicatives de l'acte suicidaire<sup>2</sup>.

Selon les thèses avancées au début du XX<sup>e</sup> siècle, le principe expliquant le suicide est l'individu ou le milieu social. L'approche de l'acte suicidaire s'est progressivement affinée et

---

<sup>2</sup> Objets des religions et du droit, de l'Antiquité au début du XX<sup>e</sup> siècle, les conduites suicidaires sont condamnées par les religions monothéistes et des punitions leur sont réservées, telles que l'interdiction de certains rites funéraires ou des condamnations pénales. En même temps, le suicide nourrit les réflexions philosophiques depuis l'Antiquité : certaines condamnent et renforcent les politiques punitives, d'autres amènent à se poser des questions. L'approche scientifique se centre sur le suicide à partir de l'œuvre de Durkheim et les considérations épidémiologiques qu'elle a inaugurées. En échappant à la condamnation religieuse du christianisme, le suicide devient un objet d'investigation : de la conception du suicide criminologique (début du XIX<sup>e</sup> siècle), on passe à une conception victimologique. Ainsi, d'une part, le suicide est un symptôme de la collectivité, d'où les théories sociologiques et anthropologiques du suicide ; d'autre part, les actes suicidaires représentent un symptôme du sujet, d'où les théories psychiatriques, psychologiques, psychanalytiques.

de nouvelles conceptions s'imposent actuellement. D'abord défini comme phénomène psycho-sociologique, puis comme aliénation psychique grave, on postule aujourd'hui que le suicide est un acte psycho-sociétal. Cette modalité réactionnelle a été récemment prise en compte (Olindo-Weber, 1999). Les recherches et théories modernes sur le suicide suggèrent que le cloisonnement disciplinaire n'est pas pertinent dans l'approche des actes suicidaires. L'acte est élevé et estimé dans sa dimension plurifactorielle comme relevant d'un phénomène bio-psycho-social.

Les différentes pensées théoriques sur les actes suicidaires peuvent être regroupées en trois approches (Olindo-Weber, 1988). En sociologie, le suicide est vu comme un processus exogène dont les facteurs sont donc essentiellement d'ordre social (Durkheim, 1897 ; Baudelot et Establet, 2006). Dans la perspective psychiatrique ordinaire, le suicide apparaît comme une modalité symptomatique, ne faisant pas référence à une dynamique processuelle. Dans le cadre psychanalytique, le suicide est considéré comme un processus endogène, donc essentiellement intrapsychique et d'origine pulsionnelle (Olindo-Weber, 1988). Voyons brièvement quels sont l'intérêt et les limites de ces différentes approches pour la démarche du clinicien travaillant au sud du Bénin.

#### *Sociologie : le suicide comme fait social*

L'œuvre de Durkheim tient une place privilégiée dans le domaine de la recherche sur les actes suicidaires. Son étude sur le suicide, publiée en 1897, inaugure une méthodologie particulière d'investigation des faits sociaux. Durkheim utilise la méthode quantitative statistique. Il analyse les « taux de suicide » comme des indices caractéristiques d'une population. Selon lui, le suicide est un fait social total. En effet, Durkheim s'est appliqué à observer la présence ou l'absence d'intégration sociale pour expliquer le suicide. D'après la « loi » énoncée par l'auteur, le suicide varie d'une façon inversement proportionnelle au degré d'intégration des groupes sociaux auxquels appartiennent les individus. Il distingue quatre types de suicide : altruiste, égoïste, anémique, fataliste. Le suicide altruiste résulte d'une forte cohésion et subordination sociales et d'une faible possibilité d'individuation (Durkheim donne l'exemple du suicide militaire). Contrairement au suicide altruiste, le suicide égoïste procède d'une individuation démesurée qui surpasse l'inscription sociale et donc d'une faible cohésion sociale. En plus du critère d'individuation et d'intégration qui caractérise les deux types de suicide sus-décrits, Durkheim décrit le suicide anémique comme étant causé par un dérèglement et un affaiblissement du tissu social. Enfin, le suicide fataliste est attribué à une régulation sociale excessive et qui oppresse (comme dans le cas des esclaves). De son étude,

il ressort deux principes fondamentaux en jeu dans les actes suicidaires : d'une part, les rapports entre individuation et adaptation sociale et, d'autre part, les dysfonctionnements des mécanismes régulateurs.

À la suite de Durkheim, sous un angle purement sociologique, le suicide s'est expliqué uniquement par le déterminisme social et a été perçu comme une conséquence du progrès de la culture et de la civilisation. On établit alors la corrélation entre l'occidentalisation des modes de vie d'un pays et l'augmentation des tentatives de suicide. En milieu urbain acculturé, il y aurait plus de passages à l'acte suicidaire qu'en milieu traditionnel (Caule-Ducler et Reveyrand Coulon, 1999). L'augmentation des fréquences hospitalières de tentatives de suicide en Afrique de l'Ouest est également analysée par certains auteurs comme résultant des effets d'acculturation (Ahyi, 1974 ; Koné, 2008).

Si les rapports établis par Durkheim entre individuation, adaptation et dysfonctionnement des mécanismes régulateurs conservent leur pertinence et leur validité en tant qu'« analyseurs » du suicide, la position qui consiste à refuser d'attribuer un rôle aux particularités individuelles a été progressivement revue et modérée par certains sociologues contemporains (Baudelot et Establet, 2006). Toutefois, il est évident que ces principes ne peuvent s'expliquer par des inférences statistiques. La base numérique utilisée reste plus ordonnatrice qu'explicative. Ainsi, les constats doivent être nourris et complétés par d'autres travaux. En effet, si les actes suicidaires dans le Sud Bénin et leur augmentation sont liés aux changements des modes de vie dans les centres urbains, pourquoi certaines personnes sont-elles plus que d'autres affectées et sensibles à ces nouveaux fonctionnements sociaux ? Comprendre le sens des actes suicidaires exige d'aller au-delà des constats numériques et de prendre en compte les résonances entre mutations du collectif et dynamiques individuelles.

#### *Psychiatrie : le suicide comme modalité symptomatique*

Dans le domaine médical psychiatrique, les écrits sur le suicide sont nombreux. Au XIX<sup>e</sup> siècle, le suicidant est considéré comme un aliéné. Par la suite, l'empreinte statistique de Durkheim aidant, les recherches s'appliquent à quantifier le sexe et l'âge du suicidant ainsi que les moyens du suicide. L'approche statistique et les analyses associées ont permis de dégager des facteurs de risque à partir d'études épidémiologiques de grande envergure. Ces études ont également montré que l'acte suicidaire est transnosographique, c'est-à-dire susceptible d'advenir dans n'importe quel tableau clinique. En effet, il s'est avéré que l'acte suicidaire ne relevait pas exclusivement de pathologies psychiatriques, car les suicidants ne souffrent pas tous d'une affection entraînant un passage à l'acte. De même, les actes

suicidaires ne peuvent se limiter à des troubles de la personnalité – même si, par exemple, dans les troubles de la personnalité telles les personnalités limites, de nombreux passages à l'acte suicidaire ont été identifiés (Morasz et Danet, 2008 ; Caillard et Chastang, 2010). Se limiter à identifier les pathologies ou les troubles de la personnalité des suicidants accueillis au CHU ne m'aurait donc pas permis de répondre à la question du sens des actes suicidaires. De plus, mon intérêt ne portait pas sur une pathologie lourde qui préexisterait à l'acte, mais sur une population « tout venant » (donc plus ou moins socialement « intégrée »). Ces arguments s'ajoutent au fait que, comme on l'a vu, la psychiatrie bute, dans ce contexte, quand il s'agit de donner du sens aux actes suicidaires, ce qui confirme la nécessité de chercher de nouvelles pistes.

Des recherches récentes ont contribué à renouveler les conceptions du suicide. Certaines tentatives de suicide entrent dans le cadre d'une souffrance psychique à un moment donné de l'existence, sans configuration particulière de la personnalité ni pathologie avérée. L'acte suicidaire est alors considéré comme un moment de vulnérabilité, d'appel. La dimension plurifactorielle du suicide, qui le situe au carrefour du sociologique et du psychologique, est de plus en plus mise en avant (Lafleur et Seguin, 2008 ; Caillard et Chastang, 2010). Dès lors, les manières d'appréhender les actes suicidaires s'éloignent des définitions classiques de Durkheim, d'Esquirol et de Deshaies qui mettaient l'accent sur le degré de conscience et de volonté. Les notions de crise et d'équivalents suicidaires mettent en exergue l'existence d'étapes préparant et annonçant le passage à l'acte. Le processus de crise est défini comme une désorganisation progressive, accompagnée d'une perte de repères, de défenses d'autoprotection et de la cristallisation des idées suicidaires en passage à l'acte. Les étapes de la crise sont modélisées en cinq paliers successifs<sup>3</sup>. Ce cadre conceptuel de temporalité de crise ressort des nombreuses actions de repérage et de prévention en cours.

Malgré leur intérêt, ces nouvelles conceptions visent à classer et structurer les divers aspects du phénomène suicidaire (en facteurs de risque, tableaux cliniques prédominants, étapes de la crise) et restent donc descriptives. Certes, les relevés statistiques du CHU de Cotonou ont permis de soulever l'existence du problème et de confirmer les enjeux plurifactoriels du passage à l'acte, mais la nécessité d'améliorer la prise en charge des particularités individuelles dans la mise en sens demeure.

---

<sup>3</sup> Je présente la modélisation du processus de la crise suicidaire dans le chapitre 1 de façon plus détaillée.

### *Psychanalyse : le suicide comme processus intrapsychique et intersubjectif*

La psychologie d'orientation psychanalytique est centrée sur les processus et la dynamique intrapsychique qui découlent des relations intersubjectives. Cette discipline, qui représente mon affiliation professionnelle, permet-elle d'éclairer mon questionnement sur la mise en sens des actes suicidaires ?

Peu d'écrits dans le domaine psychanalytique sont spécifiquement consacrés au suicide. On trouve toutefois de nombreuses références éparses. L'acte suicidaire apparaît d'abord comme une énigme en termes de processus intrapsychiques (Freud, 1910). En 1915, Freud propose une lecture psychanalytique du suicide à partir de son texte *Deuil et mélancolie*. Il y étudie en détail le deuil, l'autodépréciation mélancolique et le rapport à la perte. L'hypothèse est que le mélancolique qui commet un suicide tue inconsciemment un objet en lui ; autrement dit, le meurtre de soi correspond au meurtre d'un autre incorporé en soi. Toutefois, comme tous les suicidants ne relèvent pas d'un état mélancolique, cette hypothèse présente est insuffisante. Plus tard, en 1920, Freud confirme que le suicide est la conséquence d'un retournement sur soi d'une envie de tuer l'objet auquel on s'est identifié : « *l'analysé nous a fourni pour l'énigme du suicide cette explication, que peut-être personne ne trouve l'énergie psychique pour se tuer si premièrement il ne tue pas du même coup un objet avec lequel il s'est identifié, et deuxièmement ne retourne par-là contre lui-même un désir de mort qui était dirigé contre une personne.* » (Freud, 1920, p. 261)

Sur cette idée de retournement s'en superpose une autre, selon laquelle l'acte suicidaire est à la fois l'accomplissement d'un désir inconscient et une punition (une autopunition face aux désirs hostiles contre l'objet). Dans son étude de 1920, Freud souligne que le suicide ne relève pas exclusivement d'un état mélancolique mais de mécanismes d'identification particuliers.

Pour Olindo-Weber (1988), le suicide est un acte complexe, qui illustre le « champ de l'intermédiaire », non appréhendable par une méthode univoque d'analyse, fût-ce la psychanalyse. Pour le comprendre, il convient de faire résonner les occurrences collectives et individuelles (Olindo-Weber, 1999). Dans la lignée de cette auteure, je soutiens que le recours à la psychanalyse n'est pas suffisant pour envisager le sens des actes suicidaires au Sud-Bénin, en raison, notamment, d'éléments contextuels.

En effet, de nombreux travaux d'orientation psychanalytique menés en Afrique de l'Ouest (Ortigues, 1984 ; Kaufman, 2001) ont établi qu'il était difficile, dans ce contexte, de proposer aux patients un cadre d'élaboration psychique classique au sein d'entretiens duels.

En d'autres termes, proposer un colloque singulier et une introspection<sup>4</sup> n'est pas une démarche concluante dans ce contexte : non en raison d'une absence de capacités d'introspection, mais d'un problème de pertinence en termes de rapport au groupe et à la parole. Inviter uniquement à un travail sur soi passe en effet sous silence les éventuelles prises en charge sociétales et groupales de l'acte. Par ailleurs, dès lors que la demande d'écoute n'émane pas du suicidant mais de son entourage, il importe également d'adapter le cadre de l'entretien.

### *Anthropologie : le suicide et ses spécificités culturelles*

Il découle des recherches menées auprès de suicidants pris en charge dans le CHU de Cotonou (Gandaho *et al.*, 1999) qu'il est nécessaire de prendre en compte les pratiques et interprétations culturelles pour comprendre les causes et le sens attribués à l'acte suicidaire<sup>5</sup>. De plus, les suicidants rencontrés sont difficilement mobilisables dans le cadre d'entretiens psychiatriques classiques, car les interprétations culturelles impliquent le recours à d'autres pratiques. Pour cette raison, prendre en considération les données culturelles pourrait améliorer la compréhension de l'acte et sa prise en charge. Autrement dit, envisager de proposer des dispositifs pertinents implique, au-delà de la dimension intrapsychique des processus à l'œuvre, d'identifier les enveloppes de sens dans lesquelles sont pris les jeunes adultes suicidants. Ces données nous orientent vers l'anthropologie.

Les Béninois se tuent-ils pour les mêmes raisons et dans les mêmes situations que les Européens et Américains ? Si non, comment et pourquoi les conditions diffèrent-elles ? Les données anthropologiques sur les questions suicidaires en Afrique existantes permettent-elles de préciser plus avant l'étude des tentatives de suicide au Sud Bénin ?

En Afrique, comme a pu le souligner Agossou (1980), il est difficile de parler de l'évolution du concept de suicide en tant que tel. Non que la réalité de l'autodestruction soit inexistante, mais il semble compliqué de trouver un récit spécifique qui fasse état de la construction du concept – ce qui souligne la difficulté de traduire cette notion.

---

<sup>4</sup>Par l'utilisation des termes « introspection » et « colloque singulier », je désigne ici les méthodes psychothérapeutiques utilisées couramment en Occident et construites sur la conception occidentale de la maladie et de la souffrance psychique. Il s'agit de la méthode d'observation de soi en tant qu'individu singulier en passant par une relation bilatérale avec son thérapeute. Toutefois, en Afrique de l'Ouest, les symptômes comme la maladie impliquent une recherche de causalité qui n'appartient pas au seul patient mais à tout son entourage. La maladie et les symptômes n'étant pas étroitement liés à la personne malade seule, l'observation unique des modalités de fonctionnement intrapsychiques de la personne souffrante occulte les traitements et interprétations autres qui existent. Tobie Nathan et Isabelle Stengers (2004) ont bien développé la différence qui existe entre les différents paradigmes de prise en charge selon les théories étiologiques sous-jacentes.

<sup>5</sup> Selon ces études, les suicidants reçus au CHU de Cotonou bénéficient très rarement d'une évaluation de leur état psychique après les soins somatiques. Cela s'expliquerait non seulement par leur faible orientation vers le service de psychiatrie mais également par la réticence de certains à s'y rendre.

Bohanan (1960) et ses nombreux collaborateurs travaillent sur les suicides en Afrique en vue de fournir une description et une analyse des patterns culturels de différents pays africains. Leurs études ont été essentiellement effectuées au sein d'anciennes colonies britanniques, ce qui n'est pas le cas du Bénin. Le matériel collecté a toutefois permis de dégager des grandes lignes. Une caractéristique typiquement africaine est que le suicide n'est pas interprété comme un acte entièrement délibéré et volontaire (sauf pour les suicides vengeance) parce qu'il apparaît comme un acte irrationnel. Le suicide est reconnu, mais attribué à une intervention surnaturelle, spécialement imputable aux ancêtres (pour les Gisu) ou aux sorciers. Il faut insister sur ce facteur, car la notion d'intention, de volonté est une notion difficile à définir en situation interculturelle. Pareils résultats révèlent que, dans les différents contextes africains, la conception de la personne diffère. Pourtant, les définitions du suicide et de la crise suicidaire se basent sur une conception occidentale de la personne.

Le suicide est généralement réactionnel : il intervient comme une « contre action », une correction, une violation de la norme. Le suicide ne serait pas en soi une relation sociale à analyser, puisque la victime et l'agresseur sont confondus dans l'acte. Il serait donc préférable de le considérer en termes de rôles. En effet, il est difficile de dire que le suicide concerne un seul rôle, puisque l'acte et la mort qui peut en découler ont une incidence sur toutes les institutions dans lesquelles la personne a tenu des rôles. En fait, c'est une certaine combinaison de rôles qui est suicidogène. Par conséquent, les situations de rôle offrent un cadre d'analyse plus pertinent que les relations sociales<sup>6</sup>.

Par ailleurs, certaines sociétés africaines considèrent le suicide comme contagieux. Par exemple, dans les sociétés d'Afrique de l'Est, les arbres ou les cabanes utilisés pour accomplir l'acte sont détruits, les cordes sont brûlées pour éviter qu'une épidémie de suicide ne se

---

<sup>6</sup> On repère trois formes de suicide : lié à un préjudice d'ordre juridique ; lié à des problèmes familiaux et/ou conjugaux ; celui qui provient de situations liées au statut. Ces trois formes varient selon l'expression des motifs et les idiomes culturels. Ainsi, la majorité des actes ont leur origine directe dans les relations sociales et quelques rares actes sont dus à la maladie, à la mort d'un être cher. Les femmes commettent un acte suicidaire à la suite d'un conflit conjugal, familial les empêchant de remplir leur rôle de femme ou de mère, que ce soit en raison d'une faute du mari, du père, des co-épouses ou du destin. De nombreux cas de stérilité impliquent que les femmes entreprennent un acte suicidaire. Les hommes se suicident pour les mêmes raisons et critères que les femmes, mais d'autres interviennent également. Lorsqu'une faute dans les relations sociales, une maladie ou un malheur menace leurs relations conjugales, les hommes peuvent se suicider. L'impuissance ou la peur de l'impuissance sont des thèmes récurrents dans les sociétés africaines. L'importance de la descendance est liée à la volonté d'une sorte « d'éternité » et de non-extinction. La personne privée de descendance n'a pas la possibilité que les vivants prennent soin d'elle à sa mort, d'où le risque qu'elle disparaisse de la chaîne de générations après sa mort. En dehors d'un conflit en interne, les situations supplémentaires considérées par les Africains sont surtout relatives aux problèmes de statut ou de rang dans la société. Par exemple, dans les données de suicide chez les Gisu, les suicides se produisent le plus fréquemment à l'âge où un individu doit s'installer pour assumer un statut plus important (d'ancien ou d'ainé). Les Luo, par exemple, expriment la perte ou l'incertitude de leur statut social en termes de honte. La perte d'un statut (perdre la face) se produit autant dans le système institutionnel traditionnel que dans le système moderne du Kenya.



propage. L'idée d'une contagion s'exprime en termes surnaturels, même si les sociétés occidentales l'expriment en termes psychologiques. Cette conception nous renvoie à la question de la répétition et au fait que le groupe familial élimine les restes du suicidé pour éviter cette répétition par contagion. De telles actions indiquent que le suicide interpelle tout le groupe familial et non le seul suicidé.

Pour ce qui est de l'occidentalisation des modes de vie, deux points de vue s'opposent en fonction des études : l'impact moderne semble susceptible d'apporter une certaine stabilité dans des types traditionnels de villages, mais il peut également créer une anomie dans les situations de travailleurs migrants. Comme les taux d'actes suicidaires relevés restent faibles comparés aux taux européens, l'explication privilégiant le contact des cultures semble trop facile. Selon les auteurs, malgré de nouvelles croyances, institutions et formes sociales, la société africaine continue d'être relativement stable en termes de vie en communauté.

#### *Les difficultés pour étudier le suicide en Afrique*

Au-delà de ces résultats, les auteurs (Bohanan et coll., 1960) pointent les difficultés méthodologiques inhérentes à une approche du suicide dans les réalités et le milieu africains: l'existence de différentes ethnies, le biais des données enregistrées, les sérieux problèmes d'analyse du matériel face à un manque de fonds théorique suffisant pour servir de base de comparaison aux études.

En effet, en raison de l'hétérogénéité des ethnies existantes, il est difficile de couvrir tout le continent africain ; ceci est également vrai au niveau national, puisque le Bénin compte une grande variété d'ethnies. L'étude du suicide se trouve donc limitée. Par exemple, si très peu de suicides sont enregistrés dans une région, on relève des suicides institutionnalisés où la personne offensée se tue devant la porte de son offenseur (ce type de suicide institutionnalisé existe par exemple en Afrique de l'Est). Dans le nord du Bénin, par exemple, chez les Bariba, les suicides sont récurrents et en quelque sorte institutionnalisés, ce qui n'est pas le cas pour les ethnies du Sud. Pour éviter ce biais, j'ai choisi de limiter ma réflexion au sud du Bénin du fait d'une certaine continuité dans la pensée des peuples Fons, Minas, Gouns et Yoruba qui s'étendent sur une partie du golfe de Guinée au-delà des frontières politiques de la République du Bénin.

Une autre difficulté est celle de l'absence de maillage théorique. Étudier le suicide en Afrique implique de l'étudier quel que soit son contexte d'apparition. La littérature anthropologique est plus étendue sur les rites, les totems et l'organisation sociale. Si les bases théoriques des études sur le suicide sont meilleures grâce aux contributions de Durkheim,

mais aussi à la psychanalyse, un déficit énorme en théories comparatives subsiste pour comprendre le suicide en Afrique. Dans un article de 1934, Bunzel souligne que, pour comprendre le suicide, il faut découvrir les causes à la base du conflit psychique. Les théories psychologiques du suicide sont comme un élément qui vient s'ajouter, pour les anthropologues, à l'arrière-fond théorique qu'ils utilisent pour comprendre le suicide, même s'ils émettent quelques réserves face à d'éventuelles applications interculturelles. En effet, même s'il serait fort intéressant de tester les hypothèses psychologiques en situation interculturelle, ce n'est pas du ressort des anthropologues, mais des psychologues. Par ailleurs, les études culturelles qui existent ne semblent pas fournir de base de données suffisante pour ce type d'analyse.

## **Paradigmes retenus pour l'étude**

À partir des multiples approches sur les actes suicidaires, j'ai montré les limites de chaque paradigme pris isolément pour approcher le sens des tentatives de suicides des jeunes adultes dans le Sud Bénin. Voici donc ceux que j'ai retenus pour soutenir mon travail.

Les perspectives culturelles sont importantes pour comprendre l'acte et la conduite suicidaire (Fourasté, 1999). À partir de l'évolution et des contradictions des points de vue concernant le suicide en Afrique, l'abord psychiatrique invite à sortir du cadre des nosologies<sup>7</sup>. Les points de vue anthropologiques invitent à appréhender l'acte suicidaire selon son contexte d'apparition. En effet, la connaissance de la culture est une donnée incontournable pour saisir et comprendre la personne humaine, car c'est cette culture qui permet à l'individu « *de signifier son environnement et de se signifier lui-même* » (Bensmaïl, 1999). Toutefois, il semble que la seule approche culturelle ne suffise pas et que les résonances individuelles et psychiques soient à reprendre.

Dans la lignée du complémentarisme méthodologique de Devereux (1972), pour lequel il faut prêter attention aussi bien aux processus psychiques qu'à leur contexte d'expression, travailler sur la mise en sens des actes suicidaires dans le sud du Bénin implique de considérer l'univers de sens des suicidants rencontrés. À ce titre, l'anthropologie sociale,

---

<sup>7</sup> Les données psychiatriques sont issues des premières expériences d'implantation de cette spécialité médicale dans les centres urbains africains. L'attention aux actes suicidaires dans les contextes africains semble avoir conduit jusque-là à l'hypothèse que les idées suicidaires apparaissent chez des personnes au contact des deux cultures (traditionnelle et moderne). Ce constat peut induire le risque de s'attacher à des causes exclusivement sociales. Ces expressions qualifiées « d'hybrides » qui apparaissent soulignent qu'il s'avère plus opportun de travailler à des niveaux multiples (tradition, modernité, et leurs articulations et passages). L'introduction à une réflexion sur les actes suicidaires pourrait donc se faire dans ce sens.

comme discipline ouverte aux modes de pensées autres, semble indispensable pour éclairer les enjeux psychiques tout en considérant le contexte dans lequel ils se jouent. La limite du complémentarisme est toutefois de proposer une lecture tour à tour psychanalytique puis culturelle. Mais si les aspects contextuels ne doivent pas être exclus, comment les intégrer, sachant que mon identité disciplinaire est la pratique de la psychologie et non de l'anthropologie ? Comment ouvrir le cadre d'accueil aux réalités culturelles pour approcher une mise en sens psychodynamique ? Suffit-il de collecter ce que pourraient dire les suicidants des interprétations culturelles qui entourent leur acte ? Comment y parvenir si je ne suis pas informée des logiques en cours ? Quel effet de sens ces descriptions peuvent-elles prendre si elles ne sont pas pour nous de l'ordre du représentable ? Pour faire face à cette difficulté méthodologique, j'ai retenu la clinique de la multiplicité en complément à la psychanalyse comme paradigme, ce qui permet une ouverture à d'autres théories et modes de pensée, tout en maintenant mon identité disciplinaire de chercheuse en psychologie et de psychologue clinicienne.

Il existe toujours en psychopathologie une multiplicité d'approches, qui illustrent le polydéterminisme en jeu dans les expressions de souffrance psychique (Dumet et Ménéchal, 2005). J'utilise cette diversité théorique, bien que je souscrive d'abord à l'approche psychodynamique du sujet et de sa souffrance. Il sera question pour le clinicien de savoir comment sont vécus psychiquement l'environnement et l'entourage social. Dans ce sens, pour mener ma réflexion, allier les paradigmes de la psychanalyse et de la clinique de la multiplicité me permet d'inclure aussi bien les travaux de psychologues et psychanalystes que de psychiatres, sociologues, philosophes, anthropologues dans les apports qu'ils proposent quant au fonctionnement du social et à la place de l'individu dans ce fonctionnement. Cela me donne également la possibilité de proposer une construction inclusive de ces multiples théories tout en maintenant mon positionnement professionnel (la psychopathologie psychanalytique).

### *La psychanalyse*

La psychanalyse ou pensée psychodynamique désigne : un procédé d'investigation des processus psychique (basé sur l'associativité) ; une théorie de l'appareil psychique et de son fonctionnement issue de l'investigation (cette théorie est appelée métapsychologie) ; et une méthode de psychothérapie.

En tant que psychologue clinicienne, mon référentiel de base en termes théoriques est le référentiel psychanalytique. Ce paradigme postule l'existence d'une réalité psychique (ou

inconscient) autre que la réalité manifeste sur laquelle nous avons le contrôle ; réalité psychique qui fonctionne de manière spécifique et qui a des effets sur la réalité manifeste (lapses, rêves, symptômes, actes et/ou pensées que l'on a du mal à s'expliquer ou à reconnaître comme siens...).

C'est en partant de ce postulat que je suppose que les conduites suicidaires répondent à des enjeux psychiques spécifiques que l'on peut explorer.

### *La clinique de la multiplicité*

La clinique de la multiplicité, née de l'évolution de l'ethnopsychiatrie, est une clinique de recherche-action au sens de la « pensée clinique<sup>8</sup> » de Green. Elle s'est constituée à partir d'un dispositif particulier, consistant à accueillir des familles migrantes en souffrance et les institutions qui prennent en charge ces familles.

Les personnes ou familles reçues suivent en général plusieurs parcours institutionnels, parcours où le travail des structures (Aide Sociale à l'Enfance, justice, hôpital) a été mis en échec, n'a pas été fonctionnel (projets sociaux, de soin). La demande vient donc essentiellement du personnel institutionnel qui a déjà travaillé en amont avec la famille. Souvent, la question d'un éclairage sur les représentations culturelles de la famille se pose. Ce qui sous-tend cette demande est de savoir comment rencontrer les différents protagonistes de la famille pour construire avec eux un projet qui tienne. Comme les familles migrantes sont reçues en même temps que leurs interlocuteurs institutionnels divers, l'espace de consultation tel que le propose la clinique de la multiplicité diffère de l'espace de consultation d'un CMP. Il s'agit d'un travail d'accueil et de recherche en groupe pour permettre aux institutions de renouer avec les familles dans leur accompagnement. Ce travail collectif vise un travail de traduction pour les équipes et les parents, et vise aussi à permettre une rencontre.

Les théories fondamentales sur lesquelles s'articule le paradigme de la clinique de la multiplicité sont la pensée de l'enveloppe groupale d'Anzieu, la psychothérapie de groupe de Kaës ainsi que la notion d'espace potentiel et transitionnel de Winnicott. Pendant les rencontres, différentes théories sont mises en jeu : théories de la famille et de sa traduction de la souffrance, théorie du personnel éducatif, théorie médicale. Il y a donc mise en tensions des différentes lectures de la même situation. La co-construction entre travail social et thérapeutique et la proposition de cet espace potentiel favorisent la rencontre de différentes personnes.

---

<sup>8</sup> Green la définit comme un mode original de rationalité, qui est issu de l'expérience pratique et qui complète la théorie sur la clinique.

Ce paradigme conduit à ce constat : ne pas prendre en compte la multiplicité des éléments qui constituent l'identité revient à enfermer la souffrance dans une grille sans pouvoir la penser, dans la mesure où enfermer une personne dans la seule théorie de son monde d'origine empêche d'accéder à son conflit interne. Cela dit, l'environnement et les différents contextes étant importants pour faire émerger un sens, la proposition méthodologique de ce paradigme consiste à confronter différents représentants de disciplines hétérogènes réunis autour d'une situation. L'objectif est de fabriquer une pensée nouvelle à partir de la mise en tension de ces hétérogènes. Il ne s'agit pas d'établir la suprématie de disciplines, mais plutôt de trouver et de déboucher sur une pensée qui ne pourrait exister sans la confrontation des différentes disciplines. L'idée n'est donc pas celle d'une langue commune (scientifique) mais de fabriquer une pensée à partir d'un dispositif permettant une mise en tension de zones d'hétérogénéité. L'enjeu est de fabriquer une pensée nouvelle et non de juxtaposer des pensées.

L'application clinique de ce paradigme suppose l'instauration d'un espace de passage commun de traduction potentiel visant à mettre en jeu une dynamique et la transitionnalité.

Dans ce dispositif, qui est un espace de recherche et de créativité, la médiation clinique est un outil technique important. En effet, c'est en s'appuyant sur la médiation que la clinique de la multiplicité, espace de recherche-action, d'inventivité et de créativité, peut mettre en tension, en exergue, en confrontation les différentes théories. La clinique de la multiplicité concerne tout ce qui est de l'ordre de la figurabilité car à partir des perceptions et ressentis qui sont restés non traduisibles et de leur mise en articulation via la médiation ; afin qu'une mise en sens autre puisse émerger.

## **Une spécificité du suicide en fin d'adolescence dans le Sud Bénin?**

Dans le cadre de ce travail, les tentatives de suicide des jeunes adultes dans le Sud Bénin sont venues rencontrer et complexifier les différents héritages et questionnements théoriques existants. Le choix de la catégorie des jeunes adultes n'est pas dû au hasard.

En s'appuyant sur les données épidémiologiques, les approches psychopathologiques du suicide se sont assez vite spécialisées, en fonction de catégories telles que l'âge ou le sexe. Le suicide comme deuxième cause de mortalité des 15-24 ans (après les accidents de la route) a notamment été très médiatisé et de nombreuses études et campagnes de prévention ont été

mises en place<sup>9</sup>. La catégorie de « jeunes » à laquelle font référence les intervalles statistiques correspond à la tranche d'âge des 15-25 ans. Les théories psychopathologiques qui y sont liées s'appuient couramment sur la problématique psychique de l'adolescence pour expliquer les actes suicidaires. Ainsi, de nombreuses études se sont développées sur le suicide des adolescents et des adolescentes. En effet, de nombreux travaux ont délimité et précisé le temps psychique de l'adolescence et ses mécanismes : le pubertaire<sup>10</sup>. De nombreuses études ont travaillé sur ce temps précis et décrit avec finesse les questions du passage à l'acte et de la tentative de suicide à l'adolescence (Ladame, Pommereau, De Kernier...). Les psychanalystes d'adolescents suicidaires ont d'abord considéré le suicide comme le résultat de la crise d'adolescence (théorie de Haim), puis plutôt comme un trouble psychopathologique relevant de la psychose (Laufer et Ladame). D'autres auteurs se situent entre ces deux positions extrêmes, affirmant une normalité ou une anormalité (Pommereau, Jeammet). Mais la catégorie des études épidémiologiques des 15-25 ans, nommée catégorie des « jeunes », ne renvoie pas uniquement à l'adolescence. Ce découpage est-il encore pertinent, surtout quand, de plus en plus aujourd'hui, fleurissent des études sur le jeune adulte et les étudiants comme une nouvelle catégorie « sociale », à considérer et donc à traiter en tant que telle ? Selon Olindo-Weber (1988, 1991, 2001), un effort reste à faire pour différencier les tentatives de suicide des adolescents et celles des jeunes adultes. De plus en plus, des études soulignent la spécificité des jeunes adultes ainsi que la nécessité d'en approcher les fonctionnements psychiques spécifiques sans les rabattre sur la problématique de l'adolescence. La problématique de la séparation-individuation soulignée dans les différents processus suicidaires ne provient pas uniquement de cette dynamique psychique pubertaire. Les travaux sur les tentatives de suicide des adolescents sont-ils, aujourd'hui, suffisants pour saisir les enjeux de ces actes chez les jeunes adultes ? En effet, le processus d'individuation et de subjectivation dépasse largement le concept d'adolescence et recouvre d'autres catégories d'âge. Néanmoins, peu d'approches concernant cette catégorie statistique des 15-25 ans étudient les actes suicidaires des jeunes adultes comme population prise dans une

---

<sup>9</sup> Même si le taux de décès des 15-24 ans ne représente que 6 % du taux de décès enregistrés en France. En fait, le taux de décès par suicide augmente avec l'âge, devenant six à sept fois supérieur après 65 ans qu'entre 15 et 25 ans. Inversement, le taux de tentatives de suicide diminue depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse. La population ou catégorie d'âge qui connaît le plus de suicides est celle des personnes âgées. Mais, dans cette tranche d'âge, la première cause de mortalité n'est pas le suicide car de nombreuses autres maladies physiques s'installent avec l'âge. Chez les 30-59 ans, le suicide est la première cause de mortalité.

<sup>10</sup> Le pubertaire, terme introduit par Gutton, est à la psyché ce que la puberté est au corps. Il désigne l'ensemble des processus qui mettent fin à la période infantile qui s'est prolongée par la latence. Il concerne donc l'ensemble des transformations psychiques induites par la puberté, à savoir, un ensemble d'éprouvés qui remodelent les buts pulsionnels, les choix d'objets et donc l'identité, une reconstruction des références et des idéaux qui chutent.

problématique autre que celle de l'adolescence. Dans leur étude épidémiologique intitulée « Les jeunes suicidants à l'hôpital », axée sur les actes suicidaires des 15-25 ans, Marie Choquet et Virginie Granboulan (2004) pointent déjà quelques différences dans la prise en charge selon l'âge au sein de la catégorie des 15-25 ans. Chez les mineurs, la prise en charge relève encore du pédiatre, mais entre 16 et 18 ans, on passe au médecin pour adultes. Les nombreuses données soulignent une discordance entre le pronostic de répétition de l'acte suicidaire et la faible prise en charge des suicidants âgés de plus de 20 ans. Les données épidémiologiques de Choquet en termes de discordance dans les soins entre personnes de moins de 20 ans et de plus de 20 ans attirent aussi l'attention sur le fait que la catégorie statique « 15-25 » ans n'est pas aussi homogène qu'on voudrait le penser. Cet argument est conforté par Olindo-Weber (1991) qui déclare que la tranche d'âge 15-25 ans utilisée couramment n'est pas pertinente pour l'analyse des conduites suicidaires. L'hypothèse de la crise d'adolescence lorsque le sujet tente de s'autodétruire entre 20 et 30 ans ne paraît pas suffisante. D'où l'intérêt d'étudier les particularités des actes suicidaires des jeunes adultes et de leur prise en charge. De plus en plus, des auteurs distinguent la catégorie des adolescents de celle des jeunes adultes ou post-adolescents, elle-même différente de la catégorie des adultes.

Dans les sociétés modernes, plusieurs auteurs ont relevé l'allongement de cette période intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte (durée des études, recherche d'emploi), ou plutôt de ce « moratoire », pour reprendre le terme de Erikson (1968). Beaucoup l'ont nommée adolescence interminable (Alléon et Morvan, 1985 ; Anatrella, 1988), deuxième latence (Marty, 1999), ou encore post-adolescence (Blos, 1954 ; Guillaumin, 2001). Les jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans, en majorité représentés dans la population estudiantine (dans le contexte occidental), vivent une période de vie caractérisée par de nombreux changements et modifications touchant les sphères affective, sociale, familiale dans un temps relativement limité. Différents mouvements constituent le processus à l'issue duquel ils s'inscriront comme adulte à part entière, mais ils peuvent être aussi une source d'instabilité et remettre en cause le fragile équilibre acquis à la fin de l'adolescence. L'apparition d'une période intermédiaire nouvelle entre l'adolescence et l'âge adulte n'est pas la conséquence de ce nouveau contexte social, impliquant des changements à de multiples niveaux (géographiques, mobilité, séparation avec le milieu familial et création d'un nouveau cadre social, engagements affectifs plus ou moins instables). Les auteurs sont plus enclins à penser que ces changements rendent davantage visibles les phénomènes de transition de la fin de l'adolescence qui étaient jusque-là plus ramassés dans le temps. L'individu accomplit un passage de l'adolescence à l'âge

adulte qui lui est spécifique. Alors que le travail de l'adolescence se situait à la croisée du biologique et du psychique, il est, à la fin de l'adolescence, de nature avant tout psychique. Lors de cette étape, le processus d'individuation, avec l'internalisation des imagos parentales, dresse le contour d'une nouvelle personnalité à la cohérence propre et plus autonome. Le travail consiste désormais à introjecter les objets déjà perdus, pour s'approprier véritablement une place dans la chaîne des générations. L'apaisement physiologique du pubertaire (Gutton, 1991) est nécessaire pour métaboliser en profondeur les résidus de l'enfance (Blos, 1962) et introjecter pleinement l'équivalence entre son propre corps et celui de ses parents (Guillaumin, 2000). Ainsi le jeune adulte interroge-t-il tout naturellement la suite de son processus de subjectivation. L'idée d'une compréhension différente de l'acte suicidaire dans cette tranche d'âge émerge également. Quels sont les enjeux psychopathologiques sous-jacents aux tentatives de suicide des jeunes adultes ?

Le malaise des jeunes avec un taux élevé de suicide chez les jeunes adultes ou « post-adolescents » a également été soulevé par le rapport du Haut Comité de la santé publique publié en 2000 et intitulé « La souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes ». Plusieurs analyses considèrent de telles symptomatologies de la fin d'adolescence comme l'illustration des défaillances symboliques du lien social dans son rôle de transmission identitaire intergénérationnelle (Cadoret, 2003 ; Pirlot, 2009).

Gobert et Loubère (1999), montrent que les tentatives de suicide des adultes (40-60 ans) ne sont pas à comprendre de la même façon que celles des « jeunes ». Les auteurs utilisent le terme de jeunes pour faire référence à une population adolescente et « post-adolescente » située dans l'intervalle d'âge de 15-23 ans. Par exemple, pour ces auteurs, le difficile réajustement des institutions liées à la socialisation des jeunes, telles que les structures d'insertion professionnelle, a une incidence sur le développement et l'équilibre des jeunes. Ainsi, ce n'est pas en raison de leur jeune âge que ceux-ci passent à l'acte mais plutôt parce qu'ils seraient confrontés à des bouleversements sociaux impliquant des déséquilibres identitaires. Les auteurs ajoutent que l'augmentation des tentatives de suicide semble être en corrélation avec les dysfonctionnements familiaux – dysfonctionnements qui empêchent la famille de remplir ses fonctions premières comme celles de contenance, d'étayage et de normation. Ainsi, le jeune n'y trouve plus un espace protégé lui permettant d'atteindre l'âge adulte sans difficultés. Il souffre d'un manque de repères familiaux stables. Si, pour les adultes, l'éclatement familial renvoie à une perte, pour les jeunes, par contre, c'est une absence, un manque de repères entravant la construction identitaire. Enfin, rappellent les auteurs, l'intégration sociale est indispensable pour un individu vivant en société. Mais



aujourd'hui, il n'y a plus de rôles stables investis par un individu à un moment donné. Chacun doit construire et personnaliser différents rôles. Les adolescents sont donc incertains quant à leur avenir, ils ne peuvent plus être en position de sujets « apprenants des adultes qui savent » mais sont en position d'acteurs de leur devenir social. Submergés par des désirs d'advenir au monde social, ils sont incapables de les gérer, ce qu'ils mettent en acte dans les processus destructifs. Il y aurait un dialogue, entre les différents âges de vie, qui fait défaut.

Si l'acte suicidaire prend un sens différent selon que le suicidant est adulte ou jeune, il reste cependant une interrogation sur la distinction entre adolescent et post-adolescent. De nombreux arguments, autant cliniques que sociologiques, sont en faveur d'une conception de la post-adolescence distincte de l'adolescence (Guillaumin, Gauchet, 2005). Certaines positions cliniques, toutefois, ne soutiennent pas l'idée que ce seraient deux phases différentes mais plutôt que la post-adolescence allongerait l'étape adolescente. Se pose le problème de l'explication des tentatives des jeunes adultes ou « post-adolescents ». Ce problème, en plus de celui de la prise en compte des conceptions contextuelles du Sud Bénin, constitue l'objet de ma thèse.

Olindo-Weber s'est penchée sur les tentatives de suicide des jeunes adultes qui ne sont plus adolescents mais pas encore adultes en termes de transformations pubertaires. Certes, la crise de remaniement peut entraîner un acte suicidaire, mais, selon elle, la conduite suicidaire est plus un comportement symptomatique de la fin d'adolescence. En ce sens, il semble plus raisonnable de l'étudier sous l'angle du passage à l'âge adulte plutôt que d'un conflit de transformation. L'étirement de l'incertitude entre enfance et maturité joue en faveur d'une telle hypothèse (Olindo-Weber, 1999). Les difficultés de sortie de cette fin d'adolescence aux prises avec les conjonctures sociales actuelles amènent Olindo-Weber à son hypothèse de l'acte suicidaire comme rite intime de passage réinventé par certains pour pallier la prise en charge collective des processus de passage. Qu'en est-il dans le contexte du Sud Bénin ?

Les données statistiques sur les tentatives de suicide au service de psychiatrie du CHU de Cotonou révèlent la surreprésentation d'une population jeune<sup>11</sup>. Les relevés statistiques que j'ai effectués se réfèrent à la catégorie des 15-24ans ou 15-30ans pour permettre la comparaison avec les anciennes études. Toutefois, la présente recherche ne porte pas sur la tranche d'âge des 15-24 ans mais plutôt sur celle des jeunes adultes que nous avons définis comme étant âgés entre 20 et 30ans.

---

<sup>11</sup> La répartition des suicidants selon l'âge sur les cinq années dépouillées (2003 à 2007) permet de noter une prévalence de la population jeune – 15-24 ans – dans les comportements suicidaires déjà soulignée par les études de Gandaho (1984) et Aboto (2003). Il y a une augmentation des taux de tentatives de suicide des 15-24 ans qui sont progressivement passés de 49,23 % (1984) à 54,7 % (2003) puis à 56,25 % (2008).

Les données établies par Aboto concernant l'âge des suicidants reçus entre 1997 et 2002 au service de psychiatrie du CHU montrent que les taux de tentatives de suicide des jeunes âgés de 20 à 24 ans sont légèrement supérieurs à ceux des 15-19 ans. De manière plus précise, l'examen des courbes d'évolution des tranches d'âge de 15 à 29 ans des années 2003 à 2007, permet d'observer que seul le taux de tentative de suicide chez les 20-24 ans augmente de façon régulière et progressive jusqu'à dépasser celui des 15-19 ans, alors que les autres courbes évoluent de façon irrégulière. La proportion de tentatives de suicide pour cette population représente 31,15 % de la population des suicidants. Est-ce un phénomène exceptionnel ou une surreprésentation persistante ? Un relevé a permis de vérifier les taux de tentatives de suicide reçues aux urgences pendant les sept premiers mois de l'année. À nouveau, on note une prévalence des jeunes adultes (62,26 % des suicidants ont entre 20 et 30 ans, tandis que 24,53 % ont moins de 20 ans). Par conséquent, même si au CHU de Cotonou, les taux des 20-24 ans ne sont pas doublement supérieurs à ceux des 15-19 ans comme le décrit Olindo-Weber (1991), le phénomène suicidaire dans cette tranche d'âge connaît une augmentation sensible qui interroge.

C'est dans le prolongement de ces idées que j'examine les tentatives de suicide des jeunes adultes âgés de 20 à 30 ans. Qu'en est-il des prétextes psychopathologiques des tentatives de suicide dans cette classe d'âge ? Quel cadre de travail supposent-elles ?

Mon positionnement se situe dans la même tendance consistant à différencier l'adolescence de la catégorie des adultes jeunes (étudiants), avec l'idée que les transformations corporelles et psychiques des sujets de 15 ans les installent dans une dynamique et une problématique psychique autres que celles de ceux de 25 ans. Ce positionnement se justifie pour trois raisons. D'abord, parce qu'il existe cliniquement une surreprésentation des actes suicidaires de jeunes adultes en milieu hospitalier dans le Sud Bénin. Ensuite, parce que, malgré l'émergence d'arguments en faveur d'un fonctionnement psychique spécifique de la fin d'adolescence et l'idée d'une érosion dans le social de la catégorie d'« adolescence », la tranche d'âge des jeunes adultes reste encore peu étudiée dans la littérature sur les actes suicidaires (Olindo-Weber, 1988, 1991). Ainsi, l'acte suicidaire des jeunes adultes est trop souvent relié à la littérature du suicide à l'adolescence. Enfin, parce qu'il existe de nombreuses critiques socio-ethnographiques qui méconnaissent l'existence de la catégorie d'adolescence en dehors des frontières occidentales où elle s'est forgée. Il apparaît donc opportun de définir une catégorisation en termes de tranches d'âge qui réponde mieux au découpage contextuel. Nous avons fait le choix de questionner ce à quoi renvoie

cette tranche d'âge spécifique dans le contexte béninois en analysant les passages à l'acte des jeunes âgés entre 20 et 30 ans.

La relation qu'opère Olindo-Weber entre tentatives de suicide des jeunes adultes et recherche d'un rite de passage intime est en lien avec l'idée que les expressions symptomatiques de destructivité des jeunes viennent en résonance et pour pallier la carence de rites dans la société contemporaine – idée qui s'impose de plus en plus. Dans le numéro de la revue *Adolescence* consacré à « Rites et Construction », il apparaît que la destructivité peut être un lieu d'ancrage de l'expression des blessures narcissiques, à défaut de rites collectifs. De telles théories sont-elles applicables dans le contexte du Sud Bénin ? Cette question se pose d'autant plus que, selon les descriptions faites de ce contexte et des contextes autochtones en général, ce qui renvoie à la perte de repères se caractérise plutôt par la coexistence de repères identificatoires contradictoires (modernes et traditionnels) que par une absence de repères.

Il s'agira par le biais de la présente recherche de se mettre dans cette position d'interprète afin de témoigner des différents mouvements et passages auxquels j'ai été soumise dans la confrontation entre mes théories professionnelles (psychopathologie psychanalytique) et les théories contextuelles ainsi que les processus de figurabilité permis par ces rencontres.

## **Position du problème**

Les questions liées au suicide et aux tentatives de suicide font l'objet, de par le monde, d'importantes investigations relevant autant du domaine de la recherche, des pouvoirs publics que des pratiques professionnelles. Ces problèmes de santé publique étudiés par de nombreux champs de recherche et soumis à des dispositifs particuliers dans les organisations sanitaires ont été abordés par la philosophie, les religions, le droit et les législations avant de devenir des objets de recherches scientifiques de l'histoire, la sociologie, la psychiatrie, la neurobiologie, la psychologie et, depuis quelques années, la suicidologie. L'abord psychanalytique sur la question existe également et les positionnements théoriques sont divers.

Au Bénin, les conduites suicidaires connaissent un accueil croissant, mais il existe une faible prise en charge psychologique et des données culturelles incontournables en termes d'interprétation et de traitement de l'acte. Par conséquent, la question du sens et de la prise en charge des tentatives de suicide se pose avec acuité dans le sud du Bénin. La pensée psychiatrique, qui a travaillé sur la question, bute sur des explications possibles (sur un plan

contextuel et culturel). Nous devons nous référer à d'autres modes de pensée (culturels ou psychopathologiques ou à une confrontation des deux) afin de mieux approcher le phénomène.

Étant donné que les réalités historiques, sociologiques et politiques sont différentes au Bénin, de même que les conceptions de l'individu et de sa construction identitaire, se pose le problème des possibilités d'application et d'utilisation des concepts psychanalytiques. S'il est en général admis que les actes suicidaires renferment un désir de parricide, d'une nécessité de meurtre symbolique des imagos parentales ou encore le lien entre les problématiques suicidaire et identitaire, encore faut-il repérer et identifier ces notions et leur expression. Comment s'expriment-elles, se manifestent-elles et sont-elles appréhendables chez les jeunes Béninois ? Les différentes conceptions du suicide suggèrent, chacune à sa manière, des dispositifs de traitement, d'accueil clinique. De manière générale, les travaux psychanalytiques avec des patients suicidaires ont souligné une problématique identificatoire, un lien à un objet primaire empêchant une séparation-individuation sereine et, surtout, la nécessité d'adapter le cadre analytique classique (Perelberg, 2004). Par ailleurs, avec les réalités décrites par les études antérieures et l'analyse d'éléments contextuels et culturels, il est difficile de proposer un cadre classique d'entretiens individuels au sud du Bénin – et plus largement dans les pays ouest africains (Ortigue, 1984 ; Kaufman, 2001). Il faut aussi tenir compte de l'existence de pratiques et d'interprétations culturelles pour comprendre les causes et le sens attribués à l'acte suicidaire. L'utilisation exclusive du paradigme disciplinaire psychanalytique n'est pas donc suffisante pour mener à bien notre questionnement sur le sens des actes suicidaires au sud du Bénin. Afin de découvrir les pistes de réflexions clinique et théorique ouvertes par le travail sur la destructivité suicidaire dans le contexte du Sud Bénin, il y a lieu de mettre au travail les différents concepts dans le cadre précis de la clinique avec les suicidants béninois.

Comment donc appréhender de façon psychodynamique les tentatives de suicide des jeunes adultes dans le contexte spécifique du Sud Bénin ? Quel est le rôle du psychologue dans leur traitement ? Quelle prise en charge proposer afin de contribuer à la prévention secondaire des actes suicidaires dans le Sud Bénin ? Comment s'appuyer sur les outils et théories psychanalytiques dans ce contexte précis où les réalités historiques, sociologiques et politiques sont différentes et où la conception d'individu y diffère également ? C'est habitée par ces interrogations et soutenue par ces constats que j'ai initié la présente recherche sur les tentatives de suicide des jeunes adultes entre 20 et 30 ans.

## **Objectifs de la recherche**

La question qui se pose est : « Quel accueil clinique offrir aux jeunes adultes suicidants béninois reçus au CHU de Cotonou ? ». Pour y répondre, il s'agit d'abord de rencontrer les suicidants et d'évaluer les enjeux psychiques des passages à l'acte.

L'objectif de l'étude est donc d'arriver à une meilleure compréhension psychodynamique des tentatives de suicide des jeunes adultes dans le sud du Bénin, et, à partir de cette compréhension, d'inférer un cadre conceptuel et des dispositifs cliniques pertinents pour la prise en charge.

## **Hypothèses**

Je pose comme idée principale que la tentative de suicide du jeune adulte au Sud Bénin vise une autoconservation psychique, voire une refondation psychique, au risque du déni de son unité corporelle, psychique et de son environnement. Ce mouvement d'autoconservation semble correspondre, dans l'après-coup de l'acte, à un moment de reflux pulsionnel consécutif à un vécu traumatique et une désintrinsication pulsionnelle.

C'est pourquoi, selon mon hypothèse générale, je postule que certaines tentatives de suicide de jeunes adultes dans le sud du Bénin répondent à un double mouvement de désintrinsication/réintrinsication pulsionnelle. D'une part, elles constituent un processus lié à la compulsion de répétition provoqué par un événement qui engendre en après-coup un traumatisme. D'autre part, l'acte suicidaire vise ce que j'appelle une refondation psychique qui est un processus de réintrinsication pulsionnelle et de remaniement identitaire. Ce processus de refondation est rendu possible par l'accueil fait au suicidant après sa tentative de suicide.

## **Méthodologie**

Le questionnement de la présente recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative. La méthodologie de recherche déployée est une recherche-action mettant donc en collaboration les acteurs de soins et les chercheurs. En effet, il s'agit d'explorer les expériences subjectives de chaque suicidant et, en même temps, d'évaluer le type d'accueil le plus adapté dans le cadre d'une collaboration avec les différents soignants du CHU de Cotonou. Le fondement est de construire un cadre conceptuel au fur et à mesure des démarches cliniques. Cette démarche de recherche s'inscrit à notre sens dans la pensée

psychanalytique et l'idée de Widlöcher, pour qui la recherche clinique procède d'une éthique de la découverte concomitante de l'invention ou extension d'une pratique et non pas de démarches qualifiées, soucieuses de l'administration de la preuve.

Les objets de ma réflexion sont les enjeux d'une rencontre avec une personne suicidante (et potentiellement à risque suicidaire) et ceux du travail psychologique dans un contexte culturel autre (non occidental). Pour recueillir des éléments pertinents sur le sens du suicide des jeunes dans le sud du Bénin, la nécessité de structurer un dialogue entre la clinique et l'anthropologie s'est progressivement imposée. Le positionnement proposé est une posture interdisciplinaire dans l'abord des actes suicidaires et d'une co-construction du sens qui suppose de considérer le suicidant, son enveloppe contextuelle et familiale, ainsi que les acteurs de soins comme des collaborateurs de recherche et non pas des « objets de recherche ». Les suicidants et leur famille sont donc rencontrés selon une méthodologie rigoureuse exposée dans le chapitre consacré à la construction méthodologique du travail.

En complément de la mise en dialogue de représentations et théories hétérogènes, un travail spécifique de traductions contextuelles s'est avéré nécessaire. Ce travail de traduction représente un premier moyen pour appréhender les mécanismes psychiques en jeu dans les actes suicidaires. La recherche-action mise en place est spécifique et permet de prendre en compte les théories contextuelles. Cette méthodologie constitue l'un des piliers du travail présenté et représente une contribution à la réflexion sur le travail interdisciplinaire et ses enjeux.

## **Plan**

Ma thèse est organisée en deux parties comprenant respectivement six et cinq chapitres.

La première partie consiste en un examen théorique et contextuel des notions d'actes suicidaires de jeunes adultes et des concepts associés. Cet examen permet de proposer des hypothèses sur le sens de ces actes suicidaires dans le Sud Bénin. La partie se clôture par la présentation des choix méthodologiques retenus pour la présente étude.

De manière détaillée, le premier chapitre présente, après un examen des différentes définitions liées aux tentatives de suicide, les approches actuelles qui prévalent en termes d'actes suicidaires : il s'agit notamment de la notion de crise suicidaire. Le deuxième chapitre expose l'approche psychanalytique de l'autodestructivité en passant en revue les idées freudiennes, en étudiant la construction du Moi et les hypothèses de destructivité en lien avec

les concepts de pulsions de vie et de mort (deuxième topique freudienne). Après l'examen de l'œuvre de Freud, d'autres conceptions psychanalytiques sont présentées. Le chapitre 3 examine l'approche psychanalytique de la catégorie des jeunes adultes et développe les théories spécifiques sur les tentatives de suicide des jeunes adultes et les questions qu'elles soulèvent. Le chapitre 4 discute des approches contextuelles de l'autodestructivité dans le Sud Bénin, approches qui mettent en tension et complexifient les théories psychanalytiques initialement exposées. J'y parle notamment des conceptions de la mort et de la vie et des notions de personnes. Le chapitre 5 résume les différentes idées développées et expose les hypothèses de travail. Le chapitre 6 présente la méthodologie adoptée et expose la méthode qui a permis de structurer le dialogue entre psychologie et anthropologie.

La deuxième partie concerne l'application de la méthodologie retenue et les résultats qui en résultent. Elle comprend 5 chapitres. L'application de la méthodologie a permis l'analyse de plusieurs cas de tentatives de suicide. Sur les 19 suicidants rencontrés, j'en présente ici quatre. C'est ainsi que les chapitres 7, 8, 9 et 10 correspondent à des cas cliniques d'actes suicidaires de jeunes adultes analysés selon ma méthodologie de travail : le piège du conflit parental (cas d'Éléonore) ; le miroir en tourments (cas de Laure) ; le phallique en souffrance et la quête d'une réappropriation (cas de Joël) ; la tentative de suicide comme convocation à la prise en charge d'une scène du couple (cas de Vanessa). En synthétisant les différents travaux effectués dans le cadre de cette recherche, je propose finalement, dans le chapitre 11, les résultats et la discussion.

## **PREMIÈRE PARTIE :**

### **APPROCHES THÉORIQUES**

Les questions liées au suicide et tentatives de suicide sont, comme je l'ai souligné en introduction, analysées selon plusieurs aspects et abordées sous divers angles disciplinaires. Il n'est pas question de récuser une quelconque approche possible et légitime sur le sujet. Toutefois, la psychanalyse est un axe important de ma formation et de mon identité professionnelle, c'est pourquoi, dans cette partie, j'interrogerai particulièrement la manière dont la psychanalyse aborde la question des actes suicidaires et l'éclairage qu'elle y apporte avant d'arriver aux approches contextuelles. L'abord psychanalytique de l'acte suicidaire le considère comme un acte psychique au-delà des déterminations historiques, sociales, culturelles, économiques qui y concourent. Par conséquent, interroger l'abord psychanalytique de l'acte implique de l'étudier en tant qu'il relève d'une certaine conjoncture de l'économie psychique et de repérer le jeu pulsionnel. Auparavant, je présenterai une vue d'ensemble des définitions générales auxquelles renvoie l'acte et aussi l'approche actuelle qui prévaut sur le suicide et sa prévention.



# CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS

## 1.1 Définitions

En termes étymologiques, le mot suicide et les mots de la même famille renvoient à l'idée de meurtre et de division. Les différentes théories qui ont traité du suicide sont restées proches de ces idées. En effet, le mot suicide vient du latin « sui » (soi) et « caedere » (tuer) ; il renvoie à l'idée d'un « meurtre de soi ». Le fait de dire dans le langage « se suicider » est donc un pléonasme, qui renforce l'idée que l'acte est tourné vers soi. Il signifie littéralement « tuer soi ». Toutefois, la racine « cid » renvoie, dans les origines, à une certaine manière de tuer. En effet, Selon Cassin (2009), linguiste et philosophe, le mot « cid » vient du latin « caedere » qui revêt une acception violente<sup>12</sup>. Il appartenait d'abord au vocabulaire rural de la campagne, des bûcherons et renvoie à la notion d'*abattre*, de *faire tomber* quelque chose, à un mouvement de « hache ». Les sens du terme *caedere* ont certes évolué – par exemple, dans le sens érotique de « fendre » ou « châtrer ». Cependant, le substantif qui en dérive, « caedes » renvoie toujours au massacre, au sang versé, donc à une manière violente de tuer. César, césarienne viendrait de la même racine (naître en fendant sa mère). Dans ce premier lot sémantique (abattre, couper, fendre), la violence ressort.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, le mot « suicide » est créé pour remplacer ce qui s'est longtemps appelé « meurtre de soi-même », en greffant le radical « sui » (soi) au mot homicide. Pommereau souligne dans le *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse* (Le Breton et Marcelli, 2010) que cette substitution lexicale, même si elle est moins violente en apparence, ne légitime pas cet acte qui reste sans justification fondée. Cela expliquerait la recherche d'un responsable extérieur et la quête de coupables : « *C'est dire que le meurtre de soi-même interpelle l'autre et ne peut être que sommairement défini comme un acte ne regardant que soi* » (Pommereau, p. 808, dans Le Breton et Marcelli, 2010).

Le pléonasme français « se suicider » est une redondance, une manière de dire une fois de trop la même chose (se tuer soi) qui est pleine de sens (Cassin, 2009 ; Pommereau, 2010). Ce pléonasme ou redoublement renvoie à l'idée que « soi » agit contre « soi » ; que « soi » tue « soi ». Cassin (2009) souligne l'idée que « soi » comme sujet tue « soi » comme objet. Il y a quelque chose dans l'objet qu'on est soi qui est intolérable au sujet qu'on est soi. Tout se

---

<sup>12</sup> En effet, le mot « suicide » est construit, comme les mots « régicide » (tuer le roi), « homicide » (tuer un homme, un être humain).

se passe comme si à un moment, « soi comme sujet » et « soi comme objet » se dédoublent. Ce redoublement semble sous-tendu par l'idée que l'on ne peut pas se suicider sans être double, sans que « je » soit un autre comme le disait Rimbaud. Pour Pommereau (2010), le redoublement dans l'emploi du verbe « se suicider » insiste sur le fait que cet acte ne concerne que son acteur et reflète une résistance à admettre que les proches sont concernés par le suicide ; cette résistance relèverait de la culpabilité que soulève l'acte suicidaire auprès de l'entourage. Il faut bien souligner que si les proches sont impliqués dans cet acte, ce n'est pas en tant que cause mais en tant que témoins ou destinataires, car, outre qu'ils veulent faire cesser une souffrance, les actes suicidaires chez les jeunes se font à des fins de reconnaissance, en raison d'un intolérable sentiment de « non-existence » (Pommereau, 2010). L'acte suicidaire dénote donc une blessure identitaire et une envie d'exister.

Outre l'étymologie, le contexte d'apparition du terme « suicide » et des utilisations qui en sont faites sont importantes pour saisir l'inscription psycho-sociale et politique de cette expression. Minois (1995) a fait une étude minutieuse des différents positionnements qui ont prévalu au cours de l'histoire dans les sociétés occidentales. L'histoire des différents positionnements face au suicide (Minois, 1995)<sup>13</sup> rend compte de la relativité du terme et du

---

<sup>13</sup> Georges Minois dresse l'histoire du suicide dans la société occidentale. Il passe en revue selon les périodes de l'histoire, les positions qui ont existé face à la mort volontaire. Dans l'**Antiquité**, le positionnement face au suicide n'est pas univoque et les courants de pensée s'affrontent autour de la question. Les Épicuriens et les Stoïciens l'admettent car selon leur courant de pensée, l'individu est au centre de leurs conceptions philosophiques. À l'inverse de ces courants, Platon et Aristote considèrent l'homme avant tout comme un être social. Le devoir prime sur donc l'intérêt personnel. Cette conception de manquement au devoir vis-à-vis de la société se prolongera par la considération criminelle du suicide qui se verra condamné juridiquement à partir du Moyen Âge. La position de Platon est cependant assez ambiguë car il reconnaît trois situations où le suicide peut être acceptable (la condamnation à mort, la maladie incurable, et le sort misérable d'un individu). Quant à Aristote, sa condamnation du suicide est entière

Le **Moyen Âge** est marqué par l'articulation avec l'ère chrétienne ; à partir de Saint Augustin la condamnation du suicide par la morale chrétienne sera totale et absolue. Le Moyen Âge connaîtra donc les procès aux suicidés, avec des sanctions alliant la confiscation des biens aux châtiments corporels. Minois situe au XIII<sup>e</sup> siècle l'apparition d'une explication du suicide par la folie : folie de tristesse qui s'appellera plus tard mélancolie, ou folie furieuse avec délire et agitation. Évoquée comme une excuse au suicidé, permettant alors d'alléger le châtiment, cette explication est selon Minois une autre forme de condamnation du suicide, qui ne peut pas se concevoir que comme l'action du diable ou de la folie, en excluant toute décision délibérée.

La **Renaissance** est une période marquée par la contestation des valeurs traditionnelles : sociales, religieuses. Au travers de l'interrogation intellectuelle, le caractère condamnable et aberrant du suicide vacille.

Le **Grand Siècle** (XVII<sup>e</sup> siècle) en réaction aux interrogations soulevées à la Renaissance se caractérise par une rigueur religieuse, morale et judiciaire visant à préserver l'ordre. L'interrogation sur le suicide est donc réfutée, le suicide reste un crime de lèse-majesté divine et humaine, condamné par le droit canon et la loi séculaire. Descartes prendra également position contre le suicide, non pas au nom d'un quelconque argument religieux ou moral, mais bien parce qu'il le considère comme une erreur, contraire à la raison. Vers le milieu du XVII<sup>e</sup> siècle la mélancolie commence à être interprétée d'un point de vue médical, psychologique, qui commence à se détacher du jugement moral porté sur le désespoir. En Angleterre, Willis inscrit la mélancolie et la manie dans une continuité cyclique rapportée à une circulation anormale des esprits animaux dans le cerveau.

Le siècle des **Lumières** connaît l'impact des philosophes, notamment de Voltaire. Il y a une généralisation de la conception du suicide en tant que folie ou maladie. À l'occasion de la Révolution, avec la modification de tout le système de valeurs fondé sur la morale religieuse, la dépénalisation du suicide a lieu, en 1791.

fait qu'il est défini en fonction du contexte. En effet, même dans le cadre des études et recherches scientifiques, une variété de définitions le caractérise.

Le mot « suicide » a été utilisé pour la première fois par l'Abbé Prévost dans la Gazette qu'il a rédigée en 1733 (Minois, 1995). Le mot « suicide » a été repris et utilisé par l'abbé Desfontaines en 1737. Le terme a été admis à l'Académie française en 1762 comme « l'acte de celui qui se tue lui-même ». En 1798, l'Académie étend le sens du mot à « la personne qui se tue elle-même ». À la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le verbe « se suicider » fit son apparition (Minois, 1995). En 1830, la victime (le suicidé) et l'acte (suicide) sont distingués. D'autres mots apparaîtront ensuite (comme suicidant, suicidaire). Progressivement, au fil des définitions, les termes de suicide, tentatives de suicide, idées suicidaires et parasuicide vont se différencier dans le champ des actes suicidaires.

D'une vision morale condamnant le suicide, on passe à une analyse des causalités de la conduite suicidaire. Mais en raison de son extension et en fonction de la manière dont il est conçu, le terme devient ambigu. En effet, selon que le suicide est une réalité consommée, un désir plus ou moins avoué, une manifestation de détresse psychologique, le terme prend des significations diverses : on parle par exemple de « suicide réussi » pour dire abouti ou de « tentative de suicide » pour mettre l'accent sur la volonté de se détruire, de *suicidars* pour les « récidivistes » c'est-à-dire ceux qui répètent des tentatives de suicide, etc. Ainsi, le terme suicide est un terme générique pour parler de l'ensemble des comportements suicidaires.

La définition de Durkheim date de 1897. Pour lui, « *tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat, est un suicide* » ; pour le même auteur, une tentative de suicide est « *un acte de suicide arrêté avant que la mort en soit résulté* » (Minois, 1995).

En 1946, Deshaies décrit le suicide comme « *l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente, en prenant la mort comme un moyen ou comme une fin* ».

En 1975, Baechler définit le suicide comme « *tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet* ». Le terme de « comportement » est préféré à celui d'« acte » car il est rare que l'acte se limite seulement au

---

Au XIX<sup>e</sup> siècle les Aliénistes prendront le relais des Philosophes dans l'élaboration du suicide-maladie (Pinel, Esquirol). Dans la deuxième partie du XIX<sup>e</sup> siècle, la conception du suicide comme état délirant va évoluer vers celle d'une aliénation partielle, ou encore celle d'une idée déraisonnable. La possibilité de sa survenue chez un homme sain d'esprit est admise. L'œuvre de Durkheim, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, marque un tournant dans l'approche du suicide. Aux points de vue des Aliénistes et des philosophes se surajoute alors celui du sociologue, qui mettra en évidence une multitude de paramètres sociologiques, faisant émerger la notion de facteurs de risque.

moment où il s'accomplit. La tentative de suicide quant à elle est un « *acte suicidaire qui ne débouche pas à la mort effective du sujet, c'est-à-dire sur un électroencéphalogramme plat* ». Dans cette définition, l'accent est mis sur la notion de « vie ou de mort » par « réussite ou échec » de l'acte. Le synonyme de « suicide raté » utilisé par certains médecins illustre également ce point. La question de la réussite ou de l'échec a été discutée et remplacée par l'expression de « suicide accompli ». La discussion a porté sur l'objectif conscient ou inconscient du passage à l'acte qui n'est pas forcément la mort pour le sujet mais une décharge de tension, un épuisement, un isolement, une mobilisation de l'entourage, etc. Autant d'éléments rajoutés au fait que les termes de « réussite » ou d'échec apportent un jugement de valeur sur l'acte qu'il est préférable d'éviter.

Depuis 1988, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le suicide comme « *un acte ayant une issue fatale, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale, et visant par cet acte à causer des changements désirés* ». En 1996, elle décrit la tentative de suicide comme « *un acte à l'issue non mortelle dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure, aux doses thérapeutiques prescrites ou généralement admises, et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues* ».

Les définitions sont donc nombreuses et variées. Elles essaient de différencier le suicide de la tentative de suicide ; ces actes seraient d'une nature différente (le premier conduisant la mort, le deuxième souvent entendu comme appel au secours). Marcelli et Braconnier (1992), qui préconisent d'apporter une attention particulière aux tentatives de suicide les définissent comme l'échec d'un suicide, quelle que soit la cause de cet échec.

D'autres expressions se sont rajoutées à celles de suicide et tentative de suicide. Par exemple, le terme « parasuicide », ou « équivalents suicidaire » qui renvoie à tout acte estimé extrême et pour lequel il y a un risque de mort conscient ou confus. Dans ce cas, les acteurs sont différenciés des suicidés ou suicidant parce qu'ils n'auraient pas l'intention directe de suicider. Ces nouveaux termes soulignent que la simplicité apparente du geste ne doit pas exclure la prudence et la question du « dit » et du « non-dit » dans les conduites suicidaires. On constate souvent que ces actes sont une sorte de « conduite anxiolytique » qui résorbe la tension. Ils renvoient donc à toute la théorisation concernant les procédés autocalmants et les failles de l'érotisme primaire. Le terme parasuicide est toutefois critiqué, car le préfixe « para » assimilé à « pseudo » pourrait induire en erreur, conduire à ce que l'entourage ne

prenne pas au sérieux le geste. La définition de Baechler réflète ce risque car elle englobe autant les tentatives de suicide que les conduites à risque: « *le suicide désigne tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet* » (1975, p. 77).

Certaines définitions donnent au suicide une connotation d'agression à l'égard d'autrui ou de soi-même, de maladie, de perturbation, de crime ou de faute. D'autres, à l'inverse, mettent en évidence le caractère lucide et libre du geste en tant qu'affirmation ou réalisation de soi. Si une définition, conforme à la recherche, devrait éviter toute forme de jugement éthique de condamnation ou d'approbation, pour ce qui est des conduites suicidaires, non seulement les définitions et positionnements varient, mais les différences socio-culturelles ont aussi un impact sur les définitions mêmes du suicide qui varient selon les cultures (Beauchamp et Perlin, 1978). L'acte a donc une dimension socio-culturelle.

### ***Le concept d'acte suicidaire dans notre étude***

Il s'agit dans le présent travail de recherche de faire une analyse clinique de la causalité en jeu dans les tentatives de suicide des jeunes béninois âgés entre 20 et 30 ans. Notre étude porte donc précisément sur les tentatives de suicide à différencier du suicide. Cette nuance se base sur l'existence ou non d'une rencontre qui va permettre une analyse clinique. Ces deux concepts sont souvent rangés dans la catégorie des comportements suicidaires et se sont différenciés peu à peu.

En effet, le suicide concerne l'acte, abouti, de se donner volontairement la mort. Il ne peut faire l'objet d'une analyse clinique, sauf d'*autopsies psychologiques*<sup>14</sup> auprès de l'entourage, parce qu'aucun élément verbal ne peut être recueilli du sujet qui s'est donné la mort. La tentative de suicide, quant à elle, suppose un acte d'autodestructivité qui n'a pas abouti à la mort du sujet. Il y a donc la possibilité, pour le sujet, de tenir un discours sur son acte. C'est dans ce cadre que s'inscrit la clinique de cette étude.

Ainsi, dans la suite, les termes suicide, acte suicidaire, passage à l'acte suicidaire, comportement suicidaire feront référence aux tentatives de suicide.

---

<sup>14</sup> L'autopsie psychologie est une méthode de recherche et de prévention qui tenter d'approcher les caractéristiques mentales et psychosociales des sujets qui se sont suicidés. Elle collecte des informations sur un grand nombre de paramètres : les détails de la mort, le paysage familial, le contexte social, le parcours de vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents, les éventuelles conduites suicidaires antérieures, les événements de vie négatifs, l'éventualité de contact avec des services d'aide avant le passage à l'acte et la réaction des proches au suicide. Ceci dans le but de réaliser une analyse de facteurs de risques.

### ***Suicidant, suicidé***

Un suicidant est une personne qui a tenté de se suicider alors qu'un suicidé est quelqu'un qui est mort par suicide. Une personne suicidaire est une personne à risque ou en mesure de passer à l'acte suicidaire.

La présente étude se centrera sur les personnes qui sont passées à l'acte mais qui n'ont pas trouvé la mort : il s'agit des suicidants.

## **1.2 Approche actuelle de l'acte suicidaire : la notion de crise suicidaire**

Dans les conceptions actuelles, la tentative de suicide est expliquée comme un processus de crise suicidaire dans lequel l'acte n'est qu'une issue possible. Certaines tentatives de suicide rentrent dans le cadre d'une souffrance psychique à un moment donné de l'existence, sans configuration particulière de la personnalité, ni pathologie avérée. L'acte suicidaire est alors considéré, outre une expression pathologique ou un trouble de la personnalité, comme un moment de vulnérabilité, d'appel. La dimension plurifactorielle du suicide, le situant au carrefour du sociologique et du psychologique, est de plus en plus mise en avant (Lafleur et Seguin, 2008 ; Caillard et Chastang, 2010). Dès lors, les manières d'appréhender les actes suicidaires s'éloignent des définitions classiques de Durkheim, d'Esquirol et de Deshaies qui insistaient sur le degré de conscience et de volonté. Les notions de crise suicidaire et d'équivalents suicidaires mettent en exergue l'existence d'étapes préparatoires et annonciatrices de l'issue fatale du passage à l'acte. Le processus de crise est défini comme une désorganisation progressive avec la perte de repères, de défenses d'auto-protection et la cristallisation des idées suicidaires en passage à l'acte. Les étapes de la crise sont modélisées en cinq paliers successifs, tel que illustré à la page suivante par la Figure. 1. Ce cadre conceptuel de temporalité de crise est sous-jacent aux nombreuses actions de repérage et de prévention qui sont en cours. C'est au nom d'une politique de prévention que le soin des suicidants est devenu une priorité nationale de santé publique. La gravité du geste suicidaire, quel qu'il soit, même superficiel à première vue, a été confirmée par la conférence

de consensus<sup>15</sup>. À partir de cette conférence de consensus, la crise suicidaire est définie comme *une crise psychique dont le risque majeur est le suicide*<sup>16</sup>.

La notion de crise suicidaire est sous-tendue par deux constats principaux. D'abord, il existe une continuité entre idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide à l'issue d'une trajectoire de détresse et d'impuissance devant certaines vicissitudes de la vie. Deuxièmement, les idées suicidaires ou tentatives de suicide constituent une possibilité de rencontrer un professionnel qui pourrait conduire à des changements notables dans la qualité de vie (construction théorique de rupture dans la trajectoire de vie).

Ce nouveau concept, plus qu'une entité nosographique homogène, renvoie à un épisode de vie conduisant les sujets à ressentir une tension interne de plus en plus insupportable générant des idées suicidaires. Dans cette contingence aux multiples facettes, le suicide est envisagé comme une solution d'abolition de la douleur éprouvée. Selon la conception clinique, la problématique suicidaire n'est plus assimilée à une maladie. La crise s'inscrit dans un processus comportant « un moment de rupture dans l'existence du sujet ». Cette rupture résulterait de la perturbation du système de régulation ayant pour fonction d'assurer la continuité et l'intégrité de l'être aussi bien corporellement, psychiquement que socialement (ce que je reprendrai dans le chapitre suivant avec le concept métapsychologique de moi).

Le processus dynamique de la crise se fait selon plusieurs étapes : une phase pré-suicidaire, l'étape du passage à l'acte et celle post-suicidaire. Cette crise possède donc des critères temporels de début et de fin. Selon les facteurs psychologiques et précipitants en

---

<sup>15</sup> Les 19 et 20 octobre 2000, s'est tenue à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris la conférence de consensus sur la crise suicidaire, sa reconnaissance et sa prise en charge. Cette conférence fixe les textes de recommandations en termes de repérage et de prévention.

<sup>16</sup> La suite de la définition donnée à la conférence de consensus est : « *Comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.*

*Elle est un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle est difficile à identifier. À tel point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative sans que le diagnostic soit porté. L'identifier permet de créer un espace de prévention et d'intervention. Si le recours au médecin apparaît devoir être systématique, ce n'est pas la solution à tout. Le médecin est là pour faire le diagnostic et déterminer une stratégie thérapeutique, ce qui implique son investissement, mais une partie de son action thérapeutique et quelquefois la possibilité même de cette action dépendent de l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement. »*

cause, la phase pré-suicidaire est de durée variable ; elle dépend également des mécanismes d'adaptation de l'individu, des recours possibles à des aides extérieures. La phase de passage à l'acte est en apparence plus ou moins soudaine. La phase post-suicidaire peut être résolutive et cathartique ou au contraire entraîner une nouvelle crise. Ces étapes s'agencent selon cinq phases successives.

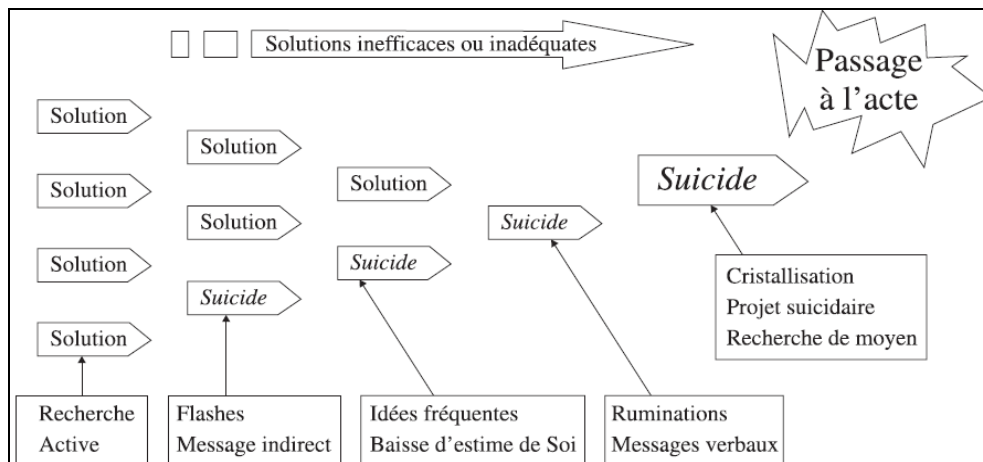


Fig. 1 : Modélisation du processus de la crise suicidaire selon Tera et Seguin (Moreno-Dávila, 2010, p. 442).

Des tentatives visant à identifier les personnes touchées ont démontré qu'il s'agit surtout de personnes au passé thérapeutique, dans des contextes de défaut d'étayage et de contenance (internes comme externes) et se trouvant sous la pression de facteurs précipitants et déclenchants. Des facteurs de risque, dont la liste est longue, sont repérés pour essayer de prévenir et identifier les personnes à risques.

### 1.2.1 Les phases de la temporalité pré et post crise suicidaire

La phase pré-suicidaire est référée en général aux événements précipitants. Ce sont les événements de vie, les changements extérieurs au sujet induisant une discontinuité dans sa vie en raison de leur survenue rapide. Toutefois, il ne s'agit pas d'un individu passif subissant les événements. Le modèle de causalité événementielle n'est pas le modèle linéaire stimulus-réaction, mais plutôt celui transactionnel, où le sujet essaie de contrebalancer les événements qu'il subit avant la crise suicidaire par les événements qu'il produit. Le lien entre l'événement de vie et la tentative de suicide n'est donc jamais considéré comme l'expression d'une causalité directe, mais plutôt comme un effet découlant de facteurs précipitants (Cross et Hitschfeld, 1986 ; De Vanna *et al.*, 1990 ; Law et Andrew, 1990 ; Masciki, 1995 ; Shaffer *et al.*, 1988). Il y aurait chez les suicidants quatre fois plus d'événements de vie négatifs que dans le reste de la population, avec un pic le dernier mois avant l'acte suicidaire. La surreprésentation d'événements de vie négatifs dans la phase pré-suicidaire a été interprétée



de deux manières (Lafont *et al.*, 1987 ; Clum et Luscomb, 1991). Une première situe le passage à l'acte suicidaire comme une réaction à une conjoncture événementielle défavorable, et donc comme une réponse mal adaptée à une crise interpersonnelle. Selon le second axe d'analyse, la population suicidante ou à risque de passage à l'acte est considérée comme une population qui privilégie l'expression par des actes plutôt que la mentalisation. En outre, la plus grande fréquence d'événements traumatiques durant l'enfance des populations suicidantes est en faveur de l'idée que leur organisation de la personnalité est vulnérable. Cette personnalité serait responsable d'une tendance à provoquer des événements fragilisants (entrant dans le cadre d'une traumatophilie), d'un seuil de sensibilité très bas et d'une tendance aux passages à l'acte.

« *Dans ce contexte, l'événement de vie est censé contrer la charge traumatique, avant qu'il ne participe à la recrudescence du vécu traumatique et ne précipite le sujet vers la crise suicidaire* » (Danet et Morasz, 2008, p. 19). Les événements de vie qui précipitent la crise se résument donc à un contexte de **défaut d'étayage et de contenance interne** avec, le plus souvent, des organisations limitées de la personnalité et un passé traumatique. En revanche, les éléments déclenchants se rapportent, dans la majorité des cas, à un conflit interpersonnel (dispute ou rupture sentimentale) avec une personne clé. Les thèmes d'entretiens avec les suicidants concernent souvent la violence physique, l'infidélité, l'indifférence affective. Tous les suicidants ne rapportent pas de facteurs déclenchants (environ un tiers n'en donnent pas).

De nombreux auteurs décrivent le climat précédant la tentative de suicide comme un assemblage paradoxal et déstabilisant de dépendance affective et d'hostilité (Fieldsen et Lowenstein, 1981 ; Pommereau *et al.*, 1988). Ce climat réactiverait la problématique traumatique de pertes précoces et de violences de l'enfance (Adams *et al.*, 1994 ; Mehlum, 1992 ; Danet et Morasz, 2008). En plus des problèmes sentimentaux, il a été noté que les suicidants connaissent souvent des problèmes disciplinaires quelques jours avant l'acte suicidaire impliquant un sentiment de rejet et d'humiliation (Beautrais *et al.*, 1997).

Outre les événements de vie et le contexte symptomatique qui conduisent à une période d'idées suicidaires se cristallisant, ce que les suicidants disent avoir ressenti juste avant la tentative de suicide sont : une tension interne envahissante, angoissante et déstructurante ; une impossibilité à la contenir par les mécanismes de défense habituels ; une tension vécue qui s'impose à eux et qu'il leur faut à tout prix supprimer. Pour ces raisons, le geste suicidaire apparaît comme une nécessité pour échapper à une insupportable douleur (Moron, 2000). Sa fonction sous-tend une hétérogénéité « d'intentionnalités » telles que : une auto-agressivité guidant la volonté de se supprimer ; une hétéro-agressivité consciente et

inconsciente ; une fonction d'appel ; une tentative de fuite ; une attitude ordalique (de défi vis-à-vis de la mort) ou oblatrice (visant à satisfaire les besoins d'autrui aux dépens des siens propres) ; un désir de vivre mieux ou autrement (Burner, 1978 ; Moron, 1985) ; un désir d'absolu (De Chevron Villette, 1986). La fonction suicidaire centrale serait le court-circuit de l'espace et du temps inhérents au travail de pensée intrapsychique et à la communication avec les proches (Quenard et Rolland, 1982), en raison de la difficulté, voire de l'impossibilité, de contenir une angoisse envahissante et déstructurante par les mécanismes de défense habituels (Védrinne et Weber, 2000). C'est pourquoi, dans certains cas, le sommeil devient un refuge, une atmosphère d'abaissement des tensions internes, d'absence de tout conflit ou de toute menace (Schneidman, 1964 ; Danet et Morasz, 2008). Ainsi, la tentative de suicide est réalisée à l'acmé de la tension interne en interaction dynamique entre le sujet et son entourage. Elle aurait donc une fonction économique (au sens psychanalytique) d'annulation de cette tension. On peut supposer que cette tension interne est la conséquence d'un collapsus topique (cela renvoie en termes psychanalytique à l'effondrement ou au débordement d'une ou plusieurs instances psychiques consécutif à un conflit interne).

La phase post-suicidaire, quant à elle, est décrite comme le moment propice à la rencontre et l'occasion de proposer par le groupe soignant un étayage externe à l'identité des suicidants en vue de renforcer l'étayage interne fragile et précaire. Le séjour hospitalier peut également permettre un nouveau tissage dans les liens. Il existe des modalités de prises en charge particulières, afin de tenir compte de la labilité des suicidants. Il existe de nombreuses limites à ce suivi ; les principales sont l'ambivalence des patients, leur crainte de la « psychiatrisation », le manque de formation des médecins et les contraintes de l'urgence (Danet et Morasz, 2008). Des actions ont été mises en place pour diminuer ces difficultés. Des centres d'accueil spécifiques de crise ont été créés pour éviter la stigmatisation psychiatrique. Des méthodes psychothérapeutiques spécifiques ont été élaborées.

### **1.2.2 Contexte biographique et psychopathologique de la crise**

Des contextes biographiques et psychopathologiques de la crise suicidaire ont été mis en avant. Des travaux épidémiologiques et psychopathologiques ont étudié la biographie, la personnalité et les facteurs sociaux et familiaux de la problématique suicidaire. Ces travaux permettent d'identifier les facteurs de risque en jeu dans la problématique suicidaire.

Les facteurs biographiques traumatiques favoriseraient les comportements suicidaires. Ces facteurs ne s'envisagent pas comme modèles additifs mesurant l'addition des différents facteurs de risque. Il faut plutôt les considérer comme un modèle intégratif où l'impact de

chacun dépend de la présence ou de l'absence de l'autre (Walter, 2000). Ces nombreux travaux établissent des liens entre les pertes précoces pendant l'enfance et l'adolescence et le comportement suicidaire. De même, l'exposition précoce aux idées suicidaires ou le décès d'un parent par suicide est un facteur de risque. Les violences lors de l'enfance augmentent le risque suicidaire à l'âge adulte, notamment les abus sexuels, surtout si l'agresseur est issu du cercle familial. « *Les études biographiques de suicidants mettent en évidence que les facteurs traumatiques (...) n'y prédisposent que s'ils résultent d'une rencontre entre un événement, une histoire et une personnalité vulnérable (Lebovici et Soulé 1989 ; Raynaud, 1998)* » (Danet et Morasz, 2008, p. 14).

La personnalité des suicidants, telle qu'elle est décrite par les études, souligne, en termes d'éléments psychopathologiques, une vulnérabilité de l'appareil psychique pour tenir son rôle d'adaptation au double registre de ses besoins et de ses désirs et de la pression de l'environnement. Les suicidants fonctionnent donc en majorité sur un mode limite. On note des défaillances des mécanismes participant au travail d'élaboration et de contenance psychique. Aussi, il existe une fragilité narcissique induite par des carences précoces (Jeammet, 2000). L'impulsivité, la psychopathie, les tendances antisociales et les conduites addictives constituent un risque. Il existe une corrélation entre trouble de la personnalité et crise suicidaire. Selon le résumé de Danet et Morasz (2008), l'organisation psychique des suicidants se caractérise par :

- Une moindre capacité de l'appareil psychique à répondre aux traumatismes extérieurs et aux émergences internes.
- Une potentialité désorganisante du fantasme inconscient.
- Une difficulté à supporter et organiser la régression.
- Un manque d'efficacité du travail du préconscient.
- Un faible recours à la sublimation.
- Peu de fixations anales.
- Un rôle peu organisateur de l'Œdipe inversé.
- Une difficulté d'élaboration de l'homosexualité psychique.
- Une faiblesse de l'organisation œdipienne elle-même.
- Une difficulté à se représenter dans la continuité.
- Une non-figurabilité du conflit psychique.
- Un mode préférentiel des mécanismes de défense dans le sens de l'externalisation des conflits (évitement, projection, clivage, déni).
- Une faiblesse du travail d'élaboration et de la contenance psychique.

- Une fréquence du recours à des positions exhibitionnistes.
- Une vulnérabilité narcissique particulière.
- Des troubles dans l'organisation et la cohésion de l'image de soi (mésestime de soi, insécurité interne, manque de confiance en soi et dans les autres).

Vu les fragilités des suicidants potentiels, les relations recouvrent chez eux des enjeux particuliers : elles sont supposées assumer le soutien narcissique défaillant à l'interne ; paradoxalement, cette défaillance interne fragilise la relation sur laquelle la personne peut s'étayer. Par conséquent, les relations constituent en même temps une éventuelle source d'excitation et de déceptions désétayantes. « *La faiblesse du filtre narcissique et des limites du moi nourrit l'éclat des investissements objectaux et leur apporte une tonalité chaotique et passionnelle. Les relations conduisent à des fantasmes d'intrusion et des mécanismes psychiques d'incorporation, qui réveillent des phénomènes cryptiques favorisant le passage à l'acte* » (Danet et Morasz, 2008, p. 15).

Pour résumer, des facteurs de risques endogènes (la tonalité biographique traumatique de l'enfance et de l'adolescence, des éléments de personnalité impliquant une fragilité psychique et des relations particulières) et exogènes (un contexte global de défaillance des étayages sociaux et familiaux) prédisposent aux conduites suicidaires. L'on peut alors comprendre Moron (2000) qui avance que la crise suicidaire s'inscrit dans une tension dynamique entre deux pôles dialectiques : l'individu et le groupe.

Malgré leur intérêt, ces nouvelles conceptions s'appliquent à leur tour à classer et structurer les divers aspects du phénomène suicidaire (en facteurs de risque, tableaux cliniques prédominants, étapes de la crise) et restent donc descriptives.

## CHAPITRE 2 : APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DE L'ACTE SUICIDAIRE

Le suicide n'est pas un concept ou une entité psychanalytique. L'étudier sous l'angle de la psychanalyse amène à constater que les repères font défaut et que l'acte suicidaire est difficilement situable au sein des grandes affections ou structures du champ analytique. En effet, le suicide ne désigne pas un processus pathologique et peut se produire sur n'importe quel terrain psychique (sauf celui de la névrose obsessionnelle, selon le postulat de Freud). Par ailleurs, il peut paraître paradoxal de ramener le suicide au jeu pulsionnel, puisque Freud a bien souligné que la pulsion ignore la mort, et que sa poussée est constante et quasiment indestructible. Non seulement nous ne pouvons pas nous représenter notre propre mort, mais en plus rien dans l'inconscient ne favorise la croyance à la mort, puisque, dans l'Inconscient, la négation n'a pas lieu d'être et la mort est « un concept abstrait au contenu négatif ».

Par conséquent, en psychanalyse, l'acte suicidaire recoupe une multitude de concepts. Il peut être entendu dans la dimension du meurtre (comme le suggère la définition étymologique), dans celle de la mort dans l'économie psychique (le trauma), dans la perspective de l'ombre de l'objet et du surmoi destructeur avec ce que cela implique dans la différenciation moi/non-moi. On peut également l'envisager sous le volet de l'acte, de la destructivité et de la déliaison. Par ailleurs, on ne peut situer le suicide sans équivoque entre l'acte et le symptôme. En tant que symptôme, il serait le résultat d'un processus psychique déterminé pouvant être interprété (appel, par exemple). Le considérer comme un acte, c'est admettre qu'il s'impose comme expression du sujet au-delà même du sens. La tentative de suicide ne peut néanmoins pas être considérée comme un symptôme comme un autre parce qu'elle met en jeu la vie. En effet, au-delà de tout bénéfice secondaire ou compromis, la mort y est toujours en question. L'acte suicidaire apparaît donc comme un *acte symptomatique*. Les différents axes auxquels il renvoie interrogent cependant les identifications, en lien avec l'identité, l'édifice narcissique, la formation du Moi et des autres instances telles que le surmoi et de l'idéal du moi.

Même s'il n'y a pas énormément d'écrits principalement consacrés au suicide, cette question s'est posée très tôt dans la pensée freudienne. Ainsi, si Freud n'a pas consacré d'article spécialement à la question du suicide, les références à l'idée de la mort dans l'économie psychique ne manquent pas. Selon Daumézil (2002), c'est en 1897, dans une lettre

à Fliess que Freud prévoyait déjà les directions de sa recherche autour de l'agressivité, de l'œdipe et des mécanismes permettant de comprendre le cheminement suicidaire. Sa réflexion autour de la mort culmine en 1917 dans *Deuil et Mélancolie* et en 1920 avec l'invention du concept de pulsion de mort. Mais dès les premiers écrits, ces questions sont formulées et reprises plus tard dans *Métapsychologie*, *Le moi et le ça*, *Le Problème économique du masochisme*. En plus de *Deuil et mélancolie*, Freud a traité spécifiquement du suicide dans *Genèse d'un cas d'homosexualité féminine* sur un autre mode que celui de la mélancolie. En introduisant la pulsion de mort, Freud ne fait pas la moindre référence au suicide, ce qui est assez surprenant car ce concept est un point de départ solide à l'étude de cette question. Sans se référer aux actes suicidaires, Freud met toutefois en question la destructivité.

De nombreux autres psychanalystes se sont intéressés à la question des actes suicidaires, même si le sujet n'est pas traité spécifiquement. En France, les positions sont longtemps restées dans la lignée des conceptions de *Deuil et mélancolie* en introduisant toutefois l'étiologie narcissique (Grunberger, 1971) ; mais le champ reste longtemps englobé dans le processus mélancolique, comme un vague symptôme difficile à analyser en soi (Olindo-Weber, 1991). Puis, des auteurs comme Rolland et Quenard (1982) décrivent, outre le processus mélancolique, des tentatives de suicide sous-tendues par une base pulsionnelle différente où c'est la tendance suicidaire qui crée la désorganisation narcissique pouvant être suivie par la mort. Les points de vue peuvent donc se classer en deux époques. Ceux qui suivent l'axe de la mélancolie, où le suicide n'est donc qu'un symptôme de cette entité nosographique et n'est pas considéré comme une entité. Ceux où le suicide existe dans plusieurs structures au-delà de la mélancolie et selon lesquels ce sont les questions du narcissisme et des identifications qui sont principalement en jeu. Les deux positions théoriques majeures sont : celle qui concerne le narcissisme, le moi carenciel et les effets destructifs de la mort et celle où prédominent pulsion de mort et désintrinsication pulsionnelle plutôt que le conflit.

Dans ce chapitre sur la pensée psychanalytique et les actes suicidaires, j'ai choisi de suivre dans un premier temps l'œuvre freudienne et ce qu'elle met en avant concernant les actes suicidaires. Ensuite, je présenterai quelques psychanalystes et leur manière d'appréhender le suicide.

## **2.1 Suicide et tentative de suicide à travers l'œuvre freudienne**

Il existe des références éparses dans l'écriture de Freud à la question des actes suicidaires. De manière chronologique, en 1897, il y fait référence dans le manuscrit N., dans

une lettre à Fliess. Ce manuscrit est repris plus tard dans *Deuil et mélancolie*. En dehors même de ses correspondances, le premier pan théorique freudien comprend de nombreuses références au suicide. En 1901, dans la *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Freud analyse les rapports entre actes manqués, accidents inopinés, suicide et désirs inconscients. Il conclut que le conflit psychique peut mener au suicide. Il est important d'avoir à l'esprit que l'entreprise de Freud à cette époque est de mettre en exergue l'existence d'une réalité psychique inconsciente dans les actes quotidiens plutôt que de faire une analyse précise des actes suicidaires. C'est pourquoi le suicide est alors présenté comme un symptôme issu de la conflictualité inconsciente au même titre que les actes manqués. En 1905, dans le cas Dora<sup>17</sup>, et en écho à la lettre à Fliess, il évoque rapidement l'idée d'un retournement de l'agressivité contre le Moi dans le geste suicidaire. En 1909, dans *L'Homme aux rats*, l'acte suicidaire est lié au désir de meurtre issu des fantasmes inconscients et désirs incestueux. En 1910, se tiennent des débats à la Société Psychanalytique de Vienne sur le suicide des jeunes lycéens. En 1915, dans ses réflexions sur la guerre et la mort, Freud introduit l'idée d'une pulsion meurtrière, mais, surtout, il renforce l'idée qu'il n'y a pas dans la psyché de représentation de notre propre mort. Ses réflexions complexifient l'idée d'une recherche de mort volontaire puisqu'il met en avant que la mort propre est irréprésentable dans l'inconscient. De 1915 à 1917, la pensée freudienne autour de *Deuil et la mélancolie* met en avant les enjeux de l'identification narcissique et du meurtre d'objet dans l'acte suicidaire (par retournement sur soi d'une agressivité destinée à l'objet).

Les écrits qui suivent ressortent d'un deuxième pan théorique de Freud : un bouleversement de ses premières idées le conduit à reconsidérer sa première théorie de l'appareil psychique. En 1919, dans *L'Inquiétant*, il aborde le suicide de Nathanaël et met en avant la notion de répétition. En 1920, il analyse la tentative de suicide d'une jeune homosexuelle comme venant des identifications issues de la libido déçue, d'une autopunition en même temps qu'un accomplissement de désir. La même année, il souligne la limite de son principe de plaisir-déplaisir<sup>18</sup>. Ceci entraîne l'introduction de la notion de pulsion de mort, qui conduit au renouvellement de sa conception du fonctionnement de l'appareil psychique ; ce

---

<sup>17</sup> Dora est une patiente de Freud qui lui permet de découvrir et d'avancer sur les notions de transfert de manière principale. Elle a été amenée en cure par ses parents, avec lesquels elle ne s'entendait pas, effrayés par une lettre qu'elle avait laissée sur son bureau où elle manifestait le désir de se suicider.

<sup>18</sup> Principe fondamental dans la régulation de la vie psychique selon la première théorie pulsionnelle de Freud. Selon ce principe, la psyché sélectionne et retient le plaisir alors que toute source de déplaisir est évacuée et/ou déchargée. Le plaisir est entendu ici comme la baisse de tension tandis que le déplaisir est considéré comme l'augmentation des tensions.

renouvellement théorique est appelé « deuxième topique ». En 1933, la pulsion de mort est divisée en destruction (interne) et agressivité (externe).

Suivons les deux axes principaux du développement de la pensée de Freud sur le suicide : celui de la première topique et celui des textes qui ont conduit à la seconde théorie des pulsions.

### **2.1.1 Premières conceptions psychanalytiques sur le suicide**

Plusieurs étapes guident la pensée de Freud dans le déploiement de sa première théorie des pulsions et les correspondances et écrits entre 1883 et 1916. Très tôt apparaissent les prémices de la pensée homicide contenue dans le suicide. Déjà, en 1883, Freud écrit une lettre à Marta Bernays, sa femme, à propos du suicide de son ami Weiss. Il y évoque le caractère homicide du suicide (idée qui reviendra dans sa théorisation sur la mélancolie). Dans « Le manuscrit N. » du 31 mai 1897, dans la lettre à Fliess, on trouve aussi quelques élaborations théoriques que Freud reprend dans son travail ultérieur. Il y discute du désir de mort contre les parents et en arrive à une démonstration sur le suicide. Le suicide serait, dans son argument, construit sur une rivalité œdipienne par identification au rival. Dans l'œuvre de Goethe, le suicide de Werther avec l'arme de son rival permet d'avancer que le désir suicidaire se trouve intriqué à celui de voir disparaître son rival, ce qui équivaut à une situation œdipienne. Cette idée d'une séparation non supportable qui active la perte est développée dans *Deuil et mélancolie*.

Outre ce que l'on trouve dans ses correspondances, les débats sur le suicide à l'école et les arguments dans l'étude de la mélancolie sont les plus représentatifs de la pensée de Freud sur le suicide dans le cadre de la première topique (ou première théorie de l'appareil psychique).

#### ***Les premiers débats : suicide et école***

En 1910, deux séances de travail de la Société Psychanalytique de Vienne sont consacrées à la question du suicide des jeunes lycéens (celles du 20 et 27 avril 1910). Le contexte de cette discussion n'est pas anodin : une sorte de « contagion », d'« épidémie » ou de vague suicidaire des jeunes. Freud, qui introduit les échanges, met déjà en garde contre toute inclinaison facile à accuser les structures-lycées d'être en cause dans ces actes. Il avance l'idée que, plus encore que d'empêcher le suicide, il s'agit de donner aux jeunes « du plaisir de vivre et leur offrir un soutien ». Ce soutien s'avère d'autant plus important, rappelle Freud, que ces jeunes sont à un moment de leur développement où il s'agit de « *relâcher leurs liens avec la maison parentale et leur famille* » (Freud, 1910, p. 77). Freud insiste donc sur le fait



qu'il est certes important de situer les causes de ce qui « pousse » ainsi à des actes autodestructeurs, mais qu'il est tout aussi crucial de savoir ce qu'il en est du plaisir-désir de vivre de ces jeunes, ce à un moment de leur construction où est important l'éveil à « *l'intérêt pour la vie au dehors, dans le monde* » (en dehors de leur famille).

Cette discussion préliminaire cible déjà une catégorie d'âge : les élèves, les jeunes. Je me demande si, à cette époque, la catégorie d'âge désignée par *les personnes allant au lycée ou poursuivant un apprentissage*, fait référence à la notion d'adolescence ou si elle est plus proche de celle des jeunes adultes que j'étudie dans le cadre de cette recherche. Je penche pour la deuxième hypothèse. L'idée introductive de Freud d'un moment de « séparation » et d'intégration dans la société et la culture peut être mise en lien avec ses derniers écrits sur *L'Homme Moïse et la religion monothéiste* (1939) où il décrit les processus de renoncement pulsionnels qui se substituent au désir parricide et fondent le pacte social.

Après les avertissements préliminaires qui ouvrent les séances de travail, le suicide apparaît, dans les premières discussions, comme une victoire des pulsions sexuelles<sup>19</sup>. On ne se suiciderait donc que par amour ou du fait de l'amour. En effet, dans la cadre de la première topique, il y a une opposition entre pulsions d'autoconservation (ou du moi) et pulsions sexuelles ou libido. Cette pulsion sexuelle, inconciliable avec l'organisation du moi, déborde l'intérêt de l'individu. L'exercice de la pulsion sexuelle, qui ne se soucie pas des intérêts de l'individu, est donc parfois menaçant pour la vie (en danger ou suppression). Non qu'elle vise la mort comme objet ou comme but, mais elle est peu soucieuse des intérêts du moi et de sa conservation. C'est dans ce contexte que le suicide apparaît comme un accident malencontreux de la poursuite de la satisfaction sexuelle. Postuler la victoire de la pulsion sexuelle ne peut se faire qu'en éclairant la défaite des pulsions du moi ou d'autoconservation. D'où la question que pose Freud en 1910 : comment et dans quelles conditions la pulsion d'autoconservation peut-elle être ainsi surmontée ? À quel moment est possible cette victoire

---

<sup>19</sup> La pulsion représente en psychanalyse l'élément de base qui met en mouvement la vie psychique ; c'est un processus dynamique qui a pour source initiale les excitations corporelles qui prennent une valeur psychique de tension ou excitation. Il s'agit donc d'un état vectorisé de l'excitation organisé vers un but et qui se caractérise par une poussée directionnelle. Deux principaux couples antagonistes de pulsions sont identifiés : pulsion sexuelle/pulsion d'autoconservation (ou du moi) et pulsion de vie/pulsion de mort. Pour comprendre la notion de pulsion sexuelle, il faut déjà rappeler qu'en psychanalyse, reproduction et sexualité sont dissociées. La notion de sexualité est à comprendre dans une acception plus large que la sexualité génitale adulte à qui on se réfère par l'utilisation commune du terme sexualité. La pulsion sexuelle est donc l'élément psychique de base qui organise les activités vers la recherche d'une satisfaction et non l'assouvissement d'un besoin vital. Par exemple, être nourri relève d'un besoin vital qui est en lien avec les pulsions d'autoconservation. Par contre, la recherche de l'apaisement que procure l'alimentation, ceci sans aucune sensation de faim mais pour le plaisir, relève de la pulsion sexuelle. Cet exemple permet de comprendre que la pulsion sexuelle se greffe progressivement sur celle d'autoconservation. (Ainsi l'enfant sucera son pouce non pas par un besoin vital alimentaire mais pour sa seule satisfaction. C'est donc une activité dont la base pulsionnelle sous-jacente relève des pulsions sexuelles et non de celle d'autoconservation.)

et comment concevoir que le conflit psychique mène au dénouement via un acte suicidaire en lieu et place de la production d'un symptôme qui est défini, selon le référentiel analytique, comme le compromis trouvé à un conflit interne ? Dans sa discussion, Freud avance deux pistes à investiguer pour comprendre la victoire des pulsions sexuelles. Cette victoire serait-elle due à une libido déçue ou alors faut-il admettre en plus « *un renoncement du moi à son affirmation à partir de motifs propres du moi* » ? Face à ces questions complexes, Freud conclut la discussion des séances de travail en soulignant l'énigme qui demeure dans la compréhension du suicide. Il fait l'hypothèse que l'étude des mécanismes de deuil et de la mélancolie est un jalon pour accéder à une compréhension psychodynamique ultérieure des tentatives de suicide et il rappelle l'importance de l'expérience clinique.

En d'autres termes, la question de savoir comment interpréter le suicide le met face à une impasse : le suicide est-il une réaction du moi au pouvoir supérieur de la libido ou faut-il admettre l'existence d'un suicide qui provienne exclusivement du Moi (ce qui relève plus de la théorisation ultérieure de la deuxième topique) ? L'idée qu'on ne se suiciderait que par amour sera donc progressivement revue au fil des avancées théoriques. En 1925, l'étude du masochisme se termine par la conclusion suivante : « *même l'autoconservation de la personne ne peut se produire sans satisfaction libidinale* ». La deuxième piste qui serait propre au Moi implique un changement de point de vue en ce qui le concerne. En effet, **elle implique d'arrêter de ne voir dans le Moi que le gardien de la vie et le support univoque, solide et permanent de l'autoconservation**. Il faut le concevoir comme une instance complexe, plus ou moins divisée ; comme une instance acquise et donc précaire ou susceptible de se défaire, voire de s'autodétruire à partir de « motifs propres ». Pour comprendre cela, il y a lieu de savoir comment se construit le Moi pour en arriver à consentir à son autodestruction.

### ***Suicide et mélancolie***

Le texte *Deuil et mélancolie* marque un tournant important dans l'œuvre freudienne. C'est un des rares textes où la question du suicide est soumise à une tentative d'explication psychopathologique. La thèse et la problématique majeures du texte concernent le mécanisme inconscient de la mélancolie. Freud avance que ce mécanisme est, en homologie avec le phénomène normal du deuil, la réaction à une perte d'objet du sujet (perte qui peut être manifeste et donc consciente ou insue du sujet). Ce mécanisme procéderait d'une identification à l'objet perdu ouvrant une faille narcissique et révélant un défaut d'investissement d'objet.

Même si le développement sur le suicide n'est pas central<sup>20</sup>, il n'empêche que ce texte a laissé de nombreuses traces dans les conceptions et les pistes de recherche sur le sujet. Il a, entre autres, posé le caractère homicide dans le suicide, l'agressivité (retournement sur soi d'une impulsion meurtrière contre autrui) et l'identification du sujet à un objet. À l'issue de l'étude de ce texte la question qui se pose est : le suicide est-il bien le meurtre de soi-même (puisque l'on retourne sur soi le désir de s'en prendre à quelqu'un d'autre) ?

Dans cet écrit, Freud s'interroge sur les réactions de l'individu à une perte réelle, à une déception de la part d'une personne aimée, ou à la perte d'un idéal. Certaines personnes réagissent par un affect de deuil qui peut être surmonté après un certain temps, tandis que d'autres sombrent dans un état dépressif.

Le deuil normal et le deuil pathologique ont en commun une inhibition et une absence d'intérêt qui peuvent être expliquées par le travail du deuil qui absorbe le moi. Mais, dans la mélancolie, il y a quelque chose de plus. Freud remarque que la mélancolie se caractérise par la diminution extraordinaire du sentiment d'estime du moi : « *Dans le deuil le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie c'est le moi lui-même* » (1915, p. 266). Au-delà de la mauvaise estime de soi non retrouvée dans le deuil, dans la mélancolie, la référence à la perte implique que l'objet perdu corresponde au moi du sujet, d'où les auto-reproches et l'attente de punition qui remplacent les reproches et l'agressivité envers l'objet perdu. Freud parle d'un tableau de « délire de petitesse » pour qualifier cette fissure du moi et cette perte intérieure. Dans le deuil pathologique, l'aversion du malade à l'égard de son propre moi vient au premier plan sous forme d'auto-reproches et de dévalorisation de soi. Ces auto-accusations peuvent aller jusqu'à l'attente délirante d'un châtement.

Freud comprend que les auto-accusations manifestes sont des hétéro-accusations latentes dirigées contre une personne importante « perdue » : « *leurs plaintes sont des plaintes portées contre*<sup>21</sup> ». La structure langagière particulière des auto-accusations renverrait donc à l'organisation du conflit interne du mélancolique. Freud passe alors en revue les éléments impliqués. Il décrit successivement l'introjection orale de l'objet perdu, l'identification à celui-ci par régression de l'amour au narcissisme, le retournement contre le sujet lui-même de la haine destinée à l'objet.

Par conséquent, dans la mélancolie, le suicide (ou le meurtre de soi) est donc le meurtre de l'autre (en soi). La violence s'adresse à un objet auquel le sujet s'est identifié.

---

<sup>20</sup> Même dans *Deuil et Mélancolie* où Freud a traité directement la question du suicide, il y a plus de descriptions de l'autodépréciation que des causes du suicide.

<sup>21</sup> Il joue sur la condensation entre les mots *Klagen* (plaintes dans le sens « se plaindre ») et *Anklagen* (ancien terme juridique qui signifie « porter plainte contre quelqu'un »).

Freud contribue à remettre l'accent sur le caractère homicide et meurtrier du suicide, qui se trouvait en quelque sorte enfoui dans le néologisme « suicide » de 1734. Ce caractère homicide et meurtrier avait été également en partie recouvert par la transition d'une acception criminologique à une conception victimologique du suicide. En effet, Freud décrit le suicide comme un meurtre transposé, déplacé et substitutif, un retournement de la haine et de l'hostilité, un meurtre réfléchi, conforme à l'étymologie latine sui-cidium (Garré, 2003). « *Nul n'éprouve de vellétés de suicide qui ne soient une impulsion au meurtre retournée contre soi-même* » (Garré, 2003, p. 19).

Cette théorie du retournement de l'agressivité est le point de départ de la construction théorique aboutissant à la pulsion de mort. Une série de travaux va y mener. En effet, au fur et à mesure des avancées théoriques, l'agressivité renverra non seulement à la haine liée à la séparation d'avec l'objet ou à l'agressivité œdipienne, la culpabilité et l'angoisse de castration qu'elle suscite, mais aussi à l'agressivité primaire (au sens des premiers mouvements d'agressivité vitale). Avant de présenter la série de travaux conduisant à la pulsion de mort, je vais conclure sur les premières conceptions de Freud et ce qu'elles mettent en avant.

### ***Conclusion des premières conceptions freudiennes : retournement, objet et différenciation***

Avant le tournant de 1920, dans la pensée freudienne, la mort apparaît comme ombre de l'objet. La mort de soi ou en soi viendrait d'un retour sur soi et serait issue du meurtre ou de la perte. Ce retournement est l'impasse de la mélancolie et du narcissisme de cette position mélancolique. Les conduites suicidaires ouvrent donc à la question du meurtre. Certes, la mélancolie confronte à la perte radicale de l'objet et au deuil alors inévitable, mais, au-delà de ça, elle ouvre à la question de la mise à l'intérieur de soi de cet objet, du rapport à l'objet disparu. Avec cette conception, on peut penser la mort comme différence/indifférenciation. Quand cette ombre tombe sur le moi, la menace est de se superposer à lui dans une confusion, une indifférenciation narcissique primaire. Il y a un risque de disparition de la différence moi/non-moi et donc de tous les systèmes de différenciation du moi. Ainsi, il apparaît que la forme de mort de soi est consécutive à la perte de la différence avec l'objet. Elle peut donc relever de l'indifférenciation, de l'interdit non advenu, ou détourné.

### **2.1.2 Bouversements théoriques vers la seconde topique et actes suicidaires**

Intéressons-nous maintenant à la série de travaux sur le suicide qui a abouti à la construction théorique de la pulsion de mort.

De 1916 jusqu'à 1920, les publications de Freud mettent en évidence certaines limites de la première théorie des pulsions et l'amènent à une théorisation du pulsionnel de mort. L'étude de Nathanaël dans le conte de « L'homme au sable » et celle de la jeune homosexuelle peuvent servir d'illustrations au tournant marqué par le texte *Au-delà du principe de plaisir* où Freud reconsidère sa première théorie des pulsions.

### **2.1.2.1 L'étude de cas de Nathanaël**

Freud publie en 1919 *L'Inquiétant*. Dans cet essai, Freud commente la nouvelle de Hoffman, « L'homme au sable » et plus particulièrement le suicide de Nathanaël. Nathanaël rencontre l'homme au sable à trois reprises. Il est effrayé à chaque fois mais c'est à la troisième rencontre qu'il se jette du haut d'une tour et se fracasse le crâne. Pourquoi Nathanaël ne se suicide-t-il qu'à la troisième rencontre et non à la première ou à la deuxième ?

Dans ce cas, Freud repère deux types de répétition (notion annonciatrice de la pulsion de mort) : les signifiants (les yeux) et l'identification à l'autre séparé en bon et mauvais objet. Les signifiants représentent des substituts de l'angoisse de castration et sont en relation avec le désir intime de mort du père refoulé. Dans le déroulé, le suicide apparaît à la troisième rencontre, en raison, selon Freud, de la répétition du même. Ce texte éclaire la clinique des actes suicidaires à partir de notions fondamentales comme le retour du même, la répétition, la question du regard et de la pulsion scopique (qui renvoie au plaisir de regarder). Le regard de l'autre ferait exister le sujet. Cela soulève la question du narcissisme, des assises narcissiques, de la nature de l'investissement de l'autre et des relations parents-enfants permettant d'avoir une image positive de soi. L'on pourrait par extension interroger le « pacte narcissique » (en référence aux concepts de pacte narcissique et pacte dénégatif de Kaës (2009) dans son travail sur *Les Alliances inconscientes*). Le pacte narcissique maintient une reconnaissance de soi par l'altérité qui fonde une continuité et donc une assurance sur sa propre existence.

### **2.1.2.2 La jeune homosexuelle**

Le cas de tentative de suicide analysé par Freud en détail concerne une jeune fille qui serait devenue homosexuelle suite à une déception dans sa forte fixation au père et au moment de la naissance de son petit frère. L'acte suicidaire a lieu après qu'elle a essuyé un regard furieux du père qu'elle ne cessait de provoquer en s'affichant en compagnie de la « dame de son cœur ». La démarche de cure n'est pas volontaire (comme dans le cas de Dora), ce qui permet déjà de noter que la demande de suivi psychothérapeutique, après une tentative de

suicide, n'est pas explicitement obtenue. C'est la demande de quelqu'un d'autre, ici les parents, qui a initié la démarche.

Il ressort que l'origine de la tentative de suicide serait le complexe d'Œdipe et le désir d'avoir un enfant du père. La déception de la jeune fille devant la grossesse de sa mère a entraîné un renversement total de sa position subjective : elle s'identifie au père. Freud retrouve les arguments développés dans la mélancolie : l'idée que « *personne ne trouve l'énergie psychique pour se tuer si premièrement il ne tue pas du même coup un objet avec lequel il s'est identifié, et deuxièmement ne retourne par-là contre lui-même un désir de mort qui était dirigé contre une autre personne* » (Freud, 1920b, p. 261). Pour Freud, ce n'est pas la contrainte sociale ou le fait de se trouver dans une impasse qui pousse au suicide mais l'identification.

La thèse de l'identification est maintenue, mais elle semble différente de celle postulée dans la mélancolie. Cet argument est complété par d'autres déterminants : autopunition, réalisation d'un désir œdipien, identification au regard de l'autre (regard du père)... La perspective est donc que l'identification reste le mécanisme du suicide, que le suicide est un meurtre, mais que ce meurtre ne suppose pas systématiquement une aliénation mélancolique (Rouan, Pedinielli et Gimenez, 2000). En effet, l'acte s'entend comme résultant d'une contre-agressivité et d'un retournement de l'agressivité sur elle. Mais une nouvelle idée s'ajoute : l'acte serait à la fois l'accomplissement d'une punition (auto-punition) et l'accomplissement d'un désir. Il a valeur de symptôme. La notion de punition est développée dans *Totem et Tabou*. Freud y écrit : « *Les impulsions suicidaires de nos névrosés se révèlent régulièrement être des autopunitions pour des désirs de mort dirigés contre autrui* » (Freud, 1912, p. 374).

Toutefois, dans l'analyse de la tentative de suicide de la jeune homosexuelle, l'éclaircissement n'a porté que sur ce qui pouvait être interprété et réductible au symptôme comme accomplissement de désir. Le caractère même de l'acte garde encore son mystère. Malgré les bénéfices secondaires, Freud ne manque pas de souligner le sérieux de l'acte. En effet, en retenant de cette tentative de suicide que le désir sexuel majeur est réalisé par le biais de l'acte (« accoucher de son père »), Freud reste dans l'idée que cet acte constitue un triomphe de la pulsion sexuelle sur la vie. Mais s'il y a dans ce cas satisfaction sexuelle entraînant à cette occasion la mort, c'est qu'il n'y a pas eu interdiction de se la donner. Cette victoire pose la question des pulsions d'autoconservation qui sont censées veiller aux intérêts de la vie, contrairement à la pulsion sexuelle. Comment donc concevoir que la pulsion de vie soit ainsi surmontée ? Pourquoi le moi en pareil cas semble ne pas opposer de défenses ? Qu'est-ce qui fait croire que la résolution sexuelle se réalise sans résistance avec un caractère

radical qui va au-delà de tout compromis ? Le dilemme déjà évoqué par les premières discussions sur le suicide se retrouve ici : *est-il dû à une libido déçue ou alors faut-il admettre en plus « un renoncement du moi à son affirmation à partir de motifs propres du moi » ?* On voit ici se profiler des changements de vue sur le moi ainsi que sur la théorie des pulsions. Les développements de la seconde topique éclairciront les principes et processus de constitution du Moi.

### ***Conclusion des conceptions freudiennes liées au bouleversement théorique : identifications, désirs œdipiens et autopunition***

Pour résumer les textes qui président au bouleversement théorique de Freud, leur thèse centrale reste la question de l'identification, mais elle est élargie. Il ne s'agit plus seulement d'une indifférenciation avec l'objet par identification narcissique avec un retournement sur soi de l'agressivité initialement destinée à l'objet. Les identifications s'ouvrent aux identifications œdipiennes avec donc tous les désirs incestueux ; ces désirs peuvent être potentiellement réalisés donnant à l'acte sa signification de symptôme (au sens de compromis). Toutefois, même en partie réalisés, il semble qu'acte suicidaire fait office en même temps de punition face à ces désirs. La nouveauté de ce pan théorique est également la question de la répétition qui est clairement en lien avec le tournant théorique. Dans la suite, les réflexions de Freud sur le suicide sont accompagnées par le constat d'insuffisance et d'inadéquation des explications théoriques pour ce qui est de l'autodestruction et du suicide. En effet, selon que l'on se place du côté de l'étude de la mélancolie ou de celle de 1920 sur *La Genèse d'un cas d'homosexualité*, ses vues sur le suicide sont différentes. Soit il y a accomplissement d'un acte auto-meurtrier avec une série de motions sadiques envers les imagos parentales, soit l'intention de mort est exclue, au profit de l'accomplissement d'un désir. L'évolution et les remaniements de sa théorie pulsionnelle ne font que complexifier une conception cohérente de la question.

### **2.1.3 « Au-delà du principe de plaisir » : pulsion de mort et destructivité**

Ce texte marque un changement de perspective dans la manière dont Freud envisage le fonctionnement psychique. Le modèle du « principe de plaisir-déplaisir », qui impose à l'appareil psychique la décharge automatique des excitations qui s'accumulent jusqu'à un certain seuil déplaisant, ne semble pas être le seul principe régulant l'appareil psychique. En effet, le déplaisir n'est pas systématiquement évité dans le fonctionnement psychique. La pratique clinique contredit le principe de plaisir car certains patients ne supportent pas d'être soulagés de leurs symptômes et rechutent ; d'autres reproduisent de manière compulsive des

expériences traumatiques pourtant sources de souffrances. Aussi, comment expliquer le masochisme ou le sadisme ? D'où vient la destructivité des patients ? Freud se rend compte de l'existence d'un au-delà de ce principe de plaisir. Devant la compulsion de répétition, les résistances dans les cures, le jeu du For-da, Freud introduit le concept de pulsion de mort qu'il nomme d'emblée pulsion de destruction. Puis il insiste sur l'importance de cette pulsion de destruction (une agression non érotique et une destructivité qu'il pense universelles). À partir de 1923, l'expression pulsion de mort est réservée la destructivité interne tandis que celle de pulsion d'agression ou de destruction est réservée à cette pulsion lorsqu'elle est défléchie vers l'extérieur. La pulsion de mort manifeste une tendance à la réduction des tensions appelée le principe de nirvana. Ce retour vers l'état organique, la mort, rend compte de la compulsion de répétition de la vie psychique ; cette tendance se place dans un au-delà du principe de plaisir. Cette tendance est plus originaire, élémentaire et pulsionnelle que le principe de plaisir. Elle pousse à la déliaison et à la séparation et elle est aussi considérée par Freud comme pulsion d'emprise et volonté de puissance.

L'hypothèse de Freud dans *Au-delà du principe de plaisir* est que le fonctionnement psychique de l'individu est régi par un conflit plus élémentaire et fondamental que le principe de plaisir : celui entre une pulsion de vie (dont fait partie la libido) et une pulsion de mort ou de destruction. Freud révisé deux de ses deux postulats. Le premier concerne le lien déplaisir-excès de tension non déchargeable ni refoulable. La compulsion de répétition permet à Freud de montrer qu'il existe un au-delà du principe de plaisir. Il reconnaît l'existence des tensions plaisantes et des détente déplaisantes (en 1924), ce qui signifie que la qualité pose un problème indépendant de la quantité. Un autre remaniement théorique de Freud concerne la pulsion sexuelle : opposées autrefois à celle d'autoconservation, les pulsions sexuelles sont prises plus largement dans les pulsions de vie et n'obéissent pas seulement comme auparavant au principe de plaisir mais agissent comme pulsion de vie et donc comme des forces de liaison. Ce sont les pulsions d'agression qui y sont opposées, car leur but est la destruction. C'est, en d'autres termes, la pulsion de mort (retour à l'inorganique).

De nombreux changements théoriques ont eu lieu, notamment en 1923, avec le texte *Le Moi et le ça*, qui présente la deuxième topique ou théorie de fonctionnement de l'appareil psychique. On passe de l'Inconscient au Ça (où il n'y a pas de représentations, même inconscientes). La motion pulsionnelle, élément fondamental du psychisme, est considérée dans le dualisme pulsion de vie-pulsion de mort ; dualisme qui implique une tension ou une décharge. Le moi prend plus d'importance dans la théorisation. Il représente



l'instance régulatrice entre les motions du Ça, ses exigences et la réalité. Le surmoi, nouvel élément du système, est produit par un clivage dans le Moi. Il comprend aussi l'Idéal du Moi. Le Surmoi est constitué par identification au Surmoi parental.

D'autres refondations et avancées succèdent au texte de 1920. En effet, après *Au-delà du principe de plaisir*, dans *Psychologie des masses*, on voit se dessiner chez Freud le souci de s'occuper des phénomènes de groupes et de la pensée collective et aussi du rôle de l'autre dans la vie psychique. Freud rappelle que le travail, l'action de la pulsion va au-delà d'une approche strictement individuelle ou familiale (Œdipe) ; pour cette raison, dès 1929, 1930 il travaillera dans *Malaise dans la culture* sur les fonctions du groupe et les effets intersubjectifs de la construction psychique. La culture apparaît fondée sur un renoncement pulsionnel, raison pour laquelle Freud y voit un domaine électif de la pulsion de mort. En effet, parce que le renoncement implique une réaction de protestation, la culture permet d'observer les effets les plus destructeurs de la pulsion de mort.

« *L'œuvre de Freud se clôt donc sur le parricide de Moïse mais, chose étrange, Freud nous délivre ici un ultime message où se trouvent conjoints ce qu'on peut rapporter aux effets de la pulsion de mort sur les plans individuels et collectifs, mais il ne dit pas un mot à ce sujet [suicide]. Il passe ce concept sous silence* » (Green, 2010, p. 54).

À l'issue de ce parcours retraçant les indications chronologiques importantes mais dispersées de Freud sur la question du suicide, il ressort que ses questionnements concernent notamment le moi (en tant qu'instance de la seconde topique) et sa construction, ainsi que les identifications. Aussi, il apparaît que la première topique est liée à des questions et des textes directs sur les actes suicidaires, ce qui n'est pas le cas après le tournant des années 1920. C'est pourtant ce tournant et la deuxième topique (ou deuxième théorie du fonctionnement de l'appareil psychique) qui permettent une meilleure évaluation et compréhension clinique de la destructivité.

C'est pourquoi il faut développer ce qu'il en est de la pulsion de mort, dans ses implications et la manière dont elle a été reprise dans les conceptions psychanalytiques de la clinique de la destructivité.

## 2.2 Psychanalyse de la destructivité

Le concept de pulsion de mort permet de saisir des faits cliniques<sup>22</sup> épars et nombreux. Freud rassemble autour de ce concept unificateur deux notions qui témoignent des processus cliniques à l'œuvre : la répétition et la destructivité.

Parler de répétition suppose de s'interroger sur la nature de l'expérience répétée, de ce qui se serait passé à l'origine comme prototype de ce qui sera répété. La contrainte de répétition s'exerce sur les expériences antérieures n'ayant pas entraîné de satisfaction et qui n'en fournissent pas, même dans l'actuelle répétition.

Quant à la notion de destructivité, elle est présente dans les faits cliniques sous forme d'une violence retournée ou non contre soi en passant de la simple agressivité aux formes de négativité. La destructivité intrapsychique ou intersubjective est souvent énigmatique et implique des théorisations qui ne lèvent pas les incertitudes.

Freud postule une « pulsion de mort » quand il travaille sur la réaction thérapeutique négative et la fonction du surmoi dans ce processus. La difficulté d'articuler pulsion de mort et destructivité relève de l'application de la notion de destructivité pour évoquer autant des formes manifestes d'agressivité ou de violence, que l'idée d'une action silencieuse de la pulsion de mort repérable indirectement dans les déliaisons qu'elle produit. Par conséquent, les conséquences ou les expressions typiques de la pulsion de mort et de la destructivité sont à rechercher dans les formes de violence silencieuse de la négativité. En effet, « *Les formes manifestes comportent (...) la plupart du temps une adresse à l'objet qui témoigne de l'action d'une quête de lien même si celle-ci s'exerce dans l'attaque* » (Roussillon, 2000, p. 77). Toutefois, d'un autre côté, l'existence de relations entre pulsion de mort et agressivité dans ces formes manifestes de violence est envisageable parce que, dans ces manifestations, le lien à un objet est atteint dans une de ses fonctions. « *La forme la plus nettement repérée de l'action de la pulsion de mort en rapport avec la destructivité est la déliaison qui suppose une mise à mal du lien à un objet ou à soi-même* » (Roussillon, 2000, p. 77).

Selon la théorisation freudienne, la destructivité est une manifestation de la pulsion de mort. On peut le prouver selon trois déclinaisons (Cupa, 2006) : elle serait représentante de la pulsion de mort, signe de la déliaison, et/ou marque de l'agressivité primaire.

---

<sup>22</sup> Les faits vont des effets traumatiques au transfert lié à la sexualité infantile, comme à la clinique des réactions thérapeutiques négatives et de toutes les formes de négativité ou du négativisme jusqu'aux comportements et réactions en jeu dans le masochisme.

### **2.2.1 La destructivité psychique comme représentante de la pulsion de mort**

L'appétence pour le niveau zéro de tension (c'est-à-dire l'incapacité à tolérer quelque tension interne que ce soit) est un signe clinique de destructivité relevant de l'action muette de la pulsion de mort. Il y a un désinvestissement qui ne laisse aucune trace (anorexie, syndrome de glissement, mélancolie, expression somatique...). L'indifférence, la désobjectalisation (interne ou externe) dissolvent, corrodent, effacent, attaquent les liens qui maintiennent le fonctionnement de l'activité somatopsychique et les liens à l'objet. De nature solipsiste, la répétition maintient au mieux le narcissisme primaire de façon autarcique et sans préoccupation pour l'objet.

À la fin de son texte de 1920, Freud souligne que la liaison est un acte préparatoire qui introduit et assure la domination du principe de plaisir. C'est dans l'au-delà de ce principe que se fabriquent les premiers liens. Le non-lien maintient une stase sans fin ; dans la pure culture de la pulsion de mort, ce lien manquant est nostalgiquement recherché. Ce qui est visé dans l'au-delà du plaisir et de la douleur (caractéristique de la répétition), ce n'est pas l'autopunition en provenance d'un surmoi cruel mais l'arrêt de la souffrance, la réduction au silence de l'indésirable. Peut-être trouve-t-on là un angle d'analyse possible de l'acte suicidaire, qui consisterait à mettre un terme à une stase, une déliaison, un état de désobjectalisation<sup>23</sup> et de désobjectivation.

La pulsion de mort est donc à prendre comme une défense de l'individu contre la souffrance, en particulier par l'hallucination négative, l'automutilation de la pensée (qui correspond à la pensée opératoire des psychosomaticiens). La pulsion de mort aurait une fonction anti-traumatique par l'intermédiaire des systèmes auto-calmants (définis par Smadja).

Mais comment concevoir la pulsion de mort prise isolément en dehors de toute intrication avec la pulsion de vie ?

---

<sup>23</sup> La désobjectalisation est une attaque de la pulsion de mort (déliée et désintriquée) contre l'objet. Cette attaque ne concerne pas seulement la relation d'objet mais également les substituts de ce dernier, tel que le moi lui-même. La désobjectalisation a des effets d'abaissement du tonus vital et de désinvestissement. Cette notion est introduite par Green qui voit dans les conséquences de la pulsion de mort des effets de déliaison. La déliaison porte sur les investissements significatifs liés à l'objet voire sur l'investissement marquant l'empreinte de l'objet en son absence ; investissement continu de l'objet en son absence qui est le signe d'un travail d'internalisation psychique accompli. En ce sens Green avance que la manifestation propre à la destructivité de la pulsion de mort est le désinvestissement. Son concept de fonction désobjectalisante, n'est pas à confondre avec le deuil. C'est le procédé le plus radical pour s'opposer au travail de deuil qui lui caractérise des processus de transformation. Ceci lui permet de soutenir l'hypothèse d'un narcissisme négatif, aspirant au niveau zéro, et expression d'une fonction désobjectalisante

### **2.2.2 La destructivité psychique comme signe de la déliaison pulsionnelle**

Dans les écrits de Freud, plusieurs termes désignent et rendent compte des combinaisons entre pulsions de vie et de mort. Cela implique un manque de précision sur l'intrication/désintrication des pulsions. Ribas (2006) rappelle que le concept d'intrication est un outil clinique pour ressentir et évaluer la destructivité psychique et ses risques. C'est par conséquent un concept qui conduit à des positions techniques. Dorey (2006) souligne que l'intrication des pulsions place la pulsion de mort au fondement de la constitution du sujet. Il y aurait donc une double positivité de la pulsion de mort liée à sa fonction séparatrice.

La destructivité psychique peut être comprise comme signe d'une désintrication, comme si chaque pulsion travaillait pour son compte en négatif. Ribas (2006) donne un exemple de cela dans le cas de l'autisme, où le démantèlement est une manifestation des pulsions de mort désintriquées, tandis que l'identification adhésive serait le signe des pulsions de vie désintriquées. La désintrication concerne toute la gamme des états psychiques, pas seulement la psychose et les états limites. Par exemple, la passion amoureuse a des destins dévastateurs et mortifères du fait d'un transfert de la charge libidinale sur l'objet qui prend la place du moi. Le rôle de l'objet, peu investigué par Freud, a été largement étudié par ses successeurs qui insistent sur la fonction médiatisante des objets (nécessairement intriqués et donc pare-excitants pour éviter tout traumatisme par empiètement, surexcitation, absence ou désobjectalisation). L'environnement et ses potentialités à créer une aire intermédiaire et à maintenir à l'écart et donc à apaiser les vécus premiers douloureux et angoissants participent donc à l'organisation de représentations psychiques ; ces dernières permettent de lier des tensions internes à des éléments de sens, ce qui empêche d'être débordé par des tensions internes.

### **2.2.3 La destructivité comme marque de l'agressivité primaire**

Enfin, la destructivité peut être lue comme une marque de l'agressivité primaire. L'objet naît dans la haine : c'est-à-dire qu'au départ, l'extérieur, l'objet et ce qui est haï sont identiques. La haine vient de la frustration que provoque la détresse. L'agressivité primaire est vitale : ce serait une dé-tension tonique sur le plan économique, c'est-à-dire une décharge musculaire (c'est le moment de la déflexion de la pulsion de mort). À partir de l'agressivité primaire, Cupa (2006) travaille la notion de la pulsion de cruauté, définie comme une destructivité originaire auto-conservatrice au service de la constitution du moi. Il s'agit d'un dynamisme primitif sans amour ni haine, mais hostile et sans pitié. C'est selon cet axe que les questions du meurtre et du crime sont envisagées (Cupa, 2006). Voilà une piste pour l'étude

des actes suicidaires, étant donné que le suicide est entendu comme meurtre de l'objet, par retournement sur soi.

Dans la pluralité des lectures possibles de la destructivité, j'en retiens deux : l'action de déliaison comme protection anti-traumatique et la répétition d'une mort venue de l'objet.

#### **2.2.4 L'effraction traumatique par trop plein pulsionnel et la mise à mort du moi (par désinvestissement)**

L'organisation du moi est menacée par ce qu'il ne peut symboliser ou lier de la pulsion<sup>24</sup>. Cette menace de mort est traumatique et illustrée par Freud en 1920 par la métaphore des protistes. Cette métaphore ouvre à un autre aspect de la pulsion de mort : sa dimension défensive. La métaphore des protistes, par le biais de la biologie, met en scène la représentation primaire et primitive de la psyché. Le protiste est menacé de dégénérescence et de mort par le retournement contre lui-même de ce qu'il ne peut intégrer, métaboliser : le déchet de son propre métabolisme le menace de destruction. L'intervention externe d'un objet purifie le bain et évite donc la menace de dégénérescence. Plus tard, ce protiste trouve un autre moyen pour détourner l'action nocive des déchets. Devenant un organisme pluricellulaire, il spécialise certaines fonctions dans le traitement des déchets des autres fonctions. Le protiste devient pluricellulaire en associant plusieurs cellules primitives, ce qui lui permet de complexifier son organisation. En 1925, Freud démétaphorise le mode de fonctionnement relevant du protiste. Il postule que la complexification psychique peut transformer le déplaisir d'un système psychique en plaisir ou en un autre système (le déchet de l'un devient aliment pour l'autre).

L'histoire des protistes renvoie à un processus psychique en trois temps. Dans le premier temps, infantile et préhistorique, la psyché ne peut introjecter tous ses mouvements pulsionnels ; ce qui n'est pas ingérable par l'enfant menace en même temps son intégration et peut donc se retourner contre cette intégration. Pour la psyché infantile, étant donné qu'il n'y a pas de solution, c'est l'intervention d'un objet qui va permettre la survivance. L'intervention est le deuxième temps du processus, celui qui concerne le rôle et la fonction de l'environnement (pare-excitation) du fait de l'immaturité sexuelle infantile. Cela signifie que l'environnement est chargé de traiter ce que la psyché infantile n'est pas en mesure d'intégrer de l'excitation pulsionnelle. Le troisième temps est celui de la mise en place d'une organisation suffisamment complexe de la psyché qui décharge l'environnement de la protection active qu'il devait opérer. « *La pulsion (...) devient dangereuse quand elle excède*

---

<sup>24</sup> Ce travail de liaison, symbolique ou non, s'effectue sur ce qui n'est pas déchargeable ou satisfaisable de la pulsion.

*les capacités de traitement du couple formé par l'enfant et son environnement* » (Roussillon, 2000, p. 83). Une carence des fonctions purificatoires ou pare-excitantes de l'environnement met l'enfant face à une menace de mort par la pulsion ; menace traumatique par effraction du pare-excitant dont le modèle est proposé en 1920 par Freud.

Ce modèle fait apparaître un autre aspect de la mise à mort. Freud envisage la mobilisation des contre-charges comme un remède à la menace. Cela correspond à l'investissement qui mobilise les ressources psychiques pour limiter les effets de la menace effractive. Cette solution entraîne un antagonisme entre pulsion et moi ou pulsion et défense narcissique du moi. Le passage à l'acte peut donc avoir pour objectif la protection de l'intégrité du moi face à un risque d'effraction pulsionnelle. Freud explicite bien la manière dont le moi développe des formes de pare-excitation réactionnelles ; des formes de liaison non-symboliques de la pulsion ayant pour seul objectif l'extinction de l'effraction. Par ces mécanismes de création d'une prothèse de pare-excitation, le moi se dépouille de son organisation complexe et se rend imperméable à l'excitation pulsionnelle. Le prix de cette protection est l'appauvrissement des autres systèmes du moi, ce qui place le sujet dans un contexte de désobjectalisation. Avec cette conjoncture traumatique, l'introjection pulsionnelle n'est pas harmonieuse mais elle est détransitionnée. On est alors confronté à une opposition moi/autre, pulsion/narcissisme, individu/espèce. Toutefois, dans ce cas de figure, c'est du moi et de ses défenses narcissiques que vient la mort. « *Dans son effort pour se protéger de la menace de mort contenue dans l'excitation pulsionnelle, le moi devient lui-même agent de dépulsionalisation* » (Roussillon, 2000, p.84). Pour survivre, le moi devient agent d'une forme de déliaison, de désinvestissement et de destructivité.

### **2.2.5 La mort venue de l'objet**

C'est la métaphore d'une vésicule de substances excitables (boule protoplasmique première) que Freud (1920) utilise pour représenter l'originaire préhistoire de la psyché. Cette boule est bombardée par des excitations de l'environnement. Comme si la menace de mort, dans les premiers temps, provenait des objets premiers (parentaux) sous forme de mouvements ou de souhaits de mort de cet environnement premier. En d'autres termes, il s'agirait d'objets que la défaillance ou la destructivité active rendrait insuffisamment bons. En 1929, Ferenczi aborde de front ce problème dans son article « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort<sup>25</sup> ». Pour Roussillon, la mort venue de l'objet est une particularité

---

<sup>25</sup> Cet écrit peut être mis en lien avec le processus d'humanisation qui a cours dans les logiques du Sud Bénin et selon lequel l'accueil du bébé (qui est d'abord conçu comme un étranger) est très important afin de se

traumatique illustrant la clinique de la mort de soi. La clinique des tentatives d'annihilation de soi (des moments mélancoliques ou des mouvements suicidaires) repère un mouvement venu de l'intérieur comme sous l'effet d'une pulsion de mort, qui semble être l'héritier direct de mouvements plus anciens issus d'objets parentaux intériorisés. « *Comme s'il fallait alors au sujet, dans une forme extrême d'amour désespéré, se faire disparaître pour satisfaire l'objet et tenter dans une ultime tentative de retrouver ou trouver son amour* » (Roussillon, 2000, p. 86-87).

Cet acte représente alors le paradoxe ultime d'un amour ne trouvant de voie d'expression que dans le meurtre actif de soi, de sa subjectivité, de son être même. Néanmoins, Roussillon s'interroge encore sur le champ ouvert par la clinique d'un objet meurtrier et ses effets sur la pulsion de mort. Ce champ peu défriché s'inscrit-il encore dans le processus désigné par la pulsion de mort ? Contrairement à la clinique du meurtre de l'objet (père de la horde et mère originaire) ou encore à celle de l'objet perdu (mélancolie ou identifications œdipiennes) qui sont des références couramment théorisées, la clinique de l'objet meurtrier l'est assez peu. L'idée d'un extérieur à soi infiltré qui fait agir rejoint les idées contextuelles du Sud Bénin sur les actes autodestructifs développées dans le chapitre 4.

Il me semble que la répétition de ces mouvements d'agressivité primaire traumatiques est en lien avec la notion d'identification projective environnement-enfant. C'est-à-dire que l'environnement, dans un contexte de faible différenciation avec l'enfant, se serait laissé déborder par ses propres mouvements agressifs. Ces derniers, en lien avec l'identification projective<sup>26</sup>, processus fondamental pour se saisir de son environnement, n'ont pas suffisamment protégé et contenu les mouvements d'appropriation-différenciation soi-environnement.

### **2.3 Construction du Moi et processus identificatoires**

Le questionnement relatif au suicide dans la perspective freudienne est lié au changement de perspective en ce qui concerne l'édifice du Moi. C'est pourquoi il nous faut résumer la construction de cette instance<sup>27</sup>.

---

familiariser avec lui et donc de dévier et apaiser toute angoisse qui conduirait à des mouvements destructeurs à son égard. L'absence de ce processus d'inscription signe alors un défaut de contenance de cet environnement.

<sup>26</sup> L'identification projective est un mécanisme important de la construction du moi. Il consiste, lors des premiers stades dans l'action d'expulsion des mauvaises parties du moi hors de lui. Ces parties clivées sont projetées sur des objets extérieurs. En ce sens, une partie de l'identité de la personne, vécue comme mauvaise partie, est projetée dans une autre en attendant qu'elle lui soit retournée de manière plus rassurante.

<sup>27</sup> Pour rappel, le cas de tentative de suicide analysé par Freud concerne une jeune fille qui serait devenue homosexuelle suite à une déception dans sa forte fixation au père et au moment de la naissance de son petit frère.

Au fur et à mesure des développements théoriques freudiens, **le moi peut de moins en moins s'envisager uniquement comme gardien de la vie et support univoque, solide et permanent de l'autoconservation**. C'est une instance complexe, plus ou moins divisée. Cette instance est acquise et donc précaire ou susceptible de se défaire voire de s'autodétruire à partir de motifs qui lui sont « propres ». Pour comprendre cela, il faut éclaircir comment se construit le Moi pour en arriver à consentir à son autodestruction.

Comme le précise Freud, au départ, la pulsion sexuelle a un objet en dehors du corps propre qu'elle perd plus tard : le sein maternel. Le point de construction du moi correspond à cette épreuve de séparation<sup>28</sup>. Le moi, explique Freud, est une construction qui requiert que quelque chose s'ajoute à l'autoérotisme : une « nouvelle action psychique ». Il parle en ces termes de l'identification. Autrement dit, une transformation va s'opérer, passant d'une libido d'objet à une libido du moi qui permet la constitution d'un moi unifié. Lacan (1949) lie cette action au stade du miroir et la possibilité d'avoir une image globale du sein et de la mère au moment où le sein est perdu au registre de l'autoérotisme.

L'assomption de l'image de soi comme objet séparé entraîne la constitution du moi en donnant lieu à une nouvelle action psychique : l'identification. « *Être ce qu'on ne peut plus avoir* » telle est la formule de Freud concernant l'identification. C'est donc être ce avec quoi on ne peut plus demeurer sur un mode indistinct de l'autoérotisme. Le moi est formé comme effet de cette identification primordiale qui sera modifiée par l'ensemble des autres identifications formées le long de l'existence à l'occasion d'autres séparations (œdipiennes notamment). Le moi serait un ensemble d'images constituées en miroir à partir d'images d'objets dont la séparation l'affecte.

Mais il y a dans le processus d'identification et donc dans la constitution du Moi (l'investissement de soi comme image unifiée et différente), un risque qui évoque la tendance suicidaire de la disparition et de l'attaque de soi et des liens. Le Moi (moi image) est investi de la libido narcissique (ou libido du moi) et de la libido d'objet. Ces deux libidos sont opposées. L'amour de soi se distingue de l'amour d'objet par un trait essentiel propre à toute identification : la déssexualisation. En d'autres termes, l'amour de soi est une pulsion d'origine

---

Elle tente de se suicider après avoir récolté un regard furieux de son père. Freud retient de l'analyse de cette tentative de suicide que le désir sexuel majeur est réalisé par le biais de l'acte (« accoucher de son père »), ce qui constitue un triomphe de la pulsion sexuelle sur la vie. Toutefois, envisager une telle victoire reste problématique. Pourquoi les pulsions du moi (ou d'autoconservation), censées veiller aux intérêts de la vie, n'opposent pas de défenses à la pulsion sexuelle ? Freud trouvait insuffisant, pour comprendre ce mécanisme où les pulsions du moi sont surmontées, de conclure à une libido déçue. Il questionnait l'éventualité d'admettre « *un renoncement du moi à son affirmation à partir de motifs propres du moi* ».

<sup>28</sup>La représentation de l'objet coïncide avec la séparation et donc la perte de l'objet partiel, qui au départ était non séparé parce que l'enfant était confondu à l'objet entier.



sexuelle et donc libidinale, mais désexualisée. En effet, tout acte d'identification implique une transformation de l'investissement pulsionnel « *qui comporte manifestement un abandon des buts sexuels* » (Freud, 1923). L'équation correspondrait à « *je peux être l'objet perdu mais je ne peux m'aimer pareil que mon amour pour l'objet abandonné* ». La satisfaction de cette pulsion désexualisée et inhibée pour ce qui est de ses buts (la satisfaction narcissique) consiste, explique Freud à « unir et lier », c'est-à-dire à produire cette unification caractéristique du moi et de ses aspirations – unification qui permet au narcissisme d'assurer la fonction d'autoconservation. La satisfaction narcissique est donc de l'ordre de la synthèse. Le moi se satisfait de la voie d'une représentation unitaire et, inversement, il ressent une blessure ou une atteinte narcissique sur le coup d'une brisure de son organisation.

Cependant, cette recherche de synthèse n'est pas simple. En effet, le Moi comporte en lui plusieurs facteurs de diversité voire de séparation et de discordance en raison des multiples identifications dont il s'est chargé au fil de son histoire et qu'il doit unifier sans jamais vraiment y parvenir. En fait, le moi, issu de l'épreuve irréductible de la séparation avec l'objet, porte en lui la cicatrice toujours prête à s'ouvrir, ce qui explique qu'il aspire d'autant plus à s'unifier.

En résumé, le processus d'identification suppose l'établissement d'un lien à l'objet mais également l'introjection de l'objet. Avec la problématique œdipienne (reconnaissance de la différence et inscription dans une chaîne de génération), les identifications viennent comme une réponse à la nécessité de perdre ses objets d'amour. Cette perte suppose également de perdre une partie de soi. Le processus implique une désexualisation, avec formation d'une libido narcissique (donc investissement de soi non érotique) et une libido d'objet qui, elle, reste érotique. Mais la désexualisation implique une désintrinsication pulsionnelle. Ainsi, la construction du moi se double ici d'une potentialité de destructivité qui serait sous-jacente à toute identification. En effet, la transposition de la libido d'objet en libido du moi suppose une désexualisation qui fait que les tendances agressives sont laissées libres (du fait de la désintrinsication) et peuvent donc se retourner contre le moi.

La possibilité d'ériger l'objet perdu dans le moi correspond à un investissement d'objet qui sera relayé par une identification. L'identification est donc un mécanisme de substitution en lien avec le premier mode de relation et une notion liée à l'investissement d'objet et au mode de relation à l'objet. En effet, la fin d'une relation d'objet implique une modification du moi<sup>29</sup> : lorsque l'investissement d'un objet se relâche, il faut traiter du sort de l'objet dont

---

<sup>29</sup> Comme on l'a relevé dans Deuil et mélancolie, le deuil figure une opération de détachement avec l'objet perdu dans la réalité et permet au Moi par la suite de se développer et de s'agrandir à d'autres investissements d'objets

l'investissement change, mais aussi des modalités d'investissement de l'objet. Le développement des capacités identificatoires est donc dépendant de la capacité du Moi à traiter non seulement les investissements libidinaux mais aussi les investissements destructeurs résultant de la frustration. Une identification s'établit par conséquent quand l'objet d'amour a infligé une expérience de frustration érotique.

Dans les premiers stades de développement infantile, il n'y a pas de différence entre investissement d'objet et identification. Plus tard, quand le moi adopte les traits de l'objet, il s'impose donc au Ça comme objet d'amour et cherche à remplacer ce qu'il a perdu. C'est comme si le moi disait au Ça : « tu peux m'aimer moi aussi, vois comment je ressemble à l'objet ». Les identifications secondaires constituent donc des tentatives de rétablir une identification primaire dans un but défensif (Vincent, 2005). La transposition d'un choix d'objet érotique en une modification du moi est la voie par laquelle le moi peut maîtriser le Ça et approfondir leurs relations.

Cette transposition comprend un aspect important qui ne concerne plus l'objet mais la nature de l'investissement de l'objet. En effet, la transposition d'une libido d'objet à une libido narcissique implique une désexualisation. La conséquence en est la modification du destin pulsionnel, par exemple, la désunion des pulsions unies (Vincent, 2005). Par conséquent, le travail identificatoire procède d'une transformation d'investissement libidinal d'objet en investissement narcissique du Moi, ce qui peut entraîner une transformation du conflit pulsionnel. Ces modifications identificatoires supposent des mouvements opposés aux fusions : la défusion ou déliaison implique l'existence d'éléments non intégrés au moi.

Par la désexualisation (nécessaire à toute identification) le narcissisme a pu « maîtriser » une part de libido d'objet (érotique et agressive). Ainsi, il peut régler certains conflits et négocier certains abandons. La période de latence en témoigne. Elle fait suite aux identifications et à la désexualisation massive qui résout le complexe d'Œdipe. Toutefois, le Moi exerce pareille maîtrise au prix d'une séparation interne plus ou moins accusée avec le Surmoi (instance de critique et de censure issue des identifications parentales).

Le deuxième aspect de cette possible « maîtrise » par le moi est qu'en parallèle de la différenciation topique, a lieu, sur le plan pulsionnel, une désintrinsication pulsionnelle. En d'autres termes, en plus de la différenciation topique, une dissociation entre l'amour et la haine se produit dans le moi, entre la composante érotique de la libido du Moi et sa

---

et donc d'autres relations. Dans la mélancolie, la perte imaginaire d'un objet, investi de libido narcissique, entraîne son incorporation cannibalique qui se fait au détriment du Moi. Il y a empiètement de l'objet sur Moi, d'où la question de l'indifférenciation qui a été pointée plus haut.

composante agressive. Ce qui laisse envisager que « *la composante érotique n'avait plus, après la déssexualisation, la force de lier la totalité de la destruction qui s'y adjoignait et que celle-ci devenait libre comme tendance à l'agression et à la destruction* » (Freud, 1923, p. 270).

Avec la désintrinsication et la séparation moi/surmoi, les conflits qui ont pu se jouer entre le moi (comme ensemble) et les objets extérieurs vont pouvoir se rejouer dans cette nouvelle scène à l'intérieur du moi. Sur le surmoi s'investissent les composantes purement agressives libérées par la désintrinsication. Les conflits ainsi rejoués à l'interne le sont sur un mode plus inexpiable. Ce processus interne dépend des vicissitudes auxquelles sont soumis les investissements d'objets et de la manière dont sont réprimées les motions agressives vers l'extérieur et dont les motions érotiques sont déçues vers l'extérieur. Au terme de ce processus peut se trouver la mélancolie, où le surmoi est surinvesti par des composantes agressives jusqu'à devenir une pure culture de la pulsion de mort. Il tyrannise par conséquent le moi de façon sadique. Ce sadisme résout, seulement en partie, l'énigme de la tendance au suicide. En effet, si le sadisme du surmoi ne rencontre pas de résistance du moi, c'est parce que ce dernier est le siège du « masochisme moral » c'est-à-dire d'un besoin de punition inconscient ou d'une culpabilité inconsciente. Il s'opère donc une resexualisation des rapports entre moi et surmoi qui correspond à la jouissance mélancolique ; en d'autres termes, le moi va dans le sens des attaques surmoïques parce qu'il s'identifie au sadisme du surmoi ; identification qui lui permet de tenir contre lui-même des comportements destructeurs qui relèvent de la position masochique. C'est donc dans cette lignée d'analyse qu'il faut comprendre les propos de Freud, dans l'analyse de la jeune fille homosexuelle : « *personne ne trouve l'énergie psychique pour se tuer s'il ne tue pas du même coup un objet auquel il s'est identifié*<sup>30</sup> » (Freud, 1920, p. 261). La compréhension du masochisme constitue par conséquent un éclairage sur les actions du moi qui vont à l'encontre de son propre intérêt.

La complexité du tableau est illustrée par une phrase de Kafka : « *Le suicidé est le prisonnier qui, voyant qu'on dresse une potence dans la cour de la prison, croit à tort qu'elle lui est destinée, s'échappe de sa cellule en pleine nuit, descend et se pend lui-même* » (Kafka, 1980, p. 120).

---

<sup>30</sup>La difficulté du mélancolique à se détacher de l'objet tient à la nature narcissique de cet investissement d'objet. Ainsi la perte de l'objet suppose un désinvestissement narcissique de soi (perte de soi). Ce détachement passe par un travail d'attaque haineuse et de désidérialisation de l'objet narcissique par introjection, car cet objet haï/idéalisé (ambivalence désintrinsication) ne peut être directement haï par peur de le détruire. L'attaque ou mise à mort de l'objet introjecté consiste en une auto-dévalorisation. Il y a auto-sadisme (retournement sur la personne propre du sadisme) en état de désintrinsication.

Le développement sur la construction du moi et les processus identificatoires permet de situer la tendance suicidaire dans la désintrinsication conséquente au processus de déssexualisation. Cette désintrinsication impliquerait un investissement des pulsions agressives sur le Surmoi. En fonction de leur intensité, cette agressivité interne peut rendre le surmoi sadique envers le moi. Mais la piste du sadisme surmoïque ne suffit pas pour résoudre l'énigme d'une autodestruction. Freud met donc sur la piste d'une réintrinsication masochique en réponse au sadisme. Il me semble important de revenir sur l'importance de l'intrinsication et le rôle du masochisme dans la construction psychique.

## **2.4 Masochismes et intrinsication**

### **2.4.1 Masochisme érogène et intrinsication gardienne de vie**

Le masochisme est un concept important de la théorie psychanalytique. Il a notamment contribué à l'étude du sentiment inconscient de culpabilité et du besoin d'autopunition, processus dans lesquels il joue un rôle important. C'est également une notion importante dans l'approche de la destructivité (qu'elle soit auto ou hétéro-adressée). Le masochisme est, de manière générale, appréhendé comme le plaisir pris dans la souffrance. Il est porteur, dans sa définition, d'un paradoxe, puisqu'il suppose un plaisir du déplaisir.

Ce terme connaît plusieurs évolutions dans la conception freudienne. Au départ, il est secondaire au sadisme (dans un retournement sur la personne propre). À partir des bouleversements des années 1920 et de l'introduction de la pulsion de mort, Freud envisage l'idée que le masochisme pourrait être primaire, c'est-à-dire constitutif des premiers stades de construction du moi. À partir de cette nouvelle théorisation, le masochisme est décomposé en masochisme érogène originel ou primaire, en masochisme féminin et en masochisme moral.

Le masochisme érogène est important dans la construction du moi, c'est ce concept que je vais développer ici. Il est constitutif des premiers stades de la construction psychique. Le masochisme féminin renvoie à l'idée d'un fantasme de passivité que Freud développe dans le texte *Un enfant est battu*. Le masochisme moral quant à lui caractérise la culpabilité inconsciente qui maintient le moi en position d'échec et de plainte.

Rosenberg, en s'appuyant sur les travaux de Freud, publie un ensemble d'articles dans les années 1980, rassemblés en une monographie en 1991, sur les différentes formes de masochisme, qui font autorité sur le sujet. Son article sur le masochisme érogène différencie un masochisme érogène primaire, celui gardien de la vie, d'un masochisme mortifère.

Rosenberg (1991) a insisté sur le rôle de « gardien de vie » dévolu au masochisme. Il aide à la survie dans des conditions extérieures difficiles, mais il revêt aussi un rôle

d'organisateur interne du psychisme. En ce sens, il est un noyau primaire du moi. Il accentue la capacité interne du psychisme à intriquer les pulsions de vie et de mort, donc à s'auto-organiser.

Le masochisme ou plaisir de la souffrance et donc du déplaisir démontre que certaines augmentations de tensions d'excitation peuvent avoir un caractère plaisant. Cela va à l'encontre de l'idée préalable de Freud selon laquelle le plaisir est une décharge de l'excitation.

En effet, nous avons défini le principe de plaisir comme le principe fondamental dans la régulation de la vie psychique. Ce principe répond à la formulation suivante : la psyché retient ou ne sélectionne que le plaisir et évite toute sorte de déplaisir (en l'évacuant et l'expulsant). Le plaisir est donc défini par la baisse de tension et le déplaisir par l'augmentation de tension. Mais cette formulation va être modifiée par la clinique qui souligne un au-delà du principe de plaisir. Il y a donc une complexification du principe de plaisir-déplaisir par la notion de seuil.

Si des tensions s'accompagnent de plaisir, alors plaisir et déplaisir ne peuvent être rapportés aux seules variations de la tension d'excitation, même s'ils y sont liés. En plus du facteur quantitatif, il faut prendre en compte un caractère qualitatif : c'est la variation autour d'une constante qui va colorer les tensions et leur donner une charge affective agréable et désagréable. Ce seuil minimal d'éprouvé complexifie le fonctionnement psychique de base qui relatif à la décharge absolue et donc correspondant aux processus primaires. Selon ce seuil minimal, la décharge est relative à un minimum d'investissement nécessaire à la vie psychique et à sa cohésion. Ce fonctionnement est caractéristique des processus secondaires.

Le principe de plaisir ne peut donc plus être envisagé comme moteur du psychisme puisque le masochisme (ce seuil minimal qui lie aspect quantitatif et qualitatif) le met hors-jeu. La modification théorique qui en découle fait du principe de plaisir une évolution secondaire du principe de nirvana (réduction des tensions au plus bas et décharge) imposé par la pulsion de mort. Donc les principes, loin de s'abolir l'un l'autre, s'accommodent entre eux. Ainsi, le principe de plaisir devient une modification imposée par la libido sur la pulsion de mort : cette intrication pulsionnelle qui lie la destructivité interne (de la pulsion de mort) à la libido est le fait du masochisme érogène ou gardien de vie.

Par conséquent, le masochisme érogène primaire est le noyau d'un moi archaïque qui permet d'éprouver de manière agréable le déplaisir de la retenue de la décharge, l'attente ou l'ajournement de la satisfaction. En ce sens, la transformation du plaisir-déplaisir en principe

de réalité<sup>31</sup> est conditionnée par la capacité du masochisme primaire qui peut répondre à la détresse par une satisfaction hallucinatoire (par exemple, devant la détresse suscitée par l'absence de l'objet maternant, au lieu de crier et pleurer pour décharger cette frustration, l'enfant va pouvoir sucer son pouce et donc contenir la tension interne en se satisfaisant de manière hallucinatoire par cette activité qui remplace l'objet absent). Le masochisme primaire serait donc impliqué dans la permanence de l'objet, la tolérance à la frustration.

Le masochisme érogène primaire constitue un premier domptage de la pulsion de mort par la libido à l'intérieur du sujet, domptage qui protège le sujet de la destruction. Une part de la pulsion de mort est dirigée vers l'extérieur par la libido (ce qui donne lieu aux pulsions de destruction, d'emprise ou de sadisme). L'autre part qui reste dans l'appareil psychique est liée par la co-excitation libidinale.

La co-excitation libidinale renvoie à la notion de « voies d'influences réciproque », c'est-à-dire de chemins qui mènent d'une fonction non sexuelle à une fonction sexuelle. Ces chemins peuvent être parcourus dans les deux sens. Aux sources de l'excitation sexuelle somatique s'en ajoutent donc d'autres. Il s'agit d'un processus interne ayant dépassé un certain seuil d'investissement.

En bloquant la pulsion de mort, l'intrication pulsionnelle devient une défense spécifique interne au sujet. Le moi se constitue par la naissance de cette perception de lui-même. Bien sûr, l'objet primaire conditionne cette intrication et rend possible la relation d'objet.

Le masochisme érogène primaire est donc un **masochisme utile qui sert de rempart à la destructivité et de condition de mise en œuvre des processus psychiques**. Inversement, dans le masochisme mortifère il ne s'agit donc plus de rendre supportable et plaisante l'excitation interne mais d'activités dont le but est la seule recherche d'excitation pour s'éprouver. Il est centré autour de l'excitation en soi et implique un abandon de l'objet.

#### **2.4.2 Intrication et désintrication**

La notion de masochisme érogène a mis en exergue l'importance de l'intrication dont le prototype serait la co-excitation. Pour cette raison, je reprends rapidement ici les notions d'intrication et désintrication qui caractérisent le fonctionnement de la pulsion de mort.

---

<sup>31</sup> Le principe de réalité désigne la nécessaire prise en compte par le psychisme des données de la réalité. Il constitue une évolution du principe de plaisir puisqu'il s'oppose à la décharge et évacuation à tout prix des tensions intrapsychiques. Selon ce principe, on peut différer certains besoins et s'adapter donc aux données de la réalité.

La destructivité et son rapport à la pulsion de mort recouvrent une grande ambiguïté. Selon la première théorie des pulsions, destructivité et sadisme vont de pair. Dans la seconde, la destructivité est dérivée dehors par la décharge musculaire et l'intrication pulsionnelle protège le sujet. Ici, sadisme et masochisme protègent l'individu.

La pulsion de mort est un concept très compliqué. Elle n'est ni bonne ni mauvaise mais se caractérise par une recherche de l'inertie et donc l'évitement du déplaisir par la baisse de tension.

Elle use du désinvestissement de l'objet et de la représentation (voire du psychisme lui-même) qui éprouverait par exemple la douleur de la perte. Mais la pulsion de mort est également séparatrice et donc organisatrice des différenciations topique (Ça-moi, puis surmoi et objet). C'est de la pulsion de mort que ressort le travail de négatif dans la psyché. En effet, nous ne pourrions penser ou aimer si nous n'étions pas aussi capables de désinvestir. Ainsi existe-il des désinvestissements heureux qui permettent par exemple de faire un deuil et qui sont la promesse de réinvestissements ultérieurs.

En somme, il ressort que la souplesse de l'intrication et de la désintrication est donc cruciale. C'est la souplesse des mouvements entre intrication et désintrication qui rend possibles les transformations psychiques. Cette souplesse suppose des investissements objectaux fiables et qui restent opérants même pendant les variations d'investissements narcissiques et objectaux. Les investissements objectaux supposent la constitution d'un objet interne par identification, mais aussi une capacité masochiste de base qui est nécessaire pour survivre sans se venger. La modulation instaure une économie psychique tempérée.

L'autodestructivité peut donc être entendue comme un moment où se rejouent les enjeux d'une recherche de modulation entre les mouvements de liaison et déliaison. Ne pourrait-on pas y voir une entrée en force, par une attaque dans la réalité, dans un masochisme érogène primaire ?

## **2.5 « Surmoi culturel »**

Pour rappel, le surmoi est une des trois instances de la deuxième théorie de l'appareil psychique de Freud (ou deuxième topique) qui résulte essentiellement de l'intériorisation de l'autorité parentale. Cette instance pérennise au sein de l'appareil psychique la dépendance infantile aux objets primaires. La tension moi-surmoi se manifeste par la conscience morale ou la culpabilité. Freud ne différencie pas le surmoi de l'idéal du moi<sup>32</sup> (qui apparaît comme

---

<sup>32</sup> L'idéal du Moi est un terme employé par Freud dans le cadre de la seconde théorie de l'appareil psychique. Il se confond avec le Surmoi en tant qu'instance. Il résulte de la convergence du narcissisme primaire (idéalisation

l'une des fonctions du surmoi). Par ailleurs, le surmoi traduit la contrainte qu'exerce la culture sur l'individu pour lui imposer les renoncements pulsionnels ; il est vecteur de l'héritage culturel que le sujet s'approprie (à travers l'idéalisation et la sublimation).

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, le moi se construit de multiples identifications. Les identifications tiennent un rôle fondamental du point de vue dynamique dans le travail conflictuel de différenciation entre moi et surmoi. La mise en place d'identifications secondaires dans le cadre de la problématique œdipienne implique qu'une nouvelle instance s'ajoute au moi (par division de ce dernier) : le surmoi. Cette instance inscrit à une place dans la chaîne des générations et suppose un processus d'appropriation des interdits familiaux, mais aussi, progressivement, des interdits culturels. En effet, l'introduction du surmoi signe l'impact des processus culturels sur l'appareil psychique et la conflictualité individuelle. Freud a proposé la notion de « surmoi culturel » pour souligner les enjeux de la culture dans la formation des symptômes. Il s'agit de voir en quoi la notion de surmoi en tant qu'instance interne est liées aux règles sociales et suppose de recourir aux logiques culturelles.

Freud associe l'étude des phénomènes de masse et des phénomènes culturels à la notion de surmoi. Dans *Malaise dans la civilisation*, il trouve deux origines au surmoi : un surmoi d'origine parentale et un *surmoi culturel*. Ce dernier a, comme l'instance surmoïque interne, une double portée interdictrice et protectrice.

L'introduction du *surmoi culturel* renoue avec la recherche de Freud sur l'origine de la civilisation, entreprise dans *Totem et tabou* avec le mythe de la horde. Selon lui, le surmoi d'une époque culturelle a une origine similaire à celui de l'homme individuel. Il provient d'impressions laissées par des meneurs. Cet argument est donc en lien avec les descriptions freudiennes sur la horde primitive qui lie le meurtre du père à la prohibition de l'inceste et au fondement de la culture. La notion de *surmoi culturel* repose donc sur l'hypothèse d'une mémoire phylogénétique de l'individu, ainsi Freud écrit, dans le cadre de ses *Nouvelle suite d'introduction à la psychanalyse*, notamment celle la conférence sur *La décomposition de la personnalité psychique* : « *L'humanité ne vit jamais entièrement dans le présent ; dans les idéologies du sur-moi, continue de vivre le passé, (...) aussi longtemps que ce passé agit à travers le sur-moi, il joue dans la vie humaine un rôle puissant, indépendant des conditions économiques* » (Freud, 1933, p. 150). Cette portée phylogénétique participe d'une vision du développement de la psyché individuelle parallèle à l'histoire de la civilisation.

---

du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et à leurs idéaux. L'idéal du Moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer.



Le surmoi collectif complète les interdits majeurs de l'inceste et de meurtre. Ce surmoi pose également de sévères exigences d'idéal qui, si elles ne sont pas respectées, entraînent des punitions traduites par une angoisse de conscience morale. Comme le surmoi, le surmoi culturel exprime des exigences qui régulent les relations sociales et participent à la neutralisation de la pulsion agressive. « *La culture maîtrise donc le dangereux plaisir-désir d'agression de l'individu en affaiblissant ce dernier, en le désarmant et en le faisant surveiller par une instance située à l'intérieur de lui-même, comme par une garnison occupant une ville conquise* », écrit Freud dans *Le Malaise dans la culture* (1930, p. 301).

La formation du surmoi a donc un caractère social. Au cours de sa conférence, *La Décomposition de la personnalité psychique*, Freud affine la notion de *surmoi collectif* qui se détache des objets parentaux primaires pour s'accorder à une éthique culturelle. « *Au cours du développement, le sur-moi adopte aussi les influences des personnes qui sont venues à la place des parents, donc celles des éducateurs, des professeurs, des modèles idéaux. Il s'éloigne normalement de plus en plus des individus parentaux originels, il devient pour ainsi dire plus impersonnel.* » (1933, p. 147).

Si, au début, les idéaux et interdits du surmoi et de l'idéal dépendent étroitement des parents, ils évoluent en s'élaborant progressivement sous une forme plus abstraite et plus collective. Ils passent donc « *du registre de comportements d'imitation et des images tranchées nées des interdits avec les parents, aux théories sexuelles et aux mythes plus complexes pour finir en roman familial œdipien, héritage de la tradition familiale et culturelle* » (Duparc, 2004, p.11). Ce dégagement de l'espace familial au profit du groupe social plus élargi, puis de la culture, est fondamental. Dans ce trajet, se rencontrent donc des idéologies du *surmoi collectif* « *dans les idéologies du sur-moi, continue de vivre le passé* » (Freud, 1933, p.150). Duparc (2004) définit les idéologies comme « *des croyances collectives ayant leur source dans l'inconscient, des "visions du monde" idéales qui s'emploient à dégager des axes de perspective de jugement et d'action pour l'individu dans la société dans laquelle il appartient* » (p. 9-10). Ces idéologies collectives sont à rapprocher des théories élaborées par l'enfant et l'adolescent pour s'expliquer ses origines et son destin.

Le surmoi apparaît comme un espace de transit identificatoire destiné au partage communautaire (Donnet, 1995). En ce sens, le concept de surmoi renvoie aux dimensions intersubjectives et transgénérationnelles. Cela souligne la porosité du surmoi individuel aux contaminations collectives. De même, cela suppose que se départir d'un surmoi culturel a des conséquences délétères sur la psyché individuelle au point de conduire à un défaut d'identification à l'humanité. En d'autres termes, la difficulté d'internalisation du surmoi pose

des problèmes de socialisation. Dans le même sens, Green écrit : « *surmoi individuel et valeur culturelle ne sont pas dans des rapports étanches qui les isolent l'un l'autre ; ils se stimulent mutuellement et potentialisent les forces qui les animent.* » (2002, p. 224). C'est pourquoi Duparc soutient que l'analyse psychodynamique ne peut ni négliger ni se situer uniquement dans l'axe d'une analyse de l'histoire infantile de l'individu. La compréhension psychodynamique se doit aussi d'évaluer la part de l'histoire infantile, de l'histoire de la civilisation et des idéologies de son milieu d'origine dans le problème actuel de l'individu.

Par conséquent, l'étude du fonctionnement psychique du suicidant béninois ne peut uniquement s'appuyer sur ses conflits internes et sa conception des fantasmes originaires. Il faut intégrer à l'étude les hypothèses de bases culturelles qui participent à la construction et l'appropriation des instances internes de l'individu.

Dans mon étude, je préfère toutefois l'utilisation de la notion « d'enveloppe culturelle » à celle *surmoi collectif*. La notion d'enveloppe psychique n'est pas un objet psychique mais est une métaphore qui définit une fonction. Les notions d'enveloppe et de fonction contenante sont très actuelles et ne cessent de se déployer. Elles s'appliquent au modèle même de la psychanalyse, à la théorie de sa pratique. Le modèle de l'enveloppe psychique a été introduit par Didier Anzieu qui n'a cessé de le cultiver et de le rendre fertile. Si la conception de la pathologie de l'enveloppe est appliquée par plus d'un à l'approche de la psychopathologie individuelle, elle l'est aussi pour ce qui concerne la compréhension du fonctionnement psychique groupal. Didier Anzieu a ouvert la voie dans son ouvrage sur *Le Groupe et l'Inconscient*. La notion d'enveloppes culturelle a été introduite dans le champ de la clinique des migrants.

## **2.6 Autres points de vue psychanalytiques**

### **2.6.1 Mélanie Klein : haine et destruction des mauvaises représentations des parents**

Mélanie Klein développe l'idée que l'élaboration de la position dépressive infantile est centrale pour le développement du Moi et dans la genèse du rapport du moi et de l'objet. Cette position vient des affects de détresse nés de l'angoisse envers les objets d'amour. De cette position dépendraient le développement normal de l'enfant ainsi que sa capacité à aimer. Le passage de l'introjection d'objets partiels à celle d'objets d'amour complets (en défaut dans la mélancolie) est décisif, d'où son argument que « la position dépressive » constitue la position centrale du développement de l'enfant.

En 1934, dans *Essai de psychanalyse*, Klein explique que la tentative de suicide a pour but de détruire les mauvaises représentations des parents. L'acte suicidaire est donc à la fois une représentation et une extériorisation d'un désastre intérieur dont D. (le cas qu'elle analyse) n'avait pas conscience, à savoir sa haine. S'identifiant à sa mère (décédée au cours de l'analyse de D.), D. s'en prenait en fait à elle. Son interprétation revient donc à dire que « *le suicide est dirigé contre l'objet introjecté* ». Dans sa réflexion, les bénéfices escomptés du passage à l'acte sont de sauver les « objets d'amour ». Le sujet souhaite se « débarrasser » de la partie du Moi identifiée à l'objet de sa haine. Une haine « dangereuse, incontrôlable et sans cesse jaillissante » qui constitue une menace. Ce qui revient à dire : « *si je supprime ma haine en me détruisant, alors, celui ou celle que j'aime survivra* ».

### **2.6.2 Mélitta Schmideberg : chute des idéaux et acte expiatoire face aux interdits œdipiens**

Mélitta Schmideberg, fille de Mélanie Klein, répond à la communication de sa mère de 1934 dans une intervention à la Société britannique. Elle postule que l'écroulement des idéalizations à l'égard des personnes aimées est fréquemment un motif de suicide. En 1936, dans son texte « A note on suicide », elle reprend l'idée de la mort comme punition d'impulsions sexuelles interdites et donc incestueuses. L'importance de l'agression, graduellement soulignée par Freud, Abraham et Glover est articulée au suicide : l'agression dans le suicide est retournée contre le sujet qui constitue à la fois le sujet et l'objet hâï incorporé. Plus qu'une punition, le suicide serait un moyen de se protéger pour ne pas commettre des actes interdits. Le suicide est vu comme un acte expiatoire (de réparation), c'est-à-dire que la décision de se tuer permet au sujet d'accomplir des actes interdits.

### **2.6.3 Donald Woods Winnicott : essai de traitement d'une angoisse archaïque impensable**

Les suicidants se défendraient contre le souvenir ou l'expérience d'une angoisse impensable et archaïque qu'ils portent en eux. Ils saisissent toutes les occasions de s'effondrer dans le but de se rapprocher de ce terrible impensable sous l'emprise des forces destructrices. Winnicott considère que les idées suicidaires font partie des phénomènes disparates liés à l'immatrité constitutive de l'adolescent et donc se situent avant que ne s'agencent progressivement le sentiment de soi et le sentiment d'être. Les couples de mots annihilation/création et destruction/re-création permettent d'appréhender le champ du suicide.

#### 2.6.4 Karl Menninger : désintringation pulsionnelle et auto-retournement de l'agressivité primaire face à l'instance surmoïque

Psychiatre américain qui a travaillé sur la question du suicide mais aussi sur celle des criminels, Menninger voit dans le meurtre et le suicide des actes interchangeables ou de même nature. Il développe ses considérations sur les mécanismes du suicide dans son livre *Man Against Himself* (1938). Il identifie trois composantes principales du suicide : le désir de tuer, le désir d'être tué, le désir de mourir<sup>33</sup>. Menninger considère que les tendances à la destruction, propres à l'homme, s'expriment par l'autodestruction. Pour lui, la première théorie postulant la loi de l'autoconservation n'est pas suffisante. La théorie freudienne qui rend le mieux compte des faits suicidaires est celle qui postule un instinct de mort s'opposant dans une dialectique constante à l'instinct de vie.

Selon la seconde théorie des pulsions de Freud, les tendances destructives et constructives sont initialement autoréférencées. Elles s'externalisent au fur et à mesure de la croissance et de l'accumulation des expériences de vie. Dans le cheminement de l'individu, il y a d'abord externalisation de ses tendances agressives qui fusionnent par la suite avec ses pulsions libidinales et constructives. Le résultat de cette combinaison neutralise plus ou moins complètement ou durablement la pulsion destructrice. Toutefois, l'interruption des investissements extérieurs ou l'incapacité à les maintenir peut conduire à un retour du pulsionnel dirigé vers soi. La dé-fusion de ces deux tendances intriquées implique une prévalence des forces de destruction qui rendrait compte du désir de tuer/être tué, ainsi que de l'érotisation de ces deux tendances. La maîtrise partielle des tendances autodestructrices conduit à la palette de comportements du registre des « équivalents suicidaires ». Le suicide intervient l'extrême de ce continuum, lorsqu'il n'y a plus de force de vie pour faire contrepoids. **Le désir de tuer est donc une cristallisation des impulsions provenant de l'agressivité primitive.** Ce désir primitif se cristallise en désir d'être tué par la modification induite par les instances surmoïques ; le désir de mourir se conjugue avec les histoires de vie pour aboutir ou précipiter vers l'autodestruction.

---

<sup>33</sup> Il réunit ces trois points à partir de la formule freudienne selon laquelle « nul n'est probablement à même de trouver l'énergie de se tuer, à moins de commencer à trouver quelqu'un à qui il s'est identifié ». Le désir de mourir renvoie au fait que le suicidaire cherche dans la mort avant tout le repos, l'annulation des tensions, la satisfaction du désir d'être passif et de mourir. Le désir de tuer est lié à l'idée qu'« on se tue pas sans s'être proposé de tuer l'autre » et illustre donc la composante agressive manifeste dans les cas de suicide passionnel où l'idée du meurtre précède souvent celle du suicide. Enfin, le désir d'être tué fait intervenir l'idée que le suicide est auto-infligé comme une castration.

Dans ce sens, les expériences infantiles jouent un rôle important dans la capacité du sujet à établir ou maintenir des relations avec ses objets d'amour ou de haine. Le suicide peut être envisagé dès lors que l'appréhension de la réalité est mise à mal.

### **2.6.5 André Green : désinvestissement narcissique et projection de l'incapacité d'aimer**

Les hypothèses et la théorisation de Green portent notamment sur la destructivité. Selon lui, la destructivité est une notion centrale en clinique qui est en lien avec le négatif. Son hypothèse axée spécifiquement sur l'acte suicidaire est que cet acte est causé par « *le désir de mettre fin à un avenir qui ne pourrait aller qu'en empirant, et non à la vie présente proprement dite* ». (Green, 2010, p. 104). Ici, le suicide se pose donc comme une projection sur les autres de l'incapacité à aimer. Il y a comme un déni de la reconnaissance de l'amour des autres.

Cette recherche d'autodisparition définitive concernerait des personnes à narcissisme fragile et projectif où l'on trouve un contraste entre forte fixation à l'objet et faible investissement de soi. Le narcissisme touché fait naître un sentiment d'insuffisance, d'échec, de dévalorisation et avant tout de perte de l'espoir de voir la situation se modifier. La déception qui mène à l'acte porte donc plus sur la faible estime de soi que sur celle de l'objet. Outre l'autopunition, la question du désir d'emprise sur l'objet est une piste intéressante pour interroger le geste suicidaire.

Pour Green, pulsion et objet forment un couple indissociable. Cela explique qu'il théorise la fonction objectalisante qui transforme la fonction en objet et celle désobjectalisante qui rend indifférents les objets.

### **2.6.6 Rolland et Quenard : « L'étayage à rebours » comme économie pulsionnelle dans la tentative de suicide**

Rolland et Quenard fondent leur réflexion sur la première théorie des pulsions. Ils postulent que l'acte suicidaire obéit non pas à une conflictualité pulsionnelle mais à une seule énergie pulsionnelle (sexuelle et d'autoconservation). Cette unification de l'énergie est rendue possible selon eux par le biais d'un « étayage à rebours » accompagné d'une déliaison narcissique. Le concept d'*étayage à rebours* s'appuie sur le modèle freudien de l'étayage qui définit le rapport entre la pulsion sexuelle et l'autoconservation. Généralement, la pulsion sexuelle subvertit l'autoconservation, mais se trouve en retour régulée par elle. Dans le cadre de l'étayage à rebours à l'œuvre dans la tentative de suicide, les mécanismes de régulation se perdent et l'écoulement libidinal et la recherche de satisfaction ne sont plus limités. Du fait de

cette unification des pulsions vers un même but pulsionnel, la tentative de suicide conserve une double finalité entre vie, mort et recherche de la satisfaction du désir : « *Cliniquement la tentative de suicide nous suggère cette continuité parce qu'elle se présente comme un symptôme où la recherche de l'accomplissement de désirs inconscients s'éprouve au niveau du moi comme un désir de mort* » (Rolland et Quenard, 1981, p. 341).

Mon intérêt pour la théorisation de Rolland et Quenard n'est pas lié à leur concept « d'étayage à rebours » (qui est discutable) mais à la description des processus sous-jacents à cet étayage.

Pour ces auteurs, le dilemme du suicide où un but pulsionnel se satisfait et se double d'un autre but pulsionnel de destruction de la vie est possible d'un point de vue économique à trois conditions : la sidération des fonctions d'autoconservation, le rôle des déceptions, le problème économique de désinvestissement du Moi.

Pour comprendre le processus, la *sidération des fonctions d'autoconservation* ou défaut de vigilance du moi dans sa fonction d'autoconservation et de réalité, *les déceptions et leur rôle* dans le déclenchement de la tentative de suicide sont une piste. Les auteurs identifient que les circonstances d'une tentative de suicide supposent qu'un facteur d'excitation (lié aux tendances inconscientes) vienne doubler un facteur de déception. Par exemple, pour le cas de la jeune homosexuelle analysée par Freud, la présence du père et son regard rappellent à la jeune homosexuelle les déceptions antérieures : « *dans chaque tentative de suicide, un élément d'excitation identique est toujours présent et double la déception* » (Rolland et Quenard, 1981, p. 335). En fait, ce redoublement de la déception va stimuler le désir d'échapper à la réalité traumatique. L'autoconservation du moi va alors s'orienter vers un retrait du monde extérieur. Comme le besoin d'être protégé et séparé est un besoin du Moi et de l'autoconservation, on peut envisager que l'autoconservation participe au geste suicidaire. La déception, par la faille créée dans le moi, permet à un désir pressant et présent depuis longtemps d'avoir l'opportunité d'une satisfaction.

La sidération des fonctions d'autoconservation et la participation active du Moi dans le suicide rendent compte du désinvestissement par le moi de la réalité extérieure, mais surtout du détachement à soi-même – le désinvestissement du moi. C'est sur la base d'une désorganisation narcissique (un désinvestissement libidinal du Moi) que le suicide est concevable. Le désir inconscient crée un courant libidinal régrédient ; courant qui drainera avec lui la libido répartie dans l'appareil psychique. Ainsi, le désir se réalise de manière hallucinatoire (par exemple, dans le cas de la jeune homosexuelle, la tentative de suicide devient la représentation motrice de l'accouchement).

Dans ces conditions, la tentative de suicide se produit selon un étayage à rebours que les auteurs décrivent en trois phases.

*Première phase* : D'abord, il y a déliaison entre libido et Moi. Ce désinvestissement libidinal entraîne aussitôt une perte de l'estime de soi. Suite au retrait libidinal, cette disparition est équivalente à la disparition du monde extérieur quand a lieu un retrait libidinal. L'économie du suicide est envisagée comme une expérience de fin du monde, avec tous les effets d'étrangeté et de familiarité qu'on y trouve.

*Deuxième phase* : l'autoconservation, privée de la libido peut être sidérée, ou, à un degré plus élevé, elle-même entraînée par le courant libidinal régrédient. Elle se tournera alors du côté du désir et mettra à son service les appareils et organes qu'elle contrôle normalement. L'autoconservation ainsi entraînée par les pulsions sexuelles connaîtra donc les fins spécifiques de celles-ci. *Chez tout suicidant, on peut prendre acte de cette perversion radicale de l'autoconservation*» (Rolland et Quenard, 1981, p. 346). L'appareil moteur s'est mis au service du fantasme exclusivement. Avec étayage à rebours, l'autoconservation, suite à un remaniement du moi, se trouve anéantie dans sa fonction au service de la réalité intérieure, extérieure et des besoins. « *Tout se passe comme si la force du désir avait anéanti la force du besoin* » (Rolland et Quenard, 1981, p. 347). L'autoconservation étant libidinalement désinvestie, alors les références physiologiques se perdent, condition indispensable pour la réalisation du suicide et le terrain sur lequel celui-ci se produit.

*Troisième phase* : Avec les deux premières étapes, la tendance suicidaire se définirait par l'étayage à rebours (qui efface l'opposition entre pulsions sexuelles et autoconservation) et la déliaison narcissique (qui efface l'opposition entre libido liée narcissiquement et libido déliée du processus primaire). Ces deux processus représentent les moyens par lesquels, du fait de la régression du Moi, le désir s'accomplit. Au niveau économique, la tendance suicidaire implique un mouvement où l'énergie psychique fusionne autour d'un projet unique relevant du domaine de l'inconscient. L'acte suicidaire s'organise autour du projet de fusionner les énergies et permet un retour à un état antérieur à toute différenciation, état où la libido n'était pas répartie dans des orientations conflictuelles.

## **Conclusion du chapitre**

Je retiens, à partir des travaux freudiens et des différents points de vue, deux axes de lecture pour les actes suicidaires :

- **Les identifications** aux objets primaires (notamment quels types d'identifications constituent le moi et les instances à partir des premiers liens)
- **Le traumatisme** : effraction du pare-excitant qui entraîne un processus d'effacement du moi.

Ces deux axes seront repris dans le résumé analytique.



### CHAPITRE 3 : ACTES SUICIDAIRES ET JEUNES ADULTES

Parmi les tentatives de suicide, celles que ce travail interroge concernent les jeunes adultes, entre 20 et 30 ans. J'ai souligné en introduction que l'approche de l'acte suicidaire s'est progressivement affinée en fonction des catégories d'âge.

Même si on ne peut pas rendre compte de manière univoque du fonctionnement mental des adolescents et jeunes adultes suicidants, l'étude de Jeammet et Birot (1994) dégage quatre axes du fonctionnement mental de ces suicidants. Premièrement, la fragilité narcissique conférant un rôle essentiel aux relations d'objet (sensibilité à la séparation notamment) ; c'est cette défaillance qui donne aux autres dimensions leur caractère problématique. Deuxièmement, l'organisation œdipienne, point d'articulation entre problématique narcissique et objectale. Troisièmement, le corps érogène, immaîtrisable, précipitant le sujet dans une voie régressive où le plaisir serait à nouveau vécu passivement dans une indifférenciation angoissante avec l'objet, où la tentative de suicide serait comme un recours aux limites pour se soustraire à l'emprise de l'objet. Quatrièmement, la fonction psychique de contenance, due à l'excitation conditionnant les limites du moi. Chez les suicidants, l'activité fantasmatique est présente et riche. Mais la richesse apparente du travail fantasmatique ne reflète pas nécessairement la qualité du travail de représentation des affects et du déplacement. Ici, ce travail, au lieu d'aider, a un effet excitant qui déborde les capacités d'aménagement du moi.

Si l'adolescence est un concept moderne qui a su être réinterprété en termes psychanalytiques, sa pertinence est aujourd'hui réfutée pour rendre compte des jeunes adultes et de leur clinique. Quelles implications en termes de lecture psychodynamique cela impose-t-il ? Que la position théorique inclue ou non les jeunes adultes et leurs processus psychiques dans la continuité et le prolongement des processus adolescents, la discussion qui se trouve au centre du débat concerne les processus adolescents, leurs frontières et leur devenir. En effet, il est explicite que le jeune adulte se trouve entre deux étapes : la fin de l'adolescence et les processus intervenant à la sortie de l'adolescence.

Selon Guillaumin (2001), la pratique analytique courante permet de remarquer que le comportement et les fonctionnements psychiques des personnes âgées entre 18 et 30 ans sont remarquablement différents de ceux des individus plus jeunes encore appelés adolescents, mais aussi des individus plus âgés approchant la « crise du milieu de vie » identifiée par Jaques (1963). Ce constat est suffisant pour poser un problème aussi bien empirique que

théorique, notamment actuellement où cette classe d'âge des jeunes adultes est touchée par les transformations sociétales aussi bien économiques que touchant les modes de vie. Guillaumin s'attèle donc à faire de la « post-adolescence » une notion psychanalytique et à esquisser une véritable métapsychologie qui en souligne le sens général, les buts pulsionnels ainsi que les mécanismes spécifiques.

### **3.1 L'approche psychanalytique des jeunes adultes**

Monniello (2009) rapproche les temps de développements psychiques précoces avec le fonctionnement psychique du jeune adulte. Selon lui, le jeune adulte interroge, après-coup, l'expérience de l'informe. Alors que l'adolescent est confronté à l'angoisse de perte de l'objet primaire narcissiquement investi et donc incorporé, le jeune adulte est engagé dans un profond travail psychique qui doit aboutir au renoncement de l'union avec l'objet primaire et celui idéalisé. Il s'agit d'introjecter de façon stable la valeur structurante du conflit avec les objets d'identification. L'expérience d'être informe, qui est un indice des temps premiers de relation à l'objet et l'environnement, est interpellée dans l'après-coup devant la confrontation aux processus et aux devoirs de formation que rencontre le jeune adulte. C'est ce vécu qu'interroge a posteriori le jeune adulte.

Pour Winnicott (1971), il est nécessaire d'avoir un lieu où faire l'expérience d'être éprouvé comme auto-engendré, trouvé/créé. Ce lieu est celui de l'expérience de soi informe (*formlessness*). Gutton (1991) signale que le jeune adulte vit l'apaisement physiologique du pubertaire. Cet apaisement est, selon Blos (1962), nécessaire pour métaboliser en profondeur les résidus traumatiques de l'enfance et introjecter l'équivalence entre son corps propre et celui de ses parents (Guillaumin, 2001). Pour ces raisons, les parcours de recherche possibles sont différents de ceux des adolescents. De même, il existe des différences dans le travail d'analyse avec le jeune adulte.

C'est la plus grande équivalence entre enfants et parents qui définit essentiellement la fin de l'adolescence et le temps du jeune adulte. Le nouveau travail psychique de perception de cette équivalence corporelle est, selon Guillaumin (2001), l'équivalent d'un assassinat dans l'inconscient. Il ne s'agirait plus d'un meurtre dans le fantasme du parent œdipien mais d'un lent processus d'introjection des objets déjà morts mais encore « embaumés » à l'issue duquel une réorganisation sera possible et fera entrer en jeu les pulsions et l'usage des nouveaux objets. Les fonctionnements psychiques des jeunes adultes, que Guillaumin nomme « post-adolescents », s'illustrent donc par des processus d'intériorisation et d'élaboration du deuil.

Guillaumin (2001) soutient que le temps de la post-adolescence est structurel. Les fonctionnements psychiques propres à cette phase de la vie sont associés aux notions de latence et d'après-coup. Cette période de la vie psychique débiterait selon Guillaumin avec le désenchantement et la déception de l'adolescent vis-à-vis des objets parentaux idéalisés et se conclurait par « l'intériorisation de la perte d'objet » qui fournit au désir d'être, de devenir soi, de vivre en sortant du passé la matière et la dynamique psychiques nécessaires (Guillaumin, 2001). Il compare la post-adolescence à un parcours introjectif sur les fantômes des objets parentaux « morts-vivants ».

### **3.1.1 Métapsychologie des jeunes adultes : nécessité introjective et latence post-adolescente**

La description psychanalytique, par Guillaumin, de la spécificité de l'économie psychique de la post-adolescence s'articule autour de trois points essentiels : les rapports entre la notion de latence et la post-adolescence, l'économie et la dynamique post-adolescentes et la fin de la phase post-adolescente.

Si des problèmes relatifs à la suite de l'adolescence sont liés au deuil des objets omnipotents de l'enfance, toutefois, le deuil implique une opération fort complexe s'étalant sur la durée et nécessitant un « *lent travail de dépeçage du cadavre psychique de l'objet perdu, en vue de s'en approprier certains traits ou éléments et d'en abandonner d'autres* » (Guillaumin, 2001, p. 126). Le travail du négatif<sup>34</sup> doit donc opérer à cette étape sur « *la matière vive, confuse et mêlée d'un irréprésenté qui est gros de l'héritage de la perte de la croyance dans les parents de l'enfance* » (Guillaumin, 2001, p. 126). Le travail s'appuie donc sur la problématique du corps, étayage incontournable du destin des pulsions. Le temps de la post-adolescence voué à l'introjection est donc cliniquement et structurellement inévitable, parce que le deuil réclame un temps de suspension et de sidération d'un appareil psychique. C'est pourquoi, s'il ne s'oppose pas fondamentalement à l'idée (avancée par Marty) d'appeler ce temps « deuxième latence pendant adolescence », Guillaumin le considère comme une phase nouvelle dans la personnalisation et la subjectivation, d'où son hypothèse de la nécessité structurelle d'un temps nouveau, différent de celui adolescent. La problématique psychique des jeunes adultes correspondrait en quelque sorte à la digestion des objets déjà morts et maintenus dans un état intermédiaire. Cet état intermédiaire est nécessaire

---

<sup>34</sup> Le travail du négatif tel que le définit Green a pour fonction permanente d'organiser les oppositions dynamiques qui structurent et qui maintiennent les limites externes ainsi que les différenciations internes du moi. Cette fonction s'effectue principalement par le jeu des intériorisations et des expulsions.

pour permettre une réorganisation ; c'est une sorte d'attente qui permettrait ensuite, par des entrées traumatiques fonctionnant tels des catalyseurs, la réorganisation dans l'après-coup.

« *Cette réorganisation post-adolescente s'opérera alors avec les indispensables dissociations et appropriations identifiantes, faisant entrer en jeu toutes les sources pulsionnelles, et réarticulant les étayages sur de nouveaux objets* » (Guillaumin, 2001, p. 126). La phase d'introjection profonde qui caractérise la post-adolescence comprend des mécanismes spéciaux, aux caractéristiques singulières par comparaison avec d'autres phases de la vie. Il existe quelques analogies avec les mécanismes de la phase classique de latence antérieure à la puberté et quelques traits communs avec certains processus, états ou mécanismes considérés comme pathologiques.

Les nécessités introjectives qui pointent à la fin de l'adolescence impliquent, selon Guillaumin, que la post-adolescence est une forme de latence bien distincte de l'adolescence et de la latence anté-pubertaire. La notion de latence repose sur la dialectique temporelle de l'après-coup. Par conséquent, latence et après-coup se rencontrent toujours à chaque étape mutative (de transformation) de l'histoire individuelle. Les latences opèrent comme des « *misés en suspens d'un inaccompli du destin psychique et de la constitution intra-subjective de l'histoire personnelle en attente de sens* » (Guillaumin, 2001, p. 130). Cela m'amène à proposer de considérer les latences comme premières étapes vers une transitionnalité.

Selon cette conception de la latence, il ne s'agit donc pas de confondre la métapsychologie post-adolescente proposée par Guillaumin avec celle des latences pathologiques (pseudo-latence de Bergeret ; adolescence prolongée de Blos ; adolescence ressuscitée ou prématurée de Green). De telles latences pathologiques signent plutôt l'échec du passage de l'adolescence à une véritable post-adolescence élaborative. Aussi ne faut-il pas confondre l'économie psychique des jeunes adultes ou post-adolescents (selon la terminologie de Guillaumin) et l'inorganisation des sujets décrits comme états-limites par Kestemberg. Il ne s'agit donc pas de faire de la post-adolescence, au-delà de la tranche d'âge concernée, le paradigme d'une défaillance ou d'une incertitude pathologique des limites.

### **3.1.2 Économie et dynamique psychiques des jeunes adultes**

L'hypothèse de Guillaumin est « *qu'avec la post-adolescence s'organise, en tout cas dans nos sociétés, une véritable stratégie de l'immobilisation, ou de la mise en réserve ou à distance, de l'objet, objet dont l'idéalisation a été définitivement perdue en fin d'adolescence, mais dont le deuil impliquant un travail d'introjection profonde n'a pu être fait* » (Guillaumin, 2001, p. 133). En ce sens, la tendance commune pour rendre compte de la finalité générale de

la post-adolescence – considérée comme temps gagné pour accomplir le deuil suspendu des objets défunts de l'enfance – s'oriente vers le contrôle et la maîtrise de la relation. Ce registre archaïque équivaut à une fonction anti-persécutoire. Il entretient des rapports avec l'analité et indique le niveau auquel s'est arrêté le travail de ré-intériorisation et d'assimilation des objets qui étaient autrefois incorporés et idéalisés dans la latence, puis qui ont été expulsés à l'issue de l'adolescence. Dans cette période de vie, on trouve assez facilement des indices d'une sorte de déguisement ou d'une légère étrangeté qui vont mettre en panne les demandes et les attentes de la société et de la vie courante. Il pourrait exister un lien entre de pareils fonctionnements ordinaires et certains aspects pathologiques de la dépersonnalisation. Et on remarque à la fois une unité de but et une diversité des modèles auxquels obéissent les fonctionnements psychiques utilisés. « *Il s'agit des formes variées d'un travail visant à intégrer dans l'identité des composantes pulsionnelles qui ont dû en rester exclues à la fin de l'adolescence* » (Guillaumin, 2001, p. 133).

Dans ce contexte, les procédés les plus fréquents relevés par Guillaumin en ce qui concerne les jeunes adultes sont : la fragmentation des relations d'objet ; l'instrumentalisation des personnages du statut et/ou d'âge supérieur ; la mise en suspens indéfinie des choix ; le clivage et l'instabilité dans les relations amoureuses ; l'identification à ce qui est séparé ; l'importance des liens groupaux.

Tous ces fonctionnements qui sont à la fois comportementaux et intrapsychiques ne sont pas des formes de perversion, mais renvoient à des formes de dénis fonctionnels et « vitalemment utiles » pour élaborer, digérer de manière progressive les introjections qui ne sont pas possibles en fin d'adolescence<sup>35</sup>. Le véritable but de ces processus qui passent par le « *maintien secret en animation sous contrôle du cadavre psychique des objets perdus, qui, relégués (...) aux frontières du moi, ne peuvent pour l'instant, (...) ni y être admis, ni en être totalement exclus* » (Guillaumin, 2001, p. 137) est identitaire. Ces objets perdus seront effectivement abandonnés plus tard lorsque le moi « *de nouveau et tout autrement que dans la latence sera "devenu" lui-même, en leur assignant alors dans le souvenir et, s'ils vivent encore, dans la réalité (parfois non sans tendresse) une place désormais mesurée et seconde* » (Guillaumin, 2001, p. 137).

L'ensemble des post-adolescents ne sont pas des cas limites. Par contre, ceux dont le **système temporaire de contrôle des objets perdus décompense à cette période et les livre à l'invasion des fantômes perdus** le sont. De même, sont des cas limites les jeunes adultes

---

<sup>35</sup> Racamier définit dans le même sens les « dénis-non dénis » : c'est-à-dire que « l'intention de jouissance sexuelle dans le défi et la transgression » n'est là qu'en apparence.

qui, au-delà de la nécessité structurelle de fonctionnement vouée à introjecter les objets perdus, maintiennent les défenses et le fonctionnement sus-décrits. Pour tous les autres, la post-adolescence a une fin spécifique propre à sa dynamique même. Selon les sociétés et les cultures, la dynamique post-adolescente trouve un destin spécifique (la problématique universelle et humainement spécifique de l'introjection pouvant être libérée, inhibée ou liée). La culture moderne actuelle laisse la post-adolescence trouver seule sa propre fin (sans prise en charge rituelle).

Guillaumin (2001) considère que cet état de suspension de la post-adolescence ne se terminera que par des entrées traumatiques nouvelles qui libéreront une importante énergie nécessaire au remaniement identificatoire du sujet. Par le biais de ce passage, l'introjection, irréalisable jusque-là, peut enfin opérer. Ces traumatismes apparaissent donc comme potentiellement organisateurs de l'internalisation des objets laissés. En psychanalyse, le traumatisme en tant qu'événement résulte d'un mixte entre dedans et dehors et d'un déséquilibre dans les capacités du sujet à traiter, par la mise en représentation, les excitations pulsionnelles (auxquelles il est soumis) du fait de l'intensité de ces excitations. Si la balance se rétablit rapidement, le travail de mise en représentation pourra absorber, neutraliser ou sublimer l'énergie (non liée) relevant du trauma. Les situations traumatiques de sortie de la post-adolescence, telles que les propose Guillemin, ont donc une double potentialité organisatrice et désorganisatrice. Guillaumin retient trois catégories paradigmatiques de faits traumatogènes qui ont un rôle majeur dans l'achèvement et la sortie de la post-adolescence : les morts ou disparitions définitives de proches, les expériences de maternité ou paternité et les fixations et/ou cristallisations amoureuses.

Mais en quoi les conceptions psychanalytiques sur les spécificités des jeunes adultes aident-elles la compréhension de leurs tentatives de suicide ?

### **3.2 Les tentatives de suicide des jeunes adultes : « rite intime » de passage à l'âge adulte**

La théorisation d'Olindo-Weber montre que la tentative de suicide des jeunes adultes prend la valeur d'un rite intime de passage. Elle est une des rares psychanalystes à analyser spécifiquement les tentatives de suicide des jeunes adultes.

Pour elle, la conduite suicidaire est plutôt un comportement symptomatique de la fin d'adolescence qu'une conséquence de la crise de remaniement de l'adolescence. Elle postule l'existence d'une impossibilité de passage plutôt que des effets d'un conflit de transformation. Selon elle, certaines dynamiques destructives en fin d'adolescence ne sont recouvertes ni par

la formule paradigmatique mélancolique, ni par la formule dépressive. Le traitement du suicide implique de prendre en considération le conflit entre les figures idéales et de ne pas emprunter la seule voie de la perte de l'objet. L'instance régulatrice (moi) vacille sous le poids de l'idéal (donc entre ce qu'on devrait être et ce qu'on est). Quelquefois, sous couvert du deuil de l'objet, ce qui est en œuvre est une épreuve de réalité pour le sujet lui-même. Certaines personnes s'acharnent donc à prouver leur identité subjective comme si le passage à l'acte prenait valeur de traitement du doute, quand la perte dont il question est en fait celle de soi-même en tant que sujet. Il y a dans cet acte une logique probatoire, car ce qui s'ébauche tient de l'ordalie et donc de la mise en jugement. Le geste suicidaire serait un retour sur soi en acte qui traduit la « *nécessité d'une refondation du sujet au niveau de l'origine psychique où s'est ouvert le registre de l'humain* » (Olindo-Weber, 2001, p.12).

La tentative de suicide semble alors avoir une fonction d'acte réactionnel dans lequel le sujet suicidaire est en rupture d'histoire. Le travail thérapeutique après une tentative de suicide cherchera donc à réintroduire la diachronie, c'est-à-dire à permettre que les figures identificatoires se retracent sans incompatibilité interne.

Même s'il est difficile de définir des causes linéaires du suicide, Olindo-Weber retient qu'il est un modèle de dysfonctionnement dans les rapports du collectif et de l'individuel. Le déclenchement d'une crise suicidaire serait en lien avec la perte de ce qui constitue pour le sujet un sentiment d'appartenance. « *Le vouloir mourir interpelle l'ensemble des hommes. C'est une remise en question radicale de l'appartenance à cet ensemble* » (Olindo-Weber, 2001, p. 11). Cette idée peut être mise en lien avec la rupture de l'enveloppe culturelle et la conséquence qu'elle a sur tous les processus d'inscription dans les lignées générationnelles qui sont alors suspendus.

Son hypothèse majeure est que les actes suicidaires des jeunes adultes sont des rites intimes de passage. Certaines sociétés encadrent le processus d'individuation par la prise en charge collective des moments à forte potentialité suicidaire. Les rites de passage réintègrent donc dans les valeurs d'appartenance les « poussées » de singularité. En revanche, d'autres sociétés n'ont pas de dispositif permettant la gestion des conflits entre valeur d'appartenance et poussée d'identité individuelle. Dans ce contexte, Olindo-Weber considère les passages à l'acte suicidaire comme des rites de passage intimes réinventés par certains pour pallier la prise en charge collective des processus de passage. Ce serait dans la nécessité de symboliser cette fin que certains jeunes recréeraient à leur manière ce « saut qualitatif » indispensable pour leur être.

La théorie du manque, voire de l'absence de repères ayant un effet sur la structuration psychique peut être mise en relation avec celle de Lacan qui analyse la dérive de la société « sans père ». De nombreuses idées vont dans le sens de cette absence de loi qui caractérise la société moderne. Ainsi, les pathologies modernes viendraient signifier que, si les interdits sociaux et familiaux se font moins exigeants, le besoin psychique d'une référence à la loi, quant à lui, ne diminue pas. Pirlot (2009) avance également que le déclin de l'efficiences symbolique des pratiques rituelles dans la société moderne est la source d'une recherche identitaire qui va se jouer, dans la cure, par une mise à l'épreuve de l'identité/altérité. Ainsi, toute désymbolisation augmente le dysfonctionnement psychique et renforce l'hypothèse qu'une rupture de l'enveloppe culturelle du groupe comme de l'individu a des effets sur la construction identitaire.

Au Bénin, de nombreuses études sociologiques et ethnologiques attribuent à la colonisation et à l'économie de marché la perte des repères culturels traditionnels (Baimey, 1988 ; Tognon, 1988 ; Teniola, 2001 ; Gounou, 2004). Cependant, on n'assiste pas à la perte et à l'abandon totaux d'une culture au profit d'une nouvelle référence culturelle mais plutôt à un affaiblissement de la culture préexistante et à un aménagement ou une transformation selon certains critères modernes ou provenant de la nouvelle culture. C'est dans ce sens que Tognon (1988) avance que les citoyens béninois, dans leur immense majorité, ne semblent pas avoir rompu avec tous les modèles traditionnels. La vie urbaine comprend donc la juxtaposition d'éléments qui relèvent de la double appartenance culturelle définissant la condition des nouvelles générations. On se situe entre tradition et modernité, à la croisée des chemins, sous le sceau d'exigences modernes et traditionnelles. On peut donc avoir du mal à se situer entre ces deux repères de nature contradictoire. Par conséquent, en situation d'impasse ou de difficulté, on peut soit avoir recours aux traditions et à leurs valeurs plus sûres, soit avoir recours au modernisme pour échapper à certaines valeurs traditionnelles. Le malaise ne peut-il pas provenir de ce bouleversement des valeurs et de cette coexistence de repères antagonistes ?

La dualité, voire la multiplicité de repères identificatoires auxquels sont soumis les sujets et leur difficulté de privilégier un des axes chez les suicidants est soulignée par de nombreuses études (Fourasté, 1999 ; Bensmaïl, 1999 ; Arezki, 2000). L'école et la société modernes enseignent l'individualisme, la réussite personnelle, l'affirmation de soi, l'épanouissement personnel. Dans une moindre mesure, le sujet reste membre d'un groupe et doit se plier à ses règles d'appartenance. Cette obligation possède une double fonction : être protégé par le groupe et assurer la pérennisation de ce dernier. En effet, le groupe constitue un



pôle identifiant, un repère utile au fonctionnement psychique. Malgré la modernité, l'individuation n'est pas exempte d'une mise en réseau groupale.

Ces explications qui s'en réfèrent à la société ne sont, à mon avis, pas suffisantes, car encore faut-il élucider, dans cette conflictualité entre devenir adulte à la manière moderne ou traditionnelle, le pourquoi du passage à l'acte. Selon Olindo-Weber, les défaillances collectives résonnent au sein des personnes suicidaires parce qu'elles seraient structurées psychiquement sur le modèle d'une « névrose traumatique originaire ». Ceci rejoint, dans notre développement sur la destructivité, l'idée d'une mort venue de l'objet, particularité traumatique selon laquelle la menace de mort, dans les premiers temps, viendrait des objets parentaux, de l'environnement premier. Il me semble que c'est une piste importante.

De plus, la conception de la tentative de suicide comme rite intime de passage à l'âge adulte difficile rappelle la théorie de Guillaumin sur la post-adolescence. La sortie de la post-adolescence se fait via des entrées traumatiques (remobilisant la pulsionnalité tenue à l'écart). Dans ce sens, la tentative de suicide est à entendre dans sa double potentialité désorganisatrice et réorganisatrice.

Il me semble difficile d'admettre que l'acte aurait en lui-même la capacité de favoriser une transition. Comment alors comprendre l'oxymore « rite intime » proposé par Olindo-Weber, qui fait de l'acte suicidaire à la fois un acte conjuratoire devant le doute et un saut qualitatif pour effectuer un passage ? Sur un plan psychopathologique, les actions semblables à des rites ou rituels qui caractérisent la névrose obsessionnelle seraient des équivalents de pensées ayant une valeur conjuratoire qui n'arrivent toutefois pas à neutraliser l'angoisse sous-jacente mais conduisent à sa répétition.

À l'échelle du collectif ou du groupe, Houseman et Severi (1994), anthropologues et spécialistes de la question du rituel, ont une conception très intéressante. Pour eux, les rituels se caractérisent par une modalité relationnelle particulière : ils condensent une pluralité de relations qui se réalisent en dehors du rite de façon séparée. « *Les actions rituelles comportent en effet ce que nous avons désigné sous le terme de condensation rituelle : l'association de modalités de relations en principe mutuellement exclusives* » (Houseman et Severi, 1994, p. 205). Ce qui engendre, dans les relations rituelles, des modifications par rapport aux relations de la vie quotidienne.

Selon ces auteurs, alors que les rites traditionnels donnent à voir une « condensation rituelle », les nouveaux rites montreraient plus une « réfraction rituelle ». La « réfraction rituelle » consiste en une actualisation simultanée d'identités antinomiques. Selon Houseman (2012), le néo rituel produit des agents dilatés.

À partir de cette théorisation de l'action rituelle comme modalité relationnelle (qui va bien au-delà de l'action), je peux nuancer l'hypothèse d'Olindo-Weber sur le « rite intime de passage » : l'acte suicidaire ne comporte pas en lui-même des potentialités pour favoriser le passage. L'acte actualise des éléments antinomiques de l'identité du suicidant, dans un contexte où son économie psychique se trouve en difficulté dans l'articulation et donc la condensation des éléments identificatoires qui le constituent. Nous pouvons alors penser que l'accueil du suicidant relève d'une possibilité de condensation des relations d'objets là où le régime pulsionnel soumet à la déliaison.

### **3.3 Dispositifs thérapeutiques pour jeunes adultes et suicidants**

L'interrogation majeure de ma recherche porte sur le travail possible avec les jeunes suicidants béninois, c'est-à-dire le cadre de travail du psychologue dans ce milieu. J'ai donné une idée du cadre conceptuel concernant les fonctionnements psychiques des jeunes adultes. Étant donné que le travail psychanalytique sous-tend pour chacun une possibilité de subjectivation, je vais m'interroger ici sur les cadres techniques de travail possibles, avec les jeunes adultes et les suicidants.

Les conceptions psychanalytiques contemporaines ont conduit d'importantes réflexions sur les prises en charge de structures particulières (psychose, état limite) mais aussi sur les problématiques propres aux catégories d'âge (adolescence, jeunes adultes, grand âge). La réflexion sur la cure d'adolescents et les techniques et adaptations qu'elle suppose a fait l'objet de nombreux travaux. La littérature sur la prise en charge du jeune adulte, récente, progresse aussi.

#### **3.3.1 Prise en charge des jeunes adultes**

Alors que le travail de l'adolescence se situe à la croisée du biologique et du psychique, il est, à la fin de l'adolescence, de nature avant tout psychique. La problématique spécifique à cet âge tourne autour de questions de deuil au sens large. Ce deuil aboutit au travail psychique de maturation, d'individuation et de différenciation ; il peut susciter de nombreuses résistances, arrêts ou difficultés. Ce processus dynamique ne se déroule pas sans résistance.

Pour Guillaumin (2001) le fonctionnement psychique caractéristique des jeunes adultes suppose le temps nécessaire pour intégrer et donc introjecter la perte de la différence staturo-pondérale d'avec les parents qui clôture l'adolescence. Si les objets parentaux idéalisés sont morts, ils sont souvent en attente d'une digestion. Le travail est désormais d'introjecter les objets déjà perdus, pour s'approprier véritablement une place dans la chaîne

des générations. C'est donc la difficulté à entrer dans ce processus terminal de la fin de l'adolescence qui est certainement souvent repérée. Cela va dans le sens d'Olindo-Weber, d'après qui les actes suicidaires apparaissent comme l'expression de cette difficulté à passer à l'âge adulte. Le jeune adulte est plus engagé dans le profond travail psychique qui l'amène à renoncer à l'union avec l'objet primaire et avec l'objet idéalisé que l'adolescent qui est davantage engagé dans la confrontation avec des angoisses de perte de l'objet primaire narcissiquement investi et donc incorporé dans sa façon d'être.

Tout ceci pose la question d'un modèle d'intervention psychothérapeutique pour la prise en charge initiale des jeunes adultes – modèle d'évaluation conceptuelle et clinique pour estimer où en est le jeune adulte dans les processus de deuil dans lesquels il peut être pris, et l'accompagner sur un plan psychothérapeutique (Michel et Despland, 2006).

Au vu de ce fonctionnement, les souffrances relatives à cette étape, que ce soient les troubles dépressifs (très récurrents) et/ou les actes suicidaires, arrivent souvent en réaction à un événement (rupture, perte...) qui remet en route ce travail psychique élaboratif. Ces moments qui bousculent l'équilibre psychique constituent autant d'occasions de demander de l'aide. Ces demandes sont donc inscrites dans un contexte particulier de « crise », où de nombreuses sphères sont sollicitées simultanément (somatiques, sociales, psychiques, administratives...). Dans un tel contexte, les rencontres avec le psychologue requièrent plus un décryptage soigneux de la problématique qu'un travail psychothérapeutique dans un sens plus strict. Il s'agit de permettre, à travers de courts temps de rencontre, la mise en place d'interfaces, un espace de transition (Michel et Despland, 2006), de se constituer comme passeurs (Monniello, 2009).

Pour Monniello (2009), la spécificité de ce temps du jeune adulte suppose une cure différente. La position de l'analyste serait celle d'un « souffleur » du dessous de scène, de sorte que les représentations puissent être efficaces, tandis qu'avec l'adolescent, il n'y a pas lieu de prendre la place des parents mais plutôt de laisser se dérouler le processus pubertaire.

Intéressons-nous maintenant à la prise en charge des suicidants.

### **3.3.2 Prises en charge des patients suicidaires**

De manière générale, la prise en charge des suicidants est complexe. Face au manque d'adhésion évident et dans l'objectif d'améliorer la prise en charge, de nombreuses actions de recherche se sont développées progressivement sur les moyens possibles pour rester en contact et veiller sur le suicidant. Toutes sortes de dispositifs thérapeutiques ont été mis en place sans prouver significativement qu'il est efficace de veiller sur un suicidant pour éviter

les récidives. Il semble pourtant, selon des études randomisées et contrôlées, que le sentiment du sujet de « rester en contact » avec le dispositif de soins a un impact réel. Il s'agit de programmes de recontact<sup>36</sup> pour créer un lien après les urgences ou dispositifs de veille (Catherine Pichene, 2013, Congrès Mondial).

Plusieurs psychanalystes ont effectué une recherche sur l'analyse de patients difficiles, à savoir violents et suicidaires, en employant un cadre analytique strict pour les aborder (Perelberg, 2004). Ces travaux essaient précisément d'identifier les facteurs inconscients qui aident à travailler avec les patients violents et suicidaires plutôt qu'ils ne cherchent à répondre à la question de ce qui provoque un tel comportement. De manière générale, ces travaux soulignent, chez les suicidants, l'existence d'une problématique identificatoire et la nécessité d'adapter le cadre analytique.

Plusieurs constats en ressortent. D'abord, les patients suicidaires, dans une relation analytique classique, se sentent « pris au piège d'une relation dyadique mère analyste » dans laquelle il manque le point de vue du père en tant que troisième objet. Ce qui amène à l'hypothèse qu'il y a, dans le conflit psychique, des tentatives de négociation en lien avec un sentiment de séparation avec leur objet primaire afin de faire l'expérience personnelle et sexuelle d'eux-mêmes. Chez ces patients, le corps est surinvesti parce que les sentiments, qui doivent être vécus sur un plan mental, sont aussi ressentis comme des états physiques, ce qui menace constamment une représentation de soi vulnérable et fragile (Perelberg, 2004).

Les auteurs soulignent qu'il y a tout un travail d'interprétation de la sexualité primaire, mais, en parallèle, également une lutte pour atteindre des niveaux plus matures de sexualité (Perelberg, 2004, p. 39). Les auteurs insistent sur l'importance que le clinicien travaille son contre-transfert au lieu de se décharger par des interprétations énoncées au patient (Heiman, 1950) ; ce travail facilite l'ouverture d'un espace transitionnel (terme utilisé par Winnicott en 1951), espace où peuvent avoir lieu à la fois le jeu et le travail.

Kernberg (1992) cité par Perelberg (2004) avance qu'avec des patients difficilesle travail implique une clarification systématique de l'expérience du patient, avant même

---

<sup>36</sup>Différentes modalités de recontact ont été imaginées et testées à travers le monde: une carte de crise en Grande Bretagne, des lettres courtes aux USA, des cartes postales en Australie et en Nouvelle Zélande, des appels téléphoniques dans le nord de la France ou en Scandinavie, des textos en Bretagne ou une carte de crise... Ces derniers testent l'efficacité de la veille de la crise suicidaire. Même si de nombreuses limites existent en termes comparatifs, comme l'hétérogénéité des populations concernées ou la faible reproductibilité de certaines techniques, une tendance se dégage nettement en faveur de l'efficacité de ces dispositifs de veille. En France, une étude de ce type est en cours : elle est intitulée ALGOS. C'est un essai randomisé comparatif testant un algorithme de veille après une tentative de suicide. Il en est ressorti qu'il a permis de diminuer les récidives et les décès par suicide dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), selon les résultats présentés au Congrès français de psychiatrie de décembre 2012 et au congrès mondial du suicide de 2013.

l'interprétation des fantasmes inconscients. Il n'y a donc pas à interpréter la violence comme une attaque du cadre analytique mais plutôt à rester en contact avec l'expérience affective vivante de la séance. En faisant des interprétations centrées sur le psychanalyste, les patients sont invités à être des témoins de la pensée déployée par ce dernier. C'est une possibilité d'ouvrir à un « espace triangulaire » (Britton, 1989) de réflexion entre l'analyste, le patient et sur eux-mêmes.

« *Comment changer une organisation pathologique centrée sur la destruction de l'empathie et de la compréhension en employant une technique précisément fondée sur celles-ci ?* » (Perelberg, 2004, p. 45). Comprendre la fonction défensive des comportements de mise en acte est important pour continuer le travail d'interprétation. De manière générale, il faut proposer l'expérience d'un lien mental prolongé et sans menace d'anéantissement avec un être humain.

Fonagy, en 1997, à la conférence de Londres sur le jeune adulte suicidaire, résume ces différents points. Il rappelle, face aux comportements de mise en acte réguliers, la nécessité de rester en contact avec l'angoisse du patient ; il y a aussi lieu de contrôler le contre-transfert pour arriver à des formulations sur les états mentaux. Il aborde comme thèmes principaux, dans l'analyse de ce type de patients, la question de la séparation, le fait d'être séparé et l'importance donnée au corps qui est en lien avec l'absence de mentalisation ; cette dernière s'enracinerait dans les expériences de ces patients avec l'objet primaire (Perelberg, 2004, p. 27).

Le chapitre suivant présente les conceptions contextuelles de l'acte autodestructif dans le Sud Bénin. Il me permettra de mettre en tension et d'éprouver les différents arguments et lignes théoriques psychanalytiques qui ont été déployés jusque-là.

## **CHAPITRE 4 : AUTODESTRUCTIVITÉ ET NOTION DE PERSONNE DANS LE SUD BÉNIN**

La République du Bénin est un pays de la sous-région de l’Afrique de l’Ouest. Son histoire est marquée d’abord par un riche passé de royaumes conquérants, ensuite par la traite négrière, puis par soixante-dix ans de colonisation et d’administration française avant la proclamation de l’Indépendance, le 1<sup>er</sup> août 1960<sup>37</sup>.

On y compte plusieurs groupes ethniques. Dans le sud du Bénin, les principales ethnies partagent et reconnaissent les mêmes divinités : les voduns<sup>38</sup>. La délimitation de ma recherche au « Sud Bénin » va donc au-delà de territoires géographiques, jusqu’aux ensembles ethniques qui se retrouvent autour des mêmes principes identitaires.

Dès le début de mon étude, la nécessité, pour comprendre les actes suicidaires, de prendre en compte les spécificités culturelles s’est imposée. En effet, l’abord psychiatrique est limité, du fait de son cadre nosographique, pour saisir tous les enjeux cliniques et leurs spécificités. De même que l’anthropologie, qui souligne l’importance du contexte, n’est pas à même de proposer une compréhension clinique de l’acte.

### **4.1 Enjeux cliniques**

À partir d’un exemple clinique, j’illustrerai les défis posés par l’approche clinique des actes suicidaires dans le Sud Bénin. Adeola, jeune homme d’une trentaine d’années, est hospitalisé pour une tentative de suicide. Il s’exprime avec aisance. Il est d’abord réticent quand on lui propose un espace de parole mais il vient tout de même. Adeola peut évoquer des éléments douloureux et pénibles de sa vie, mais il hésite à aborder l’origine de sa situation actuelle. Les problèmes qui l’y ont conduit ne sont pas du ressort de l’hôpital. À l’issue de son hospitalisation, il prévoit de consulter pour trouver des réponses à ses questions. J’apprends que ses problèmes viendraient d’un sort dont la victime première serait sa compagne, avec qui il s’est installé malgré la désapprobation de sa propre famille. Selon lui, ce sort est à l’origine

---

<sup>37</sup> D’abord colonie française du Dahomey (en référence au royaume du Dahomey), puis, en 1960, République du Dahomey. Après, la République a pris successivement la dénomination de République Populaire du Bénin (1975) puis de République du Bénin (1990).

<sup>38</sup> La République du Bénin est qualifiée et connue comme étant le Berceau du Vodun car de ce lieu sont partis, du fait des contacts commerciaux avec l’Occident, de nombreux rites et pratiques religieuses (au Brésil, à Cuba, à Haïti, aux Antilles). Ces rites et pratiques, malgré l’introduction des religions monothéistes, persistent. Non seulement les différentes « religions » (animisme, christianisme et islam) font bon ménage mais on constate un syncrétisme à l’occasion des baptêmes, des funérailles ou des mariages (Fadaïro, 1986 ; Agboton, 1997 ; Noret, 2010). Ceci illustre le fait que les pratiques persistantes qualifiées d’« animistes » ou de traditionnelles ne sont pas de simples croyances religieuses mais sont à considérer comme des principes identitaires, servant de canal de transmission et de lien social.

des problèmes aussi bien au sein de son foyer que dans son milieu familial. Pour la famille d'Adeola, cette femme est une sorcière et il n'est pas question qu'il reste plus longtemps avec elle : dès sa sortie de l'hôpital, la famille tiendra un conseil. Pourtant, Adeola tient à elle et ne souhaite pas s'en séparer, bien que ses ennuis – irritabilité, angoisse, incapacité à garder ses emplois – aient commencé depuis qu'il est avec elle. Sa relation avec sa femme s'est détériorée à tel point qu'elle a décidé de le quitter, ce qui a entraîné sa tentative de suicide. Il ne la comprend pas : tout se passe bien mais, par moments, c'est comme si la « chose », ce sort dont elle est victime, lui disait de ne plus écouter Adeola et de n'en faire qu'à sa tête. Adeola a la certitude d'avoir été marabouté. C'est pourquoi il prévoit d'aller consulter à l'issue de son hospitalisation pour faire lever le sort que sa femme lui aurait transmis par contagion.

Le contraste entre un discours rationnel, de bon niveau intellectuel, et ce qui peut apparaître comme la « pénétration de la croyance magique » est assez surprenant. Il semble qu'une articulation signifiante manque. La présence d'interprétations culturelles n'est pas spécifique au cas d'Adeola ; les suicidants et les familles que j'ai reçus en font plus ou moins preuve, quel que soit leur niveau social, intellectuel, professionnel...

Aller consulter... Si, dans un premier temps, cette expression paraît familière, elle nous plonge progressivement dans un univers de sens de plus en plus abscons. « *J'irai consulter, mais ailleurs.* » Un autre lieu est invoqué pour opérer la mise en sens de l'acte suicidaire.

Si, de manière générale, l'itinéraire thérapeutique des suicidants comporte une prise en charge somatique articulée à une évaluation et à une prise en charge psychologique, il ne faut pas oublier que, dans le contexte béninois, les itinéraires thérapeutiques sont divers et multiples.

Il existe trois circuits thérapeutiques délimités : scientifique, traditionnel et religieux. Ils existent conjointement et se complètent. La spécificité de chacun tient aux théories étiologiques sous-jacentes à chaque action de prise en charge.

Dans le cas intitulé « L'abcès du sous-préfet », Kpatchavi (2011) montre les enjeux sociaux de l'itinéraire thérapeutique dans le Sud Bénin. Suite à une enflure au cou, cet administrateur d'État a recouru à un pharmacien, à un phytothérapeute, à un traitement biomédical, à un traitement « spirituel » (prière et offrandes), à une recette de traitement ancestrale, à une consultation chez le devin-guérisseur et aux cérémonies prescrites. Tous ces traitements se sont succédé en l'espace de cinq jours. L'analyse de cet itinéraire permet de déduire que « *le pluralisme de représentations et de pratiques relève d'un comportement social qui renvoie au sens de la maladie* » (Kpatchavi, 2011, p. 110). Ainsi, les

représentations de la maladie et de ses causes lient l'individu souffrant à son groupe d'appartenance<sup>39</sup>.

Certes, nous ne considérons pas la tentative de suicide comme étant une maladie. Cependant, tout comme dans le cas décrit par Kpatchavi, le suicidant a souvent recours à différentes modalités de prise en charge et le choix des soins biomédicaux doit être compris au sein de cet ensemble. Ainsi, à l'hôpital, les patients suicidaires fourniront a priori uniquement des informations leur semblant relever du domaine biomédical, les autres dimensions de l'acte suicidaire faisant l'objet de prises en charges adaptées, selon l'interprétation qui en est faite.

Diversité de lieux de soins, diversité des interprétations, importance de l'entourage...Au sein de ces logiques, l'acte suicidaire apparaît comme « provoqué » (Gandaho *et al.*, 1999). Si ce comportement suicidaire est supposé provoqué, comment traduire alors les dynamiques qui y sont sous-jacentes ?

#### **4.2 L'acte suicidaire dans le Sud Bénin : quels mots pour le dire ?**

La République du Bénin, comme la plupart des pays africains, est caractérisée par une multiplicité des langues locales. Si la langue officielle du Bénin est le français, environ 9 % le parlent, essentiellement en milieu urbain.

Ma recherche s'intéresse aux actes suicidaires. Il existe et il a existé de nombreux termes pour désigner la réalité recouverte par des actes d'autodestructivité. Intoxication, tentative d'autolyse, mort volontaire, maladie anglaise... autant d'expressions qui renvoient aux actes suicidaires.

Quand on parle français, on utilise le pléonasma réflexif « se suicider » ou « tenter de se suicider ». Quand on parle et pense en anglais, on emploie l'expression « to commit suicide » ou « suicide attempt », le verbe d'action « to commit » venant ici renforcer l'action meurtrière. Quand on parle fon, yoruba, aja, la pensée se complique. On peut traduire littéralement à partir du français « *e hou é dé* » (il s'est tué), mais cela reste, comme toute traduction littérale, une sorte d'importation. Quels mots existent pour le dire ? Il semble qu'il n'existe pas de terme dédié pour nommer pareil acte. Mes nombreux essais de traductions de

---

<sup>39</sup> Par exemple, les modèles étiologiques béninois concernant la maladie mentale situent les causes comme une agression extérieure (d'esprits ou d'êtres tels que les sorciers). « *Le trouble n'est ni dans le corps, ni dans la personne malade, mais dans l'agression. Le fait psychiatrique est par conséquent hors du champ de la maladie mentale* » (Ahyi, 1994, p. 24). L'intérêt ne porte plus sur les symptômes visibles mais plutôt sur les indices permettant d'identifier l'agresseur. Ces indices se trouveraient dans la qualité des relations entre l'individu et le groupe et dans le discours du patient et de son entourage. Inviter uniquement à un travail sur soi passe en effet sous silence les éventuelles prises en charge sociétale et groupale de l'acte.



l'acte suicidaire se sont heurtés à cet obstacle. Certaines logiques explicatives traduisent l'acte par l'expression « *e kpa sou ni* » (il a été victime de soukpa). Mais cette expression arrive au bout de tout un processus de traitement et de recherche d'identification de la cause et non pas comme une dénomination pour l'acte suicidaire.

Les mots utilisés viennent déjà signifier des interprétations, des logiques et des manières d'appréhender l'acte suicidaire. De fait, le mot et son utilisation proposent un effet diagnostic et portent en eux la référence à une étiologie supposée et des soins appropriés. Cela rend tout travail bien plus complexe que l'on pourrait l'imaginer, car cela suppose une reconceptualisation visant à soutenir que la langue et la logique du monde qu'elle représente soient présentes dans le texte lu dans une autre langue et ayant ses logiques propres.

La tentative de suicide ou le suicide globalement définis comme acte positif d'un individu pour se donner la mort apparaissent comme des actes émanant de la volonté « délibérée » et « propre à un individu » de se donner la mort de manière « intentionnelle ». Cette « volonté délibérée de mort » semble culturellement intraduisible dans le contexte du Sud Bénin au regard de la conception de la mort. Agossou (1980) le montre quand elle avance : « *la question ne se pose pas comme pour l'un des héros de Shakespeare selon l'alternative "être ou ne pas être" ; il ne s'agit pas pour l'Africain de vivre ou de ne pas vivre, de vivre ou de mourir. Ce dont il s'agit, c'est de vivre, de mourir certainement, mais de vivre à nouveau puisque la mort permet de retrouver la vie* » (1980, p. 109). Comment penser l'acte suicidaire quand le programme commun pour tous réside, comme le souligne Agossou (1980) dans un « *tu vivras* » ? Les conduites suicidaires seraient-elles une dimension « hors champ » ou « hors sillon » dans le Sud Bénin ?

Les notions de personne et d'intentionnalité utilisées dans les définitions classiques sont des postulats de base. C'est pourquoi, dans le cadre de notre étude, il s'avère indispensable d'étudier les aspects relatifs à la notion de personne dans le Sud Bénin, de manière à pouvoir poser la question du suicide. Dans ce sens, j'avance que l'étude des tentatives de suicide dans le sud du Bénin implique un travail particulier de redéfinition afin d'identifier ces actes et de les inscrire dans le contexte précis.

Les définitions du suicide et de la crise suicidaire se basent sur une conception occidentale de la personne, considérée indivisible par nature et constituée d'une intériorité propre<sup>40</sup>. En Afrique, il n'existe pas de terme correspondant à cette réalité de « personne ».

---

<sup>40</sup> La notion de personne au sein de la culture occidentale implique l'idée d'un être individuel, conscient de soi, raisonnable et responsable, capable, quels que soient son « état » ou sa condition, de se déterminer par des motifs dont il puisse justifier la valeur devant d'autres êtres raisonnables (Cartry, 1973, p. 19).

Comment donc exploiter ces définitions dans un contexte où la conception de l'individu diffère ?

### **4.3 La constitution de la personne et l'importance de la lignée au Sud Bénin**

Verger (1973) décrit le réseau de relations étroites qui ancrent la notion de personne dans sa lignée familiale selon trois axes indispensables : les principes constitutifs de la personne, les liens entre destinée et origine et enfin les éléments nécessaires dans les relations. En termes de principe constitutifs, les êtres humains se composent d'éléments hétéroclites : partie matérielle (le corps), partie immatérielle (l'âme, le souffle, le principe vital), participation des ancêtres qui font retour à l'arrivée d'un nouveau-né, mais également éléments hérités de divinités (Voduns) dont dépendent les hommes. Les Voduns sont des ancêtres lointains dont le souvenir est plus ou moins perdu mais dont le caractère divin est retenu par les descendants.

En raison de ces éléments constitutifs hétérogènes, la personne est inscrite dans ce qui est hérité des ancêtres, des âmes qui ont précédé et dont les signes permettent de décoder les messages afin de les honorer. Elle n'en demeure pas moins dépendante des traitements ou initiations perpétués lors de sa naissance (notamment la consultation du Fa<sup>41</sup>) et de ceux qui suivront tout au long de sa vie. Pour chaque individu, se pose par conséquent pour le groupe familial la question de l'origine, de ce qui fait retour en lui.

Il y a certaines conditions nécessaires à la bonne marche des relations entre les différentes entités : les traitements des morts par les vivants et la diversité des noms. En effet, dans les sociétés orales, un grand pouvoir est attribué à la parole (considérée comme parole agissante) et les noms prennent une valeur particulière. L'attribution du nom, étape importante, inscrit l'individu dans ses appartenances. En ce sens, elle participe à la fabrique de l'identité. Au-delà de cela, les noms assurent la mise en œuvre des processus identitaires, puisque les nominations interviennent à différentes étapes de la vie, mais aussi dans les différentes relations et rencontres. Ils sont à décrypter comme des mots d'esprit en ce sens qu'ils condensent la configuration d'éléments manifestes et latents qui se jouent au moment où s'effectue la recherche d'attribution du nom.

---

<sup>41</sup> Le Fa est un système divinatoire qui permet au bokonon (père de secret, lecteur et interprète du Fa), de résoudre divers problèmes que peuvent rencontrer les gens. Ainsi, à la naissance d'un enfant, les parents recherchent avec l'aide du bokonon le signe régissant la destinée de ce nouveau-né. Plus tard, lui seront révélés son identité profonde et ses interdits. Le Fa est donc la possibilité ouverte à chacun d'entendre le destin qui a marqué son âme avant son incarnation sur terre et par la même occasion de lui rendre un culte. La possession d'un signe satisfait donc un besoin de sécurité et de certitude.

La relation entre lignage et filiation au sud du Bénin peut être illustrée par l'exemple du *mimlan*<sup>42</sup>, un type de salutation où le lignage de l'individu est déclamé, en remontant le plus loin possible dans les ascendances. Ainsi, chaque rencontre est l'occasion d'évoquer les vivants et les morts avec le rappel de l'appartenance au lignage et un établissement ou rétablissement de la filiation. Le mode d'existence situe l'individu par rapport à d'autres, eux-mêmes rattachés à ceux qui les ont précédés et en quelque sorte fondés. « *De façon quotidienne, la question "qui es-tu ?" adressée à un individu permet de faire co-exister (...) le passé avec le présent, et partant, les morts et les vivants* » (Agossou, 1980, p. 106).

La notion de personne est donc profondément liée à l'organisation sociale du groupe dont elle fait partie. À ce titre, il existe une dépendance de l'individu à sa lignée familiale et à la communauté (ensemble englobant les vivants et les morts). Toutefois, l'inscription dans une lignée et la dépendance de l'individu à cette dernière ne sont pas à entendre comme une « contrainte sociale » le privant de l'exercice de « son unité propre », mais plutôt comme des principes de base œuvrant à la constitution de son unité. C'est en ce sens que Thomas parle du pluralisme cohérent de la notion de personne en Afrique noire. L'importance de la lignée ainsi que du lien de filiation souligne la nécessité, quand on pense la personne comme réseau, de l'inscrire dans une identité collective avant même de la situer dans son identité individuelle. Le Jeest alors possible à partir du groupe (famille-ancêtres-divinités).

Ce tissu de relations complexes, entre vivants et ancêtres situe la mort, la naissance et la filiation comme un itinéraire nécessaire et structurant. L'initiation en est la clef.

#### **4.4 De la mort à la naissance : le chemin de la filiation et de l'initiation**

Le processus de filiation est le processus par lequel un individu se reconnaît comme appartenant à une lignée et peut donc se situer autant par rapport à ses ascendants immédiats ou lointains que par rapport à ses descendants réels ou éventuels dans un réseau de parenté.

Le processus de filiation tel que l'a étudié Guyotat (1980) est décrit selon deux axes : la filiation instituée et la filiation narcissique. La filiation instituée renvoie à ce qui dans le lien de filiation résulte d'une convention du groupe. La filiation narcissique fait référence à ce qui a trait, dans la filiation, à la dimension imaginaire (Guyotat, 1980). Le suicide renforcerait les liens de filiation narcissique. Audras de La Bastie et Debout (cités par Guyotat, 1980), en étudiant le système de filiation des suicidants, ont établi que la majorité des tentatives de suicide des adolescents constituent une possibilité de changer de filiation. L'acte suicidaire

---

<sup>42</sup> Il s'agit, pour une personne âgée, de réciter à la personne plus jeune qu'elle rencontre et qui est de la même famille l'arbre généalogique en remontant le plus loin possible, en glorifiant les hauts faits de leur ancêtre commun. C'est après cette évocation que l'on prend des nouvelles mutuelles et que l'échange commence.

inscrit donc dans une nouvelle chaîne des générations et permet un réinvestissement libidinal de l'existence. Pour les tentatives de suicides à répétition, l'acte apparaît comme la réalisation parfaite de la coïncidence mort-naissance. Le lien de filiation narcissique dans ses rapports avec le suicide met donc en jeu le « fantasme du mort-vivant ». Au Bénin, la coïncidence mort/naissance est toutefois un fait social admis. Cela complexifie la compréhension que l'on peut avoir d'un « fantasme de mort-vivant ».

Ainsi, lors de la conception, le bébé est considéré comme appartenant aux divinités et aux ancêtres : *« Le bébé, l'enfant des divinités et des ancêtres, devient et restera l'enfant de la mère, puis des mères qui assistent la parturiente. Lors de la cérémonie de la "première sortie" de l'enfant, il deviendra l'enfant du père, qui le reconnaît, lui donne son nom, en tout cas proclame ses noms et le présente à ses autres pères qui l'acceptent. Mais il devra par la suite prouver son appartenance à la communauté et conquérir le titre de fils du groupe, aidé en cela par ses frères et sœurs, ses initiateurs et éducateurs. Tout ce cheminement se fera sous le regard et avec l'exemple de celui qu'il réincarne »* (Agossou, 1980, p. 111). Il y a entre la naissance et la mort un lien, ne serait-ce qu'au regard des traitements que nécessitent ces deux événements majeurs et qui relèvent de l'initiation. Les bébés sont initiés, humanisés. Les morts sont ancestralisés. Ils pourront jouer ainsi un rôle dans l'humanisation du nouveau-né.

Dans le contexte africain, chaque événement important donne lieu à une « cérémonie » nécessitant la participation de tous les membres de la famille. Cet événement est interprétable sous l'angle du rituel. Ces cérémonies tenues par des ascendants sont répétées par leurs descendants. Elles permettent donc l'inscription de nouveaux membres. La lignée est ainsi assurée, de même que la vie. Aussi, il est signifié que tous, parents comme enfants, se réfèrent à la même loi de la parole. Certains rituels sont spécifiques aux périodes d'histoire du groupe ; d'autres ponctuent les temps forts de la vie de l'individu tels que la conception, la naissance, la nomination, le sevrage, les funérailles, l'éventuelle consécration en tant qu'ancêtre. Les entrées, sorties, passages, nouvelles intégrations d'un membre sont officialisées et socialisées par les rituels. Étant donné que les paroles et gestes anciens deviennent quotidiens, l'articulation vie/mort est assurée.

Le lien de filiation implique les relations entre les membres d'un lignage : pas les liens qui unissent un fils à ses parents géniteurs ou adoptifs, mais celui qui fait de l'enfant un descendant des pères et mères du lignage.

Les nombreuses démarches autour de la naissance, qui visent à identifier l'ancêtre protecteur, manifestent la volonté d'inscrire le nouveau-né, de l'identifier progressivement comme membre de la grande famille. Les noms portés par l'enfant sont autant de réponses

aux questions « qui est cet enfant ? » et « d'où vient-il ? ». Le « *nom place l'homme dans le groupe, le situe, signe son origine* » (Agossou, 1980, p. 112). Le nom évoqué peut permettre de repérer une période de l'histoire de la famille. Le nom peut être lié à l'ancêtre protecteur, au destin, à la position dans la fratrie, à l'accouchement, à la mort d'une personne proche... Les coïncidences mort-naissance sont évoquées et matérialisées par le nom donné à l'enfant.

Il est important de ne pas confondre la notion d'ancêtre protecteur avec celle de réincarnation. En effet, dans le Sud Bénin, l'ancêtre est le résultat du traitement des morts. Ce traitement est un processus dynamique qui s'inscrit dans l'intemporalité puisque son objectif est de maintenir la continuité de la vie. Lorsqu'on identifie l'ancêtre protecteur, ce n'est pas le mort qui revient. Ce n'est donc pas la réincarnation. L'identification et l'évocation du monde des ancêtres consistent à rechercher des traces pour inscrire l'enfant dans la continuité et l'humanisation. Le traitement des morts consiste à installer le mort dans la réserve des ancêtres. Ce qui suppose une décomposition ou désarticulation des différents éléments constitutifs du défunt. Le monde des ancêtres est une sorte de lieu d'inscription qui permet de travailler l'appartenance, la filiation et l'affiliation.

Le nom d'un individu rend compte de ses origines et de son programme de vie, mais l'idée de l'inscription dans une histoire familiale, une chaîne générationnelle et la conception de la filiation dans le sud du Bénin supprime-t-elle la liberté de l'individu ? Est-il un sujet déterminé et conditionné sans aucune liberté ? Le fait qu'il reste éternellement « fils de » le prive-t-il du statut d'adulte ? Selon Agossou (1980), un individu n'est pas plus prisonnier quand il se sent uni à des personnes vivantes ou déjà mortes (traitées et initiées à devenir ancêtres), conçues comme modèles, que lorsqu'il est pensé comme déterminé par ses gènes. Les logiques du Sud Bénin mettent en avant que l'histoire du bébé remonte bien avant sa naissance et peut même rejoindre celle d'un ancêtre ou d'un défunt récent, qui, par la réincarnation, est réactualisé. Certes, il existe des manifestations pathologiques de divers ordres : la dépersonnalisation quand le nom ne peut plus être porté, les syndromes dépressifs devant la culpabilité d'une faillite dans le contrat avec le groupe, les bouffées délirantes de personnes désespérées de ne pouvoir assurer la continuité et la cohésion du groupe...

Lorsqu'il y a un risque que les liens de filiation étouffent, que le désarroi s'installe ou que les liens se relâchent, laissant des sujets sans attaches ni limites, les logiques du Sud Bénin prévoient des paroles et des gestes adéquats : « *Les thérapeutes formés dans la culture, avec la participation du corps que constituent les membres de la communauté, sont là pour contenir, aider à (re/structurer), à remouler ...* » (Agossou, 1980, p. 115).

On enseigne à l'enfant qui, progressivement, s'initie à la vie adulte, que ce qu'il a reçu en venant dans le monde des vivants n'est pas suffisant. Ainsi doit-il lui-même travailler à se former, car l'ancêtre peut être un protecteur, un modèle mais pas un sosie. En fin de compte, dans cette culture spécifique, les liens de filiation institués sont constitués à la fois par les rites et le langage. Ils ont des pouvoirs protecteurs et parfois pathogènes : *« la mésalliance, en ce sens qu'elle contrevient à des règles instituées, plus ou moins tacites, dans le cadre de l'institution du mariage, peut se constituer comme une brèche dans ce lien de filiation. Elle réactive en outre la position œdipienne qui, elle-même, figure une mésalliance entre générations. Le désir œdipien trouvant sa limite, non seulement dans l'interdiction du parent et son inclusion surmoïque, mais aussi dans le désir de maintenir le désir de la mère »* (Agossou, 1980, p. 115).

#### **4.5 Vie et mort dans le Sud Bénin**

Dans le Sud Bénin, si la mort a son importance, c'est surtout en tant qu'élément à vaincre, à dompter, à maîtriser pour plus de vie. Il existe un lien permanent et structurant entre vie et mort (comme le montre l'exemple du mimlan). Ainsi, évoquer systématiquement les morts ne provoque aucune angoisse, car, comme le rappellent les vers de Birago Diop : *« Ceux qui sont morts ne sont jamais partis, ils sont dans l'ombre qui s'éclaire et dans l'ombre qui s'épaissit, les morts ne sont pas sous la terre, (...) les morts ne sont pas morts. »* L'existence dans le Sud Bénin se résume donc à un programme de vie, ce qui va dans le sens de Makang Ma Mbog (1969) qui écrit à ce sujet que l'existence pour l'Africain semble être unidirectionnelle et orientée vers plus de vie et plus d'existence.

La conception de la mort est donc articulée à celle de la vie (Adoukonou, 1979). Selon Agossou (1980), la conception de la vie dans le Sud Bénin peut être représentée, de manière imagée, comme étant gérée par deux assemblées. La première est formée de divinités importantes et d'ancêtres fondateurs ayant à leur tête l'Être suprême. La deuxième, en étroite relation avec la première, est composée d'ancêtres nouveaux et anciens. Ces deux assemblées dirigent et organisent le monde des vivants et aussi celui des morts. Mais il existe également un inter-contrôle entre les morts et les vivants. Il ne faut donc pas penser que les vivants sont « écrasés » par les morts ; le pouvoir des morts sur les vivants est reconnu par ces derniers, et ils l'emploient pour préserver et maintenir l'organisation sociale. Le langage des ancêtres et des morts est adressé aux vivants ; des profondeurs de la tombe jaillissent donc le souffle et la parole qui alimentent la vie, l'orientent. Toutefois, souligne Agossou, ces paroles ne sont pas considérées comme des paroles de mort en raison de leur exhumation, reconnaissance et

proclamation par les vivants. En d'autres termes, ces paroles ne sont pas mortes et donc perdues, car la mort n'est pas un point de non-retour, un point final mais plutôt « *un pont sur le chemin du retour*<sup>43</sup> ». C'est « *un lieu de chute d'où la vie doit recommencer* » (Agossou, 1980, p. 109).

Les ancêtres partagent l'existence des vivants, les guident, les aident et les surveillent. Ils peuvent punir. Les vivants et les morts sont donc interdépendants.

La mort implique la désintégration ou désarticulation des éléments composites qui ont fait de la personne décédée une personne particulière. Elle deviendra ancêtre et continuera donc à vivre sous cette forme. Ces rituels se déroulent si la personne a bien vécu. Cependant, un homme qui a mal vécu est condamné au « *yêyivo* » – anéantissement de l'ombre – et ne revient donc plus comme ancêtre protecteur. Les personnes qui ont mal vécu courent le risque, post-mortem, d'être exclues du cycle d'éternité et de retour aux sources. En effet, il existe des *mauvaises morts*. Les suicides en sont un cas. Ce type de mort ne peut donner lieu aux traitements habituels d'ancestralisation. Au contraire, les traitements donnent lieu à l'élimination, l'exclusion de la chaîne de génération. Ainsi, la disparition provoquée par la mort soit est traitée de manière à instaurer une présence-absence par l'ancestralisation (dans les bons cas) soit elle devient objet d'élimination et d'exclusion. La décomposition/déliaison du mort en jeu dans le processus d'ancestralisation empêche de maintenir le mort comme une entité fantomatique menaçante.

Le thème des ancêtres, entendu généralement comme celui de l'influence des morts sur les vivants, interroge plusieurs concepts psychanalytiques : les instances psychiques, leurs réactions dans les processus de deuil (face à la perte d'objet). En effet, en psychanalyse, la référence aux ancêtres concerne les agissements en nous d'un autre que nous-même qui est capable d'imposer sa loi et son sadisme (le surmoi ou l'idéal du moi). Ce thème renvoie à la problématique du surmoi et de son rôle excessif et destructeur (Baladaci, 2012) et pose la question de savoir comment dégager le Moi de cette emprise aliénante.

La présence massive et quotidienne de la notion d'ancêtre dans le Sud Bénin semble nous mettre sur d'autres pistes de travail. Elle ne renvoie pas à la notion d'antériorité et d'origine. Elle est « le nouveau » issu d'un processus d'ancestralisation. La question de l'ancêtre est indissociable, dans ces contextes, de la question de la transmission.

---

<sup>43</sup>Les expressions utilisées pour évoquer le mort illustrent la même réalité supposée entre vie et mort. Ces expressions n'évoquent pas un fait irréversible. Elles introduisent au contraire au voyage, à la surprise, au sommeil, à la cuisine...qui sont des activités du vivant.

Le travail du deuil permettant de passer de l'investissement du disparu à son souvenir, les références au deuil en termes d'identifications incorporatrices, d'identifications introjectives ou de deuil pathologique sont pensées au Sud Bénin en termes de traitements des morts<sup>44</sup>.

Le processus d'ancestralisation introduit des intermédiaires et de la transitionnalité dans les héritages psychiques. Par rapport à l'organisation psychique, les ancêtres ont donc un rôle double. Le premier est d'atténuer la violence du surmoi en ouvrant aux lois ancestrales partagées par la communauté. Le second est de contenir, contre-investir, sans le surmoi destructeur, l'ombre de l'objet sur le moi (fixation à l'objet primaire).

Les logiques du Sud Bénin présentent la personne comme multiple puisqu'elle est composite et intégrée dans un réseau. Le mythe fondateur étaye et confirme cette idée que la vie réside dans le multiple.

#### **4.6 Mythe fondateur : les humains comme êtres composites advenus dans la multiplicité**

Selon les mythes occidentaux (tels que *Le Banquet* de Platon<sup>45</sup>), l'humain ressort de divisions, coupures et de séparations. Ce lien d'interdépendance entre séparations et individuation illustre l'idée que l'individu s'affirme comme ce qu'on ne peut couper, ce qui est indivisible et qui revendique donc une unité distincte. (Missonier, 2003 ; Kaës 1990 ; Mahler et coll., 1975 ; Pines, 1981). Le cheminement humain implique, pour devenir un individu qui se (re)connaît, d'être primitivement séparé de sa matrice et d'accéder à une symbolisation qui réponde à la triple fonction de commémoration de la fusion initiale, d'accès au renoncement œdipien et d'affiliation au groupe social. En ce sens, Kaës (1990) avance qu'« *exister requiert la coupure du lien et le maintien d'un lieu de contenance* ». La thématique de la séparation est en rapport sémantique direct avec la sexualité. Du latin *sexus*, le mot sexe viendrait du verbe *secare* qui signifie couper, diviser. Chaque société élabore à sa manière son imaginaire collectif.

Le mythe des origines au Sud Bénin situe les humains comme des êtres composites advenus dans la multiplicité en lieu et place de la division : « *Chez nous, (...), l'humain est constitué*

---

<sup>44</sup>Le but du traitement des morts est de les désarticuler de leur unité composite de sorte qu'ils puissent faire retour sous forme d'ancêtres. La cérémonie d'ancestralisation consiste à sortir les défunts de l'oubli afin qu'ils participent aux transmissions.

<sup>45</sup>« *En ces temps-là, les êtres humains avaient quatre bras, des jambes en nombre égal, deux visages, les parties honteuses en double, tout le reste à l'avenant. (...) Zeus, pour mettre un terme à leur indiscipline, les coupa en deux comme on tranche les fruits pour en faire des conserves, ou encore comme on divise un œuf dur avec un crin* » (Platon, *Le Banquet*, cité par Missonier, 2003, p.21)



*d'une multitude d'éléments : fragments d'ancêtres, réceptacles de divinités, parties élémentaires provenant de la nature ou du cosmos.* » (Hounkpatin, 1997, p. 127)

En effet, une entité primordiale (Olodumaré), « une », toute-puissante et solitaire, s'est trouvée prise dans cette complétude par une grande tristesse voire une mélancolie. Afin de traiter son isolement, dans sa toute-puissance, elle se coupe. Mais cette coupure, par un phénomène de miroir, a produit de l'agitation sans pour autant introduire de la vie. De cette coupure, située aux origines, advient le désordre du duel. La divinité première renonce à la destructivité en s'abstenant. Elle crée alors l'ordre du pluriel en introduisant des divinités (Hounkpatin, 1997).

L'entité primordiale fabrique alors de la diversité : des divinités, chacune ayant une fonction précise. Ces multiples solitaires sont pris dans la répétition de l'identique (au sens de M'Uzan<sup>46</sup>). Mais, à partir du désordre d'une divinité (Legba), cette répétition de l'identique s'interrompt. En effet, Legba décide de refaire des personnages à la hauteur du fondateur. Il se rend compte que les siens sont figés, pas animés, alors que ceux du fondateur sont animés. Pris de colère, Legba s'en prend à ses propres productions. Il les attaque et les troue. La divinité primordiale, toujours dans cette position de renoncement et d'abstinence, décide de traiter ce qui reste de la destructivité de Legba. Ainsi arrivent les humains, comme le fruit du renoncement d'une divinité initiale et du reste des personnages de Legba. L'héritage divin des humains consiste en une double acquisition : celle de la sexualité (issue des personnages troués) et celle du principe vital ou souffle (venant du dieu créateur).

Par sa colère, Legba empêche la reproduction ad libitum de l'identique et introduit la libido, la créativité et la sexualité. Le mythe des origines mettant en scène Olodumaré et Legba pose l'abstinence, le renoncement à la destructivité et le traitement de ses restes à l'origine de l'humanité (Hounkpatin, 1998). Ce qui est entendu comme le renoncement pulsionnel à faire pour un travail de culture concerne donc le renoncement à cette autodestructivité placée ici aux origines. Ceci explique en quoi les divinités sont protectrices. Elles représentent un espace intermédiaire où subsistent des restes non détruits par Legba. De plus, dans ce contexte, on ne s'adresse pas à un dieu qui produit de l'unique mais aux divinités qui constituent un espace intermédiaire. Je parle d'espace intermédiaire car ces divinités sont les seules intermédiaires en mesure de traduire les demandes des hommes à la divinité fondatrice.

---

<sup>46</sup>De M'Uzan (1969) distingue deux phénomènes rapportés à la compulsion de répétition. La répétition du même qui relève de structures dans lesquelles la catégorie du passé est élaborée suffisamment. La répétition à l'identique serait le fait de structures où l'élaboration du passé est défailante. L'identique est plus proche du sensoriel et ne permet pas de la créativité et une symbolisation après coup.

Dans le mythe, nous pouvons interroger la coupure de la divinité suprême. Est-il question de suicide dans ce retrait ? Comment entendre cette autodestructivité de Legba qui trouble les mêmes créatures que lui, qu'il a reproduits ?

#### **4.7 La tentative de suicide : autodestructivité ou réseau-destructivité ?**

Selon les développements précédents, pour saisir la notion de personne dans le sud du Bénin, il faut sortir de son acception classique. J'en retiens trois idées principales : la nature composite, la nécessité d'être initié pour devenir humain, la nécessité du groupe pour maintenir la fonctionnalité compacte de la personne.

L'individu, constitué d'éléments composites, est relié à de nombreux éléments extérieurs à lui-même, provenant de la structure familiale, du lignage, de la nature, des structures de pouvoir ou du cosmos, d'éléments de la matière (retrouvés dans les rituels et les objets). Le nombre d'éléments à agencer est considérable. La diversité des héritages forme la personne et détermine sa personnalité. D'autres éléments que ceux hérités interviennent aussi dans la fabrication de l'identité de la personne : le jour de naissance, l'ordre de naissance, les circonstances particulières de naissance... autant d'éléments qui déterminent l'attribution d'un nom particulier.

**La notion de personne est donc définie selon un processus de construction et non pas comme un phénomène acquis à la naissance.** Elle devient humaine par les différents traitements et initiations qui l'inscrivent dans son groupe sans la délier des fragments divins qui la constituent. Même si elle s'appuie nécessairement sur un groupe, la personne reste singulière (puisque humaniser consiste à rendre compacts de manière particulière les éléments dont elle hérite). L'identité est périodiquement redéfinie lors de cérémonies d'initiation.

Les traitements des morts (initiés) participent à la fonctionnalité du réseau et à la constitution de la personne par le biais de la transmission qu'ils assurent.

Dans la pensée du Sud Bénin, où il existe des divinités secondaires et composites, de nombreux « autres » peuvent être des parties de la personne, de manière transitoire (dans la possession par exemple) ou permanente. En effet, même si divinités et humains sont constitués des mêmes substances, ils demeurent distincts. C'est pourquoi, à chaque occasion de la vie, les humains doivent négocier avec les divinités. C'est dans ce système de pensée précis (avec les notions centrales de réseaux, de multiplicité et d'héritages ancestraux et divins qui fabriquent les filiations) que l'on peut entendre de manière psychodynamique l'organisation des identifications et de la pulsionnalité. L'identification, dans le Sud Bénin, correspond d'abord au travail rituel collectif qui est effectué par le groupe sur le bébé.

Les humains ou les personnes sont pensés comme membres d'un groupe voire d'un réseau constitué à la fois de morts et de vivants, et c'est par ce biais qu'ils peuvent exister. À ce titre, l'isolement n'est pas pensable, car il renvoie à un statut contre nature, de l'ordre de l'inhumain ou du non humain. Par conséquent, la plus grande calamité consiste à en être retranché ; cette position réduit à une existence déficiente, sans protection, vouée au néant. C'est un axe important dans l'approche des actes suicidaires : une personne suicidaire serait-elle une personne ayant perdu la force vitale en relation avec le réseau groupal ? Les logiques du Sud Bénin viennent complexifier la notion d'identité parce qu'elles soulignent que non seulement l'identité s'étaye sur un réseau pluriel et donc une identité collective mais aussi que l'identité ne peut même pas être pensée sans cet étayage groupal. En ce sens, la tentative de suicide ne peut se concevoir comme attaque de l'unité indivisible constituée par la personne dans son acception occidentale, mais plutôt comme attaque à l'articulation composite qui permet de constituer la personne (dans l'agencement composite qui fait sa particularité). À partir de la définition de la personne comme réseau et comme appartenant à un réseau plus large, l'acte suicidaire est à envisager autrement : l'acte attaque le réseau tout entier. Le réseau et l'organisation complexe sont donc rendus ponctuellement non contenant. La question est alors de déterminer ce qui a conduit au sein de ce réseau à l'isolement d'un de ses membres. À quel moment le réseau devient-il dysfonctionnel ? Ces questions supposent une rupture de l'enveloppe groupale et de sa fonction contenant-étayante pour la multiplicité interne de chacun.

De plus, l'acte semble entrer en écho avec l'acte fondateur de la divinité suprême. Reproduire l'acte initial revient à sortir de son statut humain et à se prendre pour une divinité. En ce sens, l'acte suicidaire est une transgression de ce qui fait de nous des humains. Outre la transgression, l'acte apparaît comme une attaque de ce qui fait lien et qui structure les relations. En ce sens, le traitement consiste non seulement en la prise en charge du suicidant mais aussi de toute la famille. C'est une sorte de message qui s'adresse au groupe.

## CHAPITRE 5 : CONSTRUCTIONS HYPOTHÉTIQUES SUR LES TENTATIVES DE SUICIDE DES JEUNES ADULTES DANS LE SUD DU BÉNIN

### 5.1 Pensées suicidaires dans le sud Bénin?

« *La mort ? Un hiatus, un abîme sur lequel flotte, comme un pont frêle mais à jamais indestructible, la parole originare et originante (xojoxo)* » (Adoukonou, 1979, p. 330). Cette citation fait émerger une question : la recherche de la mort dans l'acte suicidaire renverrait-elle, au sud du Bénin, à la recherche de la parole originare ? On peut en effet se demander comment le suicidant vient se constituer en « un », coupé du groupe, de ses multiples constitutifs, sans attaches.

« *La mort africaine est finalement un passage à la vie comme surplus de puissance.* » (Adoukonou, 1979, p. 330). Mais les mauvaises morts sont vouées à être éliminées de la chaîne des générations pour éviter que, par contagion, elles n'y refassent surface.

Dans le Sud Bénin, le vivant se saisit comme la synthèse de deux principes corrélatifs : la vie et la mort, ce que l'on peut traduire en termes analytiques par la notion d'intrication. En ce sens, au moment de l'acte suicidaire, la personne définie par ses multiples attaches n'existe plus vraiment : elle occupe une place « hors sillon » dans le processus « d'être ensemble ».

Dans les différentes rencontres anthropologiques, les premières réactions à un essai de traduction des actes autodestructifs montrent qu'il est impossible de traduire que l'acte destructif émanerait d'une volonté propre au sujet. La tentative de suicide est entendue comme conséquence du *Soukpa*, d'un sort ou d'une instance autre que l'intentionnalité consciente ou la volonté du sujet. L'hypothèse est que ce qui agit et est porteur d'un message autodestructeur est hors du sujet suicidant. Le *Soukpa* est un procédé par lequel on envoûte quelqu'un qui se suicide en s'infligeant une mort douloureuse (pendaison, accident tragique, etc.). Mais la réalité du suicide n'est pas du tout contenue dans ce mot. Dans le groupe, le partage se fait autour de cette interrogation qui n'est finalement en aucun cas une traduction de l'acte. Le *Soukpa* relève plus d'une démarche exclamative et interrogative. Cela revient à la question « *quelle négativité a ainsi eu raison et est ainsi à l'œuvre ?* ». La traduction de l'acte semble impossible, sauf sous une forme interrogative se demandant quel régime de négativité s'est emparé du sujet. Cette exclamation-interrogation interroge les profondeurs (Fa, paroles des ancêtres). Ces interrogations qui placent la tentative de suicide dans un registre autre que celui de l'intentionnalité font l'objet d'investigations culturelles (des

consultations traditionnelles). Les Bokonons<sup>47</sup>, dans leur fonction de médiateurs, interrogent la parole originare. Cette manière complexe d'aborder la question de l'autodestruction, comme emprise d'une négativité, postule que l'acte est « hors » de l'intention du sujet et lié à une autre scène qui agit à l'insu du sujet. Il me semble que certains liens sont possibles avec la pensée psychanalytique (dans laquelle, avec le postulat de l'Inconscient et donc d'une réalité psychique, la destructivité serait en lien avec les relations aux objets primaires).

Lors des rencontres, j'ai été également introduite à la pensée sur la divinité Legba<sup>48</sup>, qui serait à prendre en compte dans l'autodestructivité. Legba, parce qu'il est à la jonction, l'interface, remplit la fonction de garantie, de prévention et de protection. Si l'on traduit ces notions dans un langage de théorie psychologique, on peut dire de ce rôle d'intermédiaire qu'il constitue un espace transitionnel. Évoquer l'absence de Legba dans le cadre d'une tentative de suicide souligne que l'autoconservation/autoprotection au Bénin méridional relève d'un espace intermédiaire (celui des divinités, des traitements collectifs). Le suicidant doit être soumis à de nouveaux traitements, de nouvelles identifications, voire d'autres nominations. Toutes les traces qui permettent de l'inscrire dans ses appartenances humaines sont interrogées et reprises. Pareilles prises en charge, propres au contexte du Sud Bénin, portent donc la supposition sous-jacente que les traitements anciens, faits à la naissance et au cours des étapes importantes, n'ont pas été effectués de manière à rendre fonctionnelle l'inscription du suicidant, à « l'humaniser » suffisamment). Ces démarches et les conceptions qui les sous-tendent permettent de penser que les suicidants sont en difficulté dans la transitionnalité.

À la lumière des différentes logiques à l'œuvre dans le cadre du Sud Bénin, émerge alors une hypothèse sur ce que seraient les actes suicidaires. Puisque la personne est fabriquée et initiée, une personne qui se donne la mort interroge son entourage sur comment elle est sortie du monde des ancêtres et donc comment elle a été initiée à la vie. Un acte autodestructif renvoie à une position de toute-puissance qui est celle de la divinité primordiale (si l'on se réfère au mythe de création). En ce sens, un suicidant se caractériserait par un défaut d'humanisation au moment de sa venue au monde (non-fonctionnalité des identifications, nominations, inscriptions). Les mouvements d'individuation défailants impliquent que la

---

<sup>47</sup> Pour rappel, ce sont les lecteurs et interprètes du Fa

<sup>48</sup> Legba est une des figures les plus singulières du culte vodun. Généralement, le panthéon vodun comprend une divinité placée en son sommet, divinité créatrice de l'univers et de tout ce qui le peuple. Les voduns, ou tout du moins une grande partie d'entre eux, seraient issus d'une divinité primordiale – le dernier-né de cette nombreuse famille étant Legba. Selon les différents mythes fondateurs, Legba est une divinité qui parle toutes les langues, raison pour laquelle il est le messager entre les hommes et les divinités et entre les divinités entre elles. Il protège les hommes en assurant la médiation avec les autres divinités. C'est pourquoi il est très souvent évoqué. Dans sa fonctionnalité il assure tout le travail de prévention. Il est matérialisé aux différents lieux de passage.

personne se trouve en état d'être hors groupe/réseau, affiliation, protection. L'acte suicidaire, signe d'un défaut d'humanisation, souligne l'échec de l'enveloppe familiale à faire incarner dans la personne suicidaire toute sa généalogie constitutive. Le groupe est donc mis en défaut dans son rôle d'intermédiaire et d'étayage pour la constitution de la personne. En termes psychodynamiques, je le traduis ainsi : l'appareil psychique groupal est mis en défaut dans sa fonction d'intermédiaire transitionnel. Ce qui va impacter en écho la groupalité interne (telle que la définit la psychanalyse – surmoi/idéal, moi, ça).

## 5.2 Résumé analytique

Je propose ici de résumer les différentes lignes théoriques empruntées et décrites.

La notion de crise suicidaire suppose de considérer l'acte suicidaire comme un « moment » de rupture de l'existence, moment au cours duquel se crée une tension dialectique entre le pôle individu et celui du groupe, en raison de fragilités narcissiques.

Avec la théorie psychanalytique, la question a été d'abord envisagée sous l'angle d'une problématique sexuelle (fantasmes incestueux, agressivité). L'acte suicidaire proviendrait alors d'un retournement sur soi d'un mouvement agressif (meurtrier) qui n'a pas pu être adressé à l'objet visé. Avec la seconde topique, les enjeux de l'acte suicidaire ont fait signe vers la fragilité du moi face aux exigences du Surmoi. Les identifications tiennent alors une place privilégiée pour expliquer sur un plan dynamique dans quelles conditions le moi peut consentir et participer à son autodestruction.

En effet, à partir de la seconde topique, le dédoublement du moi en instances différenciées (surmoi-idéal du moi) est nécessaire à la construction psychique. Toutefois, selon que les processus identificatoires ont permis une intrication suffisante de l'agressivité et de la destructivité, le surmoi peut être structurant ou destructeur. Lorsque les exigences du surmoi-idéal du moi sont destructrices, elles vont entraîner, du côté du moi, instance régulatrice, des solutions autodestructrices et non autoconservatives, ce qui peut conduire aux actes suicidaires. Le surmoi fait émerger au sein du moi la culpabilité inconsciente et le jugement moral. L'idéal du moi, quant à lui, fait émerger dans le moi des mouvements de honte, des positions narcissiques omnipotentes ou complètement rabaissées. Par conséquent, plusieurs positions autodestructrices du moi sont possibles. Soit le moi s'expose à la menace de persécution d'un fantôme disparu qui est maintenu dans le moi (il s'agit de l'envahissement par l'idéal du moi lié au retour des modalités archaïques d'identification). Soit le moi fait face à l'envahissement anéantissant de l'objet primaire (c'est la fixation à l'objet) et donc à un surmoi cruel qui condense toutes les motions agressives adressées à

l'objet. Face à ces menaces, le moi peut avoir du mal à s'investir comme objet d'amour, mais il peut également totalement se désinvestir (l'objet prend alors la place dans le moi, ce qui s'apparente à la position mélancolique) ; désinvestissement du moi qui est une des caractéristiques du passage à l'acte suicidaire. Le moi peut également répondre aux attaques sadiques du surmoi, dans une position masochique qui tente de lier les motions agressives qui lui viennent du surmoi. Mais cette position masochique contient en elle-même l'éventualité que le moi s'en prenne à lui-même dans un besoin d'autopunition.

Je me représente la configuration topique (lieux et/ou instances psychiques) et dynamique (relations et conflits psychiques) conduisant à la tentative de suicide comme une solution autodestructrice de ce type : un idéal du moi écrasant face à la réalité (ce qui suppose un narcissisme ou investissement du moi faible) et un surmoi qui condamne le moi et le rend coupable de ne pas être à la hauteur. Face à cette configuration dynamique destructrice, le moi se retrouve écartelé, confronté à une impossible position subjective, une impossibilité à conflictualiser (se proposer au Ça comme objet d'amour par ses identifications). Ainsi écartelé, il va s'effacer de la scène, et donc conduire au suicide.

Sur un plan économique (quantité d'énergie affectée aux modalités relationnelles conflictuelles), et selon la seconde théorie de l'appareil psychique, ces enjeux topiques et dynamiques relèvent de la destructivité. Cette destructivité renvoie à de nombreux facteurs. Elle est entendue comme un processus de déliaison, la manifestation d'une agressivité primaire, le signe de mouvements d'identifications projectives destructrices de l'environnement (c'est la mort venue de l'objet ou en d'autres termes des premiers temps d'accueil hostiles à l'égard du nouveau-né qui ont des effets psychiques ultérieurs), la conséquence d'une effraction traumatique (qui sidère le fonctionnement psychique et l'empêche d'effectuer le travail de liaison entre affects, vécus et représentations). La destructivité renvoie également au désinvestissement du moi et/ou à la problématique de désintrinsication pulsionnelle. Étant donné que les passages à l'acte suicidaires impliquent une attaque du corps (médicamenteuse ou autre), la notion de désintrinsication pulsionnelle m'amène à interroger ce qu'il en est de la première intrication psychique primordiale à savoir le masochisme érogène primaire. En effet, sans cette intrication minimale, assurée par le masochisme érogène, la constitution d'un moi assuré est rendue difficile. La personne peut être alors prisonnière d'un besoin de répétition des mouvements fondateurs (destructeurs) traumatiques. L'acte suicidaire suppose une attaque du corps qui vient doubler une destructivité ou tension interne insupportable ; cette co-excitation entre processus psychiques et physiologiques, ici traumatique, ne questionne-t-elle pas la possibilité de constituer un

masochisme érogène c'est-à-dire une première liaison qui permette de s'éprouver, un réseau (mise en liaison) garant de relations plus apaisés entre les instances internes ?

Si les conflits liés aux identifications sont trop intenses, alors ils donneront lieu à des symptômes ou des conduites de l'ordre de la répétition (Pirlot, 2011). De M'Uzan a situé les conduites répétitives du côté de l'identique s'il y a peu d'élaboration ; si les catégories du passé sont suffisamment élaborées, alors les conduites relèvent de la répétition du même. L'identique se décèle dans les névroses actuelles ou celles traumatiques où prédominent les décharges. Le retour de l'identique est un retour par la décharge première, alors que celui du même est du côté de la névrose et de la quête nostalgique des origines.

C'est pourquoi, dans mes hypothèses de travail, je tiendrai compte du processus de liaison, de la désintrinsication pulsionnelle mais aussi des enjeux d'une répétition de liens non élaborés ou traumatiques. J'examinerai notamment le rôle des liens aux objets primaires du suicidant. Ceci parce que les objets primaires, en fonction de leur capacité intriquante, participent à la construction d'un surmoi plus ou moins rigide, sévère et sadique. Si je retiens notamment ces points, c'est parce qu'ils me semblent en écho avec la conception propre au Sud Bénin selon laquelle le suicidant se caractériserait par un défaut d'humanisation, c'est-à-dire d'intrication des différents éléments identitaires qui le constituent au moment de sa venue au monde (les identifications, nominations, inscriptions). Cette difficulté à intégrer les différents éléments identitaires pointe une faille de l'enveloppe familiale dans la condensation (la liaison) des éléments d'appartenances.

Freud ainsi que les différents psychanalystes cités et leur conception des actes suicidaires mettent sur la piste d'une négation du moi (par besoin de punition, retournement, désinvestissement) et, surtout, d'une économie psychique marquée par le traumatisme. Rolland et Quenard décrivent notamment la tentative de suicide comme correspondant à une sorte de régression à l'indifférenciation (entre les systèmes et les énergies pulsionnelles) qui sidère le fonctionnement psychique (effraction du pare-excitant, déliaison, absence de contenant, déliaison).

La problématique psychique spécifique du jeune adulte concerne la réappropriation, dans l'après-coup, d'expériences non représentables. C'est donc une phase, essentielle du travail de deuil, vouée à maintenir différée l'introjection des objets perdus. Le fonctionnement psychique du jeune adulte tient en suspension les objets désidéalisés du passé. Ceux-ci, entre vie et mort, sont relégués aux frontières de l'appareil psychique, car le désenchantement adolescent conduit à leur expulsion de la place qu'ils avaient (privilegiée, protectrice ou menaçante) au moment de la latence. Guillaumin souligne que la sortie de la post-adolescence



nécessite des situations traumatiques permettant un saut qualitatif. Cette idée me permet de questionner la théorie d'Olindo-Weber (1988, 1991, 2001) concernant l'acte suicidaire des jeunes adultes. Elle postule que les passages à l'acte suicidaire des jeunes adultes représentent des essais pour symboliser et permettre ce passage de façon singulière – tandis que les rites pourvoient, eux, à une prise en charge collective. L'acte, vu comme rite intime, entraîne donc un saut qualitatif. Le suicidant serait en proie à une recherche de légitimation de son identité subjective. Peut-on considérer alors le passage à l'acte suicidaire des jeunes adultes comme une entrée traumatique qui pourrait permettre la sortie de la post-adolescence ? L'acte, en tant que source indirecte d'excitation (du côté du corps) s'ajouterait à une économie psychique débordée. Ce processus de traitement du trauma renvoie au processus des voies d'influence réciproque c'est-à-dire de la coexcitation libidinale entre activité corporelle et psychique qui rappelle l'intrication fondamentale opérée par le masochisme érogène. Ceci renvoie donc à l'idée que la tentative de suicide pourrait viser une réintrication. Je mettrai également au travail cette hypothèse.

Les différentes données théoriques convergent vers un point : les actes suicidaires interrogent les fondements identitaires. Ces actes sont donc liés à une problématique identitaire, dans laquelle le processus d'appropriation semble marqué par la destructivité. Cela revient à intégrer les dynamiques inter et intra-subjectives et à situer l'acte dans les besoins individuels et communautaires (Kiss, 1999).

En somme, je retiendrai, dans mon étude des tentatives de suicide des jeunes adultes dans le Sud Bénin, les axes d'analyse suivants :

- **Le traumatisme** : le passage à l'acte relève, à mon sens, d'un fonctionnement pulsionnel en lien avec un débordement traumatique et d'une économie psychique marquée par la sidération puis la déliaison.

-**La répétition des liens premiers** : la remise en jeu des liens aux objets primaires non élaborables, faits d'hostilité, sont pris dans un processus de contrainte de répétition.

- **La recherche de réintrication** : les éléments non élaborables sont répétés en vue d'une réintrication. À l'économie de crise suicidaire traumatique s'ajoute la potentialité de sortie du temps du jeune adulte par la mobilisation pulsionnelle d'éléments jusque-là tenus à l'écart.

- **Les filiations et contenant familial en défaut** : selon la pensée du Sud Bénin mais aussi selon la conception psychodynamique, les liens aux objets primaires du suicidant ont été marqués par de la destructivité (par exemple des mouvements d'hostilité, de désinvestissement ou des identifications projectives de son environnement sur le suicidant). Ces différents mouvements restent non élaborés pour le futur suicidant. Le contenant familial

est en défaut dans sa capacité à favoriser l'intrication, la liaison entre les événements de vie du sujet et ses processus identificatoires en raison d'une faille de l'enveloppe culturelle. En effet, il semble qu'il y a une rupture avec les éléments de pensées et de traitements propres au contexte (mésalliances, tabous ou secret dans les transmissions et propositions de traitement) ; ce qui rend les éléments contextuels non opérants ou non suffisants dans les démarches de sens et de prise en charge de l'environnement.

- **La transgression** : il semble que la rupture de l'enveloppe culturelle et du contenant familial soit liée à une transgression qui marque le lien aux objets ; soit les relations aux objets sont transgressives, soit elles sont attaquées. Ceci s'inscrit dans un contexte générationnel marqué par exemple par la transgression de règles de transmission qui sont tenues secrètes, taboues ou qui laissent inachevés certains éléments de transmission et de prise en charge.

Ces axes, qui me semblent primordiaux, m'ont permis de formuler les hypothèses suivantes :

### **5.3 Hypothèses**

Je postule que certaines tentatives de suicide de jeunes adultes dans le Sud du Bénin répondent à un double mouvement de désintrication/réintrication pulsionnelle. D'une part, elles constituent un processus lié à la compulsion de répétition provoqué par un événement qui engendre en après coup un traumatisme. D'autre part, l'acte suicidaire vise ce que j'appelle une refondation psychique qui est un processus de réintrication pulsionnelle et de remaniement identitaire. Ce processus de refondation est rendu possible par l'accueil fait au suicidant après sa tentative de suicide.

Voici ma définition de la refondation psychique : la refondation psychique correspond à une réorganisation psychique à travers l'épreuve du traumatisme. Dans la remise en jeu (ou mise en jeu) d'une coexcitation libidinale dans le trauma et l'attaque corporelle, se trouve une réintrication possible. Tout se passe comme si l'épreuve du traumatisme rejouait l'entrée en force dans le masochisme érogène.

Par ailleurs, pour ce qui est des enjeux cliniques, j'avance que le travail clinique auprès du suicidant béninois requiert de s'étayer sur les théories étiologiques et ontologiques (notion de personne) propres au Sud Bénin, pour mettre au travail la manière dont le suicidant figure son acte et ses éprouvés.

Mes hypothèses travail sont donc les suivantes :

1°) La tentative de suicide du jeune adulte béninois est provoquée par une situation conflictuelle qui a valeur traumatique, car elle condense et réactive plusieurs conflits psychiques non élaborés dont l'afflux conduit à une désorganisation identitaire.

2°) Dans l'acte suicidaire du jeune adulte, ses filiations sont en question, notamment les éléments de transmission et ce qui le situe dans ses appartenances. Selon cette logique généalogique en défaut, le suicidant a fantasmatiquement une place transgressive dans les filiations.

3°) Le recours à la tentative de suicide met en jeu une tentative de se déprendre d'une emprise des objets primaires dont le suicidant semble incapable de s'affranchir et suscite des aménagements psychiques.

4°) Le suicidant se vit comme étranger et exclu de son réseau familial. Il est en difficulté pour s'intégrer et lier ses multiples identifications.

## CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE

Pour approcher l'économie psychique des actes suicidaires des jeunes adultes béninois et ses spécificités, nous avons choisi d'utiliser une méthodologie qualitative. En effet, la recherche qualitative et ses méthodes concernent l'exploration des représentations subjectives sur une thématique précise. Les perceptions du sujet sont au centre de l'attention : les expériences de vie des participants de l'étude servent de base à l'analyse de données (Flick, Kardoff, Keupp, Rosenstiel, Woll, 1995), ce qui est cohérent avec l'objectif de la présente recherche.

Nous avons déployé cette méthodologie de recherche qualitative dans le Sud Bénin plus spécifiquement au sein d'un CHU : le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou où nous avons rencontrés les suicidants et leur famille.

### 6.1 Cadre d'investigation

Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou est l'hôpital public de la ville de Cotonou. Il est la plus grande et la plus équipée des structures hospitalières publiques nationales. Sa création remonte à 1962. Il a une capacité d'accueil théorique de six cent quatre-vingt-dix-huit (698) lits, mais il accueille beaucoup plus de monde. En plus de sa mission de prise en charge de la santé de la population de Cotonou, il a une mission de formation, puisque c'est un centre universitaire.

Le CNHU-HKM comprend plusieurs départements ou services, dont celui de psychiatrie.

Le service de psychiatrie de ce CHU a été ouvert en juin 1979 après la réhabilitation de l'asile psychiatrique de Jacquot<sup>49</sup> qui se trouve en dehors du contexte hospitalier. De manière spécifique, ce service s'occupe de la prise en charge de la santé mentale de la population de Cotonou mais aussi du pays, en assurant aux patients maintien et équilibre psychique. En ce qui concerne la mission de formation, le service accueille des médecins

---

<sup>49</sup> « Jacquot » est le nom du premier « asile » psychiatrique national. Ancienne ferme qui a été transformée en 1943 en Lazaret accueillant les varioleux, puis abandonné ; ce lieu a été investi en 1948 pour héberger les malades mentaux. C'est en 1973, avec les réorganisations de la carte sanitaire, qu'il prend le nom de Centre National Hospitalier de Neuro-Psychiatrie. En 1979, avec le retour au pays de nouveaux psychiatres formés en majorité à l'école de Fann à Dakar, les données changent : la prise en charge asilaire s'est modifiée. En plus de la réhabilitation et de la modification dans les prises en charge, il y a eu la création d'un Département de psychiatrie à l'Université et d'un service de psychiatrie au sein de l'hôpital National Général. Aujourd'hui, Jacquot est appelé Centre National Hospitalier de Psychiatrie.

généralistes et les forme au Certificat d'Études Spécialisées en Psychiatrie. Il accueille aussi les étudiants de 4<sup>ème</sup> année de médecine pour leur stage hospitalier de psychiatrie.

Depuis sa création jusqu'en 2005, le service de psychiatrie était une unité de jour et sa prise en charge était faite uniquement de consultations. Les hospitalisations étaient référées au centre psychiatrique Jacquot ou à des structures d'accueil privées. Depuis janvier 2006, le département de psychiatrie est doté d'un service d'hospitalisation d'une capacité d'accueil de vingt-deux lits. Par conséquent, les activités de prise en charge regroupent :

- les consultations externes ou prises en charge ambulatoires– des patients qui viennent en externe pour une consultation psychiatrique ;
- les consultations pour les patients hospitalisés ;
- la psychiatrie de liaison qui s'occupe de lier la psychiatrie aux autres services de médecine du CNHU-HKM.

## **6.2 Utilisation de la recherche-action : motivations**

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action menée en collaboration avec le LASI (Laboratoire des Atteintes Somatiques et Identitaires) de l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense et le service de psychiatrie du CHU<sup>50</sup> de Cotonou. La recherche-action inclut l'intérêt de tous les membres dans la construction de la recherche et l'utilisation des résultats (chercheurs, collaborateurs et participants).

### ***La recherche-action : explications et définition***

De manière générale, dans le cadre d'une recherche-action, un groupe mène l'investigation d'une question, d'une thématique. Le chercheur n'est donc pas indépendant ; il va vers la communauté et réciproquement, et c'est ensemble qu'ils définissent les principes de la recherche. Les participants sont impliqués dans la recherche. C'est donc un travail collectif sur un même projet, qui va de sa conception à sa mise en application. Ce travail collectif implique que l'identification, la conception (du mode et des instruments de recueil et d'investigation) et le déroulement de l'étude se fassent en collaboration.

Dans un tel projet, il s'agit de mettre en place des actions et d'en attendre un changement effectif. C'est en essayant de résoudre les problèmes que s'effectuent simultanément, les modifications. « *La recherche-action vise à apporter une contribution à la*

---

<sup>50</sup> Pour des raisons de commodité, nous parlerons dans la suite de ce document de CHU de Cotonou en référence au CNHU-HKM.

*fois aux préoccupations pratiques des personnes se trouvant en situation problématique et au développement des sciences sociales par une collaboration qui les relie selon un schéma éthique mutuellement acceptable.* » (Rapoport, 1973, p. 115)

Il s'agit d'une « *modalité de recherche qui rend l'acteur chercheur et qui fait du chercheur un acteur, qui oriente la recherche vers l'action et qui ramène l'action vers des considérations de recherche, tout en refusant le postulat d'objectivité du positivisme* » (Gauthier, 1984, p. 522). Dans le processus de recherche-action, il n'y a donc pas des objets passifs d'investigation : les acteurs deviennent des collaborateurs actifs des chercheurs. Michel Bataille (1983) précise que la recherche-action n'est ni de la recherche, ni de l'action, ni l'intersection des deux, ni l'entre-deux. Selon lui, la recherche-action se situe dans la boucle récursive entre recherche et action, et donc dans la complexité.

### ***Pourquoi avoir fait le choix d'une recherche-action ?***

Le format d'une recherche-action s'est imposé comme nécessité méthodologique et seule possibilité d'approcher la dynamique psychique des actes suicidaires dans le contexte béninois. Ceci en raison des difficultés méthodologiques qui sont apparues lors de la constitution du corpus théorique et empirique qui fonde l'étude sur les actes suicidaires béninois. Nous pouvons relever :

- L'importance d'une recherche qualitative et interdisciplinaire ;
- Le besoin d'allier différents points de vue ;
- La collaboration avec les acteurs de soin.

### **6.2.1 L'importance d'une recherche qualitative et interdisciplinaire**

Les données sur les actes suicidaires relèvent au Bénin de la clinique hospitalière médicale psychiatrique et s'inscrivent donc dans les modes de pensée médicaux et psychiatriques. Les relevés existants sont utiles pour établir des profils épidémiologiques. Toutefois, les données enregistrées par les médecins et inscrites dans les dossiers médicaux font peu état des interprétations de contexte qui prévalaient au moment de la rencontre. L'utilisation exclusive des seuls relevés et dossiers psychiatriques ne permet pas une compréhension de la dynamique psychique qui tienne vraiment compte du contexte. Exploiter ces seules données conduit donc à ne pas prendre en compte l'étayage contextuel et la problématique psychique à l'œuvre. Pourtant, les psychiatres eux-mêmes expriment l'insuffisance de la sémiologie et de la nosologie pour saisir les actes dans leurs appréhensions contextuelles (Gandaho *et al.*, 1999). Les résultats de leurs études invitent ainsi

à une analyse qualitative du corpus suicidologique existant qui soit plus articulée et ancrée au contexte. Aussi, nous ne disposons pas d'un corpus anthropologique sur les actes suicidaires dans le Sud Bénin. Dans le cadre de cette étude, pour approcher d'une signification des actes suicidaires, il faut donc chercher à être suffisamment sensible aux processus de pensée spécifiques au contexte du Sud Bénin (ce qu'il en est de la personne, de son inscription dans la vie et du traitement des actes suicidaires ou de ceux qui peuvent paraître déviants). Par quels modes et moyens le chercheur clinicien a-t-il accès à ces autres logiques de pensées contextuelles et culturelles ? Quelles en sont les conditions de transmission ? De quelle manière va-t-il me falloir moi-même m'inscrire dans ces modes de pensée ? Étant donné que je ne suis ni anthropologue, ni psychiatre, mais que ce sont les motifs inconscients qui constituent mon domaine d'étude, comment faire des ponts entre les données dans ce cadre de psychanalyse sans divan et dans d'autres contextes ? Quelle identité disciplinaire dois-je construire ?

### **6.2.2 Le besoin d'allier différents points de vue**

Il découle des recherches préalables à la mienne menées auprès de suicidants pris en charge dans le CHU de Cotonou (Gandaho *et al.*, 1999) qu'il est nécessaire de tenir compte de l'existence de pratiques et d'interprétations culturelles pour comprendre les causes et le sens attribués à l'acte suicidaire. Selon ces études, les suicidants reçus au CHU de Cotonou bénéficient très rarement d'une évaluation de leur état psychique après les soins somatiques. Cela s'expliquerait non seulement par la faible orientation vers le service de psychiatrie, mais également par les réticences de certaines personnes à y aller. Outre la faible proportion de suicidants reçus en psychiatrie en comparaison avec celle des urgences, les psychiatres constatent que les personnes qui arrivent dans le service sont difficilement mobilisables dans le cadre d'entretiens psychiatriques classiques. Les interprétations culturelles, souvent évoquées, impliquent le recours à d'autres pratiques. Pour cette raison, prendre en considération les données culturelles pourrait améliorer la compréhension de l'acte et sa prise en charge.

Le lieu de l'étude, « l'hôpital », porte en lui-même des paradoxes que nous devons avoir à l'esprit si nous désirons tenir compte dans l'analyse clinique des logiques contextuelles et mettre au travail les mouvements psychiques. En fait, l'hôpital relève d'une idéologie et d'une conception autre de la maladie que celle qui a longtemps prévalu (et prévaut encore) dans le Sud Bénin. Il semble que l'utilisation de plus en plus importante de ce lieu ne se fait pas au profit des anciens lieux de soins (qui sont sollicités en même temps que

la prise en charge médicale). Une sorte de « clivage fonctionnel » existe. Il permet à chaque usager de venir à l'hôpital pour les soins du corps sans perdre de vue qu'il doit ensuite interroger le sens et la provenance de sa souffrance puis mettre en place des actions de protection (Kpatchavi, 2011). Par ailleurs, aborder la question du « suicide » dans le sud du Bénin nous met face à un problème de traduction (présenté au chapitre 4). En effet, le mot « suicide » n'existe pas en tant que tel. Les problèmes posés par la traduction et les intraduisibles invitent à aller au-delà des mots, et à interroger plutôt le contenu et l'idée véhiculés. Cette difficulté nous oblige donc à penser les passages et les ponts qui peuvent apparaître entre les langues et ce qu'elles portent de conceptions et de théories sous-jacentes.

Du fait de l'existence de mots, de langues et de logiques différents dans le cadre du travail à l'hôpital, le parti pris est de tenter de ne pas forclure les pensées qui existent en dehors de la pensée du monde médical occidental. Autrement dit, repérer quel est le sens inconscient qui a mobilisé l'agir suicidaire et les processus psychiques sous-jacents implique, au-delà de la dimension intrapsychique des processus à l'œuvre, d'identifier les différentes enveloppes de sens dans lesquelles sont pris les jeunes adultes suicidants.

La nécessité méthodologique d'allier différents points de vue prend racine dans les conceptions de Devereux, pour qui anthropologie et psychanalyse doivent être utilisées en complémentarité pour le travail dans des cultures différentes. Cet auteur s'est démarqué par le refus d'adopter une idéologie universaliste des comportements humains. Il a mis en exergue l'importance de la reconnaissance des différences culturelles, de l'ouverture aux ensembles culturels dans la prise en charge et la compréhension de la souffrance psychique en situation d'interculturalité. Il a ouvert en France le travail sur le lien entre psychisme et culture. L'encadré ci-dessous détaille l'approche anthropologique telle que la définissent Devereux et ses successeurs (il s'agit de trois positionnements qui constituent l'ethnopsychanalyse française : celui de Nathan, celui de Moro et celui de Hounkpatin).

Devereux a proposé d'introduire une réflexion sur les facteurs culturels en thérapie pour une meilleure compréhension de l'univers social et symbolique des patients. Par la méthode complémentariste, il propose d'adapter la psychanalyse en tenant compte des données culturelles pour faciliter la rencontre avec le patient ; son but est de contextualiser les énoncés mais pas de comprendre la théorie du patient.

À partir des champs de l'anthropologie et de la psychanalyse, Devereux a construit les soubassements théoriques d'une ethnopsychanalyse et l'a constituée comme discipline. Il en a défini la méthode : le complémentarisme. La méthode complémentariste consiste à utiliser l'anthropologie, la psychologie et la psychanalyse de façon complémentaire pour la



compréhension et l'analyse du comportement humain. Une autre notion importante de sa réflexion est celle de « contre-transfert culturel ». Devereux postule que la rencontre avec l'altérité est angoissante en raison du manque de repères familiers, d'où la nécessité pour le chercheur d'analyser ses réactions contre-transférentielles et les dimensions culturelles qui y apparaissent.

À partir des propositions de Devereux qui restent essentiellement théoriques (issues des résultats de ses recherches), la question du lien entre psychisme et culture, centrale en ethnopsychanalyse, a fait émerger non seulement des positions théoriques mais aussi des dispositifs thérapeutiques innovants. En France, ce sont les questions relatives à la prise en charge des minorités migrantes qui ont contribué au développement de l'ethnopsychanalyse (Baubet, 2009).

Nathan sort l'ethnopsychanalyse de son champ d'application théorique pour l'appliquer à l'accueil thérapeutique des populations migrantes. Si, à partir de Devereux, l'intérêt pour les représentations culturelles et le savoir contextuel est une caractéristique de l'ethnopsychanalyse, Nathan élève les représentations culturelles au rang « d'étiologies traditionnelles ». Ce ne sont donc pas de simples modèles explicatifs mais des vecteurs de recherche de traitements et de prise en charge ; ces étiologies constituent des fondements pour les dispositifs thérapeutiques traditionnels. L'appropriation de Nathan de la notion de transfert culturel l'amène à adopter des postures qui restent incomprises et critiquées. Il se situe dans une position de « tolérance » extrême vis-à-vis de l'altérité. Cette posture, qui consiste à placer le patient et ses théories étiologiques au centre, a été interprétée comme un déni et une attaque de ses propres outils et dispositifs étiologiques psychanalytiques. L'axe principal de son intérêt pour les dispositifs thérapeutiques traditionnels a été interprété comme une position de fascination tenant d'une idéologie culturaliste. Nathan, avec son insistance sur les affiliations culturelles ainsi que sur la construction conceptuelle des dispositifs traditionnels, a été qualifié de relativiste culturel, reportant tout à l'ailleurs – avec l'idée que son travail se concentrerait essentiellement sur la réaffiliation du migrant dans son réseau d'origine au lieu de l'inscrire dans son lieu d'accueil.

À la suite de Nathan et dans son prolongement, Moro tient des positions nuancées qui sont plus entendables. Elle est aujourd'hui la chef de file de la psychiatrie transculturelle. Moro, à la suite de Nathan, insiste sur les rapports dynamiques qui relient la culture et l'appropriation subjective. Son travail sur les affiliations contextuelles insiste sur l'utilisation d'une conception dynamique de la culture en tant que processus. Cet argument empêche qu'on l'accuse, comme Nathan, de réduction ethnocentriste. De ses travaux émergent les

notions de métissage et de décentrage. Dans une rencontre clinique qui confronte à une altérité culturelle, le décentrage du clinicien est nécessaire. Moro préconise de passer d'une posture ethnocentrique (donc de perception à partir de soi) à une étape relationnelle. « *Il faut débusquer ces mesquines habitudes en sciences humaines qui tendent à ramener à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude* » (Moro, 1998, p. 40). Cette notion est liée à celle de contre-transfert culturel héritée de Devereux. Selon Moro, le décentrage ne s'acquiert pas dans le cadre d'études mais de mises en situation et d'expériences de rencontre. Ses positions sont accueillies dans le cadre d'un constructivisme culturel plutôt que d'un relativisme culturel.

Houkpatin a lui aussi conceptualisé, à partir de la pratique clinique de Nathan et de ses limites, l'implication des facteurs culturels en thérapie. En lieu et place du métissage, il met en avant l'idée d'une multiplicité, nom qu'il donne également à son paradigme de travail : « clinique de la multiplicité ».

Toutes ces approches cliniques s'appuient sur l'anthropologie. Elles utilisent dans leurs dispositifs des « médiateurs culturels » comme modes d'accès, de mise en relation et de possibilité de travail. Leurs spécificités respectives concernent la conceptualisation des conceptions/productions culturelles.

Dans la lignée du complémentarisme méthodologique de Georges Devereux (1972), selon lequel il faut porter une attention aussi bien aux processus psychiques qu'à leur contexte d'expression, travailler sur la mise en sens des actes suicidaires dans le sud du Bénin nécessite de prendre en considération l'univers de sens des suicidants rencontrés. À ce titre, l'anthropologie sociale, comme discipline ouverte aux modes de pensées autres, nous semble indispensable pour éclairer les enjeux psychiques, tout en considérant le contexte dans lequel ils se jouent. Les aspects contextuels ne doivent pas être exclus des entretiens et des rencontres avec le suicidant. Comment les intégrer ? Comment ouvrir le cadre d'accueil aux réalités culturelles pour approcher une mise en sens psychodynamique ? Suffit-il de collecter ce que pourraient dire les suicidants des interprétations culturelles qui entourent leur acte ? Comment y parvenir si nous ne sommes pas informés des logiques en cours ? Quel effet de sens ces descriptions peuvent-elles prendre si elles ne sont pas pour nous de l'ordre du représentable ? Je mettrai en place des « rencontres anthropologiques » pour pallier ces difficultés.

### **6.2.3 La collaboration avec les acteurs de soin**

La prise en compte du contexte est une difficulté qui se pose pour toute recherche qui inscrit la pensée clinique dans une réalité autre (culturelle et contextuelle). En effet, si la place et les effets des phénomènes culturels dans la formation des souffrances psychiques sont indéniables, il existe toutefois deux écueils à éviter dans les situations de cultures/contextes autres : la psychologisation des expressions de souffrance culturelle et la culturalisation du psychique. La démarche de recherche et les outils mis en place ne peuvent donc faire l'impasse sur les questions du statut à accorder à la culture dans la compréhension psychologique et de l'impact des changements culturels sur les individus et les groupes sociaux. Pour cela, l'expérience et la connaissance des acteurs de terrain sont indispensables à la démarche de recherche. En faire des collaborateurs dans le processus de recherche nous apparaît comme un positionnement déontologique et éthique. Les échanges avec ces derniers ont permis d'identifier les biais et les facilitateurs possibles pour la recherche.

D'abord, le cadre institutionnel (le CHU) a pour mandat les soins, d'où l'intérêt d'inscrire le travail dans une recherche-action. Ensuite, les situations de précarité financière ont été identifiées. Pour cette raison, nous avons prévenu les participants que les rencontres étaient gratuites. De plus, les revenus faibles et les grandes distances entre le domicile de certains patients et l'hôpital ont obligé à de la souplesse pour les rencontres : les suicidants ne sont pas rencontrés systématiquement après leur sortie de l'hôpital (notamment des urgences), mais même pendant leur hospitalisation. Enfin, le manque de personnel au sein du service de psychiatrie a impliqué que le chercheur, en sa qualité de psychologue, soit en première ligne de rencontre avec les suicidants afin d'orienter dans un second temps vers une prise en charge psychiatrique ou psychologique, si nécessaire. Les rencontres avec les suicidants se faisaient toutefois, autant que possible, en présence d'un collègue. Rappelons que le dispositif de recherche est le premier acte d'invitation à une parole autre que médicale après la tentative de suicide. L'accueil conjoint entre soignant et chercheur permet de prolonger le travail de recherche par une prise en charge psychothérapeutique, le cas échéant. Selon nous, cette présence, bien au-delà des biais transférentiels, est la possibilité d'un véritable travail de co-construction autour de l'acte suicidaire, ce qui correspond aux souhaits de la recherche. Cette présence évite un transfert massif sur le chercheur (qui constitue le premier maillon de mise en lien avec la psychiatrie), transfert qui porterait préjudice au suicidant et à l'alliance thérapeutique éventuelle (pour une future prise en charge).

### **6.3 De la recherche à la recherche-action**

À partir de ces réalités de terrain (importance de la collaboration et de l'alliance de points de vue différents), la méthodologie appliquée est une recherche-action. Le travail de recherche n'exclut donc pas la position de psychologue clinicien. En effet, le travail à l'hôpital s'accomplit en tant que psychologue clinicienne et non exclusivement en tant que chercheuse.

Dès la mise en place de la recherche et des accords institutionnels avec le CHU, nous avons dû nous soumettre à son cadre : avant d'être un centre universitaire, c'est un centre hospitalier. À ce titre, il est de mise pour les soignants et pour le personnel de l'institution d'être « au service de » l'accueil des patients. L'expression « au service de » est employée ici au sens étymologique de « thérapeutique » : être sollicité « au service de », c'est, en d'autres termes, ne pas tenir une position de chercheur. Notre protocole de recherche initial, qui dissociait le soin apporté des entretiens de recherche et qui visait exclusivement un recueil de données, ne semblait plus applicable. Par conséquent, c'est en qualité de psychologue clinicienne que je me suis positionnée au sein de l'équipe et que j'ai travaillé à mettre en place un dispositif d'accueil et de prise en charge des suicidants. Si notre intention de départ était de recueillir des données permettant de mieux comprendre les tentatives de suicide des jeunes adultes, nous nous trouvions désormais en position d'initier un accueil des suicidants. Il n'y a donc pas de disjonction entre recueil de données et accueil clinique.

La recherche d'un compromis entre une position clinique et une position de recherche nous a conduits à adopter une méthodologie de recherche-action. Les entretiens cliniques sont devenus le lieu d'une réflexion et d'une recherche communes entre le psychologue, le patient et la famille. Cette mise en récit a été proposée aux suicidants pour qu'ils puissent s'inscrire et se réapproprier des éléments de leur histoire. Pour le personnel soignant, la mise en place d'actions ciblées a constitué déjà une première expérience de prise en charge et de prévention. Après l'analyse, le traitement et la modélisation des actions, les résultats de la recherche sont communiqués au personnel soignant et permettent alors d'améliorer leur prise en charge et la prévention secondaire.

#### **6.3.1 Objectifs et termes de la collaboration entre les acteurs de recherche**

Les différentes actions, ayant pour but commun d'accueillir efficacement et pertinemment les suicidants et d'effectuer correctement les entretiens, sont menées autour de

deux objectifs essentiels : allier réveil somatique, psychologique et social et ne pas séparer médecine, croyances et représentations.

Allier réveil somatique, psychologique et social a consisté à tisser des liens de collaboration avec les différents services. Ainsi, dès l'arrivée au service des urgences, une écoute psychologique est proposée en complément des soins effectués. Avant la mise en place de ce protocole, l'écoute psychique n'était pas systématique. Elle était proposée, accessoirement, à la fin de la prise en charge somatique ; c'est-à-dire qu'il était éventuellement préconisé aux patients de recourir à la psychiatrie après leur hospitalisation aux urgences. Cette manière d'adresser les patients en psychiatrie après leur sortie d'hospitalisation réduisait les chances d'effectuer une évaluation psychologique des suicidants, car peu de personnes sont disposées à se rendre en psychiatrie (Tognidé *et al.*, 2004).

L'idée de ne plus séparer médecine, croyance et représentations dans l'accueil proposé aux suicidants revient à ouvrir, au sein des consultations, un accès à des univers de sens qui, dans un premier temps, ne sont pas pensés comme possibles dans le monde médical non psychiatrique. Il s'agit notamment de mettre au travail le suicidant et son entourage au sujet des interprétations traditionnelles des événements menant à l'acte suicidaire et des consultations effectuées par le suicidant auprès d'autres structures de soin.

### **6.3.2 Les actions**

Outre les entretiens cliniques, d'autres actions sont menées dans le cadre de la procédure d'accueil :

- la mise en place d'un protocole institutionnel de prise en charge qui s'est matérialisé dans la constitution de liens de collaboration entre le service des urgences et le service de psychiatrie ;
- le relevé des informations provenant des archives médicales des divers services sus-cités ;
- le recueil de données anthropologiques auprès d'informateurs qualifiés, action que nous appelons « rencontres anthropologiques ».

La première action est l'implantation d'un dispositif d'accueil. Il s'agit d'un travail autour de l'adresse et de la demande. L'idée de ce dispositif est de connecter le réveil somatique, psychologique et social, comme y invite Vaiva (2010). Pour cela, nous avons créé des liens entre trois différents services de l'hôpital à savoir les Urgences, la Réanimation et la

Psychiatrie. Dans les faits, cela implique que les suicidants ne sont pas référés d'un service à l'autre mais accompagnés dans leur parcours de soin. Il s'agit donc d'une prise en charge globale. Il s'agissait pour moi de me déplacer entre différents points pour les relier et à la fin obtenir une image et au lieu de points isolés juxtaposés.

La deuxième action importante du terrain est la rencontre des suicidants pour des entretiens et des suivis cliniques. Le travail consiste ici à instituer un cadre clinique pour créer un espace de parole et un lieu d'accession à leur intime que les suicidants pourront s'approprier. Pour cela, ces entretiens sont non directifs et les suicidants sont invités à parler librement autour de la question « *qu'est-ce qui s'est passé ?* ». L'image parlante, à mon sens, concernant ces entretiens cliniques, est celle du métier à tisser : c'est en prenant appui sur le cadre que les fils et bribes d'histoire mis en récit sont soumis à un travail de tissage afin de reprendre sens dans l'histoire de la personne.

La troisième action, les rencontres anthropologiques, est sous-tendue par l'idée de collecter des représentations traditionnelles, peu décrites dans les livres, sur le suicide, la vie et la mort dans le sud du Bénin, auprès de personnes initiées ou informées. Ce que j'en ai surtout appris, c'est à déconstruire ma pensée. Comme le mode de transmission n'était pas universitaire mais plutôt initiatique, il fallait accepter de s'asseoir, de partager, de se mettre à ce rythme proposé, pas plus vite. Bien souvent, je ne trouvais pas de réponse à mes questions, mais j'étais invitée à élargir mon questionnement et à me contenter de vues assez générales, avec l'idée, comme le dit Wigenstein (1921) cité par Sewane (2003), que « *ce que l'on ne peut pas dire, il faut le taire* ». Ces rencontres me permettaient cependant de ne pas être déphasée si, au cours d'un entretien, le suicidant tenait un discours que je pouvais trouver délirant car non compréhensible pour moi. C'est donc un support à l'interprétation. Ces différentes informations collectées de manière éparse constituent donc des pièces d'un puzzle que nous essayons de reconstituer aussi bien pendant les entretiens que dans les analyses qui en ressortent. Cette action peut être illustrée par l'image de pièces de puzzle à imbriquer.

Étant donné que les « rencontres anthropologiques » relèvent d'une approche interdisciplinaire entre psychologie et anthropologie, il est important d'explicitier notre positionnement quant à cette procédure interdisciplinaire.

### **6.3.3 Les « rencontres anthropologiques »**

« (...) un psychanalyste n'a aucune chance d'être opérationnel en Afrique, de suivre pas à pas la démarche de son patient dans la recherche de vérité s'il n'a pas une

*connaissance approfondie de la culture locale. Non pas une connaissance livresque, puisée dans les ouvrages d'ethnologie, mais une connaissance directe du fait de son insertion dans le tissu culturel environnant* » (Kaufmant et Kaufmant, 2001, p. 27).

L'objectif de l'accueil clinique des suicidants dans le cadre de la présente étude est de ne pas cliver ou séparer la médecine des croyances et représentations. Il nous est apparu important, pour mener correctement les entretiens cliniques, de se laisser imprégner par les enveloppes contextuelles et culturelles (Kirmayer *et al.*, 2014 ; Pumariega *et al.*, 2013 ; Carpenter-Song *et al.*, 2007 ; Kleinman *et al.*, 2006 ;Kirmayer *et al.*, 2003; Lu *et al.*, 1995) qui constituent les personnes rencontrées pour ensuite pouvoir infiltrer le système de soin. Nous nous sommes alors mis au travail en effectuant des « rencontre anthropologiques ».

Nous pensions pouvoir recueillir des explications sur telle ou telle interprétation sorcière censée pouvoir expliquer un acte suicidaire. Ces attentes de « réponses » et de connaissances qui relèvent de la transmission universitaire se heurtaient à des échecs cuisants. En général, nos associations étaient annulées ou freinées par un silence ou un « *Ah bon ? Je ne savais pas !* » poli. Ainsi, un chef de collectivité, dès le début de la rencontre, après une introduction sur les questionnements en lien avec les interprétations qui existent sur l'acte suicidaire, répond « *non je ne pense pas que cela explique les tentatives de suicide* ». Dans d'autres cas, après la présentation du sujet de recherche, l'interlocuteur pouvait se mettre à raconter un mythe sur les signes du Fa ou les mythes fondateurs d'une divinité. Je me sentais perdue, sans réponse et surtout en difficulté pour faire usage du matériel qui m'était ainsi présenté. À nouveau, nous nous sommes plongés dans un travail de tissage par un essai de traduction/médiation de ce qui pouvait ainsi se passer. À partir de ce premier dépaysement et de la mise au travail qu'il a nécessité, nous avons pu repérer les différentes postures, commentaires ou démarches face à un acte suicidaire. Ces postures, commentaires, mots nous ont servi dans le cadre des entretiens cliniques pour rebondir, investiguer, entendre autrement.

Dominique Sewane, ethnologue et philosophe, qui a travaillé sur les Batammariba, peuple du nord du Bénin et du Togo, dans son livre sur *Le Souffle du mort*, témoigne des difficultés et des questionnements méthodologiques soulevés par ce contexte culturel. Elle se demande, en tant qu'ethnologue qui se doit de décrire, ce que « voir » veut dire. Selon elle, ce mot a peu de relation avec le fait de bénéficier d'une vue perçante. Nous pouvons reprendre ce questionnement. En effet, la même question se pose pour nous, psychologues, sur le registre de l'ouïe et des dispositifs de soins ; qu'est-ce qu'« entendre » dans les différentes rencontres anthropologiques et comment exploiter ces rencontres dans l'accueil clinique des

suicidants ? Qu'est-ce qu'entendre si ce n'est se laisser infiltrer par une musicalité, une logique, des bercements ?

Sewane expose son expérience en ces termes : « *En feignant mes questions (...), les anciens m'ont obligée à me concentrer sur un voir et une écoute dont je n'avais jusqu'alors qu'une très vague idée. Je me promenais d'un Tibènti à l'autre comme tout Otammari désireux d'accéder à la vérité de la cérémonie. (...) je m'efforçais de ne rien perdre du détail d'un geste, d'un son, sachant que mon voir dépendrait de la tension de mon écoute et de mon regard. Dans une constante incertitude, je risquais des "rapprochements" (...). Une tension de tous les instants proche de la vigilance qui (...) définit la qualité première d'un Voyant, le puissant aux sens en éveil.* » (2003, p. 19). « *Le (...) "je ne sais pas" [des sages] n'est pas d'affectation ou de dédain pour la naïveté d'un aspirant au savoir. Bien au contraire. Il serait plutôt signe de respect pour la pensée d'autrui en s'interdisant d'imposer une réponse qui clôturerait. "Commenter, c'est faire taire un sens déjà établi, un sens figé", disait Edmond Jabès.* » (2003, p. 21-22).

Le déplacement dans la posture du chercheur consiste donc à se débarrasser d'une investigation fondée sur des pistes préétablies pour apprendre à « penser » selon les critères en cours dans le contexte. Les difficultés pour mettre en place des rencontres « anthropologiques » nous ont appris d'abord à nous « asseoir » (à prendre le temps) puis à écouter plutôt qu'à poser des questions et à attendre des réponses immédiates. Nous avons compris que les interprétations qualifiées de traditionnelles ne peuvent pré-exister comme « connaissances » à investiguer, contrairement à ce que pensaient les philosophes antiques qui ont séparé le monde des idées et celui du sensible. Globalement, les rencontres anthropologiques ont consisté en un déploiement de récits mythiques (sur le Fa, les divinités, la place de l'homme), en un partage d'expériences et de traitements faits aux suicidants, en un partage d'interrogations. Les différents échanges se résument à des interrogations autour du travail d'humanisation et d'inscription du suicidant<sup>51</sup> (comme expliqué au chapitre 4).

Nous avons donc rencontré des citoyens, des collègues, des dignitaires, des responsables, pour accéder plus finement aux logiques contextuelles plutôt que de chercher

---

<sup>51</sup> En effet, dans les logiques du Sud Bénin, le terme « suicide » en tant que concept n'existe pas. La question de la nature même de l'être qui a commis cet acte se pose alors. La notion de personne dans le Sud Bénin est complexe. Elle correspond à une configuration particulière d'éléments agglomérés tels que des particules des ancêtres, de divinités (Vergèr, 1999 ; Hounkpatin, 2012). Le travail d'existence de chacun est donc soumis à un travail d'initiation, différents « traitements » permettant la coexistence des divers éléments constitutifs. Ces traitements consistent en l'identification par le groupe, pour chaque nouveau-né, de la configuration des éléments constitutifs de la personne à venir ; du repérage pour chacun des réseaux multiples qui le font advenir. Le travail d'humanisation et d'inscription de la personne dans un univers de sens nécessite donc le déploiement d'une mise en réseau de cette dernière.



des pistes préétablies. Au fur et à mesure de ces rencontres, nous nous sommes défaits des aspirations universitaires et nous avons admis qu'il ne s'agissait pas de construire des connaissances : il a été question de rencontres et non pas d'enquêtes ayant pour but de décrire un rite ou une façon de faire. Notre but n'était pas de recueillir des données ethnographiques ou des données cliniques, mais tout simplement d'échanger et d'écouter puis d'apprendre à accueillir. Nous avons travaillé pour pouvoir dans un second temps se mettre en relation dans lors des entretiens cliniques. Les rencontres anthropologiques constituent donc un travail d'initiation sur la possibilité de se mettre en lien.

En ce sens, les rencontres anthropologiques ont constitué un chemin d'initiation pour les cliniciens que nous sommes, un outil nous permettant de nous laisser infiltrer, imprégner par des logiques de pensée autres : celles de l'appréhension de l'être et du monde dans le Sud Bénin. Elles ont constitué un dispositif de traduction au sens de Descola: « (...) nous n'avons accès à autrui, et donc à son expérience du monde, qu'à travers des dispositifs de traduction, ceux-ci conditionnant les formulations que chaque humain peut en donner » (2011, p. 67).

Lors des entretiens avec les suicidants, la compréhension de ces logiques nous a permis de construire le cadre d'accueil et de travail en faisant des ponts entre les différentes manières de penser l'acte suicidaire. Aussi, ces rencontres sont venues alimenter les actions cliniques, ancrer le questionnement, travailler à la redéfinition de l'objet de recherche et construire pour chaque suicidant une pensée complexe autour de son acte.

Par conséquent, notre positionnement n'a pas été celui d'un anthropologue : nous sommes restés tout le long de notre recherche dans une position de psychologues cliniciens, mis en tension par des éléments d'anthropologie. En délogeant le travail d'un centre de gravité disciplinaire vers un centre de gravité partagé, notre recherche n'a pour autant pas perdu son identité disciplinaire : ce détour par l'anthropologie a toujours été mis au service du psychologue clinicien chercheur. Le cas de Joël, décrit dans la section suivante, illustre bien la façon dont s'est opérée la mise en tension entre l'univers médical et la pensée locale dans la prise en charge des suicidants.

## **6.4 Population de l'étude**

Dans le cadre de cette étude, l'échantillon est constitué de jeunes Béninois âgés de 20 à 30 ans, admis au CHU pour tentative de suicide pendant la période de collecte de données et qui répondent aux critères d'inclusion de la population de l'étude à savoir : appartenir à la

tranche d'âge, avoir fait une tentative de suicide, être béninois et ne pas souffrir d'une pathologie mentale avérée, accepter de participer à la recherche. En effet, la population parente ou de référence de l'étude comprend tous les jeunes Béninois âgés entre 20 et 30 ans qui ont tenté de se suicider dans la zone urbaine de Cotonou. Au total, dix-neuf jeunes adultes suicidants béninois ont participé à l'étude.

Pour déterminer l'homogénéité du groupe d'étude, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été retenus.

Critères d'inclusion	Critère d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir entre 20 et 30 ans</li> <li>- être d'une ethnie du Sud Bénin</li> <li>- avoir fait une tentative de suicide</li> <li>- l'acte suicidaire est récent (&lt; 7 jours)</li> <li>- accepter de participer (le suicidant et sa famille sont volontaires)</li> <li>- inclure autant les hommes que les femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir une pathologie mentale lourde avérée</li> <li>- avoir déjà fait trois tentatives de suicide</li> </ul>

**Tableau récapitulatif des critères de définition de la population d'étude**

#### **6.4.1 Les critères d'inclusion :**

##### **Avoir entre 20 et 30 ans :**

Cette tranche d'âge est la plus représentée dans les actes suicidaires reçus au CHU (comme on l'a vu en introduction). Ce critère nous permet d'étudier plus spécifiquement la dynamique de l'acte suicidaire dans les fonctionnements psychiques des jeunes adultes.

##### **L'acte suicidaire est récent (moins d'une semaine) :**

En raison des effets de reconstruction et de reconfiguration après coup de la crise suicidaire développés par Rolland et Quenard (1981), rencontrer un suicidant de manière consécutive à son acte permet d'approcher au mieux la dynamique au moment de l'acte. Les rencontres se faisant dans la durée (cinq rencontres), cela permet d'être témoin des mécanismes mis en place pour reconstruire et « se » reconstruire après l'acte.

##### **Être d'une ethnie du Sud Bénin :**

Pour des raisons d'homogénéité en termes de références et conceptions culturelles.

**Le suicidant et sa famille sont volontaires pour le dispositif proposé par la recherche-action :**

Pour des raisons contextuelles, une hospitalisation ne se fait jamais sans quelqu'un qui accompagne. Il nous semble donc important qu'autant le suicidant que sa famille soient volontaires pour nous rencontrer et échanger autour de l'acte. Cela protège le suicidant d'éventuelles représailles familiales (qu'il soit exclu) mais cela permet aussi de repérer comment la famille accueille l'acte suicidaire.

#### **6.4.2 Les critères d'exclusion**

**Avoir une pathologie mentale lourde avérée :**

L'étude s'intéresse à une population « tout-venant » (c'est-à-dire plus ou moins socialement intégrée) plutôt qu'à une pathologie lourde (de l'ordre de la psychose) qui serait antérieure à l'acte ou en cause dans le raptus suicidaire. Dans le cas d'une pathologie avérée, la tentative de suicide est prise dans la configuration et les fonctionnements psychiques propres à la pathologie. La dynamique de crise suicidaire a d'ailleurs été organisée selon une typologie : crise psychopathologique, psychosociale et psychotraumatique (Seguin, 2003). Afin d'étudier plus spécifiquement la dynamique de la crise suicidaire en dehors de toute configuration pathologique, nous excluons les actes suicidaires qui ont lieu pendant un moment psychopathologique aigu ou chez une personne suivie pour psychose chronique. Cela nous permet d'évaluer plus finement l'acte dans sa dynamique réactionnelle.

**Avoir déjà fait trois tentatives de suicide au moment de la rencontre :**

Au-delà de trois tentatives de suicide, il y a lieu de s'interroger sur un fonctionnement psychopathologique déjà installé. La modalité réactionnelle de l'acte dans la dynamique psychique est moins repérable puisqu'elle pourrait relever d'un mode relationnel ou d'une pathologie lourde.

Au total, la population de la recherche comprend : 19 béninois suicidants, âgés entre 20 et 30 ans, d'ethnies du Sud Bénin ; leur passage à l'acte suicidaire a eu lieu en moyenne trois jours avant la rencontre. Aucun d'eux n'a fait plus de trois tentatives de suicide. Cet échantillon est suffisamment représentatif de la population de suicidants qui vient à l'hôpital (en termes de répartition des sexes, des distributions d'âge en comparaison aux études de Gandaho et Aboto).

## 6.5 Procédure de recrutement

### *Pour les rencontres cliniques*

Pour les suicidants, nous avons procédé à un recrutement prospectif en essayant de rencontrer la majeure partie des suicidants reçus à l'hôpital pendant la période de collecte de six mois. Nous avons transmis les informations aux équipes soignantes afin d'identifier un échantillon prospectif. Ainsi, toute personne prise en charge au CHU pour tentative de suicide est incluse dans le protocole d'accueil proposé. Les suicidants sont contactés et rencontrés au moment de leur hospitalisation. Lorsque les critères d'inclusion et d'exclusion sont respectés, les soignants introduisent et présentent le chercheur au suicidant et à sa famille. Lorsqu'ils acceptent de nous rencontrer dans le cadre d'entretiens gratuits, nous commençons les rencontres au moment de leur hospitalisation. La suite des entretiens se déroule après leur retour chez eux. Afin que les suivis ne se doublent pas, j'oriente les suicidants vers les collègues psychiatres lorsqu'il y a besoin d'une prise en charge (pour hospitalisation ou traitement médicamenteux).

### *Pour les entretiens de recherche (« rencontres anthropologiques »)*

L'échantillonnage des personnes rencontrées dans le cadre des « rencontres anthropologiques » est un recrutement en chaîne<sup>52</sup> ou « boule de neige ». Ces rencontres se sont avérées compliquées à mettre en place au départ sur la base du seul choix du chercheur. En effet, dans le contexte du Sud Bénin, il est difficile de prendre contact ou de se présenter de son propre chef à un initié en sollicitant un rendez-vous ou une rencontre. Il faut être introduit par une personne tierce, en d'autres termes, « être envoyé ». Un travail de tissage a alors été nécessaire pour s'inscrire progressivement dans des réseaux de connaissance.

## 6.6 Procédure de recueil de données

Les méthodes utilisées ont pour principal objectif de proposer aux suicidants de faire un récit autour de leur acte suicidaire et d'explorer chez eux les représentations concernant l'acte suicidaire et la signification qu'il prend dans la dynamique psychique. Le deuxième

---

<sup>52</sup>Il s'agit d'une technique d'échantillonnage non probabiliste où les sujets d'étude existants recrutent des futurs sujets parmi leurs connaissances.

objectif est de repérer et faire émerger les spécificités des représentations autour des actes suicidaires dans le Sud Bénin.

Les données sont collectées selon différentes méthodes complémentaires :

- une série d'entretiens semi-directifs avec les suicidants ;
- une rencontre avec les membres de la famille volontaires ;
- l'observation participante au sein du service de psychiatrie et de ses activités ;
- des « rencontres anthropologiques » : entretiens de recherche individuels ou de groupes (focus groupe).

### **6.6.1 Une série d'entretiens semi-directifs avec les suicidants**

Le manque de personnel met les rencontres de recherche en première ligne. Il faut donc mettre en place un cadre d'accueil et l'orienter si nécessaire par la suite. Ce premier contact-accueil relève donc à la fois d'objectifs de prévention (éviter la répétition du processus suicidaire et donc permettre une parole sur les processus autodestructifs en cours) et d'objectifs de recherche (compréhension psychodynamique et repérage de l'économie pulsionnelle). Au moment de la rencontre avec le suicidant, pour accompagner le travail après-coup qui s'opère, notre protocole propose un **travail de mise en récit**. Il s'agit de faire advenir, dans l'après-coup traumatique et les reconstructions qui suivent, une continuité, un tissage qui fait sens. L'espace du récit est au cœur de la psychanalyse. Le récit est un moyen unique d'accéder à la connaissance des processus psychiques ; il permet un travail de symbolisation. Parvenir à construire des liens entre différents événements suppose une inscription dans la durée (donc plusieurs rencontres) qui respecte la temporalité psychique nécessaire à cette construction.

Ainsi, proposer une série de rencontres se justifie par l'intérêt d'inscrire le processus associatif sur l'acte suicidaire dans le temps. En effet, se rencontrer plusieurs fois permet d'observer l'évolution de la dynamique suicidaire non seulement au sortir de l'acte mais aussi quelque temps après.

Nous proposons une série de cinq entretiens semi-directifs aux suicidants. Chaque entretien dure une heure. Les rencontres ont pour objectif de permettre l'accueil d'un dire, d'un récit de vie, d'une brève d'histoire à partir de l'acte et des faits récents, d'identifier comment le sujet s'approprie progressivement son acte à partir de sa mise en récit. Elles se font au chevet du patient (dans un premier temps), donc au service des urgences ou de réanimation, puis dans un bureau du service de psychiatrie.

Les entretiens consistent en un relevé de variables indépendantes (noms, âge, ethnie, religion, catégorie socio-professionnelle) ; ensuite, les suicidants sont invités à associer librement autour de leur acte. La question d’amorce est « *que s’est-il passé ?* » avec la relance « *que vous vient-il à l’esprit en lien avec ce qui s’est passé ?* ». Les rendez-vous sont clôturés (sauf les deux derniers) par une invitation à être attentif aux ressentis, idées, rêves, envies ou non qui les traversent jusqu’à la prochaine rencontre.

N° d’entretien	Fréquence des rencontres (+/- 2jours)	Objet de l’entretien
Entretien 1	T0	Cadre des rencontres Éléments démographiques Libres associations : « <i>que s’est-il passé ?</i> » Demande : « <i>qu’attendez-vous des rencontres ?</i> »
Entretien 2	T1 = T0 + 2 jours	Libres associations : « <i>depuis la dernière fois, comment vont les choses, comment allez-vous, que s’est-il passé ?</i> ». Événements marquants (positifs et négatifs) de leur vie
Entretien 3	T2= T1+ 2jours	Libres associations <i>Qu’a dit la famille ? (Prise en charge et traitement culturel ?)</i>
Entretien 4	T3= T2 + 4 jours	Libres associations Précisions anamnestiques
Entretien 5	T4= T3 + 7 jours	Évaluation du travail/parcours Projet pour la suite (suivi, prise en charge familiale, autres projets...).

### **Tableau récapitulatif du processus de rencontre avec les suicidants**

La mise en récit est proposée en référence à la fonction du récit, de la narration et de l’associativité dans leurs effets de relance des processus d’appropriation subjective (Golse et Missonier, 2008 ; Bourlot, 2010). En effet, le récit non seulement engage des scénarios possibles, mais il constitue aussi une mise en forme de l’expérience et un support d’identité. L’activité narrative assume une fonction spécifique dans les processus de transformation du sujet qui se traduisent par des effets d’après-coup. « *Capable de réactiver dans le discours (comme dans le rêve) un espace archaïque de la subjectivité (...), le récit apparaît ainsi comme la possibilité d’une nouvelle représentation du moi* » (Rudelic-Fernandez, 1998, p. 849).

La proposition d’associer et de mettre en récit, donc d’agencer et de mettre en intrigue les événements dispersés (la masse chaotique et d’expérience de vie) avant la tentative de suicide, correspond à la possibilité de mise en sens, à une recherche d’explication qui relance les processus de subjectivation du sujet souffrant ; l’invitation à la co-construction respecte la

souffrance du suicidant et lui offre un espace de relance des processus de narrativité. Simultanément au respect de la personne en souffrance et à l'établissement d'un cadre de rencontre garantissant l'intégrité psychique, accompagner le processus de mise en récit nous permet d'être au plus près des processus psychiques à l'œuvre dans l'autodestructivité.

### **6.6.2 Une rencontre avec l'entourage du suicidant**

Si l'approche psychopathologique classique tend à être centrée sur l'individu en localisant le problème au son sein (dans sa psyché), la psychiatrie culturelle reconnaît que plusieurs problèmes peuvent résider dans l'interaction interpersonnelle ou dans le contexte social. Cela implique que l'analyse relève d'une perspective systémique ou de la psychanalyse de groupe. La place prépondérante du groupe et de la famille dans le contexte du Sud Bénin justifie que l'entourage puisse avoir une place et ne soit pas absent de la pensée sur l'acte suicidaire.

Les travaux anglo-saxons concernant le travail en situation culturelle ou transculturelle, en reconnaissant l'importance de la culture pour aborder la psychopathologie, ont mis en avant le concept de « compétence culturelle<sup>53</sup> ». Il s'agit d'un ensemble culturel congruent d'attitudes, de stratégies et de comportements rendant possible le travail interculturel. Cette notion a conduit à modifier, au sein même du manuel diagnostique anglo-saxon (DSM<sup>54</sup>), la rubrique liée aux symptômes culturels pour la remplacer par un guide de formulation culturelle. Il s'agit de tenir compte des éléments culturels et contextuels de la personne rencontrée. L'ajout dans les classifications du DSM d'une liste des *culture-bound syndromes* ou symptômes liés à la culture est en lien avec les stratégies établies en termes de « compétences culturelles » qui représentent des approches initiales pour explorer cliniquement des aspects importants du parcours culturel et de vie du patient.

Dans la pratique clinique, la compétence culturelle est devenue une rubrique sous laquelle on peut étaler un éventail de compétences et de perspectives différentes afin de travailler avec des populations d'origines contextuelles diverses. Mais peut-on modéliser pour des populations différentes une approche générale à appliquer (la formulation culturelle, les compétences culturelles) ?

---

<sup>53</sup>La compétence culturelle est un ensemble de comportements, attitudes, états d'esprit, façons de faire interconnectés, identifiés dans un système qui sont utilisés par les professionnels pour travailler efficacement dans un contexte culturel différent.

<sup>54</sup>*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: il s'agit du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; un ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie (APA), classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques.

Même si les recherches reconnaissent l'importance cruciale de la culture dans la souffrance psychique et son traitement, les limites de la notion de compétence culturelle ont été soulignées. Les travaux du département de psychiatrie transculturelle de l'université de McGill insistent actuellement sur la notion de « cultural safety » pour nuancer celle de compétence culturelle. « Cultural safety » peut être traduit littéralement par *sécurité culturelle*. Cette notion renvoie à l'idée d'une préservation de la différence culturelle, d'une sensibilité culturelle. Nous la traduisons par l'idée de « garantie culturelle » dans le sens de contenant garant de la rencontre avec l'autre.

De quoi relève la différence entre compétence culturelle et préservation culturelle ? Le problème majeur de la notion de compétence culturelle est qu'il suggère l'idée que la culture peut être réduite à une compétence ou habileté technique. La culture est alors un objet à connaître et la compétence culturelle consiste en une série de conduites à tenir devant des patients d'ethnies différentes. Cela revient à un ensemble de stéréotypes sur des sociétés isolées avec l'idée utopique que ces sociétés partagent des significations culturelles (idée statique de la culture qui ne prend pas en compte les différences intragroupe). Par conséquent, au lieu de permettre de se centrer sur la particularité du cas, cette notion peut au contraire masquer la compréhension par des assomptions généralisantes.

L'introduction de la variable culturelle se fonde sur le respect et l'intérêt pour la/les différence(s). Cela requiert d'être familier et à l'aise avec les différences culturelles plutôt que de les traiter comme du même (et donc de les annuler ou les banaliser). Ainsi, le terme de compétence est confortable, car il suggère l'idée de pouvoir augmenter les outils et domaines d'expertise, mais il n'a pas de pertinence clinique et induit même le risque de réductionnisme culturaliste. Un savoir encyclopédique sur les cultures du monde et leurs systèmes spécifiques de santé et leurs maladies n'est pas un besoin ou une qualité requis pour une rencontre culturelle appropriée. La notion de « préservation culturelle » sous-tend une réelle incorporation de la culture dans la pratique clinique ; ce n'est pas juste un nouvel outil technique que les praticiens doivent acquérir. Elle demande un réexamen de nos places, en tant qu'individu et praticien, dans un contexte social et historique large qui façonne les relations cliniques. La préservation culturelle suppose l'utilisation de la connaissance d'une culture, d'une langue et des étiquettes théoriques, comme des modes de mise en contact plutôt que comme des réponses préformatées et préconçues pour les rencontres et les cas cliniques.

Le concept de « sécurité culturelle » renvoie à l'idée que le format des rencontres doit répondre à la préservation des positions internes de chaque interlocuteur. Il y a lieu d'identifier les enjeux de forces et de pouvoirs dans les rencontres. Les rencontres familiales,



menées dans notre étude, correspondent au format d'hospitalisation et aux modalités d'être ensemble dans le Sud Bénin<sup>55</sup>. Elles répondent donc non seulement au respect du concept de « compétence culturelle » (en termes d'attention à la variable culturelle) mais aussi à celui de « cultural safety » (en termes de garantie et de contenant pour la rencontre avec le suicidant qui ne porte pas préjudice à son contexte). L'importance de l'entourage dans le cadre de l'hospitalisation, le fait même que cette hospitalisation ait été demandée par l'entourage plutôt que par le suicidant sont des arguments de taille pour impliquer le groupe et/ou la famille et les étayages qu'ils représentent dans cette recherche sur les enjeux psychopathologiques et les modes d'appréhension de l'acte suicidaire dans le Sud Bénin.

Ces rencontres permettent de repérer l'accueil et le traitement de l'acte suicidaire par l'entourage. Ils sont semi-directifs : l'entourage est invité à associer librement autour de la question « *que pourriez-vous me dire de ce qui s'est passé ?* ». Des relances sont prévues pour investiguer d'éventuels traitements (autres qu'hospitaliers) entrepris par la famille.

### **6.6.3 Observation participante**

Dans le cadre de notre recherche-action, nous aspirons à ouvrir au sein du lieu et du monde médical à des pensées et paroles ouvertes sur d'autres mondes. Cela suppose d'être suffisamment inscrit dans l'institution hospitalière non seulement comme « chercheur » extérieur, mais comme acteur du système d'accueil. C'est le soubassement du travail collaboratif.

Pendant les six mois de collecte de données, de nombreuses activités ont jalonné mon séjour dans le service de psychiatrie et le CHU en général, bien au-delà de la recherche liée aux actes suicidaires. Or, cet éventail d'activités a été nécessaire pour m'inscrire dans les réalités institutionnelles et donc effectuer la recherche.

Ces activités ont impliqué de m'intégrer au fonctionnement du service : staffs, exposés, consultations en ambulatoire, psychiatrie de liaison, prise en charge des patients hospitalisés, séminaires et diverses formations.

### **6.6.4 Les rencontres anthropologiques**

L'échantillon de cette étude comprend des suicidants et leur famille mais aussi des personnes rencontrées dans le cadre de « rencontres anthropologiques » mettant au travail le volet contextuel. Pour rappel, l'objectif des rencontres anthropologiques est de collecter des

---

<sup>55</sup> Au CHU de Cotonou, être accompagné par une personne est une condition requise pour l'hospitalisation. Personne ne peut bénéficier d'une hospitalisation s'il n'est pas entouré. C'est une réalité dont il faut tenir compte et qui souligne à nouveau l'importance du groupe et la conception de la maladie comme atteinte du réseau groupal dans ce contexte.

représentations traditionnelles, peu décrites dans les livres, sur le suicide, la vie et la mort dans le sud du Bénin, auprès de personnes initiées ou informées. Ces rencontres permettent de ne pas être déphasée face à des éléments culturels convoqués lors d'un entretien. Elles représentent un support à la formulation puis à l'analyse du corpus et constituent un dispositif de traduction au sens de Descola (2011).

Les rencontres anthropologiques nous ont conduit à échanger avec un éventail de personnes : des initiés, des personnes qui ont connu des suicidants dans leur entourage et qui parlent des démarches entreprises, des personnes qui ne connaissent pas directement des suicidants mais qui expriment leurs questionnements ou leur manière de voir cet acte, des cadres comme des personnes n'ayant pas un niveau universitaire élevé, des chercheurs béninois (linguistes, sociologues, psychiatres) qui connaissent les traditions. Au total, treize cadres, un universitaire spécialiste des divinités du Sud Bénin, un anthropologue, un initié de culte vodun, un initié au Fa, un chef de collectivité et deux intermédiaires-traducteurs ont également participé au volet de collecte des représentations contextuelles.

Ces rencontres n'ont pas lieu à l'hôpital ; elles se déroulent dans différents endroits, selon l'accessibilité et la préférence des personnes qui sont d'accord pour nous rencontrer. Ces rencontres ont souvent nécessité la présence d'interprètes. Les personnes qui ont joué le rôle d'interprète sont au fait de la recherche et leur domaine d'activité est celui des sciences humaines.

Ces rencontres ont pris des formes diverses : entretiens de recherche individuels, entretiens de groupe, rencontres fortuites, groupe de discussion ou « focus groupe »<sup>56</sup>.

Les *entretiens de recherche* individuels s'inscrivent dans un cadre de recherche classique. Un rendez-vous est pris avec un dignitaire et un chef de collectivité. L'entretien se déroule selon une grille d'entretien semi-structurée.

Les *entretiens de groupe* se situent au croisement d'un entretien de recherche classique et d'un entretien de groupe. En fait, l'organisation des espaces dans le Sud Bénin est essentiellement ouverte. Ainsi, lorsqu'un adepte de vodun nous reçoit chez lui (dans la cour de sa maison) pour un entretien, selon les passages de voisins, d'amis, de curieux, les questionnements de recherche prennent la forme d'une discussion-réflexion à plusieurs, et non avec la seule personne que nous étions supposée rencontrer.

---

<sup>56</sup> Pour collecter des données qualitatives, les méthodes les plus communément utilisées sont : l'observation participante, les entretiens de recherche et les focus groupes ou groupe de discussion. Cette dernière méthode consiste en une écoute structurée d'un espace de discussion collective où chacun peut partager ses idées, points de vue en rapport avec une thématique débattue. Cela permet de collecter les expériences de chacun et d'identifier collectivement des thématiques affiliées ou des mesures d'actions possibles contre certains problèmes.

Les *rencontres fortuites*, sont des échanges non prévus mais qui nous ont permis d’approcher des réalités contextuelles.

Le *groupe de discussion* qui a eu lieu a pour source une rencontre fortuite qui a fait émerger l’idée d’un temps et d’un espace de réflexion collective. À ce titre, nous avons mis en place des règles de base pour une discussion axée sur la thématique des actes suicidaires : le groupe a nommé un modérateur pour canaliser les échanges et organiser le temps ; ma présence a consisté à ouvrir la discussion et à la relancer à partir de points de référence pour discuter des enjeux des actes suicidaires dans le contexte béninois.

### **6.6.5 Processus de construction de la recherche-action**

La recherche-action suppose non seulement une collaboration mais aussi l’intervention d’un réseau divers d’interlocuteurs. Les différents temps ou actions qui ont construit la recherche-action sont :

#### *Temps 0 : Engagements mutuels*

- Prise de contact avec les partenaires potentiels.
- Présentation des constats repérés pendant l’observation préliminaire et sensibilisation à l’intérêt d’étudier les questions suicidaires.
- Discussion autour de la mise en place de la recherche et de sa faisabilité.
- Identification des points de difficulté et définition de stratégies de résolution.

#### *Temps 1 : Formalisation du protocole de recherche*

- Prise de contact et présentation de la recherche à la direction de l’hôpital, aux chefs de service des urgences et de la réanimation.
- Définition d’objectifs communs.
- Obtention des consentements et accords institutionnels.

Concrètement, les objectifs communs sont de comprendre, améliorer la prise en charge et prévenir. L’idée est pour cela d’allier réveil somatique, psychologique et social en établissant une collaboration entre les différents services. Ainsi, dès l’arrivée au service des urgences, on propose aux patients et leur famille une écoute psychologique en complément des soins. Pour rappel, avant la mise en place de ce protocole, l’écoute psychique n’était pas systématique. Elle était proposée secondairement, seulement à la fin de la prise en charge somatique.

#### *Temps 3 : Mise en place du protocole d’accueil*

Présentation et explication de la recherche aux équipes soignantes afin que chaque acteur soit informé du déroulé de l’étude, de ses objectifs et de ses implications. Ce temps initial de mise

en place est primordial pour travailler la question de la demande et de l'adresse à l'arrivée des suicidants.

#### *Temps 4 : Recueil des données*

Les suicidants sont rencontrés aux urgences, en réanimation et je leur propose de nous rencontrer dans un cadre plus adapté à l'entretien. Ce sont leurs soignants qui introduisent le chercheur-psychologue. Nous leur proposons de nous rencontrer pour discuter des enjeux pour eux et pour améliorer notre dispositif de prise en charge par la suite. Pendant les staffs de psychiatrie, les suicidants rencontrés sont présentés en vue de leur orientation ou de leur suivi.

#### *Temps 4 : Premiers retours*

- Un retour aux membres de l'équipe est accompagné d'une discussion autour de l'intérêt du protocole.
- Un écrit est adressé aux instances administratives à la fin de la période de collecte.
- Un projet de restitution commune entre les différents services (les Urgences, la Réanimation et la Psychiatrie) a été demandé (mais n'a pu être effectué pour des raisons pratiques).

#### *Temps 5 : Analyse, présentations et publications*

Ce temps implique l'écriture de la thèse.

## **6.7 Traitement et analyse des données**

Je rappelle que le chercheur est en première ligne, c'est-à-dire que la rencontre avec les suicidants constitue le premier entretien psychologique suite à leur acte. Ce n'est donc pas, à proprement parler, uniquement un entretien de recherche, mais aussi un entretien clinique avec l'idée que la position de « recherche » autour de l'acte suicidaire est proposée comme posture commune au chercheur, au suicidant et à son entourage<sup>57</sup>.

Comme le rappelle Roussillon, (2007 ; 2012) l'expérience clinique devient une recherche véritable lorsqu'elle engage le clinicien, qui se donne les moyens, dans un processus, de se tiercéiser c'est-à-dire d'effectuer « *un travail nécessaire pour dégager la forme générique, le modèle exportable, au-delà de la clinique singulière dont elle est issue* » (2007, p. 118).

---

<sup>57</sup>Comme expliqué plus haut, dans la mesure du possible, les entretiens ne se déroulent pas uniquement avec le chercheur car le patient prend à la fois un circuit recherche et un circuit thérapeutique.

Pendant les entretiens avec les suicidants et leur entourage, je prenais quelques notes sommaires. Dans l'après-coup de l'entretien, j'en prenais des plus complètes. Les entretiens avec les suicidants ne sont pas enregistrés pour des raisons éthiques et relevant du contexte des rencontres (aux urgences, à un moment où la personne est vulnérable psychologiquement). Les personnes sont même parfois réticentes aux prises de notes pendant l'entretien. En effet, le rapport à la recherche et à la parole est différent de celui occidental, comme ont pu le souligner les collaborateurs de terrain mais aussi certains auteurs comme Ahanzo-Glèlè dans son ouvrage *Le Danhomè* (1974). Le travail d'écriture à partir des notes de mémoire s'organise par la suite selon le modèle du cas clinique. Les données recueillies sont analysées dans le cadre d'une supervision mais aussi d'un travail d'équipe (équipe hospitalière). Les questions en lien avec le contexte ou les représentations courantes sont relevées. Les noms et prénoms sont modifiés pour préserver l'anonymat des participants.

En effet, l'analyse prévue dans mon cadre méthodologique est principalement psychanalytique (supervision sur le terrain par rapport aux suivis, analyse des processus et dynamique transféro-contre-transférentielle<sup>58</sup>, avec une attention particulière aux caractéristiques du contexte pour ne pas biaiser l'analyse). Donc, en termes de méthode, malgré une méthodologie interdisciplinaire, je reste clinicienne. Même si, comme les anthropologues, je vais à la rencontre de connaissances, représentations et savoirs traditionnels, ce n'est pas pour les décrire ou en rendre compte, mais pour alimenter mes rencontres et travailler à la redéfinition de l'objet de recherche. J'invite donc à travailler autour d'un « objet commun » pour arriver à la création d'un espace transitionnel, espace ni moi, ni non moi où la créativité est possible, où les liens peuvent se tisser autour de représentations et de métaphores. Et pour cela, je passe par une mise en tension des éléments de mondes hétérogènes. Les rencontres anthropologiques, et non pas enquêtes, permettent de me rendre sensible à une logique de pensée différente, que je pourrai à mon tour déployer lors des entretiens.

Pour ce qui est du traitement des rencontres anthropologiques, selon le consentement des interlocuteurs, les entretiens sont enregistrés puis intégralement retranscrits (selon les traductions qui ont été faites par la personne qui m'accompagne puisque je suis souvent introduite par quelqu'un qui sert d'intermédiaire et de traducteur). Ensuite, la retranscription

---

<sup>58</sup> Lorsque je parle de dynamique transféro-contre-transférentielle, je me réfère à l'idée d'un « transfert de base » ou transfert relationnel, c'est-à-dire des enjeux qui concernent la construction des premiers échanges. Je suis consciente de ne pas être analyste et qu'il ne s'agit pas, comme dans le cadre d'une cure classique, d'un transfert établi (une réactualisation de conflits ou relations anciennes avec le thérapeute). Toutefois, je suis également sensible à ce qui se passe dans les premiers échanges car c'est une base pour une alliance thérapeutique future, d'autant plus que le dispositif arrive en première ligne avant toute prise en charge psychothérapeutique.

est validée par une autre personne comprenant la langue mais qui n'était pas présente au moment de l'entretien, afin de discuter des traductions qui ont été faites au moment de la rencontre. Pour pouvoir les utiliser, nous rédigeons un résumé thématique des rencontres.

L'analyse des données se fait selon différents niveaux : l'étude de cas qui consiste en une analyse singulière de chaque série d'entretiens et l'analyse comparative selon les thématiques et problématiques apparues dans chaque cas.

### **6.7.1 L'étude de cas**

Le cœur de la démarche clinique est de comprendre et d'expliquer, à partir de l'histoire singulière de chaque sujet, le sens de sa souffrance singulière, mais aussi de fournir, au-delà de la singularité de chaque trajectoire individuelle, des points de repère incontournables en termes de fonctionnement intrapsychique (Dumet et Ménéchal, 2005). Pour parvenir à ces fins, on avance par hypothèses explicatives sur la genèse des troubles, le contexte de leur survenue, leur signification dans la vie et l'histoire du sujet. L'analyse au cas par cas essaiera de faire une relecture de chaque cas au vu des théories et connaissances retenues dans cette étude pour expliquer le passage à l'acte suicidaire chez les jeunes adultes.

Le modèle théorique qui sous-tend l'analyse est la psychanalyse, mais j'ai également prêté une attention particulière aux éléments contextuels. J'ai choisi de relater les éléments issus des rencontres cliniques afin de ne pas dénaturer le travail clinique. Je l'ai notamment structuré en fonction des associations en lien avec l'acte suicidaire. Les rubriques retenues pour la présentation sont :

- Cadre des rencontres ;
- Présentation générale ;
- Anamnèse ;
- Description du contexte de l'acte et signification donnée à l'acte ;
- Modalités relationnelles ;
- Associations en lien avec l'acte suicidaire ;
- Enveloppe familiale ;
- La tentative de suicide dans l'économie psychique (conclusion/résultats).

Outre les points déontologiques et éthiques (anonymat, secret...), il me semble important d'expliquer la manière dont j'ai travaillé la clinique et comment s'est construite mon analyse. Chaque cas s'inscrit dans un travail d'après-coup. Il ne s'agit pas de retranscriptions d'entretiens, mais des associations libres dans et suite aux entretiens ainsi que de tout le travail d'interprétation. En effet, la réflexion psychanalytique s'étaye et se justifie

par l'observation clinique. À ce titre, le travail clinique est la base de toute recherche analytique. Pour travailler le lien entre théorie et pratique, le transfert et le contre-transfert sont des outils nécessaires à l'élaboration théorique. La notion de contre-transfert élargit le travail clinique de la dimension intrapsychique à celle intersubjective. Étant donné que je suis psychologue clinicienne et non psychanalyste, la notion de transfert, nécessaire à mon élaboration, se réfère ici à la notion de *transfert de base* telle que la définit Parat (1976). Il s'agit de ce qui précède l'établissement du transfert proprement dit. C'est une relation de base entre patient et thérapeute qui permet de part et d'autre un investissement narcissique garant des possibilités et impossibilités du travail d'analyse commun.

### **6.7.2 L'analyse comparative**

En ce qui concerne l'analyse comparative, les critères choisis pour évaluer ont nécessité une grille de comparaison comprenant les critères suivants :

- Statut de l'acte (situation déclenchante, conflits et difficultés sous-jacents, éléments de réponse du sujet face aux difficultés/conflits, conséquence de ces réponses, cause de l'échec dans la résolution de ce dilemme)
- Élément relevant de représentations culturelles
- Thématiques récurrentes associées à l'acte suicidaire
- Conséquence de l'acte

Ces critères sont consignés dans un tableau comparatif, sorte de tableau de bord du chercheur.

## **6.8 Considérations éthiques et déontologiques**

Plusieurs éléments ont contribué au positionnement éthique et au respect des principes déontologiques<sup>59</sup> dans le cadre du présent travail : les enjeux de la rencontre clinique avec les processus suicidaires (suicidants et donc personnes potentiellement à risque suicidaire) et les enjeux du travail psychologique dans un contexte culturel autre. Le positionnement que nous avons adopté est une posture interdisciplinaire dans l'abord des actes suicidaires et une co-construction du sens qui suppose de considérer le suicidant, son enveloppe contextuelle et familiale, ainsi que les acteurs de soins comme des collaborateurs de recherche et non pas des « objets de recherche ». Nous nous inscrivons dans l'idée de Widlöcher pour qui la recherche clinique procède d'une éthique de la découverte concomitante de l'invention ou extension

---

<sup>59</sup> De manière générale, l'éthique renvoie au respect de la personne humaine ; il s'agit d'une manière de diriger sa conduite et donc de prendre des positions justes qui constituent le soubassement des règles et principes déontologiques. L'articulation entre éthique, déontologie et recherche est incontournable. Le chercheur est responsable au plan scientifique et éthique des recherches qu'il conçoit et conduit.

d'une pratique, et non pas de démarches qualifiées soucieuses de l'administration de la preuve.

Depuis la conception à la mise en place et à l'application du protocole d'accueil des suicidants, nous avons été attentive aux principes éthiques et déontologiques. Nous avons tenu compte du fait que toute prise de connaissance suppose une interaction active : les phénomènes explorés sont donc en même temps modifiés. Nous avons donc été attentive à notre implication non seulement dans les relations établies avec chaque suicidant, mais aussi dans ce type de travail et à la dimension de recherche en général. C'est en cela que le travail suit des principes déontologiques. En effet, le code de déontologie préconise (titre I, paragraphe 2) que « *le psychologue tient ses compétences de connaissances théoriques régulièrement mises à jour, d'une formation continue et d'une formation à discerner son implication personnelle dans la compréhension d'autrui* ». Nous avons réfléchi aux enjeux de notre recherche dans le cadre de deux DU (Diplômes d'Université) sur les tentatives de suicide et aussi dans le cadre de formations-réflexions à l'ethnopsychiatrie et à la dimension de la culture dans la rencontre clinique (modules de formation organisés au département de psychiatrie transculturelle de l'Université Mc Gill à Montréal).

Le dispositif respecte et protège les personnes qui participent à partir des théories issues des formations sur la crise suicidaire et son accueil, des formations sur la dimension culturelle de la rencontre, mais aussi à partir des réalités contextuelles qui ont été identifiées avec les acteurs de soins, les familles et les suicidants eux-mêmes. Ainsi, la recherche ne s'est pas faite au détriment de la sécurité et de l'autonomie des personnes. L'intervention a été conçue pour éviter d'être vécue comme intrusive et d'empêcher une atteinte à l'intégrité psychologique ou à la vie privée ou un préjudice socio-contextuel et/ou familial. C'est pourquoi, outre les aspects éthiques directement liés aux personnes sollicitées, la recherche tient compte de la particularité du contexte (Sud Bénin) et de l'environnement (milieu hospitalier). Cela va dans le sens d'une approche éthique *écologique* où le chercheur doit être sensible aux significations de la culture ou du contexte local pour éviter de causer d'éventuels torts (Varescon dans Bourguignon, 2007).

La sélection des méthodes est en accord avec les objectifs. Le dispositif et les conditions d'entretien, de l'énonciation apparaissent comme éthiquement corrects. En effet, les pratiques de recherche en termes d'attitudes, de limites dans l'espace-temps de la rencontre, ainsi que d'inclusion et d'exclusion des participants à la recherche sont ainsi clairement définies, de même que les termes de l'alliance de travail.



Les conditions de recueil des données remplissent les dimensions éthiques de bien-être des personnes sollicitées. La démarche de recherche prend en compte le respect de l'autre dans son autonomie et ses vulnérabilités. Les participants sont considérés en tant que sujets et protégés dans leurs inscriptions sociales. C'est pourquoi le consentement du suicidant et des personnes qui l'accompagnent est requis. Le statut de chercheur n'éluant pas celui de psychologue, la recherche respecte le sujet souffrant. Dans ce cadre, le suicidant peut à tout moment arrêter de participer à la réflexion commune proposée. De plus la collaboration entre la recherche et le soin-prévention permet, en accord avec le suicidant, de prolonger par une prise en charge, en cas de difficultés psychiques importantes survenant lors de la recherche. Cette collaboration entre acteurs a permis de bien tenir, de maintenir le cadre et de ne pas déraiper de la place de psychologue-chercheur à celle de soignant puisque j'étais assurée qu'en cas de problème, le relais se ferait dans la prise en charge au sein du service.

Ces aspects répondent à des principes déontologiques (Article 9, Chapitre 2) : « *Avant toute intervention, le psychologue s'assure du consentement de ceux qui (...) participent à (...) une recherche. Il les informe des modalités, des objectifs et des limites de son intervention. Dans les situations de recherche, il les informe de leur droit à s'en retirer à tout moment.* » Notre responsabilité éthique est également engagée dans l'exploitation des données recueillies. Ici, la réflexion sur les impacts d'une méthodologie interdisciplinaire et sur l'utilisation des données anthropologiques a servi de cadre de référence. Notre positionnement est celui de la déconstruction des productions culturelle et de nos théories psychologiques constitutives afin d'approcher pour chaque cas ses enjeux spécifiques. Ceci évite le risque de simplification, de psychologisation de la culture ou d'ethnocentrisme (réduction culturaliste de la psyché). Nous nous sommes engagés, mes directeurs et moi, dans la construction d'une complexité. Par conséquent, notre dispositif d'écoute neutre et bienveillante et de mise en récit prend en compte la personne dans sa singularité. L'individu n'est pas dissous dans un objet épistémologique. Cette individualité est préservée car le cadre est pensé en fonction du sujet et notamment dans le traitement même de la parole de l'autre. L'anonymat et la confidentialité sont garantis.

Le travail mené dans le cadre des rencontres anthropologiques, mais aussi en équipe et en laboratoire, est essentiel. Il permet de disposer de moments de reprise pour progresser dans les réglages des limites tenues entre alliance de travail et alliance thérapeutique, et dans la construction d'une compréhension complexe. L'étude du contre-transfert permet également de maintenir cette position éthique et de réguler le travail de recherche. Ce travail en réseau,

en équipe, participe à l'éthique de la recherche.

Selon Levinas, philosophe qui s'est distingué par sa réflexion sur l'éthique, les rapports de connaissance ou de pouvoir constituent des façons de passer à côté de l'expérience de l'altérité dans le contact avec les autres hommes. Pour lui, la connaissance procède par réduction de la différence. Dans l'acte de connaissance, l'objet est posé d'abord comme un extérieur à totaliser et maîtriser. Cela ne correspond qu'à l'extension de ses identifications car il n'y a pas la possibilité de s'ouvrir et de se laisser envahir par l'inconnu. Le pouvoir (le rapport de commandement et de domination) est aussi réducteur des différences ; il procède par appropriation réductrice et identification. Il n'y a pas de véritable ouverture à l'autre.

Notre dispositif de rencontre avec les suicidants relève d'un autre ordre de relations que d'un rapport de pouvoir, ou d'un acte direct d'extraction de connaissance ; il se veut responsable et solidaire de la vulnérabilité de l'altérité rencontrée. Il est ouvert aux contradictions entre modes de pensée et fait entrer en résonance et en tensions les pensées multiples qui se rencontrent pour chaque cas. Nos choix méthodologiques soulignent, à notre sens, que la recherche relève d'un cadre rigoureux.

Il nous semble que la recherche porte la responsabilité des objectifs d'exploration qu'elle se fixe et veille à respecter la dignité de la personne, des chercheurs eux-mêmes et des affiliations disciplinaires qui les constituent.

## **DEUXIÈME PARTIE :**

### **CLINIQUE DES ACTES SUICIDAIRE AU SUD BÉNIN**

Je présente dans cette partie l'application de la procédure méthodologique détaillée et justifiée en première partie. Je témoigne donc de la clinique recueillie par la description et l'analyse de quatre rencontres avec des suicidants béninois effectuées au Centre Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Il s'agit des parcours que j'ai réalisés avec Éléonore, Laure, Joël et Vanessa, à la suite de leur tentative de suicide.

Ces rencontres mettent en exergue les enjeux des actes suicidaires et de la pratique clinique possible au Sud Bénin.

Les cas cliniques exposés permettent de ressortir des résultats qui seront examinés puis discutés selon plusieurs grands axes à l'issue de la découverte des problématiques singulières d'Éléonore, Laure, Joël et Vanessa.

## CHAPITRE 7 : ÉLÉONORE ET LE PIÈGE DU CONFLIT PARENTAL

### 7.1 Cadre des rencontres

Éléonore est adressée au service de psychiatrie par les urgences de l'hôpital pour « tentative d'autolyse » (par ingestion d'une grande quantité de Lexomil<sup>60</sup>). Elle arrive dans le service de psychiatrie le lendemain de sa sortie des urgences et est accompagnée par un voisin. Je lui propose que nous nous rencontrions cinq fois afin de réfléchir ensemble à ce qui a pu se passer et elle est d'accord. Ainsi, nous nous sommes rencontrées cinq fois à la suite de son hospitalisation aux urgences. Les rencontres se sont déroulées en présence d'un infirmier psychiatrique au sein du département de psychiatrie de l'hôpital.

### 7.2 Présentation

Éléonore a 28 ans. Elle est Fon, vient d'une famille catholique même si elle n'est pas vraiment pratiquante. Elle est ingénieur en protection de l'environnement mais n'exerce pas dans son domaine de formation, sauf ponctuellement, comme consultante dans certains cabinets. Elle travaille en gestion d'outils informatiques et élaboration de projet. Par ailleurs, elle est grande et belle et fait du mannequinat. Éléonore vit seule.

#### *Conditions des entretiens*

Nous la rencontrons deux jours après sa tentative de suicide et le lendemain de son séjour aux urgences. Elle vient et repart souvent des rendez-vous accompagnée (par le mari de sa voisine, son père ou son petit ami). La seule fois où elle arrive et repart seule, elle « amène<sup>61</sup> » avec elle un parapluie, ce qui, compte tenu du climat, paraît bizarre.

#### *Éléments marquants*

Éléonore est très jolie. Elle s'habille avec grand soin et de façon très féminine (elle est bien maquillée, bien coiffée, porte des accessoires). Ses grandes beauté et féminité contrastent avec la posture d'enfant qu'elle adopte lorsqu'elle prend la parole. Elle prend alors l'apparence d'une petite fille effrayée, inquiète, et recourt à des expressions corporelles

---

<sup>60</sup>Le Lexomil est un médicament de la classe des anxiolytiques (ou tranquillisants) qui appartient à la famille des benzodiazépines. Il est utilisé dans le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères ou invalidantes (anxiété généralisée, crises d'angoisse...), mais aussi dans le cadre d'un sevrage alcoolique et/ou de la prévention du délirium tremens. Comme elle appartient à la classe des benzodiazépines, cette substance a une activité pharmacodynamique qualitativement semblable à celle des autres composés de cette classe, à savoir myorelaxante, anxiolytique, sédatif, hypnotique, anticonvulsivant, amnésiant.

<sup>61</sup> Le verbe « amener » a été ici choisi en lieu et place du verbe « apporter » pour signifier l'idée qu'elle « prend par la main » ce parapluie comme potentiel élément de protection et d'accompagnement.

enfantines (elle regarde les yeux grands ouverts, elle regarde l'interlocuteur en baissant la tête...). Cette posture d'enfant contraste avec son corps de femme et alterne avec des positions de contrôle qui passent, notamment, par des intellectualisations. Elle donne à voir une femme-enfant et dégage une grande fragilité quand elle prend la parole.

Dès le début des rencontres, Éléonore met beaucoup d'énergie à expliquer qu'en aucun cas elle n'a voulu se suicider. Elle se formalise beaucoup sur les termes et nous interpelle dès le début en s'inquiétant : « *Allez-vous me croire ?* » L'expression *tentative de suicide* n'est pour elle pas recevable et l'expression *tentative d'autolyse* ne la satisfait pas plus. Elle sait que « lyse » signifie destruction et donc que cette expression n'est qu'un synonyme de l'expression réfutée *tentative de suicide*. Dans ce premier contact, il y a quelque chose de déroutant : déni de la réalité, hallucination négative ?...

### 7.3 Anamnèse

Éléonore est la deuxième d'une fratrie de deux enfants. L'aîné est un garçon de 30 ans, marié et père d'un enfant. Il vit dans une autre ville du Bénin (Parakou). Son père est âgé de 70 ans (il avait 42 ans à la naissance d'Éléonore). Il a travaillé comme garagiste. Éléonore le décrit comme un homme « silencieux » et « insensible » (notamment face aux souffrances de la mère). Sa mère, quant à elle, de dix ans plus jeune que le père (elle a 60 ans), est une entomologiste à la retraite. Éléonore la décrit comme colérique, taciturne et maltraitante. En raison des mauvais traitements qu'elle a subis, Éléonore est marquée par cette enfance : « *Mon père fait semblant de m'aimer, ma mère me battait trop, elle m'avait dit que je suis indésirée.* » Elle se disait : « *Je suis seule au monde, je me débrouille toute seule.* » Les mauvais traitements de sa mère l'ont même amenée à douter du fait que ce soit sa mère biologique : « *J'ai demandé à ma nourrice si cette femme était réellement ma mère. Ma nourrice a confirmé car elle m'a vu naître.* »

Éléonore a une mauvaise représentation de la configuration familiale. Ses parents ne se seraient jamais entendus depuis sa naissance jusqu'au départ de la mère (la « séparation »). Éléonore avait dix ans au moment où sa mère a quitté la maison. Malgré la séparation, les relations demeurent conflictuelles. Quinze ans plus tard, un divorce « légal » est prononcé. Pourtant, le mode relationnel des parents d'Éléonore reste conflictuel. Aucun d'eux n'a refait sa vie.

Après le départ de sa mère, dans des conditions qu'Éléonore a encore du mal à s'expliquer (problème de santé), Éléonore a néanmoins réussi son Certificat d'études primaires. Elle a vécu chez son père jusqu'à l'âge de douze ans (classe de 5<sup>ème</sup>). Ensuite, elle a

rejoint sa mère et sa grand-mère et a vécu avec elles jusqu'en 3<sup>ème</sup>, où elle a réussi son brevet (elle a 14 ans). Sa mère part à nouveau s'installer dans une autre ville. De manière alternative, Éléonore a alors vécu entre les classes de seconde et de terminale chez sa tante maternelle, puis sa grand-mère, sa tante à nouveau, puis dans un appartement avec son frère aîné, alors étudiant.

À 17 ans, alors qu'elle vit avec son frère et est en classe de terminale, Éléonore est très malade : insomnie totale, palpitations, faiblesse musculaire entraînant des chutes voire l'incapacité de se lever. Le ralentissement cognitivo-moteur est de forte intensité : elle n'arrive plus à prendre des notes en cours et ne va pas régulièrement au lycée. Malgré les nombreux bilans, rien, dans son état de santé, n'a été trouvé préoccupant. Éléonore redouble la terminale. Elle retourne vivre un an avec sa mère dans la ville où elle s'est installée. Sa mère s'occupe alors « vraiment » d'Éléonore. Elle lui fait des massages, lui prépare des tisanes et des infusions pour l'aider à dormir. Éléonore obtient son bac l'année suivante (à 18 ans). Elle revient à Cotonou et vit ensuite seule (en cité universitaire puis en appartement). Puis elle commence ses études universitaires et obtient, en 2005, un DIT (Diplôme d'Ingénierie Technique) en protection de l'environnement et, en 2008, un DESS. Elle effectue un stage, loin de la ville, dans un parc naturel. Ce moment est pour elle associé à de la sérénité et du plaisir. Depuis l'obtention de ce diplôme, n'ayant pas trouvé de travail, elle fait des consultations ponctuelles dans son domaine et d'autres petits jobs (gestion d'outils informatiques, élaboration de projet, mannequinat). Elle hésite à poursuivre par un doctorat.

Si ce tableau familial sombre n'a pas empêché de manière générale sa bonne évolution scolaire, Éléonore a toutefois de nombreux problèmes somatiques (insomnies, dermatoses, douleurs, palpitations...). À 14 ans, on lui diagnostique une gastrite chronique et on la met sous Maalox<sup>62</sup>. Toutefois, elle continue d'avoir divers maux. Les maladies ne la concernent pas spécifiquement. Le père d'Éléonore est hypertendu, souffre d'insuffisance rénale et a subi une cure pour soigner sa hernie en 2006. Sa mère est elle aussi hypertendue et migraineuse. C'est à la suite d'un problème de santé que sa mère est partie de la maison pour ne plus revenir – ce problème l'a conduite à perdre connaissance quand Éléonore avait 10 ans et l'a vue inanimée.

---

<sup>62</sup> C'est un anti-acide qui intervient dans le traitement des brûlures d'estomac, remontées acides et digestions difficiles en général.

Sa mère a récemment été très malade. Elle a fait une *hémolyse*<sup>63</sup> (selon l'expression d'Éléonore) due à une mauvaise posologie dans sa prise de Tranxène<sup>64</sup>. Éléonore était très inquiète. Le médecin qui se chargeait de sa mère a pris le temps d'échanger avec elle. De fil en aiguille, une relation amoureuse a commencé entre Éléonore et lui, depuis peu.

L'évocation de la vie amoureuse d'Éléonore entraîne un grand trouble chez elle. En fait, elle a été violée à deux reprises. La première fois, c'était par le cousin de sa mère qui vivait à l'époque avec eux. Elle avait alors 6 ans et n'en avait jamais parlé avant notre rencontre. La seconde fois, elle avait 19 ans. Le viol a été accompli par un maître de taekwondo qu'elle fréquentait pour apprendre à se défendre. Il lui avait été présenté par une amie. Éléonore s'entendait très bien avec lui, elle lui disait tout et se confiait à lui jusqu'au jour du viol. Les relations amoureuses d'Éléonore sont souvent de très courte durée (3 mois, 6 mois). Seule sa précédente relation a pu s'inscrire dans le temps (3 ans). Elle l'a entretenue avec un jeune homme qui a habité un long moment à l'étranger. À son retour, leurs relations sont devenues tendues, conflictuelles. Tout s'est terminé par des scènes de jalousie insupportables. Malgré la séparation, le lien continue d'être houleux : elle reçoit encore de lui des messages de menace et ils n'ont toujours pas réglé certaines affaires litigieuses. Toutefois, elle évite de le rencontrer. *« Il m'envoie des messages pour me menacer et il dit que j'ai dilapidé ses sous, que je sors avec d'autres personnes, que je rentre tard à la maison. »* Les rapports sexuels avec son ex-ami, comme dans toutes ses relations, ont été difficiles : *« Il me forçait à faire l'amour presque tous les soirs, j'étais stressée et je prenais un peu d'alcool avant les rapports sexuels ; je vomissais parfois après les rapports sexuels. »* Avec son ami actuel, le médecin de sa mère, les rapports sexuels ont été « normaux » : *« avec lui j'ai eu deux rapports sexuels sans problèmes. »*

Face à la forte inquiétude d'Éléonore concernant l'état de sa mère, à ses relations sociales qui, comme ses relations amoureuses, sont instables, et à ses difficultés à dormir, son ami actuel, médecin, lui aurait conseillé de prendre un quart de Lexomil.

#### **7.4 Modalités relationnelles/ Mécanismes de défense**

Les psycho-somatisations nombreuses et diverses sont importantes dans le parcours d'Éléonore. Elle les appelle même « ses expressions psychogènes ». Cette modalité de traitement des relations et des mouvements pulsionnels ainsi que la manière dont elle se la

---

<sup>63</sup> Terme qui renvoie à la destruction des cellules mais qu'Éléonore explique par une prise de médicaments exagérée, sans en dire plus.

<sup>64</sup> Il s'agit d'un anxiolytique (tranquillisant) de la famille des benzodiazépines qui est utilisé dans le cadre de crise d'angoisse ou d'anxiété généralisée.

réapproprié permettent de postuler l'existence chez elle de mécanismes tels que le refoulement. Mais il s'accompagne de nombreux autres mécanismes accessoires. Elle utilise aussi l'intellectualisation (il semble que le vocabulaire médical fait office, pour Éléonore, de canal de communication et de traduction des affects et représentations) et même, dans une certaine mesure, le déni, entendu ici comme une forme de rejet des représentations ou affects gênants, voire leur négation. En effet, il y a chez elle une forme de banalisation des symptômes que nous situons plutôt du côté du faux-semblant que d'une belle indifférence. Par exemple, après son retour des urgences, les voisins ont veillé à ce qu'elle ne soit pas seule. Éléonore dit en avoir été ravie. La soirée avec ses amis lui a « *volé de la joie* ». La régression permise la veille par les soins de ses amis, l'a quelque peu psychiquement excitée. Elle dit aller bien. Elle a recommencé à bien dormir et a même pu se replonger un peu dans son travail actuel (une consultation à rédiger). Elle est inquiète à l'idée de ne pas tenir les délais prévus. Son état antérieur semble magiquement annulé.

Il existe un contraste entre ses postures relationnelles. En début de rencontre, d'un ton craintif et enfantin, elle demande : « *Est-ce que vous allez me croire ? Est-ce que vous allez me croire ? Ils disent que j'ai voulu me suicider mais ce n'est pas vrai, je voulais dormir.* » Dans un second temps, de façon décidée, elle reprend le contrôle de façon très intellectualisée : elle commente l'expression « tentative d'autolyse » inscrite sur le courrier des urgences. Elle n'est pas dupe car elle a appris certaines expressions en regardant sa mère travailler. Elle sait que « lyse » renvoie à la destruction, et donc autolyse à l'autodestruction. Éléonore passe des pleurs d'effondrement à des défenses par le rire. Mais il lui est difficile de cacher son humeur triste.

En ce qui concerne le tableau psychopathologique, le contraste femme-enfant, le rapport crainte-contrôle dans ses postures relationnelles et prise de parole peuvent mettre sur la piste d'une construction en faux-semblant avec une adaptation de surface. On constate une immaturité affective et une grande dépendance à l'environnement (besoin de se faire accompagner aux entretiens et raccompagner chez elle par exemple). L'organisation de sa personnalité semble se craqueler entre un fond anxieux (effondrement dépressif non pensable) et des postures de contrôle (rires défensifs, banalisations, intellectualisation, hypermaturité dans le discours). Elle s'interroge sur sa place, se rend compte que multiplier les fonctions et les places expose à un risque d'épuisement et de fatigue. Il semble que la personnalité d'Éléonore en lutte contre la dépression soit dans un équilibre psychique précaire, instable, et que cet équilibre se maintienne aux prix de nombreux efforts (déformation de son moi : joie contre morosité, venant souligner la tonalité dysphorique de ces affects contre lesquels elle



lutte). Toutefois, cet équilibre instable peut vaciller et la tentative de suicide semble s'inscrire dans un moment d'angoisse anxio-dépressif. Les symptômes restés jusque-là discrets (essentiellement les somatisations) existent indubitablement. Le constat d'échec d'Éléonore (elle ne comprend plus, elle est lasse) peut être entendu comme une insuffisance des mécanismes utilisés jusque-là.

En effet, Éléonore se plaint de difficultés relationnelles et affectives. Elle est fatiguée des trahisons à répétition de personnes de confiance, de la mesquinerie des hommes. Elle entretient un rapport anxieux à la réalité, au contact, aux échanges. Ce, en dépit d'une bonne adaptation socioprofessionnelle de surface. Par exemple, elle parle de ses humeurs changeantes, des goûts opposés qui la définissent. Le cours de sa vie semble rythmé par de nombreux contrastes : elle change régulièrement ses draps, ses rideaux, car selon les jours, les humeurs, les événements, les couleurs ont de l'importance. En fait, de joie, d'énergie et de bonne humeur, précise Éléonore, elle ne manque pas. Mais le seul problème c'est que sa joie, son énergie et sa bonne humeur sont mises au service des autres. De manière paradoxale, pour elle-même ou en elle-même, Éléonore est au quotidien plongée dans la monotonie et la tristesse. C'est certainement la raison pour laquelle elle essaie en permanence de changer son environnement. Elle se prépare d'ailleurs à déménager pour changer de logement. Non pas qu'elle ne se plaît pas là où elle est, mais elle préfère changer, trouver un lieu que son ex-ami ne connaît pas. Elle ressent cette nécessité de bouger, et pourtant elle se rend bien compte que ses voisins vont lui manquer. Elle est perplexe. Le contraste entre la fille gaie et capable de tout pour aider les autres et la fille triste et monotone la questionne. C'est comme si elle était « divisée », commente-t-elle.

La fuite et l'évitement du conflit (comme un déménagement par exemple) sont donc aussi des mécanismes utilisés par Éléonore. On note aussi le dédoublement interne de son moi qu'elle vit comme divisé, ce que l'on peut entendre comme un clivage des représentations objectales.

Par ailleurs, on peut repérer dans son discours le clivage des objets (en bons et mauvais : il y a les gentils et les méchants). Éléonore, trop souvent trahie, se demande : « *Pourquoi les hommes sont si méchants ? Ils ne disent jamais la vérité, ils s'accrochent à toi parce qu'ils ont leur intérêt.* » Par exemple, elle avait un ami en qui elle avait confiance. Un homme gentil, compréhensif, qui l'aidait à résoudre ses problèmes. Elle travaillait avec lui depuis 5 ans et le considérait comme son meilleur ami. Jusqu'au jour où, alors qu'ils étaient en route pour le Togo dans le cadre d'une mission, il lui confie qu'il a envie depuis longtemps qu'ils deviennent amants. Pour Éléonore, la scène est troublante ; lui ne comprend pas son

étonnement. Pourtant, elle n'avait jamais compris qu'il lui faisait ouvertement des avances ! Finalement, elle est descendue de la voiture et n'a pas fini la mission. Ses amis et son entourage n'ont pas compris son étonnement. C'était prévisible selon eux et il n'y avait pas de quoi se sentir trahie. Elle commente : « *Je n'ai pas la même échelle d'appréciation que les autres, tout ce que je dis c'est à côté, mes amis me jettent des opprobres, j'ai de plus en plus peur de tout le monde, je suis fatiguée, j'ai mal dans le dos et les articulations, ma poitrine se serre, je voudrais voyager et aller me faire d'autres amis.* » Les viols et la répétition d'événements décevants lui ont fait douter de la sincérité des hommes : « *ils mentent tous, ils ne disent jamais la vérité.* » Éléonore est non seulement trahie, mais également déçue. Les difficultés, trahisons, déceptions interprétées comme marques de défaillance de son environnement sont reprises dans un deuxième mouvement de retournement sur elle-même : c'est peut-être elle la coupable ? Elle veut savoir si elle est « *malade ou pas* ». Les motifs de ses difficultés, insatisfactions et inquiétudes sont reconnus par Éléonore mais elle a de plus en plus de mal à se situer dans ce décalage avec les éléments de la réalité.

Par ailleurs, Éléonore ne supporte pas de ne rien faire car « *ça la fait trop penser* ». Ce qui souligne des modalités de défense par l'agir, en lien avec un sentiment de vide interne. Éléonore se défend également par des réactions projectives de ses sentiments internes sur l'extérieur (par exemple, elle vient au troisième rendez-vous « *parce que son appartement est vide* » même si elle n'avait pas envie de venir).

Il semble que le monde extérieur soit un étayage de grande importance qui dépasse la dépendance affective névrotique mais qui tient lieu de support anaclitique pour son monde interne (moi et surmoi auxiliaire). Ce lien est représentatif d'une angoisse de perte d'objet. Par exemple, le rapport anaclitique apparaît dans la fonction de sa nouvelle relation amoureuse : Éléonore se rend compte qu'elle utilise son ami actuel, qu'elle appelle « le docteur », comme un facteur. Il est le messenger entre sa mère et elle. Peut-être même qu'elle l'utilisera pour intervenir auprès de son père. De plus, elle ressent le besoin qu'il reste auprès d'elle, même s'ils n'ont rien à faire. Éléonore parle alors de son angoisse de séparation par rapport à son ami « le docteur ». Elle a du mal à le voir partir : « *je voudrais qu'il reste, qu'il ne fasse rien mais qu'il reste là. C'est comme quand un papa veut quitter son enfant. Une fois, je me rappelle, j'ai pleuré quand il partait. Je ne sais pas, je me sentais comme abandonnée. Comme si le seul parent voulait m'abandonner.* »

De même, quand nous formulons qu'il serait important qu'elle soit suivie par un psychiatre du service (pour son syndrome dépressif), après un premier mouvement de panique, elle demande, en se référant à la possible hospitalisation (selon l'évaluation

médicale) : « *Je viens avec mes valises ?* », soulignant par-là la massivité des transferts qu'elle est en mesure de faire sur son environnement.

## **7.5 Description du contexte de l'acte et signification**

Éléonore insiste, elle n'a en aucun cas voulu se suicider. Elle ne sait plus très bien ce qui s'est passé, mais elle voulait dormir. Ce jour-là (deux jours avant notre rencontre), prise de peur, elle a décidé de s'isoler et de s'enfermer dans sa chambre. Elle ne savait pas trop pourquoi elle avait aussi peur. Une fois enfermée chez elle, toujours aussi paniquée, elle s'est dit qu'il lui fallait dormir pour essayer de s'apaiser. Elle prend « *un quart de Lexomil* ». La peur ne diminue pas et elle n'arrive pas à dormir. Éléonore prend alors deux comprimés de Lexomil de plus. Elle ne s'endort pas et reprend deux comprimés. Elle continue ainsi, ne s'endormant toujours pas, et finit par prendre un nombre de comprimés de Lexomil qu'elle est incapable d'indiquer avant de s'endormir.

Les appels téléphoniques restés sans réponse de ses amis ont alerté les voisins : ils n'avaient pas vu sortir Éléonore et entendaient son téléphone sonner chez elle. Ils défoncent sa porte et la trouvent inanimée. Elle est amenée à l'hôpital de zone de Calavi (où elle habite), puis transférée aux urgences de l'hôpital de Cotonou.

Éléonore met sa peur sur le compte de ses difficultés relationnelles du moment : messages de menaces de son ex-ami, « peur sans cause » de ses amis dans un contexte où elle se sent déçue et trahie. De plus, sa relation amoureuse actuelle se déroule à l'insu de sa mère. Elle se rappelle plus précisément que son sentiment de peur, ce jour-là, a été amplifié par une peur panique provoquée par un coup de fil de son petit-ami actuel (le médecin). Ce dernier lui faisait part du fait que certains membres de sa famille souhaitaient rencontrer Éléonore. « *Quand il m'a dit qu'il allait me présenter à son oncle et à son petit frère, j'ai eu peur et je me suis enfermée dans ma chambre.* »

Elle a peur d'être présentée à la famille de son nouvel ami. Il est âgé de 50 ans mais ce n'est pas ce qui la gêne le plus. Il est marié et a des enfants. Il y a peu de temps, sa femme a fait une tentative de suicide en laissant une lettre dans laquelle elle mentionnait le nom d'Éléonore, ce qui n'a fait qu'augmenter la peur de cette dernière.

## **7.6 Associations en lien avec l'acte suicidaire**

### **7.6.1 Désarroi et manifestations phobiques**

Éléonore a le sentiment d'être arrivée à un moment de sa vie où elle a peur de pratiquement tout. De ses amis, de la suite, de son ex petit-ami qui la menace. Elle semble ne

pas être sur la même longueur d'onde que ses amis, les hommes sont des énigmes pour elle, ses relations (amicales comme sentimentales) se terminent toujours par des déceptions. Les difficultés s'accumulent, les événements douloureux ne cessent pas de se répéter. Elle est confuse, dans l'incompréhension, tandis que cette chose, la peur, monte. Alors qu'elle est dans cet état, le film de sa vie semble se dérouler devant elle non comme un souvenir mais comme en direct. Le flux d'informations de plus en plus épais et indéchiffrable auquel elle est confrontée agit sur son insomnie d'endormissement de plus en plus pressante et l'installe dans un état d'insécurité constant. Elle déroule, lors de notre première rencontre, les différents événements de sa vie qui restent pour elle incompréhensibles, notamment le conflit parental qui marque sa venue au monde et le départ de sa mère qui reste pour elle énigmatique. « *Quand je pense à tout ça, je déprime.* » Il semble que ses « expressions psychogènes », pourtant nombreuses, ne suffisent plus à juguler son angoisse.

### **7.6.2 Exclusions identitaires et incompatibilité interne**

Éléonore reparle de l'épisode de la séparation de ses parents suite au départ de sa mère. En lieu et place d'un souvenir, elle décrit une scène, car il semble qu'elle ait encore du mal à pouvoir y mettre du sens et à faire un récit qu'elle s'approprie. La scène a des allures de scène traumatique ou de souvenir écran. Elle revoit sa mère allongée et inconsciente. Éléonore est terrorisée, effrayée, affolée. Elle crie et pleure. Son père se trouve sur la terrasse plus haut avec des amis. Il est détaché de ce qui peut se passer plus bas, totalement insensible (selon la description d'Éléonore). Il a toujours été insensible aux souffrances de la mère « *puisqu'il ne disait rien* ». Des personnes de la famille maternelle « *débarquent* ». Éléonore les voit traîner sa mère inanimée qui ne reviendra plus à la maison.

Éléonore avance à tâtons dans ses questionnements et sa rencontre d'elle-même. La mère est-elle seulement la victime du père destructeur ? Éléonore s'interroge. Son père est-il vraiment insensible ? Correspond-il vraiment au profil de bourreau de la mère ? Certes, il parle peu. Mais n'est-ce pas seulement son caractère ? Éléonore se reconnaît dans ce trait de caractère, elle qui ne parle ou ne partage pas beaucoup. Son père est-il si mauvais que cela ? N'a-t-il vraiment pas refait sa vie comme il le dit ou bien a-t-il d'autres enfants ? Éléonore, comme dans un conflit de loyauté, ne s'autorise pas longtemps à penser qu'elle ressemble seulement à son père ; elle ressemble aussi à sa mère, se rassure-t-elle. C'est comme si

l'incompatibilité conjugale des parents se jouait dans les traits d'identification d'Éléonore<sup>65</sup>. Elle n'est pas encore capable d'utiliser le « et », permettant de réunir les ressemblances à l'un ou à l'autre. Il y a comme une exclusion de l'un par l'autre. Mais c'est en fait plus complexe. De telles identifications massives, en tout ou rien, illustrent la présence d'identifications narcissiques, mais également sa difficulté à élaborer sa bisexualité psychique. En effet, Éléonore est prise dans des confusions identitaires : ressembler à sa mère ce n'est pas être sa mère ! Il faut pouvoir s'en dégager pour lui ressembler. Cette incompatibilité des imagos maternelles (victime du père mais aussi bourreau d'Éléonore) est vécue comme une division interne. Elle se rend compte qu'elle aime « des choses opposées ». Par exemple, la famille de son ex-ami était opposée à leur relation parce qu'elle leur apparaissait comme une fille frivole qui n'a rien dans la tête. Ce n'est pas le cas, mais elle aime bien s'habiller parfois de manière sexy, explique Éléonore. De même, elle aimait beaucoup les amitiés qu'elle entretenait avec les hommes mariés, même si cela pouvait se retourner contre elle avec le risque qu'elle soit prise pour une séductrice. Non qu'elle ait besoin de les séduire. Ce qu'elle aimait c'était l'écoute qu'elle pouvait leur apporter concernant leurs difficultés conjugales ou d'autres problèmes. Nous pouvons nous demander si cette position est en lien avec sa représentation de son père perçu comme distant, insensible, froid, silencieux. Éléonore s'interroge.

### 7.6.3 Étrangeté, réalité psychique interne

Éléonore revient, lors de notre troisième rencontre, sur la possibilité que son acte soit effectivement une tentative d'autolyse. Sa prise de conscience de cette possibilité de son monde interne s'accompagne de notes d'étrangeté.

Éléonore a eu un nouvel épisode de panique ce week-end, en raison d'une colère trop contenue qu'elle n'a pas pu maîtriser. Elle a eu une altercation avec une voisine au sujet du passage éventuel de son ex-ami qui souhaite régler leurs litiges communs (un problème de papier concernant un terrain). Quand il a appelé pour la prévenir qu'il passerait, Éléonore a laissé sa voisine décrocher. Éléonore s'est offusquée que cette dernière ait accepté qu'il passe alors qu'elle ne souhaitait en aucun cas le voir. Elle est furieuse. Elle pensait que cette voisine, une « *grande sœur* », pouvait la protéger et la voilà qui la jette dans la « *fosse aux lions* ». Cette colère non maîtrisée la fait tourner comme un « *beau diable dans de l'eau bénite* ». Dans cet état, elle commence à retourner son appartement sans trop savoir ce qu'elle cherche dans un premier temps. Mais elle est stupéfaite par une pensée qui la traverse et dont

---

<sup>65</sup> Une identification ne pouvant pas tenir longtemps, au risque d'anéantir l'autre. C'est alors tantôt le père, tantôt la mère. Une position chasse l'autre. L'un ou l'autre, tantôt victime tantôt bourreau. Elle ressemble à son père certes.

elle prend conscience : « *Que vais-je pouvoir avaler pour me calmer ?* »... Elle se demande si elle a vraiment pensé cela. « *Avaler quelque chose ?* » Elle est interdite : « *le Lexomil c'était ça ? ...* » Elle sort immédiatement de son appartement, craignant ce qu'elle pourrait faire et appelle un ami. Il la « *maintient au bout du fil* » jusqu'à ce qu'à la rejoindre dans la rue devant chez elle. Éléonore a pris une décision : en raison de ce conflit avec la voisine, elle ne veut plus rester dans cet appartement. Elle déménage précipitamment le jour même !

Cette fois-ci, pas de rires défensifs ou d'humeur exaltée pour se dissimuler. Éléonore et son humeur sont congruentes avec les éléments relatés. Le panel émotif s'élargit : inquiétude, colère, tristesse, culpabilité se succèdent. L'inquiétude est prédominante. Ce n'est plus son environnement qu'elle craint et qui lui est étranger, mais elle-même. Éléonore éprouve un sentiment d'étrangeté interne. Elle a du mal à s'expliquer ce qui s'est vraiment passé le jour où son insomnie récalcitrante et résistante a fait monter les enchères de Lexomil. Était-ce vraiment son insomnie d'ailleurs ? Aurait-elle vraiment fait une tentative de suicide ?

#### **7.6.4 « Trou noir » et vertiges identitaires**

Éléonore n'avait pas envie de venir à notre rendez-vous. Elle l'a fait parce que son appartement est vide. Depuis le coup de fil de sa mère la veille, elle se sent bizarre, elle a perdu l'appétit et a des reflux gastriques. C'est un peu comme si elle était dans un « trou noir ». Sa mère lui a appris qu'elle a revu son ex-petit-ami qui lui a dit qu'il était malade. Éléonore a eu envie de le voir, de l'aider, même si elle ne l'aime pas. « *Je ne veux pas me retrouver comme ma mère avec un homme qui souffre* » et avec qui elle passerait son temps à s'entre-déchirer. D'ailleurs, Éléonore a décidé de ne pas se marier et de ne pas faire d'enfants pour éviter qu'ils souffrent après. Elle se demande si la maladie de son ex-ami a été provoquée par elle. Lorsque sa mère l'a appelée pour lui donner des nouvelles, Éléonore s'est demandé pourquoi sa mère lui donnait ces informations. Elle ajoute : « *Pourquoi ne lui ai-je pas dit ce que je devais lui dire au moment de cette conversation téléphonique ?* »

Éléonore revient sur l'épisode de sa mère inanimée et de son père, insensible et joyeux luron. Tout cela n'est pas très clair. Que s'est-il passé ? Sa mère était certainement malade car il y avait des médicaments à côté du lit. Éléonore s'en souvient. Un nom lui vient : Tranxène. Elle parle de cet épisode comme du « trou noir » de sa mère. Le père, à la suite de cet épisode de « trou noir » de la mère, a été accusé par sa belle-famille d'être le responsable de l'état de la mère. C'est d'ailleurs pour cela qu'il n'était en aucun cas question que la mère d'Éléonore revienne vivre avec lui. La famille maternelle s'y est fermement opposée. Ça a été une période de troubles, d'agitation. « *Lui aussi, il a certainement vécu un trou noir.* » « *Je le vois*

*vivre avec tout ce poids depuis. » « Il est dans la solitude, n'a pas refait sa vie et certainement, pense Éléonore, il a des regrets d'avoir gâché sa vie. La joie avec sa femme, n'a duré que peu de temps. Ensuite "tout s'écroule, rien ne va". »*

La fin de l'entretien approche et la tension monte de plus en plus. Éléonore a ressenti, après avoir parlé de tout ça, une certaine « frénésie ». Nous pouvons entendre frénésie dans le sens d'« état d'exaltation violente, d'égarement, menant aux pires excès ». Éléonore, en plus de sa tristesse affichée, du peu de joie et de la grande confusion dont elle se plaint, est assaillie par l'angoisse et un sentiment d'étouffement. Son fort potentiel intellectuel qui lui permettait jusque-là d'associer ou de se défendre, n'a plus prise. C'est physique (elle étouffe). Symboliquement, il manque une mise en mots de ces expériences chargées, étouffantes, qui prêtent à confusion. Cette sensation d'étouffement vient-elle de l'idée de se retrouver seule avec ces « trous noirs » indicibles, flous (montée de l'excitation interne) ? Il semble qu'elle soit aux prises dans son monde interne avec un vertige face à ces profondeurs identitaires et qu'il y ait besoin d'aménagements. À la fin de l'entretien, Éléonore a l'impression d'avoir trahi son père en parlant ainsi de lui, de son trou noir et de ses fragilités. Elle pense qu'elle ne pourra pas repartir avec lui (il devait venir la chercher) car elle se sent coupable.

Éléonore utilise l'expression « trou noir » de manière indifférenciée pour parler de l'épisode énigmatique de sa mère, du vécu de son père (suite à cette scène qui fait rupture), mais aussi pour parler de son vécu propre. Il y a comme une confusion des places. Son expression « trou noir » n'est pas sans rappeler le livre de Tustin (1989) intitulé *Le Trou noir de la psyché*. L'introduction du concept de « trou » évoque le « désastre de la séparation » et le « noir » serait ce qui vient effacer, brûler « la frustration du regret et de l'attente » de l'objet. Tustin met au point ce concept dans son travail avec les autistes afin d'affiner les conceptions de situation infantile précoce que Malher (1940) a travaillées sous la notion de « chagrin » et Winnicott (1958) de « dépression psychotique<sup>66</sup> ». Dans son analyse, Tustin décrit la difficulté éprouvée par les enfants autistes à différencier réalité psychique interne et réalité matérielle extérieure. Elle donne un exemple clinique où la séparation était ressentie comme une déchirure dans le corps et non dans l'esprit. Pour elle, il est difficile d'analyser ces états singuliers dans lesquels les sentiments éprouvés par le patient prennent pour lui la valeur de véritables entités physiques.

---

<sup>66</sup> La perte de la réalité extérieure, caractéristique de la psychose, est précédée, selon Mahler, par une intense période de chagrin et de deuil. Selon Winnicott, lorsqu'un nourrisson est séparé trop tôt de sa mère, il ressent cette perte (du sein nourricier) comme la perte de sa propre bouche et non pas comme celle d'un objet extérieur. Si au contraire cette perte survient quelques mois plus tard, au moment où le nourrisson a atteint le développement adéquat, alors il sentira la tristesse d'être séparé de son objet d'amour mais ne croira pas avoir perdu une partie de lui-même.

La scène traumatique où elle décrit sa mère inanimée nous fait penser à un acte suicidaire. Il y a autour de cette scène des enjeux touchant la mort de la mère : une mort autant physique que sociale, car les suites de cet épisode sont sans appel ; sa mère meurt au rang « d'épouse » et redevient « fille de ». La grande famille en a décidé ainsi. Le père est pris en chasse. Éléonore ressent encore la tension ambiante quand, dans le milieu maternel, il est question de lui. La mère d'Éléonore aurait-elle fait une tentative de suicide ? Puisque dans le contexte du sud Bénin pareil acte est irrecevable pour la famille, il est difficile de trancher. Mais Éléonore verbalise bien le « flou de l'indicible ». Peut-être que son premier mouvement de déni autour d'une possible tentative de suicide de sa part est en lien avec ce qui a été ainsi tu, mis sous silence. Malgré son degré d'abstraction, Éléonore est coincée dans ses ressentis et sentiments. Elle est revenue sur son déni d'un quelconque acte suicidaire et a entrevu qu'elle pouvait être porteuse d'une destructivité interne. Mais va-t-elle pouvoir revenir sur les autres actes suicidaires dans sa famille ?

### **7.6.5 Indicible familial ?**

La séance suivante, Éléonore arrive seule, exception faite du parapluie qu'elle a pris pour *se protéger* d'une pluie éventuelle, même si le soleil est au beau fixe. Il est prévu qu'elle reparte seule. Son humeur triste est stable tout au long de l'entretien. Son discours est ponctué de nombreux silences. Elle n'utilise pas ses défenses habituelles : le flot de paroles ou l'intellectualisation et l'essai d'explication. Ces silences et limites dans la parole représenteraient-ils un début d'accès à la dépression ?

Éléonore a obtenu la preuve que son ex-ami n'a jamais été malade. Elle se réjouit que sa mère, qui accusait Éléonore d'avoir des positions trop rigides par rapport à lui, l'ait compris. Éléonore revient sur la maladie récente de sa mère causée une mauvaise posologie dans la prise de son Tranxène<sup>67</sup>. Éléonore pense que ce médicament lui a été prescrit à la suite de l'épisode où elle s'est retrouvée inanimée quand Éléonore avait 10 ans. Elle se rappelle que ce jour-là, il y avait des médicaments à côté de sa mère, mais elle ne se souvient pas lesquels. Cependant, récemment, sa mère a fait « exprès » de prendre plus de médicaments que ce qui lui a été prescrit, notamment plus de Tranxène, ce qui a provoqué une hémolyse<sup>68</sup>. Éléonore a été très inquiète. Le médecin qui se chargeait de la mère a pris le temps d'échanger avec elle, de s'inquiéter de son état. C'est ainsi qu'ils ont fait connaissance et que leur histoire sentimentale a commencé.

---

<sup>67</sup> Il s'agit d'un anxiolytique (tranquillisant) de la famille des benzodiazépines qui est utilisé dans le cadre de crises d'angoisse ou d'anxiété généralisée.

<sup>68</sup> Destruction de globules rouges.



Éléonore parle alors de son angoisse de séparation avec son ami « le docteur ». Elle a du mal à le voir partir : « *Je voudrais qu'il reste, qu'il ne fasse rien mais qu'il reste là. C'est comme quand un papa veut quitter son enfant. Une fois, je me rappelle, j'ai pleuré quand il est parti. Je ne sais pas, je me sentais comme abandonnée. Comme si le seul parent voulait m'abandonner.* » Il semble qu'elle ne dispose pas d'éléments suffisamment contenant pour restaurer les objets perdus et qu'elle reste coincée dans des vécus et des sentiments archaïques en contraste avec ses capacités intellectuelles.

Éléonore nous raconte alors une discussion avec sa mère. Sa mère est venue à Cotonou pour une cérémonie (une fête de famille). Sa sœur (la tante d'Éléonore) lui a parlé de « *l'épisode de maladie* » d'Éléonore « *sans vouloir trop l'affoler* ». Mais sa mère aurait appris par l'intermédiaire d'un cousin qu'Éléonore a frôlé la mort dans sa maladie. Affolée, elle a tenu à discuter avec sa fille. Éléonore n'en a pas été enchantée. Le « *docteur lui avait expliqué que ce n'était rien de grave* ». Éléonore lui a expliqué qu'elle était énervée et qu'elle a pris une *forte dose* de médicaments. Sa mère trouve qu'Éléonore est trop intransigente. Elle conclut leur discussion en disant que si elle avait été là, Éléonore aurait reçu deux paires de gifles. L'impossibilité voire le déni de nommer l'acte suicidaire dans la famille est surprenant. Le lien mère-fille aussi.

La place de ce médecin (petit-ami d'Éléonore et médecin de sa mère) dans la configuration relationnelle mère-fille est complexe. Elle semble révéler une problématique incestuelle soulignant les difficultés de séparation d'Éléonore, et en même temps elle constitue certainement une tentative pour se dégager de la relation maternelle. En effet, ce médecin a pris soin de la mère dans l'état d'hémolyse qu'elle a provoqué. Cette place de soignant le met en position d'être regardé par cette mère de manière positive, humaine, voire (on peut l'imaginer) avec une certaine libidinalisation. Le regard de la mère s'emplit donc d'un tiers plutôt que du bourreau que constituait jusque-là le père d'Éléonore. Mais c'est aussi le cas pour Éléonore. On peut supposer que, dans un premier mouvement de collage à la mère, elle va également s'appuyer sur le médecin. Dans cette configuration, on observe une remise en jeu possible de la scène traumatique qu'elle décrit, entre une mère inanimée et un père insouciant. Le médecin, lui, n'est pas insensible. Il prête attention. Mais dans une confusion, ce père-aimant devient aussi amant, à l'insu de la mère d'Éléonore. Ici, après un collage à cet objet investi par la mère, on peut supposer qu'Éléonore, dans un second mouvement, plus agressif, souhaite avoir pour elle cet homme investi par sa mère. Éléonore ne veut même pas imaginer quelle sera sa réaction si elle le savait que ce médecin est son petit-ami. Il y a quelque chose à élaborer autour de cette place du médecin-traitant et du

médecin-amant, car il y a encore un risque de confusion de place (mère-fille en rivalité) et de langues (recherche de tendresse et de rapprochement maternels qui manquent et non pas d'une relation amoureuse à proprement parler). On pourrait croire que dans cette curieuse configuration, Éléonore met au travail sa problématique œdipienne. Mais je suis partagée : en est-elle vraiment là ou bien suis-je prise à mon tour dans la confusion des langues ? Ne mettrait-elle pas plutôt en jeu son lien « féroce » à la mère et au couple parental dont il lui faut s'extirper ? Entre tendresse et cruauté, amour et haine, ambivalence et angoisse de séparation, il est difficile de se repérer.

### **7.6.6 Désillusions. Colère et attaques de l'objet. Survivre.**

Éléonore ne se présente pas au rendez-vous suivant, elle appelle mon collègue pour l'informer qu'elle a un problème au pied. À l'entretien d'après, Éléonore est réticente, agressive, en colère. Elle s'est sentie abandonnée car nous ne l'avons pas appelée pour prendre des nouvelles de sa santé. Nous voilà *parents abandonnant et maltraitant*, répétant les abandons et le manque de disponibilité dont souffre Éléonore. Ses objets primaires (notamment la mère) absents seront-ils attaqués cette fois-ci ? « *On y est encore ! Qu'est-ce que j'ai à raconter de nouveau ? Plein de choses.* » Depuis deux semaines, elle a une douleur à la jambe gauche. On a suspecté une arthrose puis ensuite une sciatique. Le « docteur », son ami, la soigne. Elle n'a pas bougé de chez elle pendant tout ce temps.

Pendant que sa mère était à Cotonou, les parents d'Éléonore se sont croisés chez elle. Mais Éléonore est déçue par la réaction qu'a eue son père. Pourtant, elle lui avait dit que « *ce n'était pas impossible de briser la glace* » et qu'il « *ne fallait pas qu'il tienne compte de la première réaction de la mère* ». « *S'il veut vraiment renouer, ce n'est pas si difficile, il faut insister progressivement jusqu'à ce qu'elle cède.* » « *Il devrait la connaître mieux que moi ! Il l'a courtisée, il a vécu avec elle !* » Pourtant, elle y avait *cru* quand ils avaient discuté, son père et elle, et s'étaient demandé comment rendre sa mère accessible. « *Il n'était donc pas sincère ?* »

« *Je n'ai pas besoin de me fâcher. Ça fait leurs affaires. C'est dommage que deux adultes se querellent tant.* » « *C'est tout le temps les mêmes histoires. Et ensuite, il dit que maman ferme les portes.* » Le lendemain, quand son père a appelé Éléonore, elle était tellement énervée qu'elle a été très sèche. Moyennant quoi, au lieu que son père l'appelle trois fois par jour comme avant, il ne l'a pas appelée pendant trois jours. « *Je suis tombée dans une bataille perdue d'avance. C'est leur affaire.* »

Elle ressent de la colère, voudrait *que les choses soient moins horribles*. De cette image de sa mère qui « ferme les portes » (selon les accusations du père), elle passe à de nombreuses autres associations : la porte défoncée chez elle, qui lui rappelle l'ouverture de la porte en fracas quand elle était chez sa tante et même chez sa grand-mère. Elle repense à ses nuits blanches et à son sommeil léger interrompu par le bruit des portes signalant qu'il fallait se lever. Autant de choses qui l'ont rendue irritable au bruit.

Éléonore revient alors sur le sentiment qu'elle a eu que nous l'avions abandonné : *« je vous en voulais. C'était comme si j'étais à nouveau livrée à eux, plongée dans toutes ces choses. Le trou noir. Personne ne m'a appelée. Pourtant j'avais dit que j'avais mal à la jambe. » « Je me suis dit que vous étiez débordés et que ce n'était pas forcément de l'inattention ou du désintéressement. Mais bon, j'étais comme dans une barque où l'on me poussait puis ensuite lâchée dans le torrent. Au moins vous auriez pu vous intéresser à ma santé, prendre des nouvelles de ma jambe, ou de ma tête. C'était vraiment la semaine du trou noir. J'ai eu tout le mal du monde pour au final arriver à joindre un seul de vous [mon collègue infirmier]. Je pensais que vous communiquiez, que l'information était passée ! À quoi devais-je m'attendre, de toute façon, je continuerai à rencontrer des problèmes même quand ce sera fini ! [les rencontres] » « Je pensais que j'ai toujours été lâchée, une fois encore c'est le cas. Je trouve toujours des excuses aux gens sinon mon jugement serait plus sévère. »*

Éléonore dit avoir le sentiment de ne pas être intéressante. Elle est tendue, n'a pas envie de parler. En plus, ces derniers temps, le matin, elle souffre de clinophilie, elle a du mal à sortir du lit. Ses nuits sont agitées. Elle remet en cause l'intérêt du travail que nous faisons (mettre en récit, associer, essayer de comprendre). Elle se demande si elle n'a pas envie d'arrêter et de ne pas revenir à la dernière rencontre. (Est-ce pour éviter la séparation ?) L'expression de l'agressivité apparaît sur un tableau clinique inquiétant. Éléonore est à nouveau plongée dans une histoire de trahison d'amis qui l'auraient escroquée. Elle a porté plainte et est en pleine procédure. Elle ne veut plus laisser passer ce genre de chose et va se défendre. Maintenant, Éléonore dit gérer autrement sa colère, ses impulsions, ses envies de dire certaines choses. Son ton semble faux, empreint de déni. Le tableau est complété par une humeur triste, des palpitations qui lui rappellent celles qu'elle a eues en terminale. À cette époque, tous les examens nécessaires avaient souligné que son cœur n'avait aucun problème. Il lui fallait gérer son stress et sa colère. De plus, depuis la dernière fois, elle a des reflux gastriques. Ses réveils sont de plus en plus difficiles avec ses insomnies, mais Éléonore

banalise. Ses insomnies datent du primaire ; en CE2, elle avait déjà remarqué que son père dormait dans le salon et ne se lavait pas à la maison. En classe de sixième, elle pleurait toute la nuit. Ses rires ne sont pas cohérents avec son discours, ils sonnent faux. Et devant cette surenchère somatique et cette banalisation provocatrice, nous avons la sensation contre-transférentiellement qu'en lieu et place d'une phase dépressive aux confins du supportable, ce qui se met en place est un faux-self ayant pour fonction d'être un « pare-effondrement ». Son absence d'angoisse et son humeur aux notes faussement exaltées agit de manière proportionnellement inverse chez nous : son tableau suscite de l'angoisse en nous. Il semble que ses défenses maniaques signent un impossible accès à la position dépressive, ou une position dépressive insupportable, qui débouche sur un tableau dépressif.

Nous expliquons à Éléonore notre point de vue et que nous pensons qu'il est nécessaire d'introduire un autre tiers, un collègue psychiatre. Nous sollicitons un avis psychiatrique pour non seulement traiter son syndrome dépressif, mais aussi lui permettre de continuer un suivi à l'issue de nos rencontres. Éléonore repart avec une prescription médicamenteuse (des antidépresseurs).

Éléonore arrive à la dernière rencontre avec une grande nouvelle : elle a eu une discussion avec son père. C'est « *un grand pas* ». Cet échange était moins difficile que d'habitude. Ils sont arrivés à parler des choses du passé autrement, sans tension. Et puis la nouveauté c'est qu'ils ont parlé également d'autres choses. Elle a partagé ce qui l'affectait, les affaires d'escroquerie dont elle est victime et ses mésaventures avec les gens. C'était agréable pour elle de parler de sa vie. Son père aussi a partagé avec elle ses mauvaises expériences. « *C'est la première fois qu'on parlait de sa vie depuis la période où, comme il dit, il était à couteaux tirés avec ma mère, avant de passer à une politesse qui met les choses en veilleuse.* » Cette discussion est une manière de repartir dans le passé dans une atmosphère plus détendue. Elle a même abordé rapidement sans trop s'y attarder cette rumeur autour de son grand-père paternel, considéré comme un traître car il était du côté des colons et qui a été mis de l'écart par la grande famille – sa famille élargie. Elle espère en savoir plus prochainement. Elle nous informe qu'elle voudrait mieux connaître le Fon (langue locale), non seulement parce que son père est d'Abomey, mais surtout parce que cette langue exprime des « choses profondes ». Elle a besoin de connaître les significations de son nom, de comprendre ce à quoi cela renvoie en termes de personnalité... Elle a besoin d'accéder à ses sources (de renouer avec cette grande famille qui a exclu son grand-père ?). Peut-on voir là une quête des origines qui sont tenues secrètes, tues dans les transmissions ?

Elle se plaint d'être fatiguée et accuse les médicaments de manière ambivalente. Nous postulons que cette fatigue est peut-être l'effet des médicaments, mais peut-être aussi celui de tous ces souvenirs qui remontent sans cesse. Elle acquiesce. Les médicaments viennent justifier son humeur triste auprès de son entourage : elle dit que ce n'est pas de sa faute et s'autorise à être telle qu'elle est au lieu de « faire le clown ». Ainsi, lors de la dernière visite de sa mère, Éléonore tombe le masque. Elle n'arrive plus à se forcer, à se cacher derrière rires, énergie et bonne humeur pour essayer de l'égayer, de l'animer, de la rassurer. Éléonore affiche elle aussi fatigue, tristesse. Elle aussi est abattue, ce qu'elle ne s'autorisait pas. Mais les médicaments représentent une couverture. Sa mère est surprise. Éléonore s'est autorisée à dire à sa mère qu'elle n'allait pas bien et qu'elle était sous médication. Il semble que, par le biais des médicaments, cette ingénieure en protection de l'environnement arrive à se protéger de son environnement.

## **7.7 Enveloppe familiale**

La référence à la séparation comme une scène traumatique et ce qui semble relever d'une répétition de scènes familiales qu'Éléonore a du mal à symboliser (épisode du trou noir de la mère qui, par contagion, amène à un trou noir du père puis d'Éléonore) met sur la piste de secrets familiaux. La mère d'Éléonore aurait-elle tenté de se suicider ? Pourquoi la famille, devant cet acte non entendable culturellement, accuse-t-elle le père en l'excluant ? Est-ce, pour le père, une répétition de l'exclusion liée à ce tabou autour d'un grand-père potentiel ami des colons ?

L'enveloppe familiale autour d'Éléonore semble absente et défaillante. Éléonore la recherche. Elle cherche à s'y inscrire quand par exemple elle parle de son envie d'approfondir sa connaissance du Fon car elle a besoin de sources.

Après notre dernière rencontre, Éléonore nous appelle pour nous informer que la fille de son frère aînée est décédée. Des cérémonies sont prévues. Les nombreuses démarches et cérémonies vont certainement prendre du temps. Et il y aura des choses à faire pour Éléonore elle-même et pas seulement pour sa nièce décédée. En effet, cette nièce est la seule petite-fille de son père et la fille de son unique fils. Ils vont aller à Abomey, à la maison familiale paternelle où Éléonore n'a jamais mis les pieds. Il y aura certainement des paroles profondes. Son désir d'accéder à ses sources, en tant que personne d'ethnie Fon, va certainement prendre forme. Éléonore « sera en famille », dans la maison où en général tout commence : tout le travail de ritualisation qui est fait autour du nouveau-né et de l'enfant.

## **7.8 Conclusion : la tentative de suicide dans l'économie psychique**

Les rencontres avec Éléonore mettent au travail son lien particulier à la mère et l'incompatibilité de ses figures identificatoires.

L'intention suicidaire, d'abord déniée, arrive à une période de la vie d'Éléonore au cours de laquelle elle se sent de plus en plus insécurisée et inquiète. Il semble que le moteur de cette forte angoisse et de son vécu d'étrangeté grandissant soit un sentiment de culpabilité inconscient, qui se rajoute à des failles narcissiques.

La perspective d'être présentée à des membres de sa belle-famille est source d'une excitation interne non nommable qu'elle va essayer de contrôler par sa prise de médicament. Cette situation déclenchante condense en fait de nombreux éléments de vie et conflits psychiques non encore élaborés par Éléonore (place de la belle-famille ou famille de sa mère dans les discordes entre son père et sa mère, relation amoureuse à l'insu de sa mère). Son acte remet au travail ces différents éléments sur la scène psychique d'Éléonore. Ainsi, ses associations autour de l'acte visent des réaménagements dans ses liens et surtout questionnent ce qui apparaît comme des tabous familiaux (l'éventuel acte suicidaire de sa mère et la place de son grand-père paternel). Elle est en quête de sens.

Je retiens un certain nombre de résultats.

### **7.8.1 Attachement au négatif**

Les rencontres avec Éléonore mettent sur la voie d'un « attachement au négatif », tel que le conceptualise Anzieu (1996) dans son livre *Créer, détruire*. L'attachement au négatif, qu'il différencie de l'attachement négatif, combine une expérience négative de l'attachement qui a été empreinte de destructivité (Éléonore dit être « indésirée ») et une fixation de l'attachement à l'objet d'amour qui répond négativement à la demande de tendresse. Le lien d'Éléonore à sa mère semble empreint de cette fixation à l'attachement négatif et à l'objet d'amour qui répond négativement (sa mère). Il y a comme une adhésion à l'objet maternant. Les mouvements d'oscillation dans la séparation sont rendus de ce fait difficiles et vécus comme potentiellement dangereux. À défaut d'une relation gratifiante de tendresse, elle préfère une relation douloureuse d'attaque et de rejet, évitant ainsi de se confronter à l'indifférence, ce qui correspond à la notion de « tendresse au négatif » avancée par Cupa (2009) dans les prolongements de la pensée d'Anzieu. Selon Cupa, à défaut d'une relation gratifiante de tendresse, certains sujets vont préférer une relation douloureuse de rejet pour ne pas se confronter à l'indifférence, ce qui correspond à la tendresse au négatif.

### **7.8.2 Sentiment d'étrangeté et désorganisation identitaire pré suicidaire**

La tentative de suicide d'Éléonore arrive à un moment de sa vie où elle se sent de plus en plus en danger face à son environnement (amitiés, trahisons, hommes), mais aussi face à des mouvements internes qu'elle peut difficilement contenir (culpabilité...). Elle se sent isolée, trahie et surtout différente. Elle semble ainsi exclue des relations communes. Elle ne veut même pas imaginer la réaction de sa mère quand elle apprendra son nouveau choix d'objet amoureux. La culpabilité inconsciente et la sensation d'avoir commis une faute sont sources de forte angoisse. On peut également penser que la maladie de sa mère a éveillé chez Éléonore des inquiétudes de même ordre que lorsqu'elle l'a retrouvée inanimée plus jeune. Ces inquiétudes ont conduit son ami, médecin, à lui conseiller la prise de Lexomil. Tous ces éléments permettent de penser qu'Éléonore est fragilisée avant même son passage à l'acte.

### **7.8.3 Une situation qui condense de nombreux conflits**

Ce qui ressort de l'analyse d'Éléonore montre que l'attaque de panique sous-jacente à l'acte suicidaire est déclenchée par une scène particulière : la demande d'être présentée à la famille de son ami. Cette invitation réactive de nombreux éléments non élaborés par Éléonore (lien à la mère, au père, jugements cruels de la famille maternelle concernant le père, enjeux de sa nouvelle relation amoureuse). Ainsi, à ses difficultés relationnelles décrites comme préalables à son acte, s'ajoutent des conflits psychiques condensés dans la relation amoureuse actuelle : scène traumatique non symbolisable de la mère retrouvée inanimée, traumatismes liés aux viols, non-symbolisation du rôle familial dans le conflit parental, indicible flou de sa destructivité interne, culpabilité inconsciente, problématique de la séparation.

### **7.8.4 Effraction traumatique**

L'acte suicidaire d'Éléonore correspond à un moment d'angoisse, une agitation interne non nommable et difficile à contenir. La tentative de suicide semble provoquée par une saturation de conflits psychiques non élaborés qui a valeur traumatique.

La description du vécu et des événements ayant conduit au passage à l'acte pointent un vécu de débordement interne qui s'exprime par une crise d'angoisse. Cette crise d'angoisse, en résonance avec une impossibilité de contacter certaines représentations internes et le besoin de sommeil comme moyen de trouver un apaisement montrent l'excitation interne entraînée par ces conflits qui connaissent un surinvestissement simultané. Ces derniers, réactivés, occasionnent un afflux pulsionnel qui a une valeur traumatique car il ne semble pas y avoir de traitement psychique de l'excitation.

L'investissement affecté à la défense intellectuelle de cette impensable « tentative de suicide » (acte innommable comme tel) souligne la perte de réalité et le sentiment de déréalisation qu'Éléonore a pu vivre au moment des montées d'angoisses. Ce qui confirme qu'il y a un moment de « flottement identitaire », un moment de confusion entre fantasme et réalité, notamment ce qui concerne l'agressivité. Je fais référence ici non seulement au ressenti de culpabilité interne d'Éléonore (qui sous-tend une auto-agressivité), mais aussi à sa crainte inconsciente de subir l'agressivité et les attaques des objets environnants (par exemple d'être jugée par sa mère par rapport à sa relation actuelle ou d'être accusée par sa belle-famille d'avoir entraîné la tentative de suicide de la femme de son ami actuel).

Il semble, sur un plan topique, que l'effraction du Moi vient des attaques d'un Surmoi sadique (comme dans la scène où sa belle-famille la jugerait) et du besoin de punition face à une culpabilité inconsciente (la femme du médecin a fait une tentative de suicide et connaît l'existence d'Éléonore ; sa mère ignore sa relation amoureuse).

L'acte suicidaire prend ici valeur de décharge-traitement de la destructivité interne qui désorganise.

### **7.8.5 Filiations en question**

Les associations qui suivent l'acte suicidaire d'Éléonore illustrent les questionnements qui l'habitent en ce qui concerne son rapport aux figures parentales, ses filiations, les éléments de transmission et ses appartenances. Les fragilités narcissiques d'Éléonore ainsi que les failles que rencontre son groupe familial pour s'appuyer sur les éléments culturels afin d'inscrire et de traiter les différents dysfonctionnements du couple parental renvoient à la difficulté d'Éléonore à s'inscrire dans une chaîne de générations. Ces questionnements illustrent bien un défaut dans la logique généalogique.

### **7.8.6 Tentative de réaménagement du lien à l'objet primaire**

Au cours de nos rencontres, Éléonore met au travail des questionnements jusque-là tenus à l'écart. Elle essaie de symboliser une multiplicité de positions en lien avec cette scène-écran-traumatique où elle a vu sa mère inanimée. Elle traite ainsi non seulement la position maternelle mais aussi sa possible position féminine. (Possibilité de tenir une position féminine en rivalité mais aussi par identification à la mère.)

Avant sa tentative de suicide, Éléonore est en quête d'un objet lui permettant de s'endormir, de s'apaiser. Suite à son acte suicidaire, dans un processus de régression, elle est dans une position qui exige que l'on s'occupe et prenne soin d'elle : son père (son ami ou son voisin) la dépose ou vient la chercher. De même, le fait que certains de ses amis aient passé la



soirée avec elle suite à son acte la met dans un état hypomaniaque. Elle arrive à tenir cette position d'être soignée et non de prendre soin quand, grâce au prétexte des médicaments, elle se met en position de contenter sa mère (lui sourire et ne pas l'inquiéter dans une position de faux-self ou d'enfant thérapeute). Le lien à sa mère se trouve transitoirement modifié par étayage sur les médicaments.

Elle nous fait rejouer dans la dimension transféro-contre-transférentielle des positions de mauvais parents, non communicants et de mère monstrueuse sans tendresse (en ce qui me concerne). Ce qui laisse penser que son *acte suicidaire met en jeu une tentative de se dépendre d'une emprise des objets primaires dont elle semble incapable de s'affranchir. Le recours à l'acte suicidaire suscite donc des aménagements psychiques en termes de représentations des imagos primaires.*

### **7.8.7 Enveloppe familiale et culturelle non contenant**

Il apparaît que le réseau familial peine à s'articuler et que de fortes tensions existent entre les familles des parents d'Éléonore. Ce qui, dans le contexte du Sud Bénin, est problématique puisqu'une alliance se fait entre deux familles et non deux personnes. Les tensions entre ses parents, exacerbées par celles entre leurs familles respectives, mettent Éléonore dans un rapport inconfortable à ses figures identificatoires. Tout se passe comme si, du fait des tensions entre les familles, il lui fallait prendre parti pour l'une ou l'autre position parentale. Ce choix exclusif d'un parent supposerait le renoncement et l'attaque de l'autre parent, ce qui est insupportable pour elle. Éléonore est en difficulté quand il s'agit d'intégrer et de lier ses multiples identifications. Elle se demande notamment quelle place tenir entre une position de femme moderne et de fille traditionnelle issue de son contexte culturel. Dans son état d'indétermination, elle souhaite se réappropriier la langue paternelle.

Par l'acte suicidaire, Éléonore questionne les non-dits familiaux : sa mère inanimée, l'hémolyse de sa mère par forte prise médicamenteuse (Tranxène) et sa propre autolyse par forte prise de Lexomil.

### **7.8.8 Recherche des origines et de l'espace culturel comme tiers**

Éléonore exprime son besoin de renouer avec les langues et les proverbes, comme s'il était dans une quête visant à réarticuler quelque chose qui n'a pu se faire entre enveloppe culturelle et groupe familial. Elle est en quête de sources. Le décès de la nièce d'Éléonore remet le groupe familial sur cette voie sans que nous en sachions plus.

## CHAPITRE 8 : LAURE OU LE MIROIR EN TOURMENTS

### 8.1 Cadre des rencontres

Laure nous est adressée par le service de réanimation de l'hôpital pour poursuivre la prise en charge d'une tentative de suicide. Alors que les soignants du service de réanimation ont déjà fait appel à nous, un homme d'un certain âge arrive en sueur dans le service de psychiatrie. Il essaie de négocier un rendez-vous dans ledit service pour un cas de tentative de suicide en réanimation pour lequel un entretien psychiatrique est demandé. Il insiste beaucoup<sup>69</sup>. Nous apprendrons plus tard qu'il s'agit de l'ami de Laure. Il s'occupe de toutes les démarches pour la prise en charge (paiement des bons de consultation, ordonnances...). Nous rencontrons Laure dans le service d'anesthésie et de réanimation où elle est encore hospitalisée afin d'établir un premier contact et d'obtenir son consentement pour une série de rendez-vous. Nous lui proposons cinq rencontres afin de réfléchir ensemble à ce qui a pu se passer et elle est d'accord. Ainsi, après son hospitalisation en réanimation, cinq rencontres ont lieu avec Laure au sein du service de psychiatrie.

Dès le premier rendez-vous, son mal-être et son état psychique inquiètent et poussent à solliciter une hospitalisation en psychiatrie. Toutefois, cette prise en charge institutionnelle a du mal à se mettre en place, notamment parce que Laure est réticente et préfère continuer les entretiens. À la suite de la quatrième rencontre, l'hospitalisation est mise en place. Préférant ne pas intervenir pendant la prise en charge institutionnelle, nous nous verrons pour notre dernière rencontre à la fin de son hospitalisation.

### 8.2 Présentation

Laure, 29 ans, travaille comme secrétaire de direction. Elle est Fon d'Abomey, célibataire et a deux enfants dont elle n'a pas la garde. Ils sont issus de sa première et seule union. Depuis la séparation qui date d'il y a cinq ans environ, elle vit seule.

#### *Conditions des entretiens*

La prise de contact avec Laure a lieu le lendemain de sa tentative de suicide (dans le service de réanimation où elle est hospitalisée). La série d'entretiens commence le jour d'après. Elle n'est alors plus hospitalisée en réanimation. Le cadre est difficile à installer et les

---

<sup>69</sup> En fait, cette insistance tient au fait qu'il a été dit que la condition de sortie de Laure du service de réanimation dépend de la rencontre en psychiatrie. Cela souligne bien que notre dispositif de recherche a permis du lien entre les différents services.

manifestations de mal-être qu'elle donne à voir sont inquiétantes. Elle est réticente, mais pas à l'idée de venir à l'hôpital. En fait, elle est tout à fait d'accord pour venir, mais elle souhaiterait venir en journée, « passer la journée avec nous » puis rentrer le soir. Le cadre des rencontres, comme de la prise en charge, est difficile à établir.

### *Éléments marquants*

Laure n'a jamais été accompagnée à ses entretiens. Même pour son hospitalisation, il est difficile de contacter et de trouver quelqu'un de disponible pour elle. Ce sera un « militaire » envoyé par son oncle qui aura pour mission de l'accompagner et de veiller sur elle. Ici, malgré les réticences et difficultés à mettre en place l'hospitalisation, mes efforts pour y aboutir riment avec l'idée que le service, en tant que lieu, est important pour assurer et étayer les fonctions de holding et de handling<sup>70</sup> des entretiens, et autoriser l'expression de la régression liée à l'hospitalisation. Pendant son hospitalisation, elle n'a pas reçu de visite de membres de sa famille.

Il faut signaler qu'au moment du premier contact, Laure passe d'une apparente fatigue à un état paradoxal d'agitation psychomotrice et surtout verbale, comme si elle était possédée. Dans une salle où se trouvent d'autres patients de réanimation, elle « projette » de but en blanc les éléments en lien avec son acte suicidaire et, ce, de manière crue. Nous lui faisons alors remarquer qu'il serait préférable d'en parler dans un cadre plus adapté. Elle l'admet, se calme et le rendez-vous est fixé.

## **8.3 Anamnèse**

Laure n'a pas d'antécédents médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques. Elle est la deuxième d'une fratrie utérine « vivante » de trois enfants (dont deux filles et un garçon). Sa sœur aînée a 32 ans et vit actuellement au Gabon. Elle est commerçante, mariée et mère de quatre enfants (trois garçons et une fille). Laure est elle-même mère de deux enfants : un garçon de huit ans et une fille de cinq ans. Le petit frère de Laure est encore en classe de terminale, n'a ni femme, ni enfant et est âgé de 18 ans.

Le père polygame avait une vingtaine d'enfants et était transporteur de profession. Il est décédé y a cinq ans à l'âge de 59 ans. La mère de Laure a 52 ans ; deuxième femme du

---

<sup>70</sup> Les notions de *holding* et *handling* sont des notions liées au concept de « mère suffisamment bonne » de Winnicott. Ces notions sont utilisées par extension aux fonctions de contenance du cadre et aux aménagements auxquels le clinicien doit consentir dans certaines situations. Le *holding* désigne la façon de porter l'enfant, et par extension le patient. Il a une valeur affective et rassurante. Il participe aux stades précoces à une certaine introduction du corps dans l'espace et a des effets sur le sentiment de sécurité interne ultérieur de l'enfant. Le *handling* est la manipulation de l'enfant dans le cadre du soin (nourrissage, toilette, soin du cordon, paroles). C'est par le *handling* que l'enfant opère une première différenciation entre son corps et l'environnement.

père, elle est couturière. Elle est mère de six enfants dont trois sont vivants (Laure, sa sœur et son frère). Trois enfants seraient décédés à la naissance, dont des jumeaux et un garçon, selon Laure.

Laure a grandi avec ses deux parents jusqu'à l'âge de 20 ans, avant de rejoindre le père de ses enfants. Elle donne peu d'éléments sur ses liens et son parcours. Elle décrit avec son père une relation proche, faite d'admiration et d'amour, alors qu'elle n'est pas très proche de sa mère. Elle se rappelle avec douleur que cette dernière la traitait de « malchanceuse ». Laure explique que, très tôt, elle a refusé de parler à sa mère et de lui dire bonjour le matin. En même temps, Laure dit se rappeler des départs de sa mère et des retours en pleurs, effondrée par le décès des nourrissons. Il semble que ce lien soit fait plus d'incompréhension et de peu de paroles que de « conflits » manifestes.

Si Laure est peu encline à parler de sa mère et de leur lien, elle fait souvent référence à son père et dit qu'elle « continue de pleurer » sa mort. Le père de Laure est décédé d'une cirrhose hépatique<sup>71</sup> au CNHU-HKM il y a cinq ans, après une longue hospitalisation. La fille de Laure avait quelques mois à peine.

En dehors de cette figure qui tient une place importante pour elle, Laure décrit sa scolarité, notamment primaire, comme étant caractérisée par une grande solitude et une exclusion. Elle se faisait traiter de « sorcière » et était isolée. Elle a commencé sa scolarité à l'âge de 7 ans et a redoublé son CM1 à trois reprises. Elle a eu son CEP à l'âge de 18 ans, puis son BEPC à 22 ans. Il y a trois ans, elle a obtenu son diplôme de secrétaire de direction (à 27 ans).

Laure a eu une puberté tardive : elle aurait eu ses règles à 18 ans. Elle a connu son premier acte sexuel à 20 ans. Cet acte aurait abouti à la conception de son premier enfant. Le premier homme qu'elle a connu est le père de ses deux enfants ; elle était encore au collège. Ils se sont séparés après la mort du père de Laure. Laure admet qu'elle accusait son mari d'être infidèle et allait jusqu'à mettre du rouge à lèvres sur ses habits pour prouver son infidélité. Son mari, fatigué, aurait raconté toute cette histoire à sa mère. Trois mois après le décès du père de Laure, sa belle-mère l'aurait expulsée de la maison de son mari en jetant ses affaires. Laure quitte donc la maison de son mari. Elle en veut encore à sa mère qui, selon elle, n'aurait pas été d'un grand soutien lorsqu'elle est venue la chercher après cette expulsion. Elle traverse une période difficile proche de l'errance : elle doit s'occuper de sa fille de quelques mois mais n'a pas les moyens pour le faire. Laure marche alors sans cesse

---

<sup>71</sup> Les causes organiques de cette cirrhose ne seront pas connues parce que Laure est convaincue que cette mort a été « provoquée » par des personnes jalouses de son père.

pour essayer de vendre des produits et de se procurer de l'argent. Pendant 18 mois, elle a espéré retrouver son foyer. Au terme de cette période, elle rencontre un deuxième compagnon, employé d'une grande société, marié, avec qui elle reste quatre mois. Elle connaît deux avortements provoqués parce que son compagnon ne veut pas d'enfant. Déçue et désabusée, elle le quitte et rencontre un troisième compagnon, Directeur Général d'une société, avec qui elle reste deux ans. Celui-ci comble tous ses besoins financiers mais n'a jamais de temps pour elle. Elle trouve que c'est une raison suffisante pour rompre avec lui. Elle fait quelques jours plus tard la connaissance d'un douanier marié par le truchement d'Internet. Celui-ci aussi pourvoit à tous ses besoins financiers mais il entretient plusieurs autres relations amoureuses. Déçue, elle décide de retourner vers son troisième compagnon avec qui elle est restée sept mois. Toujours insatisfaite de l'indisponibilité de ce dernier, elle rencontre, il y a six mois environ, un cinquième compagnon : son ami actuel. Elle tombe amoureuse de cet homme de la quarantaine, marié, car il plus disponible et plus attentif, et Laure rompt à nouveau avec le « PDG ». Elle dit, concernant son ami actuel : *« il est l'homme que j'ai toujours voulu avoir, attentif ; prêt à m'écouter et à pourvoir à tous mes besoins »*. Ce compagnon aurait plusieurs relations amoureuses à la fois. Il ne l'aurait pas caché à Laure qui devenait furieuse chaque fois que ce dernier faisait une nouvelle conquête.

#### **8.4 Modalités relationnelles/ Mécanismes de défense**

En réanimation, je rencontre une femme couchée qui a manifestement l'air très fatiguée. Mais quand elle commence à parler de son histoire, la fatigue est presque éliminée et elle devient très agitée, en colère et tendue. Dès que j'arrive, elle me demande qui m'envoie la voir. Elle veut savoir si ce n'est pas « Aubin » (j'imagine que c'est l'homme qui s'est présenté en psychiatrie et qui a payé la prise en charge). La première approche est donc assez difficile du fait de cette instabilité surprenante. Elle commence à parler et c'est difficile de l'arrêter. Elle est complètement débordée. Pendant une demi-heure, elle est agitée par une histoire de sexe, de trahison, de tromperie qu'elle raconte à voix haute presque en criant. Ses mots sont crus. Elle insulte des religieuses suspectées elles aussi d'entretenir des relations. Je suis assez abasourdie, assommée par son discours car je ne m'y attendais pas. Dès qu'elle s'arrête pour reprendre son souffle, j'en profite pour lui faire une proposition de prendre un rendez-vous pour parler de tout cela dans un cadre plus adapté autre que le service de réanimation.

Dès le début de nos rencontres, elle met beaucoup de force motrice à exprimer sa colère comme si les mots ne pouvaient pas suffire à représenter son état. On peut même s'interroger sur une dimension d'allure délirante ou au minimum sur le fait que Laure semble

peu adaptée. Elle alterne entre cet état d'agitation, une apparence calme et une désorganisation progressive à mesure qu'une proposition de parole et d'écoute lui est donnée. Le contact avec elle est très déstabilisant pour nous. Elle passe d'une posture d'omnipotence repoussante à un collage tout aussi intrusif et repoussant. Cette alternance déstabilisante pour l'interlocuteur laisse supposer une grande fragilité et une lutte interne intense, potentiellement débordante et désorganisatrice. Le collage viendrait-il ici tenir lieu de masque anti-désagrégation ou pare-effondrement ?

Le rapport de Laure à la parole évoque une position de « vidage » qui entraîne contre-transférentiellement une grande confusion et difficulté à organiser les éléments temporellement. En effet, il ne semble pas que la parole soit utilisée comme possibilité de mettre en lien des affects et des représentations avec des souvenirs. Au contraire, Laure semble utiliser la parole comme un « acte » qui la replonge dans la scène (qui ne peut alors être évoquée, mais qui est remise en scène avec toute sa charge douloureuse). Elle semble être dans une pseudo-décharge par la parole.

Son rapport à la parole exclut (en la déniait) toute charge affective, comme potentiellement désorganisatrice. Cela la laisse dans une position d'emprise, de contrôle massif, de provocation et de menace. Autant de mécanismes insuffisants pour juguler un débordement interne qui l'agite alors et laisse entrevoir sa désorganisation. Nous pouvons supposer qu'il y a chez elle une lutte intense et vitale contre l'effondrement.

Laure suscite chez moi de l'angoisse du fait même de sa position de déni, de contrôle et de toute-puissance qui vient border ce qu'elle donne à voir de mal-être et de souffrance. Ses menaces sont incessantes non seulement dans le lien à l'autre, mais aussi dans cette posture provocatrice et revendicatrice qu'elle affiche avec plaisir et un apparent détachement. Cela peut, dans un premier temps, faire penser à de la manipulation perverse. Mais très vite, son rapport à la parole, à l'élaboration et ses modalités relationnelles évoquent plutôt une problématique archaïque et narcissique. En effet, elle alterne dans le lien entre omnipotence revendiquée et affichée, et effondrement, qui se manifeste par une grande confusion, agitation ou désorganisation. Sa recherche de relations exclusives, ainsi que sa jalousie excessive qu'elle décrit elle-même, sont en lien avec ce qu'elle exprime de son « besoin » d'être dans un lien libidinal (amoureux en l'occurrence) caractérisé notamment par la disponibilité. Ces éléments nous mettent sur la piste d'une problématique en-deçà d'une problématique de manipulation perverse ; il semble que la manipulation et les efforts de contrôle concernent chez elle une lutte contre l'effondrement.

Outre le déni de toute charge affective négative, l'omnipotence affichée et revendiquée, le besoin d'emprise et de contrôle et la provocation, Laure fonctionne par clivage : elle cherche à établir des relations exclusives passionnelles et va idéaliser ou complètement désidéaler le lien. C'est le cas dans sa relation amoureuse actuelle mais aussi dans ce qui se joue avec moi et l'équipe de soin.

Elle met en place des relations en miroir, dans une sorte de « collage-intrusion » qui laisse supposer la confusion des espaces, les besoins de s'étayer sur des limites. Ce type de lien est illustré par ce qu'elle verbalise autour de sa relation à ses enfants. Dans une confusion identitaire, elle les utilise pour s'assurer qu'elle-même est toujours « vivante » à leur psyché et en miroir dans la sienne propre, en vérifiant qu'ils font attention à elle et s'inquiètent pour elle.

L'instabilité relationnelle et émotionnelle de Laure suscite le rejet de ses interlocuteurs et de son entourage. Elle est assez isolée, ce qui renforce le clivage et ses angoisses persécutrices. Malgré sa lutte contre la désorganisation, elle arrive à maintenir dans cet équilibre fragile d'isolement, de rejet et d'idéalisation/désidéation un rapport plus ou moins préservé à la réalité. Le mécanisme d'identification projective est donc plus important que celui de la projection.

Les nombreux mécanismes de défense utilisés par Laure (identification projective, agrippement, projection, clivage, déni, idéalisation, exclusivité, déni des affects) s'articulent symptomatiquement à une hypomimie, de l'anorexie, des insomnies, une humeur triste instable, de l'anxiété, des conduites addictives récentes (alcool) et une tendance à l'agir. Le tableau polymorphe permet d'imaginer en partie l'instabilité relationnelle qui la caractérise.

### **Tenir, porter, soutenir**

Lorsque Laure arrive pour notre premier entretien en psychiatrie, elle me met aussitôt son téléphone dans la main. Elle « veut » que je lise un message qu'elle a reçu. Je suis déstabilisée mais ne peux faire autrement que de le tenir sans arriver à lire les messages. Ma maladresse m'aide. Elle le reprend et me lit alors le message. Il vient d'une amie qui a, elle aussi, voulu se suicider et que Laure a aidée auparavant. Ce message reçu le matin même de notre rencontre désapprouve son acte. C'est à la suite de sa lecture qu'elle aurait véritablement regretté son acte ; notamment au regard de ses deux enfants qui ont besoin d'elle. Ce portable lui a ouvert les yeux par le biais d'un message. Mais, c'est aussi par le même objet que des voix infiltrées l'ont capturée. Cet objet, elle me l'a mis dans les mains.

Le geste de mettre son téléphone dans mes mains annonce la suite : une relation passionnelle où les limites seront éprouvées jusqu'au bout. Laure fait preuve d'une instabilité émotionnelle voire comportementale. Elle recherche des relations exclusives. Dans son cas, cette recherche d'exclusivité est passionnelle. Il s'agit d'être « tout » pour elle ou « tout en un ». Le transfert est massif et oscille entre des mouvements érotomaniaques de désir de possession de l'objet avec retournement qui nous transforme en son persécuteur. Ainsi, elle me fera porter la responsabilité de son hospitalisation.

En mettant son téléphone dans mes mains, Laure ne cherchait pas une voix pour énoncer et lire ce message. Les voix, elle les avait déjà eues au téléphone. Ces voix accusatrices et rejetantes lui ont fait perdre le contrôle. Elle cherchait des mains pour tenir et porter. Je l'avais dans les mains. Et ensemble, il nous fallait éprouver les tourments. Roussillon (1999) décrit un transfert par retournement, différent du transfert par déplacement connu habituellement dans la névrose. Il a lieu dans les états de souffrances narcissiques ; l'analysant vient faire connaître un pan de lui-même qu'il ne sent pas ou ne voit pas. Dans le transfert par retournement, le sujet vient faire vivre à l'analyste ce qu'il n'a pas pu vivre de son histoire et qui est resté clivé de ses possibilités d'intégration. Étais-je à cette place de miroir du négatif de Laure ? Dans son instabilité et sa crise identitaire, je suis saisie par le chaos de manière croissante au fur et à mesure des entretiens jusqu'à l'hospitalisation. Projection d'éléments bruts, convocation dans le lieu de sa parole, trou béant... Je suis contre-transférentiellement « capturée ». J'ai l'impression qu'elle « me tient » littéralement. Elle est envahie d'éléments non représentables qu'elle projette. Mais ce côté envahissant suscite contre-transférentiellement des vécus d'envahissement et d'intrusion et l'envie de rejeter Laure comme seule possibilité de mettre des limites dans la relation qui déborde autant le cadre clinique que celui de recherche.

En effet, à la suite du premier entretien à l'issue duquel elle n'est pas revenue, j'étais perplexe. C'est pourquoi je l'ai rappelée. Mais cet appel a entraîné l'effraction dans mon espace intime, car par la suite Laure passée de nombreux coups de fils. En accédant ainsi à mon espace intime et en n'ayant de cesse d'avoir quelqu'un au bout du fil, on peut penser que « l'absence » prend pour elle valeur de symptôme. En me désignant ainsi comme sa « copine », le cadre de travail est rendu complexe.

Le transfert peut se parler et prendre sens dans un certain cadre. La fréquence des rencontres implique un rythme de présence et d'absence, et induit une limitation. Ce qui suppose qu'en dehors des rencontres, il faut admettre de reporter et différer les vécus, d'attendre de les dire au moment du rendez-vous. Ce vécu d'absence, de report et d'attente



semble mis à mal dans le lien à Laure qui interpelle sans cesse. Il fallait contenir ce qui se jouait ainsi dans ce débordement aux allures de perversion narcissique. Le parti pris de penser que Laure a besoin de faire éprouver des éléments non advenus plutôt que de mettre au travail des questions liées à la perte et au deuil m'a permis de tenir. Le mot rejet émerge de ce qu'elle manifeste, dit et de ce que je ressens. Pour mettre des limites à la disponibilité et rester accessible tout en définissant un dedans et un dehors de l'espace thérapeutique, encore fallait-il pouvoir se constituer comme lieu qui existe en continuité (même dans l'absence).

### **Quand la parole désorganise...**

Ce qui se joue dans le cadre de nos rencontres, c'est que plus Laure parle et moins la parole la soulage (état de vidage plus que de contenance). Elle semble prise dans un état de crise paroxystique, une sorte d'état de forçage de la psyché qui fait revenir les choses sans distance. *Il n'y a pas de comme si*. Nous pouvons nous interroger ici sur la fonctionnalité du préconscient. Ça déborde, la souffrance est portée par la parole et le souvenir. L'évocation de ce qui ne va pas n'apaise pas, comme s'il s'agissait d'une charge hallucinatoire traumatique. Avec une telle charge, la parole est « collée ». Plus Laure parle, plus elle se désorganise. Elle profère alors de plus en plus de menaces et met en place des défenses de type caractériel, mais en vain. Tout se fait dans une surenchère. Il y a une interpellation quasi automatique de l'autre dans le lieu où est convoquée sa parole : elle dit souvent : « *je vous parle !* », « *je vous pose la question !* » Cette interpellation souligne la relation d'objet anaclitique en jeu. Ne renvoie-t-elle pas à un sentiment de vide ? Sa désorganisation progressive suggère qu'on est aux prises avec une détresse infantile. Ce qui interroge sur son histoire, sur le moyen d'introduire un espace de possibles et une limite qui contient.

## **8.5 Description du contexte de l'acte et signification**

Laure a été désagréablement surprise d'entendre au téléphone son compagnon et une femme (ex-amie de son compagnon) la traiter de voleuse et de prostituée. Face à cette kyrielle d'insultes avilissantes et humiliantes, la patiente rentre dans sa chambre et avale 40 comprimés de Diazépam en une seule prise. Elle prend la peine de faire ses adieux à son patron, son oncle, son amoureux et à sa mère. Le voisin, avisé par ces derniers, se présente aussitôt chez Laure qui a déjà commis son acte. La boîte de Diazépam vide se trouve à côté d'elle mais elle est toujours consciente. Ils décident alors de l'amener à la clinique la plus

proche qui, en raison de son plateau technique insuffisant, la réfère au CNHU pour un lavage gastrique. Elle nous est donc transférée pour la suite de la prise en charge.

Tout commence six mois auparavant environ lorsque Laure rencontre et tombe amoureuse d'un homme de la quarantaine, marié, qu'elle surnomme « Pépin ». C'est l'homme qu'elle a « *toujours voulu avoir* » car il est attentif, disponible pour l'écouter et pourvoir à ses besoins. Mais c'est aussi un homme aux nombreuses conquêtes, ce qu'il ne cache pas. Cela rend Laure de plus en plus furieuse : « *Moi, je suis hyper jalouse mais j'essaie de le comprendre et de lui pardonner* ». C'est dans cette ambiance conflictuelle de plus en plus insoutenable qu'intervient la tentative de suicide de Laure.

Sa colère et son énervement dans sa relation ne se calment pas et la poussent à boire régulièrement. Elle a commencé par prendre du Sodabi (alcool traditionnel) en quantité croissante : « *Je ne veux pas qu'on me piétine.* » Depuis son anniversaire, trois mois auparavant, elle a commencé à boire pour dormir. Une semaine après son anniversaire, elle a vidé la bouteille de Watt (whisky) toujours à cause de l'ex-amie de son compagnon. « *Il dit qu'il voulait laisser Nadine mais une semaine après il couche avec elle.* » Elle est prise dans cette spirale depuis quelques jours. Trois jours avant sa tentative de suicide, elle constate que cette Nadine a appelé Pépin. Le lendemain, au travail, Laure *avait mal et imaginait des choses*. Le jour suivant, nouveau constat : un appel de *cette Nadine* ! Laure ne tient plus et elle l'appelle. Et cette fille lui confirme qu'elle est à nouveau avec Pépin ! Pleurs. Mais ce n'est pas tout ! Cette dernière la traite de « *chercheuse d'homme par téléphone* ». Il est midi, elle appelle Pépin. Il ne décroche pas, rejette son appel ou coupe son téléphone. Elle se sent de moins en moins bien. Elle appelle alors une connaissance commune à Pépin et elle, qui vit au Gabon. Mais cette personne ne décroche pas non plus. « *Tout le monde appelle quand ça ne va pas ! J'ai laissé tout ça là pourquoi ?* » soupire-t-elle. Enfin, l'après-midi, Pépin décroche. Les paroles sont dures. Il lui dit que c'est elle-même qui « *a semé* ». Il lui fait des remontrances : leur relation ne pourrait pas durer à ce rythme ! Laure se décompose encore plus, mais elle essaie de faire bonne figure. « *Je ne veux pas que... c'est ce qu'on dit é ho hin bo wa do nou mi* » c'est-à-dire « *il a acheté un pagne qui n'est pas pour moi* » explique-t-elle.

En fait, effectivement cette expression signifie littéralement « il a acheté un pagne, et m'a tenue informée » mais dans son sens figuré, elle renvoie à la calomnie, à une accusation grave, de mauvais goût. Dans les conceptions du Sud Bénin, ce type d'accusation grave et profond est pensé dans le contexte comme un élément qui peut achever un individu, le conduire à une tristesse profonde, une dépression.

Le soir, elle appelle à nouveau Pépin. Il décroche, l'insulte. Laure n'en peut plus ! Elle lui réclame alors son téléphone et les 65 000 FCFA qu'il lui doit. Mais il la traite de voleuse, avance sournoisement qu'elle n'est capable d'avoir de l'argent au point de lui en prêter. Cerise sur le gâteau ! La fille, Nadine, l'insulte aussi : elle aurait volé son mari, la traite d'« agaleta » (prostituée). Laure est très affectée : « *m'insulter ? Moi ? Non ! M'a-t-il envoûtée [au point de courir derrière lui jusqu'à me faire insulter] ?* » « *C'est tout ça qui m'a poussée à avaler 40 comprimés de diazépam voire plus.* » Elle appelle son patron, son oncle qui travaille au camp militaire, leur dit adieu. Ensuite Pépin, son compagnon : elle lui dit « *adieu, tu as réussi. Mes parents sont dans tes mains* ». En dernier, elle appelle sa mère. « *Je voulais partir tranquillement. Gbèouiyan kououiyan.* » C'est le voisin qui l'a amenée à l'hôpital. L'expression *Gbèouiyan kououiyan* signifie littéralement *la honte de la vie, la honte de la mort*. Cette expression est utilisée en cas de désespoir total. Guy Lavallée relie la notion d'espoir à l'existence d'un lien satisfaisant avec les objets primaires, lien qui maintient la dynamique de vie car il reposerait sur l'idée de retrouvailles de ce lien. Est-ce cette inscription première qui est ici en cause pour Laure ?

## **8.6 Associations en lien avec l'acte suicidaire**

Les rencontres avec Laure ne s'articulent pas vraiment autour d'un parcours associatif ; ce dernier est quasi inexistant compte tenu du rapport particulier à la parole qui est en jeu. Il semble que l'on passe d'une projection déniante à un hallucinatoire liant, mais dans une continuité rassurante entre dedans et dehors.

La difficulté à entrer dans un processus de narration et d'historisation empêche l'accès à la représentation de certains événements de vie ou de certains liens que l'on peut alors supposer être dans un statut complexe, en termes de processus d'élaboration (notamment le lien à la mère).

Laure n'élabore en aucun cas une position subjective de victime malgré les vécus de persécution en jeu dans son fonctionnement psychique. Le débordement pulsionnel, affectif et d'agressivité questionne les articulations entre cruauté, sadisme, emprise et manipulation dans leur lien à la symbolisation.

### **8.6.1 Honte et humiliation : réactualisation dans l'actuel de traces anciennes encryptées**

Lors du premier entretien, après avoir repris son téléphone de mes mains, Laure soupire. Elle m'explique que son problème c'est son garçon de 8 ans et sa fille de 5 ans qui vivent avec leur père et sa nouvelle femme : « *eux aussi ne sont pas à l'aise. Ils cherchent à*

*rester avec moi. Je les aime.* » Il y a trois semaines, c'était l'anniversaire de son garçon. Elle a été frappée car elle se rend compte que petit à petit sa relation actuelle empiète sur l'amour qu'elle a pour ses enfants. Il semble que même si la nature des liens entre un compagnon et des enfants est différente, chez Laure, tout investissement se substitue à un autre.

Laure dit ne pas comprendre pourquoi elle tient tant à sa relation actuelle et à cet homme : « *c'est comme s'il dépassait mes enfants pour moi.* » Avant lui, elle est restée deux ans en relation avec un « *haut cadre* ». Mais elle cherchait quelqu'un qui aurait du temps pour elle. Pépin, elle l'a rencontré par hasard, « *comme souvent* » dans ses rencontres. Elle a alors préféré se mettre avec lui. Et elle assume ses choix ! Elle insiste sur ce point : « *Je ne fais pas des choses pour les regretter après !* » Faut-il entendre ici une sorte de dénégation ? Pourtant, la relation et surtout les comportements de son ami la touchent, la blessent, et lui font *imaginer des choses*. « *Tous les jours que Dieu crée, il y a des problèmes entre lui et moi.* » Elle se sent humiliée. Elle aurait été *multipliée par zéro, tout ce qu'elle est, c'est zéro*. Dispute sur dispute ! Des femmes ! Des rivales partout ! Elle ne se sent pas en sécurité. Même la secrétaire de son ami s'en mêle. Elle n'en peut plus, demande un changement de lieu de travail à son patron pour s'éloigner. Il y a trois semaines, elle aurait même posé sa démission. « *Le respect et la considération, c'est tout ce que je veux.* » « *Pourquoi je n'arrive pas à lui dire que c'est fini ?* » « *Les problèmes me donnent des idées ; sur un étage, les choses me disent de sauter.* » Elle est souvent sur les nerfs, adopte des comportements à risque sur sa moto mais sait que Dieu la surveille. Ici la dimension ordalique et de recherche de légitimation est explicite.

La progression des événements qui ont conduit à l'acte suicidaire permet de noter un sentiment de rejet et une sensation d'humiliation résultant d'une surenchère d'insultes verbales (les voix au téléphone), notamment d'insultes provenant de femmes. Le rejet et la question de l'humiliation ne sont que des traces réactualisées de blessures encore plus anciennes, ce qui explique certainement la force de désorganisation qu'elles entraînent.

Cette relation amoureuse lui pèse. « *C'est à mon père que je me confiais* » soupire Laure. Souvent, elle pleure « *sur la photo* » de son père qui est dans son salon. « *Si mon papa était là, il n'y aurait pas cela. S'il était vivant, il n'y aurait pas de séparation entre le père de mes enfants et moi.* »

Le récit de Laure ne l'apaise pas. La voilà repartie de plus belle sur ce qui précède la relation actuelle et les différentes épreuves qui l'avaient déjà bien fragilisée avant. Elle se fait

traiter d'« *agalet*<sup>72</sup> » ! Le père de ses enfants est son *premier homme* ! Après lui, elle a eu un ami travaillant à la SBEE<sup>73</sup> qui aurait été un profiteur. Mais s'exclame Laure « *on ne met pas le plus grand à la place du petit !* » (proverbe dit en fon mais ici traduit). Il y a eu un douanier, puis le fameux directeur. Son ami actuel est le cinquième homme de sa vie. « *Avec les maris, je sais ce qu'on subit !* », « *Les maris aujourd'hui...c'est difficile.* » Laure est tombée enceinte alors qu'elle était encore au collège. Son mari n'était pas mauvais, il la respectait. Ensemble, ils habitaient à Dassa. Elle admet qu'il y avait énormément de jalousie de sa part dans le couple : « *j'imagine, je crée des choses ; trop de théâtre.* » On peut admettre que la jalousie avoisine chez elle des traits de personnalité pathologique. Sûrement cela a-t-il précipité la séparation, admet-elle. Mais il semble que cet aveu touche de trop près un fond dépressif qui ne peut être vécu pour le moment, ce qui implique un renversement dans le positionnement de Laure : face à cette nouvelle menace, une nouvelle désorganisation ! Elle entre encore dans une sorte de crise paroxystique où elle est en rivalité avec une femme, sa belle-mère. Ce fonctionnement, à la limite du trop caractériel et du subdélirant, est une véritable lutte contre l'effondrement. En fait, son mari aurait raconté à sa mère tout ce que Laure lui faisait vivre. Un ou deux ans après l'accouchement de son garçon, son mari lui confisque sa moto sur les conseils de sa mère, la belle-mère de Laure. C'est un affront pour Laure, elle qui est si puissante ! « *Même Jésus je le menace et la chose marche !* » Elle donne un exemple de sa dangerosité : elle pourrait « *immobiliser la voiture de quelqu'un* ». Si la personne disait « *Laure, je reconnais t'avoir fait du mal, je lui dirais alors de redémarrer la voiture* ».

Nous recommençons à parler de la séparation, maintenant qu'elle a pu mettre en place quelques mécanismes de défense. Laure et son mari se sont séparés quand son garçon avait entre deux ans et demi et trois ans. Selon elle, si sa belle-mère l'a mise à la porte c'est parce que son père, décédé quelques mois plutôt, n'était plus là pour la protéger. « *C'est mon papa qui avait chassé sa maman.* » Laure et son père se comprenaient. Quand il est décédé, les choses se sont bouleversées. C'est trois mois après son décès qu'a eu lieu le divorce. Elle avait été prévenue par quelqu'un de la famille de son mari que cela arriverait. La *cérémonie de sortie*<sup>74</sup> de sa fille est, selon elle, un coup monté. En moins de 72 heures, sa belle-mère

---

<sup>72</sup> Ce mot signifie prostituée

<sup>73</sup> Société Béninoise d'électricité et d'eau

<sup>74</sup> Rituel d'accueil et d'inscription du bébé dans sa famille. L'enfant est présenté à son groupe familial, nommé, accueilli et alors reconnu comme membre à part entière.

aurait mis ses bagages dehors dans la cour et « balayait à côté »<sup>75</sup>. La mère de Laure est alors venue pour *demander pardon*, au lieu de *défendre sa fille*. « *Je ne disais rien à ma maman ; si papa était là...* »

Avec cette séparation, « *ma fille n'a pas gagné beaucoup de choses* ». La fille de Laure avait à peine quelques mois au moment du divorce. Elle tétait encore. Laure a dû alors chercher de l'argent pour sa fille et pour en envoyer aussi à son garçon (qui avait alors trois ans), resté chez sa belle-mère. Cette belle-mère trouvait toujours des raisons pour empêcher Laure d'entendre son garçon de trois ans quand elle appelait. Laure est convaincue que sa belle-mère voulait lui arracher son garçon ! Elle raconte que c'est après avoir fait une scène au cours de laquelle elle a beaucoup pleuré qu'elle a recommencé à parler avec son fils. Maintenant « *On parle d'adulte à adulte. J'explique. Ce n'est pas la séparation mais c'est grand-mère qui a chassé maman.* » « *Je n'arrive pas à oublier* », « *le divorce est comme une humiliation* ». « *Au moins, mon premier mari, il regrettait mais Pépin lui, non, il fait semblant.* »

### **8.6.2 Amour, haine et trahison : narcissisme de vie et de mort**

Elle a été humiliée, rejetée par cette femme, sa belle-mère. Elle ne s'est pas sentie portée et soutenue par sa mère. Son père, son support maternel, est décédé. Lorsqu'elle arrive à la troisième rencontre, elle pleure. Laure dit qu'elle veut voir ses enfants. Elle se sent seule et abandonnée. Il y a deux ans encore, quand elle était avec eux, elle arrêta parfois de bouger pour voir leur réaction. « *Je ne me suis jamais senti aimée ; les flatteries comme "je t'aime", je ne l'ai dit qu'à Pépin.* » Enfin, elle pleure ! Maintenant que ses défenses caractérielles tombent ponctuellement, nous pouvons discuter.

La veille, elle a eu un épisode d'errance lié au départ de ses enfants. C'est à cette occasion qu'elle est venue à l'hôpital. Première victoire pour moi ! Elle a su identifier un lieu (hôpital) au sein duquel elle peut s'adresser à quelqu'un (le clinicien). Mais elle n'est pas restée. Elle est repartie. Ce serait un policier qui l'aurait interpellée en lui demandant ce qui se passait car elle marchait comme une « folle ».

Restant dans sa position de tristesse, elle relate son isolement au moment du décès. Revenant sur son père, elle dit avoir senti qu'il partirait trois jours avant sa mort. Pour elle, c'est un « *Zan ku* », un *jeune mort* (il est décédé à 56 ans, mais dans cette expression elle veut surtout signifier que ce n'est pas une *mort naturelle* (elle suspecte qu'il ait été victime de

---

<sup>75</sup> Il faut imaginer les affaires personnelles de Laure dans une cour en terre battue et cette femme qui, balayant, envoie sur les affaires de Laure toute la poussière, les déchets qu'elle ne veut pas voir s'accumuler dans la cour.

sorts)). Un peu avant sa mort, lors de son hospitalisation, il ne voulait voir personne sauf une tante. « *Mon papa a chassé tout le monde sauf maman Harry.* » Laure avait annoncé que cette tante était une *sorcière*. À l'époque, *tout le monde était contre* Laure. Mais maintenant quand elle parle, « *on se tait* ». « *E non do ho to ya ya a min<sup>76</sup> !* » Elle explique : « *Même si je suis petite, quand je parle dans ma famille, ce n'est que bouches bées.* » Lorsque Laure était hospitalisée en réanimation, elle dit avoir appelé son père et lui avoir parlé « *papa, ton grand frère me manque. Tu m'as dit de ne pas partir là-bas, dis-moi quelque chose. Je ne vais pas à Abomey. Mange avec moi* ». Sa tante l'aurait appelée en pleurs : « *Elle sait que je suis en train de souffrir* » commente Laure.

Nous revenons sur son hospitalisation. Laure dit ne pas être revenue après le premier entretien car elle a eu peur de l'hospitalisation. À nouveau, les défenses caractérielles prennent le dessus. À nouveau, elle refuse l'hospitalisation. Elle ne comprend pas : sa copine, qui lui a envoyé un message, a elle aussi ingéré des médicaments. Cette dernière ne serait pas venue au CNHU et pourtant elle va très bien. « *Elle a même accouché* » insiste Laure. Laure pense que ce dont elle a besoin, c'est de congés pour oublier. Cette fois-ci, elle discute et ne s'enfuit pas, alors il faut argumenter, la rassurer. J'entreprends des négociations<sup>77</sup>. Elle est d'accord mais il y a un nouvel obstacle. Pour être hospitalisée, il faut un garde-malade. Nouvelles défenses ! L'isolement de Laure est poignant. Elle demande si ses enfants peuvent être ses gardes-malades. Nouvelle discussion, bras de fer où il s'agit de rester posé et de ne pas entrer en contradiction mais de garder le sens de l'humour. Elle s'exclame « *votre travail est difficile hein !!* » ; « *mais je vais rester avec vous* ». L'alliance est scellée. C'est quand il y a une relation instaurée que l'on peut travailler à la défaire et lui donner une autre forme.

### **8.6.3 Abikou : fonction des traumatismes désorganiseurs dans des liens précoces**

Lorsqu'elle arrive à sortir de son agitation débordante et qu'elle commence à s'effondrer (entretien avant son hospitalisation), Laure évoque un peu son enfance. Elle confie être une *Abikou*, c'est-à-dire *un enfant qui a réussi à tromper la mort*. J'entends, dans un premier temps, qu'elle vient après de nombreux enfants décédés mais je l'interroge sur la réalité qu'elle exprime par ce terme. Pour elle, cela a une autre fonction. Elle explique : « *il y a deux autres âmes derrière moi qui s'énervent.* » C'est à l'âge de 6 ou 7 ans qu'on lui aurait tout raconté. Elle se rappelle que sa mère est revenue de l'hôpital en pleurs. Elle avait quelque

---

<sup>76</sup> Ce proverbe renvoie à l'idée que ce qu'elle dit est toujours prouvé et vérifié, et donc qu'elle n'est pas n'importe qui.

<sup>77</sup> Je lui explique pourquoi il me semble pertinent de l'hospitaliser.

chose « d'emballé ». Laure aurait entendu le prénom de *Cédric* pour désigner cette chose emballée. Par association, elle se rappelle une insulte que sa mère lui adressait souvent : *Gninkouta* qui signifie *malchanceuse*. Elle se rappelle qu'en classe de CM1, ses camarades la fuyaient car elle était considérée comme une *sorcière*<sup>78</sup>. À 10 ans déjà, Laure ne saluait pas sa mère. Pourtant, les salutations sont d'une importance capitale dans le Sud Bénin. Quand, à 12 ans, elle a eu un petit frère, Laure dit qu'elle était « *comme sa mère* ». Dans cette série d'associations, ce qui s'impose est le statut particulier de Laure : une enfant isolée. Aurait-elle dû subir certains rites dont elle n'a pas bénéficié ? En tout cas, une pareille position d'isolement interroge. L'explication de l'utilisation qu'elle fait du terme *Abikou* renvoie-t-elle à l'identification de Laure à des objets morts, identifications qui scindent son Moi ?

Le terme *Abikou* renvoie, dans le contexte du Sud Bénin, aux enfants qui survivent et restent vivants après de nombreux morts-nés ou d'enfants décédés à bas âge. Ce terme constitue un véritable concept car il fait l'objet d'une construction « théorique » particulière. Cette théorie implique, comme habituellement dans ces contextes, une prise en charge groupale (notamment un traitement spécifique mère-enfant-environnement). Revenons plus en détail sur cette notion.

Le terme d'*Abikou* est une notion complexe qui va bien au-delà de la simple assignation à un statut (spécifique) dans la fratrie. Il ne se résume pas au fait d'être arrivé après des frères morts. Selon les mythes, ce serait le même enfant qui joue des tours à son entourage et qui va et revient ainsi. C'est autour de cette répétition mortifère qui lie vie (naissances) et destructivité (décès) que nous pouvons saisir cliniquement les enjeux de cette conception et ses fonctions.

Pour rappel, de manière générale, dans le contexte du Sud Bénin, l'enfant n'est pas que le produit de ses parents biologiques. Il est considéré comme venant du monde des invisibles, des morts. Naître, c'est passer du monde des êtres invisibles au monde des vivants sans qu'une séparation ne s'effectue pour autant entre les deux mondes. L'enfant, étranger qui arrive, peut donc à tout moment repartir d'où il vient s'il ne se sent pas bien accueilli<sup>79</sup>. Pour ces raisons, l'arrivée au monde est soumise à des procédures particulières d'observation, de

---

<sup>78</sup>Le statut de sorcière renforce l'idée que Laure est dans l'exclusion. Le sorcier aurait d'autres appartenances que celle seulement humaine. Ce qualificatif illustre ainsi son statut de personne isolée, rejetée par les autres qui en ont peur. Si elle est exclue, c'est qu'elle est pensée comme potentiellement capable d'aspirer ou de dévorer l'énergie vitale des autres (problématique vampirique). Cela suppose que c'est dans la recherche d'un sens à ses conduites énigmatiques, certainement traversées de destructivité, que ces interprétations ont été données. Elle est donc vécue « étrangère » à l'enveloppe sociale qui est censée l'inscrire dans son appartenance humaine.

<sup>79</sup>Jusqu'à l'apparition du langage, les enfants sont supposés être encore en lien, en communication avec les êtres invisibles.



mise en récit des vécus familiaux (rêves, événements...), de consultation chez le Fa<sup>80</sup>... Ces procédures visent un travail d'identification de l'enfant, cet étranger qui arrive, et du message qu'il porte. Cet ensemble de démarches, entourant la grossesse et la suite de couches, a pour finalité d'inscrire le nouveau-né dans son cercle familial. En d'autres termes, il s'agit d'accueillir l'étranger-nouveau-né dans un travail de familiarisation, une procédure d'adoption enfant-environnement, de mise en lien et d'inscription. L'étranger se doit d'être suffisamment « fixé », c'est-à-dire inscrit dans les filiations vivantes et, pour cela, il faut le « fabriquer » suffisamment « humain ». Le tissage des liens est donc l'objet de soins et de prévention. En termes psychodynamiques, la prévention qui concerne le tissage des premiers liens peut se traduire par les questionnements suivants : comment s'inscrire dans une filiation vivante, avec une transmission parlée ? C'est-à-dire ne plus demeurer dans un statut d'infans dépourvu de parole et flottant aux confins des mondes des vivants et des morts ?

Dans le contexte du Sud Bénin, la notion d'*Abikou* est employée lorsque les naissances (qui sont des passages du monde des ancêtres et des divinités au monde des vivants) sont infiltrées d'une destructivité qui se répète. Le tissage des liens est alors soumis à un traitement préventif particulier. En effet, dans un contexte de perte d'enfants ou de grossesses à répétition, on peut admettre qu'une nouvelle grossesse fasse émerger de nombreuses angoisses. Ces dernières concernent le statut de la mère « endeuillée », sa potentielle fertilité, la nature de l'être à venir ainsi que sa viabilité. *Quelle est cette femme qui fabrique des enfants qui viennent et partent ? Qu'est-ce qui va et vient ainsi ?*

La notion d'*Abikou* émerge dans ce contexte d'inquiétudes et de suspicions face à la répétition de la destructivité. Cette notion condense la crainte qui précède l'arrivée du nouvel être. Puisque l'interprétation d'*Abikou* est tirée de l'environnement social et du contexte familial, elle s'adresse autant à la mère qu'à l'enfant ; plus précisément à l'entourage de l'enfant. En effet, une fois cette notion énoncée, alors l'enfant à venir est à surveiller : c'est un enfant à risque dont les comportements particuliers peuvent inquiéter. L'énoncé tient lieu à la fois d'avertissement et de future mise en sens pour l'entourage (afin que les comportements futurs ne conduisent pas au rejet et à l'attaque des liens). Cela illustre l'intention de protéger le nouveau-né et le futur enfant des éventuelles identifications projectives et des collusions identificatoires enfermantes qui peuvent être suscitées par un contexte de répétition. Par conséquent, nous pouvons admettre que la notion d'*Abikou* introduit quelque chose de l'ordre de la prévention pré et post-natale. Elle entend traiter le tissage des liens et son risque

---

<sup>80</sup> Art divinatoire, expliqué en détail au chapitre 4 et en note de bas de page n°90

d'infiltration mortifère. En complément de ce regard préventif, un prénom particulier<sup>81</sup> peut être donné au nouveau-né. La dation du prénom est elle-même partie prenante de la prévention-traitement dans l'établissement des liens. Si la condensation et l'essai de nomination des événements vise à diminuer les projections, on peut toutefois questionner ce qu'il en est de l'envers paradoxal : si ces préventions ne font pas sens pour les parents (environnement concerné par le traitement préventif), cette prévention restera inachevée et ne protégera des projections générées sur le nouveau-né.

Par extension, du fait même de sa valeur de traitement préventif, le terme d'*Abikou* s'applique à toute personne qui adopte des conduites à risque, qui se met en danger. Ainsi, on peut être perçu comme *Abikou* sans enfants préalables décédés. Cela montre que le terme va bien au-delà de l'assignation identitaire à une place dans la fratrie. Il s'explique plutôt comme un essai de mise en sens d'une destructivité qui se répète. De ce fait, les comportements à risque ou étranges représentent l'essence même du phénomène *Abikou*.

Pour résumer, la notion d'*Abikou* fait l'hypothèse d'une destructivité originaire et s'inscrit dans une logique de prévention et de traitement ; cette notion recouvre de multiples dimensions. C'est une notion-traitement définie à partir d'une batterie d'observations des éléments transgénérationnels. Elle porte l'idée que l'enfant *Abikou* se met en danger ou met en danger les autres. Il est sur un fil. Il est objet de clivage, une énigme, un enfant hors frontière, d'où sa difficulté d'humanisation et de socialisation. En effet, *Abikou* reproduit le mouvement perpétuel de la destructivité. Il se plonge dans la mort, la destructivité, dans l'agitation (ou met son entourage dans l'agitation), à la limite du chaos – ce qui évoque des répétitions traumatiques. Toutes ces explications démontrent que le terme d'*Abikou* est issu d'un traitement groupal. C'est une nomination particulière construite par tout le réseau familial, groupal et de soin. Une traduction psychopathologique des questionnements contenus dans cette notion amène à l'interrogation autour des limites (entre les mondes), l'attaque des liens et des répétitions traumatiques. Ceci nous permet d'avancer que le phénomène *Abikou* concerne la problématique d'établissement des liens précoces et du traumatisme.

En quoi la notion d'*Abikou* concerne-t-elle Laure ? Elle a nécessairement une fonction de traitement plutôt qu'une description statutaire (auquel cas, c'est donc plutôt son petit frère,

---

<sup>81</sup> Si, de manière générale, les prénoms condensent les événements qui ont précédé l'arrivée au monde et s'insèrent dans un processus d'identification de l'ancêtre protecteur, ici, les prénoms sont « fabriqués » un peu différemment. Ils peuvent paraître comme étranges et injurieux. Passons par un exemple afin de mieux nous représenter les choses : le prénom *Kouton* signifie « cet enfant je le confie à la mort, je le lui mets entre les mains ; qu'elle soit indulgente ». C'est une manière d'implorer que cet enfant soit laissé en vie. De même, le prénom *Kunasso* renvoie littéralement à l'idée « je le mets à la portée de la mort ; c'est déjà sa chose qu'elle vienne le chercher si elle veut ». Ces prénoms illustrent bien le fait que les injures participent au protocole de traitement. Il s'agit d'une mise à distance face à la violence suscitée par cette problématique.

le benjamin, qui pourrait avoir été ainsi appelé). *Abikou* est l'enfant qui réussit à tromper la mort par une inscription particulière dans son réseau d'appartenance (inscription qui attribue à l'enfant une place de toute-puissance afin que l'entourage ne soit pas dans une surprotection étouffante de peur de le perdre). Laure semble s'identifier à cette place « trompe la mort ». Puis, par association, elle décrit son isolement et les exclusions qui se sont jouées dans ses inscriptions sociales et ses appartenances au groupe de pairs. La position de « survivante » de Laure, sa place particulière dans la famille et son lien particulier à sa mère mettent sur la piste d'une identification à ces enfants morts, mais aussi d'une identification à cette mère qui fait des enfants morts. Rappelons le contexte de polygamie et l'importance d'avoir de nombreux enfants dans le Sud Bénin<sup>82</sup>. Que s'est-il passé pour la mère de Laure dans cette position où vie et mort se sont mêlées longtemps ? Normalement, un décès d'enfant doit faire l'objet de « traitements », c'est-à-dire de prise en charge traditionnelle autant de la mère que des enfants vivants et du cercle familial, pour éviter la répétition. Qu'est-ce qui a été dit au sujet de Laure et sa mère lors de la consultation pour les enfants défunts ? Les projections maternelles massives auraient-elles empêché que la notion d'*Abikou* soit fonctionnelle pour Laure ? En effet, il semble que Laure soit restée piégée dans une notion d'*Abikou* réduite à une destructivité qui n'a pu être accueillie par son environnement (sauf peut-être son père).

Laure est exclue ; elle fait peur. De plus, elle est isolée, car prise dans la destructivité. Elle est persécutée de partout, attire l'attention sur elle, est en demande de soin exclusif. Cette exclusivité imposée pousse à la rejeter, à l'exclure car elle est trop envahissante. Quelque chose se joue autour de la destructivité où tous les liens sont attaqués. Elle est prise dans un mouvement hors limite qui fait penser à la problématique *Abikou*. Et il est question dans le cadre de notre rencontre et de la relation qui s'établit d'essayer de la limiter et donc de la contenir de cette agitation épuisante qui semble la caractériser.

Par l'emploi de cette notion, il semble que Laure essaie de mettre du sens sur sa construction identitaire. Elle explique l'utilisation de ce terme par le fait qu'il y ait de la *colère derrière elle*. Vient-elle dire ici qu'elle est en place d'accusée, de celle qui ne donne pas la vie ? De celle qui est à l'origine de la répétition destructive ? Si tel est le cas, alors on peut supposer que l'arrivée de Laure a elle-même auguré un événement particulier. Ce qui renverse le questionnement : le récit traumatique de Laure quant à l'effondrement de sa mère suite aux décès est un « récit-écran » d'un traumatisme plus grand et non représentable.

---

<sup>82</sup> En effet, avoir de nombreux enfants est un signe de richesse car ces derniers continueront à honorer la lignée et assurer les transactions avec les ancêtres ; de plus, un grand nombre d'enfants est également un signe de fertilité et donc d'un potentiel de transmission.

Rappelons que la chaîne associative qui mène à la notion d'*Abikou* commence par un effondrement de Laure affirmant qu'elle ne s'est jamais sentie aimée.

En effet, pourquoi Laure se place-t-elle à l'origine de ce cycle de destructivité et de destruction ? Laure amène son vécu traumatique autour dans ce qu'elle perçoit d'une mère effondrée par la perte de son fœtus. Une mère effondrée et silencieuse qui tient quelque chose d'informe et d'angoissant, que Laure désigne par la dénomination « Cédric ». Quelque chose d'informe qui restera ainsi étranger. Pour Laure, qu'est-ce qui fait répétition dans les décès ? À partir de ce silence bruyant de larmes évoqué par Laure, nous sommes en mesure de nous demander si l'effraction de Laure, face à l'effondrement de la mère, ne réactive pas des vécus premiers, archaïques, relatifs à sa propre naissance et ses premiers liens à l'environnement.

Le lien à sa mère, fait de rejet et de haine, interroge sur ce qui a pu se passer avec elle à la naissance même de Laure. Pourquoi Laure et sa mère sont-elles restées étrangères l'une à l'autre ? Qu'est-ce qui fait que le lien mère-enfant ne s'est pas établi, entraînant ici le défaut de liens précoces ? La mère de Laure aurait-elle été affectée par une dépression du postpartum à l'arrivée de Laure ? Ces premiers liens ainsi attaqués, Laure se serait retrouvée dès sa naissance isolée. Elle a certainement essayé de lutter contre la dépression de sa mère. Elle est d'ailleurs toujours en lutte contre cet effondrement qui la menace. Le défaut d'inscription dans une enveloppe a inscrit une transmission négative. Que se passe-t-il avec cette mère pour que les liens précoces ne s'établissent pas ? Comment se fait-il que le réseau familial n'ait pas pris le relais ? Laure, par son agitation, vient nous transmettre son questionnement sur le défaut de liens précoces, d'enveloppes internes. Les identifications projectives de la mère supposent-elles chez Laure la présence d'enveloppes emprisonnantes ?

#### **8.6.4 « Hallucinoire positif de transfert<sup>83</sup> »**

Lors de la quatrième rencontre, nous discutons de l'importance de l'hospitalisation pour Laure et du fait qu'il lui faut obligatoirement un garde-malade. Elle tient un discours désarçonnant de l'ordre de la dissociation, de l'hallucinoire ou du rêve éveillé : *« Je vois une voiture rouge ; une 406, non c'est trop petit, un 4x4. Il y a vous, moi, et une dame bien habillée. C'est tata Amélie. Mais elle ne peut pas venir, elle a un enfant et le mari ne sera pas d'accord. Mais ce n'est pas parce qu'il est banquier. Je m'en fous !... Nous sommes toutes les trois devant, pourtant il y a de la place derrière. Je ne sais pas pourquoi. Il n'y a rien*

---

<sup>83</sup> Je reprends ce terme à Lavallée qui l'expose lors d'une conférence de 2005 intitulée *Régrédience, progrédience et hallucinoire de transfert*. Sa théorie de l'hallucinoire de transfert articule l'intrapsychique propre au patient, à l'intersubjectif entre l'analysant et l'analyste. Selon Lavallée, lorsque le potentiel hallucinoire d'un patient commence à être accueilli et contenu dans un processus, alors, ce potentiel hallucinoire devient un « hallucinoire de transfert » travaillable dans l'analyse.

*derrière. Elle ne sait pas conduire, elle porte une tenue kaki. Les femmes à côté sont bien habillées (moi et une autre). "C'est à elle, j'ai peur." Nous sommes allées au marché houndjroto. On n'a rien acheté, on conduisait seulement. La voiture est rouge ; rouge, je porte du tout rouge, les gens disent que ce n'est pas bon ; mais je m'habille comme je veux. »*

Laure n'associera pas plus là-dessus : c'est quelque chose qu'elle a vu ! Qu'est-ce que c'est que cette histoire de voiture rouge ? Une métaphore, une condensation ? Elle m'inclut dans ce scénario de manière hallucinatoire<sup>84</sup>, comme si elle m'incluait dans un fantasme hyperréaliste. La fonction de cette production me paraît importante. Nous pouvons postuler que c'est une production résolutive. En effet, je suis à côté d'elle : dans ce fonctionnement hallucinatoire, il y a donc une forme de liaison avec l'objet. Avec le type de personnalité de Laure (limite), le transfert est souvent complexe, sur le fil. C'est souvent un transfert négatif que tout peut arrêter. Mais cette réalisation est en continuité, fusionnée entre un dedans et un dehors. Elle constitue une sorte de prémisse transitionnelle et condense en une scène les nombreuses problématiques et sentiments de Laure. En effet, selon nous, cette production est à saisir dans sa fonction de vie. Lors de ce moment « hallucinatoire », Laure sort de ses états d'agitation ou d'effondrement dévitalisants. Elle est « habitée » et, partant, « animée » plutôt qu'agitée.

Dans cette scène, il y a Laure, moi, les autres femmes et le « derrière », on peut comprendre l'arrière de la voiture mais cela entre également en résonance avec son expression avoir de la colère « derrière elle » ou « dans le dos ». La voiture, contenante, vient ici mettre en jeu sa rivalité avec les femmes. Mais elle n'est plus isolée dans sa différence. Elle est différente mais protégée. Dans le rouge, on peut entendre la provocation, « *ils peuvent toujours me traiter de putain* ».

Pour Lavallée (2005), l'hallucinatoire positif ne constitue pas seulement une forme de continuité ou d'indistinction entre une représentation et une perception, l'hallucinatoire grâce au mouvement régrédient partagé, permet aussi une forme de continuité et d'indistinction entre l'analyste et l'analysant et réciproquement. Dans ce scénario, Laure n'admet-elle pas l'hospitalisation que je lui propose comme un gage de protection qu'elle recherche ?

Par identification projective, elle projette quelque chose en moi. Le transfert par retournement dont parle Roussillon (1999, 2012) implique que je suis chargée de vivre ce que

---

<sup>84</sup> L'hallucinatoire est une énergie qui force une liaison, transperce la barrière du refoulement et fait surgir avec intensité des pensées latentes inconscientes, inconnues à l'intérieur, qui reviennent de l'extérieur comme des perceptions. On a donc une forme soudaine d'indistinction entre une représentation portée par le langage et une quasi-perception visuelle. Ce quantum d'hallucinatoire de la pensée exprimée en mots est important parce qu'il permet le retour du refoulé mais aussi du forclos et parce qu'il vient là opérer instantanément un bouleversement économique propice à des remaniements internes.

la patiente ne peut pas vivre. C'est pourquoi dans mon contre-transfert je suis prise à partie, partie prenante de la patiente. Je suis là, je m'embarque et en plus je suis sa protection, comme elle a pu le mettre en scène dans cette production.

Cette insistance sur le fait qu'il n'y a rien derrière entre en résonance avec ce qu'elle a dit lors de la deuxième rencontre : « il y a de la colère derrière moi », référence au fait qu'elle serait *Abikou*. Mais cette insistance sur le « il n'y a rien derrière » qui apparaît de manière hallucinatoire permet également de réinterroger les traces ainsi réinvesties. Nous pouvons faire l'hypothèse, par un discours associatif, qu'il y a un lien avec la mort d'un puîné puisque, pour dire petit frère en langue fon, on parle de « la personne qu'il y a derrière moi ». Cette association est en lien avec la croyance qu'a Laure d'être une *Abikou* ; croyance qui peut être mise en lien avec le désarroi qu'elle a dû vivre face à celui de sa mère qui a perdu un enfant.

Le lieu, un marché, fait penser à un rituel. De plus, le marché à Abomey rappelle cette parole adressée à son père. « *Tu m'as dit de ne pas y aller.* » Dans mon fantasme, j'ai le sentiment que Laure n'a pas subi certains rituels, ce qui ne lui a pas permis d'être suffisamment inscrite. Sa différence, au lieu d'être rattachée à l'histoire du groupe familial par une mise en sens culturelle et un traitement rituel, est exclue. Laure se trouve ainsi hors sillon et en lien direct avec les divinités dont elle s'arroge les pouvoirs : elle voit, elle est puissante et dangereuse. L'autodestruction s'entend chez elle comme un appel à bénéficier d'une inscription, à être déterminée et donc en lien avec les objets.

Par le biais du suivi, elle a pu s'inscrire dans le lieu moderne, l'hôpital. Mais reste certainement à faire tout un travail d'inscription dans des relations sociales apaisées ainsi que de filiation (lui permettre de se dégager d'identifications destructrices).

### **8.6.5 Effets de l'hospitalisation (processus de régression et mise en place d'espaces de transition)**

Pendant l'hospitalisation de Laure, les entretiens sont suspendus mais nous nous voyons de manière informelle. Je peux alors mettre des limites à Laure car je sais qu'elle est contenue (par l'institution). L'angoisse de l'absence signifiée par son envahissement et son collage peut être traitée par une inscription dans le groupe et le collectif institutionnel. En effet, avant l'hospitalisation je représente en quelque sorte le seul lien. La dynamique de travail était alors de favoriser un passage (ce passage est certainement figuré dans sa production hallucinatoire). En ce sens, je pense que l'hospitalisation a été une sorte de « régression transitionnelle » car Laure a pu régresser avec des personnes qui sont autour d'elle pour prendre soin d'elle ; mais cette régression a été, en même temps, une possibilité

d'établir des espaces de transition à nos rencontres ; la parole peut alors prendre son sens de mise en liaison d'éléments vécus.

Avec l'hospitalisation, je décide de me dégager un peu et de laisser l'équipe mener les entretiens. En effet, pour assurer une transitionnalité d'un espace à l'autre (transition de la réanimation au setting de recherche puis au service de psychiatrie), je décide de tenir une position de tiers-exclu. Je prévois donc juste de faire des visites en hospitalisation. Lorsque je passe la voir le matin, Laure dit avoir bien dormi, même sans prendre de médicaments. Toutefois, l'équipe m'interpelle. Laure refuse de parler avec les externes sous prétexte qu'elle a déjà tout dit à la psychologue. Elle tient juste à préciser que si ses parents savaient ce qui s'est passé, ils mettraient son ami en prison. La question du rejet semble se poser : elle rejette sa mère, est rejetée par sa belle-mère. Le rejet se joue ici dans un retournement, elle rejette à son tour. Toutefois, la voir dans cet état de pseudo-hypomanie vient souligner l'importance de cette hospitalisation qui la renarcissise, certes, mais la contient aussi.

Dans la journée, je la revois. Laure dit ne pas vouloir rester en hospitalisation. « *Je vais bien, j'ai envie de reprendre le boulot. Je ne sais pas ce que je fais là.* » Elle réclame de sortir le lendemain. Si ce n'est pas le cas, « *c'est que vous m'avez piégée* ». Devant mon calme, elle insiste et me demande : « *Mais que ferez-vous si je pars ? Mon sac est léger, je peux partir mais je vous appellerai chaque matin. Dans la rue on ne se dira pas bonjour.* » Elle souhaite que je donne des nouvelles de son état à son ami. Je l'informe que s'il veut prendre des nouvelles, il lui faut se déplacer et rencontrer l'équipe. Elle me met son téléphone dans la main par surprise. Son ami est au bout du fil. Je répète que nous ne travaillons pas par téléphone et qu'il lui faut se déplacer avant de rendre son téléphone à Laure.

Dans un jeu de séduction visant à me retenir, Laure veut m'offrir un cadeau : une orange. Je la remercie. Elle me demande alors si je veux du jus de goyave. Je repousse gentiment ses propositions de cadeaux mais elle me demande ce que je veux. Face à toutes mes limitations, elle plaisante et dit qu'elle m'appellera désormais « Madame Barrière ». Le choix du mot « barrière » n'est pas anodin. Cette dénomination montre qu'un mouvement d'apaisement se met en place qui permet de se décoller et de pouvoir s'appuyer sur des mots. Au moment où je quitte la chambre, elle me dit : « *vous me lâchez !* » J'associe sur sa phrase, ce qui a le mérite de la faire rire (association sur les différentes manières d'entendre lâcher : « *ah lâcher ! Ne pas lâcher ! On peut l'entendre de plusieurs façons... laisser tomber mais aussi se soulager, faire sortir un trop plein de gaz...* »). L'intérêt de la prise en charge institutionnelle est non seulement d'accueillir Laure dans son état d'agitation et de l'autoriser à régresser, mais aussi, comme dans cette anecdote de « Madame Barrière », de redonner une

certaine place et fonctions aux mots plutôt qu'à l'agir. Il y a une possibilité de tiercéiser le lien par les personnes autour d'elle (membres de l'institution) ; ainsi nos rencontres se dégagent à minima d'un collage pour accéder à un espace de possible mise en mots.

Deux jours plus tard, Laure est dans sa chambre avec sa voisine de chambre. La porte est fermée. Lorsque j'entre, elle me dit qu'elle m'attendait et me demande de m'asseoir sans un regard. Elle commence : « *Je n'aime pas ce que le surveillant du service fait.* » Alors qu'elle avait prévenu qu'elle ne passerait que trois jours ici, il lui demande de payer pour dix jours. En plus, la veille, alors qu'elle était en entretien avec les « *psychiatres auxquels [je l'ai] confiée* » (son expression), les personnes qui s'occupent de la distribution des repas auraient dit qu'elle n'avait pas besoin du repas. C'est donc sa voisine qui a réclamé son plat. « *Ce n'est pas parce que je n'ai pas la prise en charge [équivalent de la sécurité sociale] qu'on va me traiter comme les autres.* » « *C'est mieux pour tout le monde que je parte.* » En s'adressant à moi, elle me dit « *quand tu n'es pas là, on ne me traite pas bien* ». Elle m'informe aussi qu'elle a tout dit à l'équipe des psychiatres, à la différence près qu'elle leur a dit regretter son acte. À ce moment-là, sa voisine de chambre demande à me parler. Elle souhaite deux médecins, le sien et moi car « *quelqu'un qui suit devrait être en permanence disponible, "au moins un coup de fil"* ». Je profite de cette demande pour réexpliquer le cadre à Laure. J'explique que les rythmes présence/absence donnent un sens à la parole et au vécu et permettent une certaine élaboration. Ils ne sont en rien le signe d'une absence de disponibilité.

Pendant l'hospitalisation, malgré les limites, elle fait des tentatives de sortir du cadre. Elle m'appelle, me dit qu'elle va « très très très » bien et qu'elle fait des rêves sur moi. Je ne reprends pas et désigne les entretiens comme le seul lieu d'échange. Les mots sont possibles. Le jour de sa sortie, elle est mécontente car nous ne nous voyons pas à l'heure prévue. « *Si tu me dis telle heure...et que tu n'es pas là, je peux penser à un accident ! C'est des "abandons totaux !"* » Elle est en colère. « *Je vais bien quand même.* » Chroniques : elle m'informe de ce qu'elle a fait (son oncle maternel menace d'enfermer son ami ; elle a longuement marché). Elle finit en disant, « *je pars, c'est aujourd'hui que je sors* ». Lorsque sa sortie est effective, elle revient me voir. Elle dit être contente, m'invite à manger avec elle. Elle lance sur un ton de défi : « *si je veux, je vais encore dormir ici sans payer.* » Les défenses maniaques, ici caractérisées par son aspect méprisant et sa tentative de contrôle, soulignent à nouveau combien le lien est pénible pour elle et la séparation aussi.



## 8.7 Enveloppe familiale

Laure dit qu'elle s'entend bien avec son entourage mais qu'elle garde ses distances par rapport à sa famille. En fait, elle paraît plutôt très isolée : enfant isolée, femme isolée voire plutôt « être isolé », car on peut s'interroger sur le fait qu'elle ait tenu une position effective d'enfant ou de femme. A-t-elle effectivement été inscrite comme « enfant de » ? Qu'en est-il de sa position de femme quand son premier rapport sexuel est celui qui l'engage à devenir mère et en même temps à quitter la maison familiale sur la position de force de son père qui « l'impose à sa belle-mère » ?

Elle se positionne comme celle qui parle dans sa famille et qu'on écoute. Donc, à nouveau dans une sorte de position de « divinité<sup>85</sup> » plutôt que de personne inscrite dans son réseau familial. Quel miroir, au sens de réseau familial, inscrit Laure dans des appartenances, un processus identitaire, la constitution d'enveloppes contenantes ?

### **Tensions : le groupe, l'intime collectif et le traitement**

L'apaisement de Laure est rendu possible par le traitement en groupe que favorise l'institution. En tant que femme isolée, il fallait la réinscrire dans une enveloppe groupale. Ce travail a été la source de nombreuses tensions. Laure pose de nombreuses questions à l'équipe. Par exemple, elle sollicite l'infirmier major et attend des réponses de sa part en lui disant que moi je lui répondais. Est-ce un essai de mise en rivalité ? Teste-t-elle la sécurité du cadre et ses garanties ? Il semble qu'elle interroge ici la solidité du groupe et notre capacité à faire preuve d'un « intime collectif ». C'est un espace de tensions et de discussions où les différences ne sont pas exclues mais au contraire incluses dans le processus de prise en charge. Cette recherche d'une grande proximité, ces tentatives pour avoir une maîtrise et un contrôle peuvent apparaître comme ostentatoires, dans la monstration. Mais elles proviennent de ses angoisses d'abandon, des oscillations entre collage (proximité extrême) et rejet, idéalisation, abandon, fatigue. Cela montre la nécessité du travail de tiercéisation et de transitionnalisation. Dans cette conflictualisation institutionnelle, Laure nous pousse à nous mettre en mouvement. Et en même temps, elle cristallise une force de division et de clivage en nous. Elle oblige à faire élaborer par écrit (les difficultés de sa prise en charge sont présentées au staff par une équipe d'externe).

---

<sup>85</sup> Elle se met en position de toute-puissance et hors toute affiliation ; en position de celle qui est écoutée et donc de celle à qui les hommes devraient s'adresser, ce qui évoque la position de « non-être » et donc de divinité. Ici, nous pouvons faire le lien entre la désobjectalisation qui est en jeu chez Laure et l'interprétation culturelle de non-être et donc de défaut d'humanisation qui semble la constituer.

## 8.8 Conclusion : la tentative de suicide dans l'économie psychique

L'acte d'autodestruction de Laure interroge plusieurs dimensions :

- La dimension originaire : quelle est la nature de l'enfant qu'elle est ? Comment a-t-elle été identifiée ? Comment expliquer ce collage au père et ce rapport tourmenté à sa mère ? Ce rapport semble par répétition compulsive se rejouer dans le lien aux autres femmes qui sont des persécutrices.

- La dimension narcissique : elle interroge son lien à l'autre de manière anaclitique.

Il existe une sorte d'indétermination et d'ambivalence quand il s'agit de situer Laure : entre *Abikou* et femme moderne.

Par ses mécanismes de défense et modalités relationnelles (qui laissent paraître sa désorganisation interne), Laure interroge sa place et surtout ce qui la contient, la limite, ses enveloppes. Elle se met systématiquement dans une position de toute-puissance qui la place hors sillon, l'exclut de ses appartenances. Jusqu'à la fin de nos rencontres et de son hospitalisation en psychiatrie, elle refusera de contacter sa mère, renforçant ainsi son statut de femme/fille isolée. Comme si elle s'affiliait ainsi à une place de divinité.

Elle s'est servie de l'institution comme d'une peau contenant. Tel a été le travail avec elle.

Les rencontres avec Laure mettent sur la voie d'un attachement au négatif ; c'est-à-dire une expérience négative de l'attachement empreint de disparition et de destructivité (elle questionne un vécu traumatique évoquant un complexe de la mère morte) et une fixation à l'objet d'amour qui ne répond pas à la demande de tendresse. Elle semble aspirée en miroir par une position mélancoliforme de sa mère, en rivalité avec les autres femmes de son père, qui n'arrivent pas à donner, transmettre et entretenir en vie des êtres mis au monde. Du fait de sa position de survivante qui porte « de la colère dans le dos », un vécu traumatique non élaborable ni symbolisable semble avoir été en jeu. Rappelons que le portage au dos est l'un des premiers modes de lien entre mère et enfant dans le contexte béninois : l'enfant, collé au dos de sa mère qui le porte, partage les activités de cette dernière et est contenu par le pagne qui le tient attaché, la voix de sa mère et des personnes autour et le bruit des activités qui se déroulent autour. Dans la confusion première mère-enfant, on peut imaginer que le dos de la mère est aussi le dos de l'enfant. Qu'en est-il de cette colère non élaborable dans la dépressivité qui donne lieu à l'agir et la désorganisation ?

L'acte suicidaire de Laure correspond à un moment d'angoisse, une agitation interne non nommable et difficile à contenir suite à une attaque de voix féminine (donc une attaque des enveloppes par l'enveloppe sonore). La description du vécu et des événements ayant

conduit au passage à l'acte pointe un vécu de débordement interne qui s'exprime par la manifestation d'un état d'agitation et de confusion en résonance avec l'impossibilité de contacter certaines représentations internes (agir pour ne pas penser ou alors contre-investissement par adoption d'une position maniaque d'omnipotence). Laure, dans un dernier mouvement avant l'acte suicidaire, va appeler sa mère haïe et silencieuse qu'elle ne veut en aucun cas voir par ailleurs.

Son essai de contrôle par la prise médicamenteuse va donner lieu à une réaction organique paradoxale d'agitation en lieu et place d'un endormissement. Il y a comme une agitation motrice à valeur autocalmante dont l'objectif est de mener à un épuisement pour s'arrêter.

Les voix féminines (maternantes) absentes et silencieuses qui reviennent via le téléphone impliquent un moment de débordement et de perte de réalité avec un sentiment de déréalisation.

À partir de ces différents points qui émergent de la clinique, les résultats pour penser et saisir les enjeux de la tentative de suicide de Laure sont les suivants.

### **8.8.1 Une situation déclenchante qui condense de nombreux conflits**

La tentative de suicide de Laure arrive dans le cadre d'une situation conflictuelle liée à sa relation amoureuse. Mais cette situation sature et condense de nombreux autres conflits non résolus (amoureux, social, familial...).

Ces conflits, ici condensés dans la relation amoureuse actuelle et les voix féminines insultantes renvoient à de nombreux éléments tenus jusque-là en suspens dans le fonctionnement de Laure. Ce sont la scène non symbolisable de la mère en pleurs, les traumatismes liés à son statut particulier et son isolement, non-symbolisation de ses filiations, indicible flou de la destructivité interne qu'elle laisse au bon jugement d'une puissance divine (comportements ordaliques), identifications piégées aux enfants morts et à la mère d'enfants morts qui l'exclut de ses filiations, problématique de l'individuation.

### **8.8.2 Effraction traumatique**

Chez Laure, on voit bien comment l'attaque par une voix féminine vient la désorganiser par réactualisation d'un lien à une mère qui semble notamment fait d'incompréhension et de vécus traumatiques. C'est donc une situation conflictuelle qui a valeur traumatique car elle condense et réactive plusieurs conflits psychiques non élaborés dont l'afflux conduit à une désorganisation identitaire.

Il n'y a pas de traitement psychique possible de ces conflits qui connaissent un surinvestissement simultané. Ainsi, la désorganisation donne lieu à cette agitation psychomotrice. L'acte suicidaire prend ici valeur de traitement-décharge de la destructivité interne qui désorganise. Ce qui confirme qu'il y a un moment de « flottement identitaire », un moment de confusion entre fantasme et réalité, notamment ce qui concerne l'agressivité et les mouvements destructeurs internes.

### **8.8.3 Déficit de filiation**

En effet, chez Laure, les associations en lien avec l'acte suicidaire illustrent ce besoin de s'auto-fonder, comme pour tenir à distance un rapport aux figures parentales douloureux et confus. Elle ne semble pas se représenter comme inscrite dans une logique généalogique qui lui permette de tenir et de se situer à une place au sein de cette chaîne générationnelle. Laure, dans un retournement actif, rejette sa mère pour contre-investir des vécus de rejets. Elle questionne sa filiation par sa position omnipotente qui vient la protéger des situations de rejet (non seulement de la mère mais aussi à l'école où elle dit avoir été traitée de sorcière et donc remise en cause sur ses filiations humaines). L'acte suicidaire remet en scène l'exclusion qu'elle vit ainsi que son besoin d'être dans un lien exclusif. Ses fragilités narcissiques questionnent les failles de l'enveloppe culturelle car elle se sert de la notion d'*Abikou* pour se situer et se trouver une place mais ceci sans aucun appui à un groupe familial. En même temps, elle questionne ses imagos parentales par ce deuil impossible de ce père « protecteur » et ce lien impossible à une mère à laquelle elle essaie de s'identifier quand son petit frère arrive.

Pour Laure, la tentative de suicide évoque sa difficulté à s'inscrire dans quelque réseau ou configuration relationnelle que ce soit. Psychiquement, ses identifications à un statut *Abikou* la sortent d'une inscription plutôt qu'elles ne lui permettent de s'approprier une place.

### **8.8.4 Tentative de réaménagement**

L'acte semble mettre en jeu une tentative de se déprendre d'une emprise des objets primaires dont le suicidant semble incapable de s'affranchir.

Les différents enjeux de remise en scène transféro-contre-transférentiel de son lien tyrannique, agressif à l'objet et de ses cramponnements relationnels ont pu être travaillés par le biais du groupe institutionnel. La crainte du rejet de Laure évoque une problématique du lien aux premiers objets qu'elle n'a pu internaliser suffisamment pour pouvoir s'en affranchir. C'est pourquoi elle semble encore psychiquement sous l'emprise de ce lien non contenant dont elle essaie de déprendre. L'institution, en survivant aux attaques de Laure, a permis

d'amorcer dans le lien avec moi une ébauche de limites : elle décide alors de me surnommer « Madame Barrière ». Elle attend d'être en entretien pour parler. Toutefois, on ne peut pas affirmer que les représentations en termes d'imagos se soient transformées. L'hospitalisation a permis qu'elle mette en scène l'absence de représentation des objets internes et de la restaurer un peu narcissiquement. Je suis toutefois en position de confirmer mon hypothèse de travail car c'est la tentative de suicide qui vient ici permettre d'amorcer un travail autour de l'absence et des limites.

### **8.8.5 Sentiment d'étrangeté et failles narcissiques pré suicidaires**

Laure vit son lien comme désobjectalisée : elle est dépourvue de propriété humaine (rabaissée par sa belle-mère puis par cette femme qui la traite de prostituée) ; elle devient pour cet homme qu'elle aime une sorte d'objet-non objet. En même temps, cette perception est vécue sur un mode projectif car elle attribue aux autres ce regard déshumanisant. Ainsi désinvestie, déniée, elle s'auto-effracte dans une recherche de tranquillité interne.

Les différentes associations de Laure évoquent ses humiliations, les rejets qu'elle a subis et son vécu d'étrangeté qu'elle met du côté d'une position d'être proche d'une divinité. Tout cela dans un contexte de recherche d'exclusivité et de plainte de son exclusion.

### **8.8.6 Contenant familial dysfonctionnel**

Il semble qu'il y a une désintégration de la structure familiale et sociale qui empêche la constitution d'enveloppes familiales, groupales, sociales suffisamment contenant (car son enveloppe interne est insuffisante) qui entre en résonance avec son insuffisance d'enveloppes psychiques.

Laure se sert de la notion d'*Abikou* pour figurer ses vécus d'étrangeté et d'exclusion. Toutefois, si de manière générale ce concept a valeur préventive, il semble que les différentes démarches qui ont donné lieu à une théorie étiologique autour de la nécessité de traiter les enjeux de destructivité (qui se joue dans le lien entre Laure et son environnement) n'ont pas permis à son environnement (groupe familial) de créer des liens suffisamment bons. Ainsi, si Laure s'appuie sur ce terme qui a certainement été évoqué autour d'elle, c'est surtout pour signifier qu'il n'a pas été fonctionnel pour elle et son groupe. Elle reste donc indéterminée entre ses désirs et besoins de femme, de mère et de personne dépositaire d'une certaine destructivité (*Abikou*).

## CHAPITRE 9 : JOËL : LE PHALLIQUE EN SOUFFRANCE, À LA QUÊTE D'UNE RÉAPPROPRIATION

### 9.1 Cadre des rencontres

Les rencontres avec Joël débutent après la mise en place d'une hospitalisation et d'un traitement psychiatrique. Le dispositif de recherche n'est donc pas ici en première ligne (par rapport au soin). En effet, Joël est amené aux urgences de l'hôpital suite à une tentative de suicide : il a pris vingt comprimés de Gardéнал<sup>86</sup> et dix comprimés de quinine. À la suite des soins reçus aux urgences, son état général et sa présentation (pleurs et lamentations continuels) ont conduit à l'indication d'un avis psychiatrique. Il est donc reçu initialement, accompagné de sa mère, par un psychiatre. Sa mère semblait plus à même d'expliquer ce qui se serait passé. Lors de ce premier entretien psychiatrique, c'est auprès d'elle que sont récoltées les informations anamnestiques.

Le psychiatre observe au cours de cette rencontre une asthénie, une humeur triste et des pleurs au moindre souvenir de l'événement qui aurait conduit à la tentative de suicide (une somme d'argent perdue). Il préconise une hospitalisation. Un traitement antidépresseur (Anafranil) et anxiolytique (Temesta) commence. Le psychiatre m'informe de l'hospitalisation de Joël et m'invite à le rencontrer. C'est par conséquent dans le service de psychiatrie où Joël vient d'être hospitalisé que nous le rencontrons afin d'établir un premier contact et d'obtenir son accord pour une série de rendez-vous. Nous lui proposons cinq rencontres afin de réfléchir ensemble à ce qui a pu se passer. Il est d'accord. Ainsi cinq rencontres ont lieu, dont deux après sa sortie d'hospitalisation.

Étant donné que la série de rencontres se greffe sur une prise en charge psychiatrique déjà entamée, il n'a pas été nécessaire de recevoir Joël en binôme en vue d'un éventuel passage vers le soin<sup>87</sup>. Je le reçois donc seule. Le dispositif de recherche n'est pas, pour autant, clivé du soin. Des échanges ont lieu avec son psychiatre<sup>88</sup>. En plus de la série d'entretiens avec Joël, une rencontre a lieu avec sa mère juste avant sa sortie d'hospitalisation.

---

<sup>86</sup> Le Gardéнал est un médicament antiépileptique, plus précisément un anticonvulsivant qui appartient à la famille des barbituriques. Il est utilisé dans le traitement de certaines formes d'épilepsie. Ce médicament est pour Joël familier car il lui a été prescrit à l'âge de 12 ans à la suite de crises convulsives.

<sup>87</sup> Pour rappel, le dispositif de recherche prévoit des entretiens en binôme soignant-chercheur afin de faciliter la prise en charge thérapeutique, si nécessaire, à l'issue des cinq rencontres.

<sup>88</sup> Il y a, entre autres, des échanges sur le statut du diagnostic d'épilepsie. Les modalités de la tentative de suicide de Joël (utilisation du Gardéнал qui est son traitement anti épileptique), posent d'emblée la question de la

## 9.2 Présentation

Joël est un jeune homme de 28ans. Il est titulaire d'un BTS en télécommunication mais n'a jamais travaillé dans son domaine. Il mène une activité dans le commerce des céréales en collaboration avec sa mère. En effet, après l'obtention de son diplôme, en raison de l'état de santé de sa mère, il s'est engagé « momentanément » dans le commerce pour aider cette dernière dans l'approvisionnement de sa boutique de céréales.

Il est d'ethnie Mina du côté paternel, mais sa mère est Bariba (ethnie du Nord Bénin). Joël est célibataire et vit encore avec sa mère, son beau-père, sa demi-sœur ainsi que deux cousines qui travaillent elles aussi dans la boutique de la mère de Joël.

### *Conditions des entretiens*

La prise de contact avec Joël a lieu le jour de son hospitalisation en psychiatrie. La série de cinq entretiens commence quatre jours après cette prise de contact, Joël est toujours hospitalisé. Malgré le grand empressement de Joël à se saisir d'un espace de parole et de réflexion, il faudra du temps pour inaugurer le cadre de rencontres.

La dynamique même des échanges a également été complexe à construire. Joël est réticent à la proposition d'associer librement, mais il vient quand même aux entretiens. Cela interroge l'existence d'éléments persécutifs ou d'un vécu d'insécurité interne. Dans sa réticence voire sa difficulté à parler de lui, à se raconter, il m'interroge plusieurs fois sur mon identité, sur mon affiliation avec les « sœurs Zinzou » qui passent à la télé et s'occupent d'œuvres d'art. Il questionne ma provenance et fait des suppositions sur la partie du Bénin dont je pourrais être en partant de la consonance de mon nom. Il faudra également du temps pour instaurer une dynamique d'échanges fluide et sécure, et laisser émerger une possibilité de « se » dire a minima. Cela nous a permis de revenir progressivement sur son acte, et sur le sens qu'il lui donne.

---

présence ou pas d'une épilepsie chez lui. À partir du dossier médical et des éléments d'information reçus, une série d'imprécisions demeure. Ses crises épileptiformes ont débuté à 12 ans. Elles ont fait l'ait l'objet d'investigations somatiques qui seraient ressorties négatives (par exemple l'EEG n'a pas confirmé la présence d'une activité relevant de l'épilepsie). Toutefois, Joël a bénéficié d'une prescription médicamenteuse difficile à expliquer. L'énigme autour d'une épilepsie persiste puisque la mère de Joël, en accord avec les médecins, met en place une nouvelle série d'investigations (EEG) qui se révèlent à nouveau en défaveur d'une activité cérébrale épileptique. Lorsque les échanges avec Joël permettent d'investiguer son rapport au Gardénal, il parlera de crises nocturnes pendant lesquelles il perdait conscience. Ces crises se déroulaient a priori en présence de sa mère qui les lui racontait ensuite (tremblements, convulsions). Le flou de son discours ne permet toutefois pas de trancher entre expression hystérique ou psychosomatique. Joël présente d'autres types de somatisation, notamment dermatologiques, qui ont commencé pendant son adolescence. Ces somatisations dont le statut m'apparaît peu précis interrogent une relation d'objet allergique chez Joël. Cet aspect est développé dans les associations autour de l'acte suicidaire.

### *Éléments marquants*

Au départ, malgré son hospitalisation (donc sa présence géographique sur le site même du service de psychiatrie), Joël vient en entretien accompagné par une amie ou une tante, qui s'enquière du temps d'entretien afin de revenir le chercher. Nous mettons cela en lien avec sa difficulté à inaugurer les rencontres, qui a pu donner l'impression qu'il était une « chasse gardée », protégé malgré sa demande explicite de parler.

La mise en récit autour de l'acte suicidaire et de l'histoire de vie de Joël a été complexe à mettre en place. C'est au bout de quatre rencontres qu'il en arrive à un récit des événements qui se sont déroulés jusqu'à sa tentative de suicide. En effet, lors des entretiens, Joël évoque de manière très évasive certaines « consultations » effectuées après le constat de la disparition de l'argent ; disparition qui est présentée comme l'évènement déclenchant de la tentative de suicide de Joël. Un *Bokonon*<sup>89</sup> (interprète du *Fa*<sup>90</sup>) aurait été consulté afin de trouver les raisons du vol et éventuellement d'identifier les personnes impliquées. Mais Joël est très réticent à évoquer ce type de démarche et l'interprétation qui en est ressortie dans un lieu comme un hôpital. Il refuse dans un premier temps de préciser les résultats, arguant que cela n'a rien à voir avec l'hôpital. Je lui explique alors la raison de ma question, mettant en avant les différents types de consultations possibles : celles qui se font la nuit, celles où l'on parle, celles où l'on ne parle qu'aux noix de palme. Rassuré d'être sur un terrain connu, Joël peut alors échanger plus avant sur les consultations effectuées, les résultats obtenus et ses différents ressentis. Progressivement, un récit du contexte de l'acte suicidaire s'est mis en place. L'alliance se fait autour de la possibilité de parler des consultations de *Fa* faites auprès du *Bokonon*, gage d'ouverture à une parole moins inhibée et clivée. Les questionnements maintenus jusque-là en « contention » pourront alors être exposés. Joël s'en trouve soulagé et la dynamique des échanges prend une tournure différente. Il associe sur des événements de son parcours et les interroge en rapport avec ses projets.

Le dernier élément marquant chez Joël est l'ambiguïté contre-transférentielle dans laquelle me plonge sa problématique. En effet, la présence massive d'une angoisse de castration, d'enjeux œdipiens et de culpabilité inconsciente a entraîné chez moi une sorte de mise à l'écart et de « fascination-pulsion de savoir » concernant les éléments archaïques en jeu

---

<sup>89</sup>Le *Bokonon* est l'interprète du *Fa*, celui à qui l'on s'adresse pour la lecture du *Fa*. C'est un intermédiaire.

<sup>90</sup> Le *Fa* est un système divinatoire complexe dont il est difficile de donner ici une explication exhaustive. Comme souligné dans la partie théorique, il faut insister sur le fait qu'il est intégré au quotidien et qu'il est utilisé autant dans des contextes rituels (naissances, morts) que pour faire face à des difficultés courantes (doute, prises de décision). Ce système apparaît comme une représentation encyclopédique de l'ailleurs, du monde invisible. Il est constitué de signes principaux dont les différentes combinaisons donnent lieu à des récits mythiques et légendaires sur les fondements et la manière de maintenir l'ordre de l'existence et des choses.



chez lui. Comme si ces éléments névrotiques et leur massivité relevaient d'une facilité clinique, d'un masque de la problématique incestuelle présente. Contre-transférentiellement, j'ai certainement été prise dans une difficulté à accueillir et travailler les questions de culpabilité inconsciente et de rivalité œdipienne. La latéralisation du transfert par les objets culturels a cependant permis de travailler ces aspects.

### 9.3 Anamnèse

Les éléments d'anamnèse de Joël sont amenés comme « événements » incompris et faisant non-sens, plus que comme éléments pris dans une certaine historisation, ce qui rend difficile d'« énoncer » de manière liée et articulée une présentation anamnétique. Nous partirons des bribes d'éléments épars de la série de rencontres cliniques, des éléments du dossier psychiatrique (principalement donnés par la mère) et de la rencontre avec la mère de Joël pour essayer de « constituer » et « faire tenir » les éléments de son parcours.

Joël est le seul enfant issu du couple de son père et sa mère. Ses parents n'ont jamais été mariés ; chacun a refait sa vie par ailleurs. Sa mère, une commerçante de 48 ans, est aujourd'hui mariée et a deux enfants. Joël est l'aîné de cette fratrie de deux. La deuxième est une fille de 16 ans. C'est avec cette sœur, son beau-père et des filles qui aident sa mère au marché que vit Joël. Les rapports entre sa sœur et lui ne semblent pas être très apaisés. Le beau-père de Joël est le directeur « prospective et planification » d'un ministère de l'État. Joël le décrit comme peu bavard et travaillant beaucoup. Il ne se sent pas très proche de lui.

Le père biologique de Joël est d'ethnie Mina et enseignant de métier ; il a pris une retraite anticipée pour maladie (la pathologie n'est pas précisée, mais il semble qu'il s'agisse d'antécédent psychiatrique). Il est monogame mais a eu des enfants avant son mariage, dont Joël. Du côté paternel, Joël a plusieurs frères et sœurs. Son père aurait d'abord eu un garçon et une fille avec la même femme avant d'être affecté à Parakou comme enseignant. C'est dans cette ville du nord du Bénin qu'il rencontre la mère de Joël et que Joël naît. Lorsque le père de Joël revient dans le Sud, il a à nouveau un garçon et une fille. Ensuite, avec une troisième femme, avec qui il est officiellement marié, il a deux garçons.

La conception et la grossesse de Joël se seraient déroulées<sup>91</sup>, dans un contexte conflictuel car ses grands-parents maternels s'opposaient à l'alliance de leur fille avec un « homme du Sud ». Cela aurait précipité la séparation du couple (le père de Joël aurait demandé un changement d'affectation pour échapper aux difficultés posées par sa belle-famille). Sa mère rapporte que Joël a été réanimé à la naissance car il n'a pas crié. Il a été

---

<sup>91</sup> Tel que l'explique la mère au premier entretien psychiatrique (en présence de Joël).

sevré après 6 mois d'allaitement. Elle dit ne pas se souvenir du développement psychomoteur de son fils.

Vu le contexte de son arrivée au monde, Joël a grandi dans sa famille maternelle à Parakou puis avec sa mère seule au moment où elle s'installe dans le Sud (à Cotonou). Joël insiste énormément sur le fait que c'est à l'âge de six ans, quand sa mère et lui sont venus s'installer à Cotonou, qu'il a rencontré pour la première fois son père. Sa mère aurait entrepris cette migration vers le Sud pour retrouver le père de Joël dont elle n'avait pas de nouvelles. Lorsqu'elle le retrouve, elle découvre par la même occasion l'existence de frères et sœurs aînés et cadets de Joël. Depuis les retrouvailles avec son père, Joël a alterné entre vacances dans sa famille paternelle et vie auprès de sa mère qui a elle-même reconstruit une relation. Il souligne les écarts qui existent entre ses deux familles : la famille de son père est catholique et a un mode de vie différent de celui qu'il avait jusque-là connu dans sa famille maternelle musulmane.

Depuis la classe de CM2 (donc à 10-11 ans) il a été prescrit à Joël de prendre un comprimé de Gardénil au coucher pour ses crises nocturnes d'allure épileptique. Pendant les rencontres, Joël révèle que ces crises auraient conduit à demander un avis psychiatrique. Quand il était adolescent, il a également eu de nombreuses manifestations dermatologiques (notamment des abcès situés à proximité de ses parties intimes telles que les aisselles).

Joël est décrit par sa mère comme un enfant « calme », qui ne « s'amuse pas » et « se préoccupe de son avenir ». Joël, quant à lui, se décrit comme discret, peu connu dans son quartier. Il souligne qu'il est irritable, notamment par rapport à sa mère.

Son parcours scolaire se déroule sans problème : il n'a jamais redoublé. Après le baccalauréat, il a commencé des études de mathématiques mais il aurait été découragé par un oncle qui lui aurait dit qu'avec de telles études le seul débouché était de devenir enseignant. Joël aurait alors opté pour un BTS en télécommunication. Toutefois, depuis l'obtention de ce BTS, il n'a pas eu de travail. Il commence une collaboration avec sa mère, à l'époque malade – elle souffrait d'hypertension et de diabète). Cette maladie l'aurait empêchée pendant deux ans de s'occuper pleinement de son affaire. Joël en est à sa troisième année de collaboration. Il nourrit toutefois le projet de faire l'École Normale Supérieure qui forme les professeurs. Le coût de formation est élevé, mais il a obtenu l'accord de sa mère pour réaliser ce projet. Il se vit donc comme « collaborateur momentané ».

C'est dans le cadre de cette collaboration, qu'il espère bientôt terminée et qu'il investit comme moyen d'accéder à son désir de devenir plus tard enseignant, que les événements vont le précipiter vers son acte suicidaire. La disparition d'une somme d'argent importante qu'il

avait en sa possession et avec laquelle il devait approvisionner la boutique de sa mère est la cause de son passage à l'acte suicidaire. Cette disparition est vraisemblablement due à un vol.

#### **9.4 Modalités relationnelles/ Mécanismes de défense**

Les débuts de séance sont souvent laborieux, Joël ne comprend pas pourquoi je ne pose pas de questions (comme le psychiatre) et me sollicite constamment à ce propos. Il revient souvent sur le sens de notre travail. Il m'interroge sur le pourquoi de mes notes et sur ce qui sera fait des écrits. Mes réponses sont traitées avec ironie et donc disqualifiées, soulignant l'agressivité latente et la difficulté à contacter une dynamique sur laquelle il a peu de contrôle. Il a souvent des rires nerveux et semble énormément se contenir dans ses propos. Pendant les entretiens, Joël ne me regarde pas ou très peu. Quand il parle, il a le regard fixe comme s'il était absorbé dans sa parole.

Sa réticence, voire sa difficulté à parler et énoncer les éléments de son parcours ainsi que son vécu donne aux rencontres une allure d'espace de « ruminant ». En effet, Joël n'a cessé de « trouver l'identité du voleur » de la somme d'argent responsable de son passage à l'acte suicidaire. Il répète inlassablement l'événement de la disparition du sac contenant l'argent qu'il avait en sa possession. Sa voix est monocorde, ce qui donne une allure de monotonie et d'apathie à son discours et son élocution. L'affect est curieusement mis à l'écart, même si, dans la répétition de la thématique, l'on peut supposer que cet événement condense un vécu affectif important.

La mise à l'écart (ou pseudo-détachement affectif) se retrouve aussi dans la description qu'il peut faire des bribes de son histoire. Ce fonctionnement n'est pas attribuable uniquement aux effets de sidération de la pensée consécutifs au passage à l'acte suicidaire. Par exemple, parlant d'aspects de sa biographie, Joël dit avoir connu son père à l'âge de six ans. Il le répète souvent sans pouvoir aller plus avant. L'affect qui semble ici annulé relèverait donc plutôt d'un vécu d'effroi non nommable et donc traumatique. Il y a un paradoxe entre ce corps figé, au regard fixe et à la voix lente qui martèle la scène et donne une forte sensation de présentification du vécu de sidération, et ce sentiment d'absence de Joël à lui-même quand il évoque ces séquences avec détachement. Tout se passe comme si l'angoisse l'étreignait à la simple évocation ou représentation d'un fragment d'intime.

Le fait de se cramponner aux mêmes sujets et questions, et de maintenir son discours autour de l'actualité de la rencontre et de l'hospitalisation souligne son besoin de contrôler l'émergence affective, quelle qu'elle soit. Il semble que l'affect est neutralisé et non pas

absent. Au fur et à mesure des rencontres, le regard de Joël est moins fuyant même si son petit rire nerveux demeure, signe d'une montée d'excitation difficile.

Il semble que le refoulement ne soit pas un mécanisme suffisamment opérant chez Joël pour contenir son angoisse. Ainsi, d'autres mécanismes le complètent : annulation rétroactive et dénégation. Par exemple, dans son discours sur la disparition de l'argent, plane une suspicion implicite sur son beau-père ; toutefois, cette suspicion ne peut être ni énoncée ni même pensée. Elle est systématiquement annulée : Joël exclut quelque doute que ce soit à l'égard de ses parents. Du fait des annulations, les nombreux événements de vie qu'il évoque restent dans un premier temps flous. C'est le cas de la « dermatose » et de ses troubles épileptiques qu'il amène dès la première rencontre de manière évasive. Mais aussitôt évoqué aussitôt annulé. Joël dit ne plus s'en souvenir, rationalise en expliquant que la prise de Gardénal pour ses crises épileptiques entraîne des troubles de la mémoire. Par ces annulations, Joël semble se défendre de toute représentation ou de tout lien qui pourraient être faits. La dénégation est également présente chez lui. Quand les suspicions envers son beau-père et tous les enjeux de la problématique œdipienne semblent pouvoir trouver un chemin d'expression, une négation du lien entre la disparition et les accusations agressives et libidinales envers les parents se fait jour. De même, il procède par négation de l'intérêt du travail de recherche par co-construction. Un autre exemple de dénégation quand il parle de son père puis me dit : « *et ne me demandez pas pourquoi le mien n'est pas venu.* » Cette rétention d'informations et ce rire nerveux entraînant des annulations, dénégations et silences semblent être des techniques utilisées pour éviter l'accès à une certaine érotisation des liens ; évitement que l'on peut mettre en lien avec une difficulté à refouler les désirs œdipiens.

Il y a dans la manière dont il s'investit pour identifier à tout prix le « voleur » une sorte de surinvestissement de la pensée que l'on peut supposer corrélative d'une contention-maîtrise-évacuation de l'affect. Cette « obsession » de l'identification du voleur, qui demeure jusqu'à la fin de la série de rendez-vous, renvoie à la prégnance d'une culpabilité inconsciente non élaborable dont il essaie de se dédouaner en n'ayant cessé de trouver le coupable.

La mise à mal du processus associatif indique une difficulté de conflictualisation psychique chez Joël, ce qui laisse supposer des processus de décharge et/ou des mises en acte. Au bout de la troisième rencontre, Joël énonce lui-même cette difficulté. Il verbalise clairement qu'il n'aime ni ne supporte le conflit. Face au conflit, analyse-t-il, il est plutôt en position de fuite et d'évitement. Il donne un exemple : il ne retourne pas acheter des céréales dans les villages où il y a un risque de conflit. Les difficultés de conflictualisation psychique sont en outre identifiables aux nombreuses somatisations de Joël qui mettent en évidence

l'existence de processus de décharge autres que les représentations. En effet, au vu des antécédents et des manifestations somatiques de Joël (crises épileptiformes nocturnes, sans atteinte somatique retrouvée), on peut penser que les processus évacuateurs sont également liés, dans son économie psychique, à un déplacement sur le corps. Toutefois, comme on l'a expliqué plus haut, cet élément ne peut être rabattu du seul côté de l'hystérie. Ce mode d'expression reste d'actualité. En effet, à sa sortie d'hospitalisation, devant l'imminence de la reprise de la collaboration avec sa mère et son impossibilité à lui opposer un refus, Joël revient en entretien le visage complètement déformé par des abcès. Les expressions psychosomatiques lui permettent une mise à distance et de traiter le corps comme objet « extérieur ». Mais ces mécanismes insuffisants le poussent à faire une demande de rationalisation par le biais du discours médical lui interdisant de « reprendre le marché », ce qui lui permet de tenir toujours à distance les affects et représentations insoutenables.

Compte tenu des mécanismes de défense qui évoquent un fonctionnement relevant d'une difficulté associative, les conduites d'auto-agression ne peuvent être abordées en tant que telles. L'alliance et la possibilité d'énoncer quelques éléments du vécu affectif ont pu se faire essentiellement autour de la possibilité de parler des consultations du *Fa*, ce qui souligne la nécessité du tissage culturel. Cela a ouvert ensuite à une parole un peu moins inhibée. Les questionnements maintenus jusque-là en « contention » ont pu être exposés.

Dans le contexte du Sud Bénin, les démarches de consultation chez le *Bokonon* en vue de la lecture du *Fa* sont des pratiques courantes. Elles consistent à demander de formuler un récit mythique dont le sujet qui consulte devra se saisir pour lier ses questionnements et amorcer un processus de réflexion. Mais Joël, au lieu de se saisir des consultations chez le *Bokonon* comme d'un espace de mise à distance et de tiercéisation, colle littéralement, comme par identification adhésive au discours.

Si l'économie affective prégnante met sur la voie d'un fonctionnement névrotique, il semble toutefois pertinent de considérer le noyau narcissique pour mieux comprendre le fonctionnement de Joël.

### ***Séduction et transfert érotique : la constitution d'un intime dans le groupe***

Les défenses de Joël, de l'ordre de la répétition et d'un recommencement continu à instaurer une possibilité d'associer, font éprouver une sorte d'emprise contre-transférentielle. Cet éprouvé contre-transférentiel ne m'a pas conduite, par renversement, à manifester de l'ennui ou du désinvestissement, autant de signes qui traduisent une réaction thérapeutique négative. Plusieurs éléments ont permis d'éviter ce risque et de maintenir une charge

libidinale suffisante pour continuer le travail. J'ai déjà évoqué ma difficulté à accueillir et travailler directement la culpabilité inconsciente : la dynamique de séduction instaurée par latéralisation a permis, à mon avis, de surmonter l'attaque des modalités relationnelles mettant à mal l'espace de parole proposé.

Autant les débuts de rencontres sont laborieux, autant les fins d'entretien sont des moments particuliers qu'il faut accompagner. Ces moments soulèvent des demandes qui peuvent apparaître dans un premier temps comme relevant d'un transfert érotique. Toutefois, en les accueillant et les laissant se déployer, elles mettent sur la voie d'une problématique plus archaïque. Les pistes possibles pour entendre la difficulté de Joël à se constituer et à « habiter » son espace intime sont notamment celles d'une séduction primaire et d'un lien exclusif à la mère.

Joël se plaint de la durée fixée pour nos rencontres, qui ne serait pas suffisante. Lorsque je lui signifie que c'est bientôt la fin de la rencontre, il répond : « *Vous voulez arrêter ?* » J'explique que c'est le cadre institutionnel qui est le garant de nos rencontres et non seulement mes envies ou les siennes. Il est nécessaire de remettre du tiers et du cadre là où les intimes, positions toutes-puissantes et désirs semblent être questionnés.

À la fin de la première rencontre, Joël me demande mon numéro de téléphone. Faut-il entendre un essai de séduction ? Un gage de confiance devant ses grandes réticences ? Ou bien le signe de son interrogation sur la possibilité de m'engager dans la relation de travail dans laquelle je l'invite ? Nous reparlons de cette demande au rendez-vous suivant. Joël réfute l'hypothèse d'une garantie de confiance et d'une demande de s'appuyer sur un cadre sécurisé. Pour lui, ce n'est pas un test de confiance mais « *au cas où j'aurais besoin dans d'autres situations à l'extérieur d'appeler* ». Ici, il semble qu'une angoisse d'abandon soit à l'œuvre (un questionnement sur le statut du travail proposé : travail solitaire ou travail de co-construction).

Au deuxième entretien, il formule à nouveau une demande évoquant une forte érotisation et qui semble à nouveau masquer les failles narcissiques et identitaires dans une répétition d'une séduction primaire annihilante. Joël m'explique que sa tante souhaite que mon nom soit complété par un titre – madame ou mademoiselle. Cette question serait destinée à savoir si je peux m'inscrire sur la liste des femmes qu'il pourrait épouser. Cette demande, sous sa première forme, met sur la voie d'un transfert érotique ; lorsqu'elle est déployée, elle débouche sur la piste de la difficulté à se constituer un intime pour Joël. En effet, Joël est fortement interrogé par son entourage familial sur ma place, ma fonction et le sens des entretiens. Les entretiens en duel, excluant le groupe familial et excluant momentanément Joël

du groupe, suscitent une montée d'excitation et d'angoisse générale. Il porte cette angoisse et cette excitation même si elles ne relèvent pas d'un mouvement qui lui appartient en propre. Il m'explique : « *J'ai dit à ma tante qu'à la sortie de l'hôpital, il faut qu'elle me trouve une femme et que je fasse un enfant. Elle m'a dit que si tel était le problème, j'aurais pu faire cette demande depuis fort longtemps. Elle demande que vous complétiez votre titre pour voir si vous pouvez être sur la liste.* »

Il semble que le clinicien condense pour Joël, mais aussi pour le groupe familial qui l'entoure, les figures maternelles et paternelles œdipiennes à la fois attirantes et sources d'excitation. Au même moment, il projette une figure maternelle secourable et attend certainement une fonction tierce qui le séparerait enfin de sa mère.

### **9.5 Description du contexte de l'acte et signification**

Joël a pu amorcer un récit des événements qui se sont succédé jusqu'à sa tentative de suicide au bout de la quatrième rencontre.

En raison des élections présidentielles, Joël a dû suspendre sa dernière tournée d'achat de céréales à l'intérieur du pays car son bureau de vote est à Cotonou. C'est la première fois qu'il détenait une aussi grosse somme d'argent au retour d'un voyage, n'ayant pas eu le temps d'effectuer les achats. Il met l'importante somme d'argent non dépensée (environ 3 000 euros) dans un sac qu'il pose négligemment dans le salon.

Le jour où tout a commencé (7 jours avant sa tentative de suicide), tout allait plutôt bien. Son beau-père était absent. Joël et sa mère avaient passé une agréable soirée pendant que tout le monde dans la maison était couché, ils avaient discuté. Tard dans la soirée, sa mère est allée se coucher. Mais au moment d'aller lui-même au lit, Joël a été pris d'une pensée obsédante qui l'a étrangement contraint à aller vérifier la présence effective du sac avec l'argent. « *Quelque chose m'a dit d'aller vérifier si l'argent était là* » me dira-t-il.

Stupéfait de ne pas retrouver le sac, Joël interpelle sa mère, pourtant couchée, en lui demandant si elle aurait vu le sac. La réponse négative n'apaise pas son sentiment d'angoisse. Dans un mouvement de panique, il décide alors de réveiller toute la maison, sa tante, sa sœur et les filles qui aident la mère au marché, pour demander si quelqu'un a pris son sac à dos. Sa mère désapprouve son action. Mais lorsque Joël lui souffle que dans le sac se trouve l'argent, elle se lève aussitôt. Il semble que sa panique interne s'est alors transmise à sa mère.

Une fois la disparition constatée, Joël s'interroge tout haut sur l'éventualité que le beau-père ait pris le sac : « *Je me suis dit ou bien c'est le sac que papa a pris ?* » La mère décide de vérifier cette hypothèse. N'arrivant pas à joindre son mari, elle contacte le chauffeur

avec lequel le père a voyagé. Ce dernier frappe à la porte de la chambre d'hôtel du beau-père ; il ne répond pas. Sans se résigner, la mère lui demande alors si son mari a voyagé avec un sac à dos. Le chauffeur le confirme. Un peu rassurés, ils diffèrent alors la suite des investigations au lendemain : « *ça nous a rassuré et nous avons dormi.* »

Le lendemain, la quête reprend. Joël pensait « *entendre de papa qu'il avait l'argent avec lui* ». Ce ne fut pas le cas. Au téléphone, le beau-père dit avoir vidé le sac de tout son contenu et ne pas y avoir trouvé d'argent. Même si elle n'est pas nommée dans le récit, nous devinons la stupéfaction.

Cette disparition énigmatique, accompagnée des suspicions de Joël à peine voilées mais non énoncées contre son beau-père, fait planer un doute sur l'identité du voleur : serait-ce quelqu'un de la maison<sup>92</sup> ? Comme il est de coutume dans le contexte du Sud Bénin pour mettre du sens sur des éléments qui font ainsi énigme, la famille consulte le *Bokonon*, lecteur du *Fa*. Dans le cas de Joël, trois consultations indépendantes auprès de différents *Bokonons* se succèdent, la première en binôme par Joël et sa mère, la deuxième par Joël et sa tante maternelle, la troisième par la mère toute seule<sup>93</sup>.

La première consultation aurait révélé qu'*une fille et un garçon* auraient pris l'argent. À l'issue de cette consultation, il leur a été dit que « quelque chose » pouvait être fait pour qu'en sept jours le voleur « parle ». Ce « quelque chose » fut fait.

Mais, pour Joël, sept jours, c'est long ! Il culpabilise d'avoir gardé l'argent dans le sac au lieu de le rendre à sa mère en attendant la prochaine tournée. Pourtant, cette règle avait été instituée par son beau-père quelque temps auparavant. En effet, il y a peu, il lui avait reproché de garder l'argent sur lui. Il avait déjà perdu 150 euros. Il avait alors pensé que c'était sa sœur la coupable. Pour calmer la dispute, le beau-père avait statué : Joël devait remettre l'argent qu'il avait à sa mère et ne pas le garder sur lui. Joël s'était soumis déjà une fois à cette règle. Mais cette fois-là, il n'avait pas envie que sa mère le retarde au moment de reprendre la route car son voyage de retour était proche. Joël explique qu'avec cette nouvelle perte, il a eu peur de décevoir sa mère, de ne plus avoir d'importance à ses yeux.

L'angoisse de Joël croît pendant l'interminable attente : obsédé par l'idée d'identifier le voleur, il est de plus en plus irritable, suspicieux et agressif. Capturé par cette sorte

---

<sup>92</sup>Ce scénario soulève de nombreuses questions sur les relations que peuvent entretenir Joël et son beau-père, mais aussi sur ce qui est en jeu dans cette disparition-vol, particulièrement dans la relation à la mère. L'interprétation clinique en termes d'une problématique œdipienne (avec une rivalité supposée dans la relation au beau-père) est ici aisée. Cependant, pareille mise en sens occulterait tout un pan de démarches familiales effectuées pour « comprendre » ce qui aurait pu conduire Joël à cet acte. Ces démarches permettent de mieux saisir l'angoisse de Joël et ce qui s'est joué dans la relation avec sa mère.

<sup>93</sup> La multiplication des consultations souligne la panique générale et l'utilisation non fonctionnelle de cet outil technique traditionnel ; j'y reviendrai dans la partie « Enveloppe familiale »(9.7).



d'agitation idéo-verbale, il attend des réponses. Joël consulte de nouveau, sans sa mère mais avec sa tante. Lors de cette deuxième consultation, c'est le beau-père qui est mis en cause. Suite à ces deux consultations, Joël a donc l'espoir que le voleur soit identifié. La mère a été informée des résultats de la démarche de Joël et de sa tante. Mais il semble que rien n'ait été dit de plus et qu'elle n'ait pas réagi. La veille de la tentative de suicide, toujours inquiet, Joël appelle son père biologique ; il n'arrive pas à s'expliquer ce coup de fil.

Cela fait déjà une semaine que l'argent a disparu et qu'il attend les résultats de la première consultation qui tardent à venir. Le matin du jour tant attendu, la mère de Joël décide d'entreprendre une troisième démarche de mise en sens. Elle sort toute seule pour une troisième consultation. Joël rappelle alors son père biologique et lui demande de prier pour lui. Il semble que sa panique soit contagieuse. Au cours de la conversation, « sa petite maman » (la troisième femme du père biologique mais seule femme légale) lui dit connaître un endroit où consulter. Elle souhaite que la mère de Joël la rappelle à son retour, afin qu'elles aillent ensemble consulter. À son retour, sa mère l'informe des conclusions de ce troisième lieu : Joël aurait remis l'argent « *à une fille du dehors* » et « *ce sera très compliqué de le récupérer* ». « *Ce qui met encore une tache sur moi* » commente Joël. « *Ailleurs, ils disent que l'argent est dans la chambre...* » (Traduction : l'argent est à l'intérieur et n'est pas sorti). Joël dit ne plus entendre ce que dit sa mère. Il lui transmet le message de « sa petite maman ». Les deux femmes s'appellent ; la mère repart la chercher. Toutes deux font une autre consultation, dont nous n'entendrons pas parler.

Joël se retrouve seul. Il a un doute sur le fait d'avoir déplacé l'argent. Il fouille partout, mais ne le retrouve pas. Il est assailli par le désarroi. Les chances d'identifier le voleur s'amenuisent, étant donné les résultats décevants des quatre démarches déjà effectuées. Face aux dernières paroles de sa mère, Joël craint d'être considéré comme responsable de la disparition et surtout de perdre son estime : « *Le peu d'espoir que j'avais est parti. L'argent est parti, la somme n'est pas retrouvée, j'ai pensé à la réaction de maman. Elle qui a souvent pensé que j'ai toujours joué avec son argent se dira peut-être que l'argent n'est pas perdu et que je n'ai fait qu'inventer... Comment est-ce qu'elle va me regarder dans la chambre ?* »

Très déçu, se sentant pris dans une impasse, Joël ne peut attendre le retour de sa mère. Il va à la pharmacie acheter du Gardéнал. Il raconte la suite ainsi : « *J'ai même appelé mon papa, je lui ai dit que pour moi c'était fini. Il m'a demandé de venir chez lui à la maison. J'ai raccroché et j'ai pris les comprimés. Le processus était lent alors j'ai rajouté la quinine 100mg. L'effet était lent mais je me suis couché comme ça. J'ai laissé une note à ma mère où je demandais pardon.* » Joël finit en soupirant : « *ce n'est pas facile à raconter.* »

De la description de Joël il ressort que son angoisse majeure est celle de castration et qu'il est engagé dans une lutte intense face à une culpabilité qui relève, selon mon analyse, d'une culpabilité inconsciente<sup>94</sup> pour rester vivant. Les enjeux œdipiens flagrants concernent notamment l'axe identificatoire, avec la remise en question des premières identifications et des premiers liens.

## **9.6 Associations en lien avec l'acte suicidaire**

Joël associe et fait des liens sous une forme essentiellement dénégative, ce qui donne une note particulière à ses énoncés et rend les rencontres complexes. La difficulté à entrer dans un processus de narration et d'historisation reflète celle d'accéder à la représentation de certains événements de vie. On peut alors supposer que ces événements ne sont pas suffisamment élaborés, notamment le lien à la mère.

### **9.6.1 Quelles identifications possibles : conflit ou non-lieu identificatoire?**

Lors de la première rencontre, comme les deux suivantes, il est difficile d'avoir des éléments d'anamnèse. En effet, l'invitation à se présenter et à amener des éléments de son parcours braque, voire désorganise Joël. De telles investigations le rendent très méfiant. Ses réactions illustrent non seulement ses difficultés à se raconter mais aussi à se situer et s'inscrire dans un mouvement, un réseau, des affiliations. Il répète de manière détachée et avec insistance le même événement : sa première rencontre avec son père. Joël décrit les bouleversements et vécus d'étrangeté que cette rencontre a entraînés : se découvrir une fratrie que l'on n'imaginait pas ; mais, surtout, découvrir un autre univers (notamment par la migration dans le Sud), devoir s'appropriier des habits de vie qui sont censés faire partie de son identité mais qui lui sont totalement étranges et étrangers. Par exemple, il va en vacances chez son père, lui qui n'en avait pas. Pendant ces vacances, il vit dans une famille qui lui est étrangère et qui est de surcroît catholique, alors que lui a grandi en milieu musulman. Joël décrit bien sa difficulté à se situer et à se sentir appartenir aux différents milieux qui le constituent – vivre comme un catholique pendant les vacances puis reprendre les pratiques musulmanes. D'ailleurs, il dit clairement qu'il n'a pas encore choisi son orientation religieuse. La verbalisation de cette absence de choix laisse déjà supposer l'existence d'un conflit non élaborable autour des imagos parentales voire de ses affiliations. Ne peut-on pas entendre le

---

<sup>94</sup>Le sentiment de culpabilité inconsciente est un état de tension du Moi qui résulte du conflit entre les aspirations du Surmoi et celles du Moi, sachant que le surmoi apparaît par un processus identificatoire et représente pour le Moi les exigences de la société. Dans la théorie psychanalytique, le Surmoi tire son origine des identifications œdipiennes. Nous verrons que pour Joël le conflit se joue entre une indifférenciation d'avec ses parents et les aspirations à s'en différencier qui rencontrent les interdits culturels premiers autour de l'alliance parentale.

refus de se positionner comme évitement du conflit plutôt que comme une position subjective affirmée ?

La proposition d'un espace d'associativité, de mise en récit et de construction autour du passage à l'acte suicidaire se fait témoin du processus à l'œuvre chez Joël – une difficulté de conflictualisation psychique qui se met en acte.

**« Et ne me demandez pas pourquoi mon père n'est pas venu ! »**

Pour arriver à parler du conflit, Joël le met en acte dans le cadre des rencontres. En effet, la deuxième rencontre est inaugurée par une tension. Comme à la première rencontre, Joël est accompagnée de Noémie. Il avait présenté cette jeune femme comme *« celle qui me court après et la première sur la liste »*. Cette jeune femme vend des médicaments au marché où se trouve la boutique de sa mère. Joël a peu de relations sociales, mais sur l'initiative de Noémie, ils ont sympathisé et de temps en temps il l'appelle quand il a envie de parler. Dès qu'elle a appris le passage à l'acte de Joël, elle est venue à l'hôpital et y passe ses journées.

Lors de la première rencontre, Noémie était souriante et semblait tout à fait réceptive à l'espace de parole proposé à Joël. Curieusement, à la deuxième rencontre, elle me tourne le dos. J'en déduis qu'il y a un malaise, mais je ne sais pas encore lequel. Joël se plaint de la durée de l'entretien qu'il juge insuffisante. Noémie répond : *« restez même deux heures si vous voulez ! Voilà le lit ! »* en montrant le lit d'auscultation qui se trouve dans le bureau. Les enjeux de rivalité qui se rejouent dans le cadre des rencontres prendront sens par la suite. En fait, se rejouent une rivalité et un conflit qui mettent Joël en difficulté. Il arrivera à le nommer après un cheminement associatif.

Noémie sort après ces paroles. L'entretien commence. J'invite donc Joël à parler de ce qui lui vient à l'esprit. Il commence par souligner combien l'hospitalisation rassemble et mobilise du monde autour de lui, ce qui semble le surprendre. *« Depuis que je suis ici, il y a une foule qui vient me voir. Moi-même je ne savais pas que j'avais autant de famille. Je n'ai fait que penser à l'argent, pas à la famille, à la santé de ma mère, au fait que ma présence valait peut-être plus que cette somme-là et qu'il valait mieux subir sa colère que commettre un suicide. »* Joël souligne : *« Mon père est même venu me voir. Il est là aujourd'hui, actuellement. »* Il rapporte ce qu'une tante paternelle lui a dit : *« le voleur n'a qu'à partir avec son argent mais il n'aura pas ta vie. »* Cette phrase a fait regretter à Joël son acte. Le vécu de Joël atteste que, malgré ce qui apparaît dans le manifeste (famille, vacances chez le père...), psychiquement, il y a défaut d'inscription et de sentiment d'appartenance. L'acte

suicidaire, l'hospitalisation de Joël et ses conséquences amorcent une mise en question de ses liens identificatoires au père.

Joël poursuit sur ses relations affectives. Bien au-delà de ses relations sociales quasi inexistantes, il confie son manque d'expérience en ce qui concerne les femmes : « *J'ai dit à ma tante de tout faire pour pouvoir me trouver une femme à la sortie car je ne m'y connais pas.* » Il rapporte alors la visite d'une fille qui a eu lieu la veille. Cette visite a créé des tensions avec Noémie qui est à son chevet depuis quelque temps. En fait, Joël ne sachant comment procéder avec deux femmes à la fois autour de lui a essentiellement discuté avec la fille venue lui rendre visite. Noémie serait partie sans même qu'il s'en rende compte et sans lui dire au revoir. Inquiet de l'avoir délaissée, il parle de cet épisode à ses tantes qui lui donnent tort. Joël a même pensé que Noémie ne reviendrait pas ce matin-là, mais quand il l'a appelée elle était à l'entrée de l'hôpital et se dirigeait déjà vers le service.

Pour le moment, choisir ne semble pas entendable pour Joël : la seule posture possible étant pour lui d'être choisi plutôt que de choisir, d'être désiré plutôt que de désirer. « *J'en ai parlé à Noémie. Je pense qu'elle me choisira si c'est vraiment de l'amour qu'elle montre.* »

Selon Joël, Noémie aurait trois défauts : son âge (elle est plus âgée que lui), sa religion (musulmane) et le fait qu'elle ait déjà des enfants. Pour Joël, dans les situations où la femme se marie après avoir eu un enfant, « *le père revient chercher femme et enfant* ». Il explique cela avec un rire nerveux, marque une pause puis énonce toujours aussi nerveusement : « *et ne me demandez pas pourquoi mon père n'est pas venu...* »

Dans pareilles situations, « *l'enfant n'a pas le libre choix* ». « *Si tu traînes l'enfant et qu'il est même plus brillant que les autres, le père viendra le chercher.* » Il insiste sur cette absence de libre choix de l'enfant : « *Quand l'enfant est petit, il a deux papas, mais quand il grandit, il voit, il sait tout.* » « *Moi je connais mon papa mais j'appelle mon beau-père "papa".* » « *La maman c'est différent, on sait que c'est le même sang.* » Dans cette ébauche de relation amoureuse, Joël semble reproduire le climat « conjugal » de ses parents. Il semble qu'il y ait là la possibilité de questionner son histoire par une sorte de détour. En même temps, on peut remarquer que la perspective d'une relation et ce qu'elle mobilise de vécus vient réactiver des désarrois infantiles.

**« *Je ne sais s'il a dit qu'il avait un enfant là-bas [dans le Nord] à sa femme lorsqu'il est revenu à Cotonou.* »**

La place de Joël dans sa fratrie, mais aussi dans sa famille, semble difficile à appréhender et confuse. Le questionnement sur sa place dans la fratrie le rend plutôt agressif.

Joël me dit d'aller demander à son père qui est mieux placé pour me répondre. Lorsqu'il s'apaise, Joël commence par préciser qu'il a deux autres prénoms. Celui qu'il situe comme second prénom parmi les deux supplémentaires est un prénom musulman qu'il tient de sa filiation maternelle. Il refuse d'en donner la signification. En fait, il veut parler du prénom qu'il considère comme « premier » ; il prend le temps de le présenter : ce prénom lui vient de sa lignée paternelle. Détail de grande importance : dans la famille paternelle, c'est le prénom attribué au « premier fils ». Joël signale que son père a le même prénom. Malgré ce prénom évoquant la place d'aîné des garçons, Joël souligne qu'il est le troisième enfant de son père et le deuxième garçon. De tels éléments questionnent. La description de Joël et toutes les précisions qu'il apporte autour de ses prénominations illustrent les interrogations qui l'habitent quant à sa véritable inscription et au non-sens qu'il vit. La force que Joël met à souligner qu'il a « le même prénom » que son père (ce qui rejoint donc la question de l'indifférenciation), alors qu'il n'est « *pas le premier garçon comme [s]on père* » souligne la difficulté identificatoire qui se joue. En effet, être comme son père implique un processus d'identification et donc de sortie de l'indifférenciation (être son père).

Dans une société patrilineaire, où les rites d'attribution des prénoms sont très importants, on peut s'interroger sur ce prénom censé l'inscrire dans sa lignée paternelle mais qui semble en fait combler une disparition. En effet, tel que l'énonce Joël, on peut entendre que le prénom « censé » le relier à sa lignée paternelle ne suit pas les processus classiques d'inscription. Au vu des éléments d'anamnèse, les prénoms lui ont été donnés dans le cadre de sa famille maternelle. La cristallisation des conflits autour de la grossesse amène à supposer que le départ du père est plus ou moins l'équivalent d'une « disparition ». En effet, dans ce contexte de mésalliance, le père exclu tient lieu de père perdu pour la mère de Joël. Nous pouvons alors nous interroger sur le point de savoir si donner le prénom du père ne tient pas lieu, pour la mère, de manœuvre pour annuler/cacher cette disparition.

L'exclusion du père entraîne le risque que la mère ou la lignée maternelle veuillent se réapproprier l'enfant, ce qui peut entraîner des enjeux au niveau de l'imago paternelle et des identifications. Joël oscillerait-il entre une position d'objet de la mère et d'ombre du père ? Nous avons évoqué l'insistance de Joël sur le fait que la première rencontre avec son père a eu lieu alors qu'il avait six ans. La répétition de cet élément sans lien à quelque affect que ce soit illustre l'énergie psychique mobilisée pour maintenir une inertie pare-effondrement. Il semble que cette « rencontre-retrouvailles » tienne lieu de réapparition magique suite à la disparition du père. Toutefois, ces retrouvailles augurent d'une nouvelle perte-disparition pour la mère : le père est marié et a d'autres enfants. À partir de cette succession de chocs traumatiques

précoces pour la dyade mère enfant, comment les attachements se sont-ils tissés ? Il semble que le déni des parents vienne gommer le conflit à la fois interculturel et intrapsychique.

Joël revient sur le parcours de son père et sa descendance. Il dit que son grand-père maternel était contre l'union de ses parents, mais qu'il ne sait pas pourquoi. Toujours est-il que son père retourne dans le Sud. Joël se questionne alors tout haut : une fois retourné dans le Sud, son père a-t-il informé son entourage de l'existence de l'enfant qu'il avait dans le Nord du Bénin ? « *Je ne sais s'il a dit qu'il avait un enfant là-bas [dans le Nord] à sa femme lorsqu'il est revenu à Cotonou.* » Qu'il se questionne sur le fait de savoir s'il a été annoncé par son père à son retour dans le Sud n'est pas anodin. Cette association montre tous les enjeux autour de son inscription au monde et de l'accueil qui lui ont été réservés. En effet, quel est le statut de Joël : un enfant exclu ou caché ? A-t-il été parlé ? Joël, non inscrit dans une filiation, serait-il resté l'enfant étranger ? Avec un tel statut, quelles sont les identifications possibles ?

Le conflit, voire la difficulté identificatoire, est en jeu. Revenant au contexte du passage à l'acte, Joël évoque son âge (28ans) et se lamente : « *Il n'y a plus rien...* » ; « *Maman a accepté l'École Normale et c'est moi qui jette les ressources. Tout est fini.* » Il se demande comment faire pour intégrer l'École Normale Supérieure de Natitingou alors qu'il vient d'occasionner une perte importante. Cette perte ne vient-elle pas compromettre et mettre en exergue un conflit potentiel non élaborable : suivre le chemin professionnel de son père, qui lui a été déconseillé, ou abandonner sa mère qui a déjà souffert d'une disparition ?

### **9.6.2 Fonction du Gardéнал dans le lien mère-fils**

Le Gardéнал est une substance familière pour Joël depuis le CM2, à cause de ses crises nocturnes d'allure épileptique. Après la terminale, ses crises étant moins fréquentes, il a décidé par lui-même de passer à un comprimé tous les deux jours, puis hebdomadaire, puis mensuel, puis il a arrêté. Maintenant, il en prend seulement quand il se sent « fatigué ». Interrogé sur les hypothèses pouvant expliquer l'espacement et l'arrêt des crises, il fait le lien avec ses études : quand il étudie beaucoup, il fait des crises à cause de la fatigue, car il veille beaucoup.

Marquons une pause dans le processus associatif de Joël afin de décondenser, déployer et différencier les notions d'épilepsie et de crise d'allure épileptique. Pour rappel, l'épilepsie est une affection neurologique chronique, caractérisée par la répétition de crises épileptiques

spontanées. C'est une affection<sup>95</sup> chargée de mythes et d'appréhensions qui apparaît, selon les représentations contextuelles, comme une maladie honteuse, déshonorante et surnaturelle, très certainement à cause du caractère caricatural et impressionnant de sa manifestation la plus fréquente, à savoir la crise tonico-clonique généralisée. Les manifestations d'allure épileptique se confondant avec les phénomènes de transe et de possession, elles peuvent expliquer les représentations culturelles et la peur suscitées par ces personnes qui, ponctuellement, « sortent » des limites corporelles pour se mettre en lien avec des mondes inconnus et cachés.

Qu'en est-il pour Joël ? Pendant son hospitalisation, sa mère souhaite que les examens soient refaits. Nous avons parlé de *crises nocturnes d'allure épileptique* malgré la prescription du Gardéнал, parce que Joël lui-même nous a mis sur cette piste en évoquant une consultation psychiatrique quand il était adolescent puis en annulant aussitôt son propos. Lors de notre dernière rencontre, dès que nous entrons dans le bureau, Joël ouvre son sac en disant qu'il a quelque chose pour moi. « *Comme vous me demandiez toujours avec quel médecin j'avais eu les consultations...je vous ai ramené les ordonnances. Non ce n'est pas que j'ai pensé à ça mais comme vous demandiez.* » C'est une ordonnance pour un électro-encéphalogramme qui donnait un résultat normal avec le nom de la psychiatre qui l'avait reçu. Les causes somatiques éliminées, comment resituer les enjeux psychiques de son symptôme ? Comment lier ces crises nocturnes de Joël ? Qu'est-ce qui le faisait ainsi sortir des limites, traverser les enveloppes ? Quelle était la fonction de ces crises pour lui ?

En faisant un petit calcul, étant donné qu'il a douze ans d'écart avec sa demi-sœur, on pourrait supposer que ces crises coïncident avec l'apparition d'un homme dans la vie de sa mère et sa deuxième grossesse. En termes de bénéfices secondaires, nous pouvons remarquer que, du fait de ces crises, il a été nécessaire que Joël soit veillé les nuits et jamais laissé tout seul. Nous pouvons également supposer un lien à la mère fait d'inquiétudes pour lui. Les crises ne viennent-elles pas questionner le lien à la mère ?

Avant sa sortie d'hospitalisation, j'ouvre la parole sur la sortie, son retour et ce qu'il aurait envie d'en dire. « *Dieu n'a pas voulu, maman n'a pas voulu car elle m'a sauvé. Je serai obligé de vivre les conséquences de cette énorme perte (d'argent). Mais comme elle m'aime trop... nous ne sommes que deux.* » (Il fait ici référence au nombre d'enfants de sa

---

<sup>95</sup>Cette maladie reste mal connue dans les pays tropicaux sur un plan médical, pourtant sa prévalence est très élevée dans les pays en développement (atteignant parfois 50 pour mille. Au Bénin, elle varie entre 15 et 37 pour mille) (Avodé *et al.*, 1998 ; Dègla, 1998; Houinato, 1992). La campagne mondiale de lutte contre l'épilepsie lancée en mai 2000 à Dakar a été nommée « Out of the shadows » ou « Sortir de l'ombre » (OMS, 2000). Cet intitulé résume la problématique de l'épilepsie dans les pays tropicaux.

mère.) Suivons les deux pistes ici mises en exergue : le lien de Joël à sa sœur et celui à sa mère.

Le lien avec sa sœur est complexe. Nous pourrions le travailler après son hospitalisation. Au quatrième rendez-vous (celui suivant sa sortie), Joël parle du fait qu'il était seul à la maison avec sa sœur et les filles. Avec sa sœur, il a douze ans de différence. Les parents disent que c'est la faute de Joël si sa sœur a de mauvais comportements, car elle reproduirait ce qu'elle voit. Il commente : *« alors que c'est eux-mêmes les parents. »* Il analyse : *« Je n'étais pas comme elle, contrairement à ce que disent les parents. » « Peut-être que le point commun est le manque de respect, mais pas les sorties, pas le travail à l'école. Je travaillais à l'école malgré les crises, je faisais la cuisine, la lessive... » « Tout ce qu'on peut me reprocher c'est juste que je m'énerve très vite. » « Quand maman me gronde, je lui réponds ; le vieux [beau-père] me dit à ce sujet "si tu ne peux pas te retenir sors d'abord". Elle [sa sœur] ne fait pas la lessive, pourquoi n'aurait-elle copié que les mauvais côtés ? L'internat n'a pas amélioré les choses. »*

La piste du lien à la mère, telle qu'indiquée plus haut au sujet de la problématique de l'épilepsie, s'ouvre à nouveau. Il y a seulement deux ans que les crises nocturnes de Joël ont cessé. À ce moment-là, Joël dit avoir retrouvé sa vie. *« J'ai retrouvé ma vie, sinon c'étaient des crises et des crises. »* Deux ans, soit la période qui correspond aux différentes maladies de sa mère et donc à un moment de fragilité pour elle avec la mise en place de la collaboration entre Joël et sa mère. Cette collaboration a offert à Joël la possibilité de « partir » de la maison avec l'accord de sa mère. Cela lui a donné le courage et la force de soutenir son désir d'embrasser une formation pour devenir enseignant, malgré les mises en garde. L'arrêt des crises correspondrait-il à l'ébauche d'une séparation de Joël avec sa mère ? En tout cas, il peut parler des *« anciennes questions »* qui le travaillaient. *« Cela fait deux ans qu'il n'y a pas de crises. » « Avant je me demandais si cela [les crises] permettait d'avoir une famille et quelle femme pourrait accepter cela. Je me demandais, quand j'aurais une femme, que faire la nuit car la crise ne prévient pas, auquel cas on aurait pu s'organiser, changer de chambre... »* Joël reste pensif puis reprend : *« Une mère peut supporter mais une femme du dehors non ; va-t-elle me traiter de la même façon ? La femme de dehors va-t-elle s'occuper de moi comme ma mère ? Va-t-elle m'accepter comme cela ? Ce sont mes anciennes questions. Je prie pour que les crises ne viennent plus. »*

La question de savoir s'il va trouver une femme revient ici sous le sceau du lien maternel aliénant. En effet, s'il ne se délie pas de ce lien particulier à la mère (exclusif, nocif et donc narcissique), comment faire ? Il semble que les différents événements et associations



de Joël reviennent questionner finalement les attachements aux premiers objets. Comme si les événements venaient sans cesse l'effracter, à cause d'une constitution interne pas suffisamment contenant et donc protectrice. Les crises de Joël, relues selon la grille culturelle de traversée des limites et de frontières, viennent signifier également le manque d'enveloppes internes permettant un fonctionnement propre. Est-ce déjà un appel de Joël à être délimité, à être délié des enjeux narcissiques qui le capturent ? Ces signes d'appels sont restés sans suite car il n'y a eu qu'une seule rencontre avec la psychiatre, sa mère et lui.

### ***Travailler la constitution d'un intime ?***

Nous en sommes à la quatrième rencontre. Comme d'habitude, Joël demande : « *Quel est le but de votre travail, de ma présence ici ?* » Je lui demande alors ce qu'il peut dire de ces moments-là. « *Ça me distrait, ça m'a permis de parler...sortir ce qui était en moi, de dire certaines choses que je ne pourrais dire à papa ou à maman.* » Il explique : « *À maman... ce ne serait pas facile de parler de la perte [de l'argent] et de son effet de bouleversement dans les programmes. Je n'ai pas su faire.* » Pour le père (ici beau-père) c'est la même chose. « *Il n'aurait pas compris que je n'ai pas remis l'argent par peur que maman ne dépense l'argent.* » « *Je lui aurais demandé qu'il m'aide à calmer maman mais il n'aurait pas compris puisqu'il aurait demandé pourquoi je ne lui ai pas remis à lui.* »

Il souligne que, pendant les entretiens, la question qui lui est posée est : « *qu'est-ce qui s'est passé ? Comment est-ce que...* », alors que les tantes et la famille diront « *pourquoi ? C'est mal...mais ne vont pas dire "comment tu as fait ça ?"* ». La possibilité d'être dégagé de tout jugement et la mise au travail des processus internes semblent l'avoir conforté dans la constitution d'une force interne lui évitant d'être à la merci des enjeux groupaux. Il explique que les premiers entretiens avec moi étaient suivis d'interrogatoires de son entourage : on lui demandait ce qu'il avait dit. Maintenant, explique Joël, il a pu réguler et mettre des limites. Après avoir confié son assurance de l'existence de son espace psychique, à l'abri des regards, il pourra mettre en récit son vécu autour de la disparition de l'argent.

### **9.6.3 L'argent et la disparition : narcissisme et problématique phallique**

La tentative de suicide de Joël vient à la suite de la disparition (perte) d'une somme d'argent et de différents vécus internes complexes, douloureux et insupportables que cette perte a suscités. Nous avons souligné que le récit tenant lieu de contenant articulateur des événements qui se sont succédé avant la tentative de suicide a difficilement pu être évoqué. Joël est soulagé de l'ébauche de récit qui s'est faite. La disparition vient prendre la place d'une pensée obsédante et envahissante ; il y a donc un contre-investissement tenant à

distance les affects ou représentations « dangereuses » qui y sont liées. La disparition de l'argent, tenant lieu d'obsession, est vécue comme perte narcissique. Ses conséquences potentielles remettent en cause le sentiment même d'existence : lien à la mère et possibilité de s'en séparer/délier, peut-être en aspirant à devenir enseignant comme son père.

Pendant les rencontres, la question de cet argent qui a énigmatiquement disparu obnubile Joël. Il revient inlassablement sur le vol d'argent et dit rechercher la *vérité*. Ce chemin de vérité le met sur des pistes insoupçonnées et impensables, mais qui, aussi et surtout, l'agitent au point qu'il devient violent et se sent en insécurité chez lui. Après la disparition, il a cherché pendant des jours, se disant que les personnes qui ont pris l'argent étaient là, vivaient sous le même toit, ce qui le mettait en colère. Il aurait même giflé une des filles qui travaille au marché avec sa mère et l'aurait menacée avec un coupe-coupe. Il est taraudé par la question du doute ou de la confiance qu'il ressent pour ceux avec qui il partage sa maison. Joël précise qu'il ne doute pas de son beau-père et de sa mère. Dans ces craintes, on peut entendre une certaine rivalité avec le beau-père, même s'il met un temps pour évoquer les soupçons qu'il a eu à son encontre. La disparition ne résonne-t-elle pas avec celle du père ?

Peut-on la mettre en lien avec l'idée de Joël qui postule que le père biologique vient toujours récupérer son fils et que ce n'est pas négociable ? Dans les deux cas, le lien à la mère est en jeu.

Une autre piste de Joël, celle qui l'aurait poussé à passer à l'acte, concerne son lien à la mère. Selon lui, cette perte d'argent impliquerait la perte de la confiance de la mère. Joël explique que c'est sa troisième année de collaboration avec sa mère. La première année a été négative : le maïs qu'il avait acheté était « pourri ». La deuxième eu pour objectif de rattraper un peu les pertes générées lors de la première année. Pour Joël, cette troisième année devait leur permettre de jouir un peu des fruits de leur travail. « *Trois années de travail perdues par ma faute car maman me disait de donner l'argent.* » « *Est-ce que maman va pouvoir maintenir sa place ? [Il parle de la place du marché mais l'équivoque est grande], va-t-elle pouvoir supporter ?* » Joël dit avoir peur pour sa mère : « *aura-t-elle le courage ?* »

Nous reprenons ensuite les résultats des démarches auprès des *Bokonons* et voyons comment ils s'articulent. La première démarche aurait révélé qu'une fille et un garçon auraient pris l'argent. Joël commente : « *et le seul garçon de la maison c'est moi...* » Il se reprend et ajoute quelques instants plus tard : « *et il y a mon papa.* » Cette association illustre son lien exclusif à la mère, lien qui se confirmera. Joël, au quatrième entretien, explique que, dès son retour à la maison, sa mère a demandé que l'argent lui soit confié tous les soirs. Ce,

malgré la présence du père. « *C'est souvent comme cela. C'est moi qui allais au marché suivre tout.* »

La deuxième démarche, faite sans la mère va dans le sens d'une sortie du lien à la mère en insistant sur l'existence du beau-père. La troisième démarche, entreprise par sa mère, aurait révélé que Joël aurait remis l'argent « *à une fille dehors* » et que cela allait être très compliqué de le récupérer. Ici, comme pour la consultation initiée par Joël, on lui rappelle qu'il n'est pas le seul garçon de la maison, on rappelle à sa mère que son fils se doit d'être dans un mouvement vers l'extérieur. Mais la mère ne pouvant entendre cela, n'étant pas dans une perspective de « marier » son fils qui pourtant en a l'âge et n'ayant pas la curiosité de savoir quelle fille intéresse son fils, retourne ces paroles en accusations. On peut ici se rendre compte de combien il est difficile d'insérer des tiers entre la mère et le fils et du fait que cela provoque un sentiment de danger et des accusations d'abandon. Joël se sent incriminé par les dires de sa mère : « *Ce qui met encore une tache sur moi.* »

Au fur et à mesure de cette séquence, la mise en sens, qui unissait Joël et sa mère, finit par les opposer. Joël se sent de plus en plus accusé. Les dernières paroles de sa mère, l'accusant d'avoir fait le choix d'une fille extérieure, le mettent hors de lui. Il semble que cette accusation touche son angoisse interne d'être le responsable des malheurs de sa mère. La séquence *une fille-un garçon*, un rival puis une rivale traduisent ici les liens forts qui unissent Joël à sa mère, comme si une personne étrangère venait mettre en danger leur position de suppléance réciproque.

L'argent apparaît ici comme un agent liant ayant une double fonction. Dans un premier temps, il constitue l'emprise du lien entre Joël et sa mère. Mais il est également investi par Joël comme possibilité de sortir de ce lien aliénant, de se délier (en payant la formation pour devenir enseignant) et donc de s'individualiser. L'argent, moyen de déliaison-individuation, permettrait aussi de « réparer » la mère malade et souffrante (de faire repartir son commerce). Mais cet argent liant, promesse d'une réparation et d'une autonomisation, disparaît. Cette disparition met entre Joël et sa mère des étrangers (personnes extérieures) affectant ainsi leur lien et l'espoir éventuel de le transformer. « *Le peu d'espoir que j'avais est parti.* »

En fait, Joël a une autre hypothèse expliquant la disparition de l'argent et son acte suicidaire : selon lui, le voleur a une intention, mettre fin à la bonne relation qu'il entretient avec sa mère, le faire disparaître. « *On a tout fait pour que la maman ne prenne pas et que je ne lui donne pas.* »

À son retour chez lui, les premiers jours, Joël ne trouvait pas le sommeil. Il pensait trop à l'argent mais maintenant, « *je n'y pense plus, c'est parti* » ; il s'étire. « *Le voleur sortira, le voleur va sortir, j'ai peur que ce ne soit ma tante ou notre papa...* » Cette parole désarçonne Joël qui ne s'attendait pas à avoir une telle idée. « *Ah Ahaaaaa !* » s'exclame-il. Mais cette fois-ci, il n'annulera pas cette craquée verbale. Contenant son débordement interne, il déclare : « *si c'est l'un des deux, ce ne serait pas bon. Ça va amener des problèmes de famille, c'est ça le vrai problème.* » « *Le voleur va sortir, c'est nous qui sommes pressés, même dans 10 ans, il sortira, il va avouer, même si c'est le jour de sa mort. Certains ont avoué la sorcellerie, alors tôt ou tard on saura qui a pris cette somme-là.* »

Je répète sa phrase concernant l'identification du voleur et les risques que cela pourrait entraîner dans sa famille. Joël continue : « *Quelle que soit la personne, ce sera un problème. Et si c'est de notre maison, il y aura encore plus de problèmes. C'est pourquoi j'ai écarté ceux-là. Peut-être que c'est papa qui a pris pour me punir et ça a mal tourné.* » Selon Joël, si le voleur s'avère être son beau-père, même s'il n'y a pas de réaction de sa mère, ses tantes et sa grand-mère réagiront « *car celui-là a failli m'ôter la vie. Il ne faut pas être pressé.* »

La question du sac avec l'argent m'apparaît en lien avec une problématique phallique. La perte de cet objet est vécue comme une blessure narcissique. Elle renvoie à la perte d'arguments devant la force du beau-père et à un retournement de la question « *ma mère, malade, aura-t-elle le courage de garder sa place (au marché) ?* » en « *quelle est ma force pour garder ma place auprès de ma mère ?* ». Ce premier mouvement agressif envers le beau-père est rendu impensable et indicible dans un premier temps. Est-ce en lien avec la disparition première du père qui rend tout mouvement agressif impossible, au risque d'une disparition, comme si tout conflit portait la trace première de cette mésalliance et des désagréments occasionnés ? Mésalliance dont il est issu, tout en n'ayant pas eu la force de « crier » à la naissance pour se défendre, se faire une place. Juste au moment où, enfin, il va pouvoir suivre les pas de son père, se mettre sur le chemin de l'enseignement, un conflit de loyauté semble se poser. Sa mère, son beau-père...L'argent perdu vient tenir lieu de représentant de l'enfant perdu par la mère. Il a une valeur qui excède celle de l'argent.

#### **9.6.4 Ébauche d'individuation et projets de séparation**

##### ***La conflictualité psychique naissante : pouvoir à nouveau se constituer un symptôme***

À la fin de la quatrième rencontre, Joël refuse de prendre un dernier rendez-vous. « *C'est fini, j'ai tout dit.* » Il conclut qu'il m'appellera en venant à l'hôpital s'il souhaite un dernier entretien. Quelques jours plus tard, il appelle pour se plaindre : « *vos médicaments*

*m'ont donné plein de boutons !* » Notons ici qu'il accuse explicitement et que le conflit avec le coupable peut se rejouer. Il rappelle dans la journée. Il a obtenu un rendez-vous de consultation en dermatologie et souhaite que nous nous rencontrions à la suite de cette consultation.

Dès qu'il s'assoit, Joël soupire. Il me montre son visage (envahi et déformé par des irrptions cutanées ressemblant à des abcès) et dit : « *sans ça, je serais allé au marché aujourd'hui.* » Il explique qu'il ne peut pas reprendre le travail dans cet état. Joël demande explicitement que l'on signifie à sa mère qu'il ne peut pas reprendre le travail pour le moment. « *Ma mère aura besoin de moi mais je ne veux plus car j'ai peur de la décevoir à nouveau. Je l'ai toujours déçue. C'est pratiquement à cause de moi qu'elle souffre.* » Il semble que ces somatisations apparaissent après des angoisses dépressives de castration.

Joël n'en est pas à sa première manifestation dermatologique : il parle des abcès qu'il a régulièrement aux aisselles ou dans l'entrejambe, et qu'il soigne avec une « plante de la maison d'en face ». Ces somatisations sur les enveloppes corporelles constituent pour Joël un mode d'expression qui évoque, à mon sens, la question de l'inscription. Malgré les bénéfices secondaires et une certaine forme de libidinalisation du corps, il semble que l'on se situe à la fois dans une problématique œdipienne et des enjeux primaires. Dans une conjoncture d'absence ou de faible élaboration psychique, les excitations qui ne sont pas en mesure de se conflictualiser psychiquement peuvent conduire à des somatisations. Mais le nouveau symptôme de Joël n'empêche pas la mise en jeu du conflit psychique.

Joël nous met à nouveau sur la piste du lien à la mère et de sa difficulté de s'en dégager. Joël précise que le dermatologue était un homme. C'est ce qu'il voulait, un dermatologue homme « *car lui au moins il sait ce qu'est le rasage* ». Nous revenons sur sa première utilisation de rasoir. Il dit que ce n'est pas un ami, ni son beau-père qu'il est allé voir, mais un voisin. Les manifestations somatiques (épilepsie et dermatose) interrogent la notion de moi-peau et d'enveloppe contenante qui semble faire défaut. Les premiers symptômes de Joël prennent la forme d'appels restés sans suite. Il semble se jouer chez lui une évolution de ces signes d'appels vers des demandes (devenir enseignant, obtenir de l'aide pour se marier, etc.). La demande actuelle est plus directement explicite : il souhaite que je dise à sa mère qu'il n'est pas capable de reprendre le travail. Je resitue le cadre des échanges et mes limites.

### ***Le projet de partir : se séparer pour se différencier***

En règle générale, il faut se différencier pour arriver à se séparer, mais Joël éprouve le besoin d'acter une séparation physique pour amorcer son processus de différenciation avec sa

mère. « *Ma mère fait semblant d'être forte* », « *c'est moi qui l'encourageais, l'aidais à résoudre les problèmes ensemble avec elle.* » « *Le marché c'est la concurrence.* » « *Avec l'étalage vide, il y aura les moqueries des gens du marché.* » « *Comment supporter les conséquences de ce vol ?* » La mère avait déjà passé deux ans chez elle pour cause de maladie. Mais les effets éventuels de cette perte le touchent parce qu'il en est responsable. Même si la prise en charge de Joël – son traitement antidépresseur – et l'espace de parole autorisent l'émergence d'une certaine conflictualisation, il semble que le lien à sa mère reste fixé à une indistinction fusionnelle archaïque.

Ce collage à la mère qui se joue dans une confusion quasi identificatoire et surtout les difficultés qui existent dans le conflit avec cette dernière évoquent une relation d'objet allergique. Décrite par Marty (1958) et travaillée par G. Zwerg, il s'agit d'un système libidinal de stagnation à l'état anobjectal, état d'être l'autre, de se confondre à lui, qui suppose d'entretenir une relation totalement aconflictuelle avec la personne avec laquelle l'on est confondu psychiquement. Selon Marty, les somatisations viennent quand cette relation d'objet allergique n'est pas suffisante pour maintenir l'aconflictualité. Le noyau allergique revient donc à ce premier conflit qui vient nier toute séparation avec l'objet.

Devant cette conflictualisation empêchée et toute la culpabilité engendrée, Joël dit qu'il voudrait aller loin pour ne pas être touché directement par les effets. À vrai dire, Joël dit qu'il ne veut pas reprendre le marché. Il se rend compte de cette position de suppléance qu'il a tenue longtemps auprès de sa mère et dont il va falloir se défaire : « *J'ai toujours eu l'envie de l'aider sans réussir toutefois. Je n'ai pas envie de la décevoir. Ce n'est pas le travail qu'il me faut. Aujourd'hui, le commerce ne rapporte plus et je n'ai pas étudié pour rien. Je dois exercer un métier pour ne pas envoyer ces années d'école en l'air. La peur de l'échec, tant d'obstacles sur la voie, il vaut mieux changer de voie. Si je me sens bien dans quelques semaines j'irai.* » En attendant, il veut aller chez sa grand-mère à Parakou. « *Quand tu es loin, on prend mieux soin de toi que quand tu es à côté* » ; « *Je serai à Natitingou, elle va se débrouiller* » ; « *Quand je serai professeur, ce sera mon argent, si je le perds, c'est mon problème.* » Il conclut la série de rencontres par : « *Il faut mettre fin, sinon ça ne va jamais finir.* » « *Ce ne sera pas dur pour moi car l'année prochaine je serai à Natitingou. Je ne serai pas là pour voir les durs moments que rencontre maman et qu'elle a l'habitude de relater le soir... Si je suis loin, je ne verrai pas, ce sera par téléphone.* »

## 9.7 Enveloppe familiale

Nous recevons la mère de Joël un peu avant la fin de son hospitalisation. Elle pense que le cadre des rencontres influencera la décision médicale de sortie.

### *Plaintes : le même ou un bout de soi ?*

Elle se plaint de la longueur de l'hospitalisation : elle veut rentrer chez elle, est fatiguée, se plaint des moustiques et dit que son mari aussi souhaite la retrouver. Depuis le début de l'hospitalisation de Joël, c'est elle qui dort au chevet de son fils. Quand je l'interrogée sur l'absence de relais au chevet de Joël, elle évoque ses craintes. Elle ne fait pas suffisamment confiance à qui que ce soit pour être remplacée au chevet de son fils. En fait, ce qui l'insécurise le plus et la plonge dans un état de rage est la présence de Noémie auprès de lui. La mère de Joël est radicalement opposée à la relation de son fils avec Noémie. Pour cette raison, elle ne veut pas partir de l'hôpital et laisser quelqu'un d'autre au chevet de Joël pendant la nuit. Elle craint que Noémie qui part tous les soirs revienne passer la nuit auprès de Joël si elle s'absente. Cette fille est trop démonstrative et collée à Joël. Elle s'autorise même à s'allonger auprès de lui pendant la journée, alors qu'il y a du monde qui passe. La mère de Joël dit ne pas apprécier les manœuvres de cette fille qui se colle à son fils comme s'ils étaient ensemble, c'est-à-dire en couple, alors qu'elle sait qu'il n'en est rien. En effet, c'est seulement aux urgences que Noémie et elle se sont rencontrées. « *Je sais que mon fils n'est pas comme ça. Il ne connaît même pas son slip.* » Ces démonstrations qui évoquent une certaine proximité, voire des rapports sexuels avec Joël ne correspondent pas du tout au profil de son fils, qui a été toujours calme, effacé, discret et préoccupé par son avenir. Elle signale l'envie de Joël d'être aimé par une jeune fille et non par les « femmes âgées ». Selon sa mère, Joël pense que son surnom « *Midjimata* » (le mari des femmes) « le suit ». Le lien à la mère qui fonctionne par exclusivité/exclusion est ici poignant. En effet, elle se revendique « propriétaire » de son fils.

Quant à la discrétion de son fils et au fait qu'il souhaite avoir une relation amoureuse avec une femme de son âge sans jamais avoir franchi le pas de lui présenter une fille, la mère a ses propres idées. Elle fait l'hypothèse que son fils est comme elle : « *il n'aime pas faire l'amour.* » Cette confusion qui se joue avec Joël illustre la problématique incestuelle et les enjeux narcissiques dans sa représentation psychique de son fils. Joël est comme un bout d'elle-même. Comment ces liens qui sous-tendent de fortes angoisses d'arrachement induisant le collage ont-ils pu se constituer ? Les liens avec le beau-père de Joël n'ont-ils pas permis de rendre la relation mère-fils moins empreinte d'angoisse ?

La notion de couple appliquée à son union avec le beau-père de Joël est compliquée à se représenter. La mère de Joël serait venue s'installer à Cotonou dans l'espoir de retrouver le père de Joël. Il était alors déjà marié et installé. Ce sont des amis communs qui l'ont présentée à son mari actuel. Ce dernier revenait d'Europe où il avait fait ses études. Il ne comptait pas rentrer au Bénin car, en Europe, il avait rencontré la femme de sa vie. Malheureusement, cette dernière est décédée dans un accident. Dépité, il rentre, mais n'est pas décidé à refaire sa vie. Au début, cet homme se comporte avec elle comme les hommes se comportent en Europe : il tenait ses chariots, lui confiait de l'argent, en d'autres termes, ils partageaient des choses. Mais, regrette-t-elle, elle l'a changé. « *Sinon, peut-être qu'il y aurait plus d'entente.* » Reprise sur ce point, elle annule aussitôt et se remet en position phallique et de contrôle : elle dit que son mari, « *ça va mais il n'a pas d'argent* » contrairement à elle. Selon elle, son mari ne veut pas qu'elle se réalise, il ne l'encourage pas.

Ensemble, ils ont eu une fille. Cette dernière, petite sœur de Joël, porte le même prénom que la femme que son mari a profondément aimée. La mère de Joël a fortement désiré avoir d'autres enfants. Elle précise : « *malgré les traitements, rien.* » Ceci a certainement fragilisé ce couple formé par deux personnes déjà fragilisées par leur parcours affectif antérieur.

### ***Maternel attaqué ? Infiltration de la destructivité***

La mère donne un aperçu de la configuration et du dispositif familial actuels. La famille vit en location dans un appartement de type F3. Joël a sa chambre. Sa petite sœur dort dans le salon « *car elle préfère* ». La tante de Joël (sœur de sa mère) qui a des problèmes avec son mari et qui vit actuellement chez eux dort avec Joël. Cette tante n'est venue que deux jours à l'hôpital, au début. Depuis, elle n'a pas mis pieds à l'hôpital et passe son temps à se faire de belles coiffures constate la mère. Elle semble déçue de ne pouvoir compter sur elle mais se résigne en soupirant : « *c'est mon fils après tout.* » Elle semble suspicieuse à l'égard de sa sœur.

Sa fille, petite sœur de Joël ne s'entend pas avec lui. Elle aussi aurait pris des comprimés il y a trois mois (Lexomil) et dormi pendant deux jours. Sa mère dit qu'ils ne l'ont pas amenée à l'hôpital. Face à mon étonnement, elle précise que sa fille se levait pour aller uriner puis se rendormait. Joël se serait même moqué d'elle, comme toute la maison, en lui disant qu'elle aurait dû prendre quelque chose de plus fort si elle voulait mourir. « *R. est un cas* » dit sa mère. Elle vole. Récemment, elle a volé des bijoux de valeur « *encore pour un garçon* » souffle la mère, dépitée. Que signifie cette répétition d'actes de « dépossession » de



biens et de destructivité ? Ne peut-on pas entendre comment le maternel est attaqué par cette négativité qui se répète ? On peut entendre le vécu d'isolement et de solitude de cette mère. Encore une fois, il faut souligner que c'est la tentative de suicide de Joël qui inquiète et agite alors même que celle de sa fille est banalisée, voire traitée avec ironie et balayée. Joël n'est pas le premier à adopter un comportement suicidaire, mais il est le premier à être pris au sérieux, ce qui illustre le rapport exclusif de la mère.

Pour la mère de Joël, il semble que plusieurs liens ne peuvent être investis simultanément. Au collage, à l'idéalisation s'articule un risque de rejet et d'agressivité. Le réseau familial et son fonctionnement s'en trouvent donc certainement affectés. Les actes autodestructeurs viennent-ils mettre en scène la destructivité infiltrée dans les liens qui se nouent de manière précoce ? Ne peut-on pas alors supposer l'existence d'une transmission du négatif ?

### ***Agressivité, emprise et attaque***

Malgré le lien fort qui la lie à Joël, les propos de sa mère à son égard et vis-à-vis de son acte n'en restent pas moins crus. Même lui n'est pas à l'abri de ses attaques et de son agressivité. Elle tient, à propos de son fils, un discours dévalorisant et castrateur. Son fils n'est pas courageux ; selon elle, il est fou car il a pris des médicaments. « *Ce n'est pas un homme !* » Si c'était elle, elle n'aurait pas agi de la sorte pour bien montrer au voleur qu'elle n'était pas affectée. Elle aussi se fait voler beaucoup, avoue-t-elle. Avant : « *moi aussi, je jetais mon sac n'importe comment.* »

Les propos castrateurs qu'elle tient en l'excluant du statut d'homme peuvent interroger la représentation qu'elle avait de Joël même avant l'acte. Ce lien aliénant ne rend-il pas difficile pour Joël de s'approprier une position subjective ? En effet, les nombreux abcès autour de ses parties intimes ne venaient-ils pas questionner son statut d'homme potentiel ? N'ayant pas trouvé des paroles ayant la force du dire, Joël serait-il passé par des agirs et des manifestations psychosomatiques pour chercher à la fois à s'individuer et à réparer sa mère solitaire, malade, inquiète et certainement narcissiquement blessée ?

### ***Fragilité maternelle et difficultés de séparation***

La mère de Joël souligne que l'apparence qu'elle a actuellement ne reflète pas la femme qu'elle a été. Elle raconte qu'avant on l'appelait « *maman yéyé* » car elle était très chic et toujours sur son trente-et-un. Mais elle a connu une période difficile et a chuté avec l'irruption de ses maladies – diabète et hypertension qui se serait depuis amendée. À l'époque, à la fois triste de perdre de sa prestance et inquiète pour le devenir de son fils, elle avait

demandé à ses médecins traitants de l'aide. Elle souhaitait qu'ils interviennent pour que son fils commence des études de médecine. Mais ils se seraient manifestés un peu trop tard.

Avec les nombreux problèmes posés par sa grossesse non acceptée, on peut entendre que cette mère a du mal à lâcher son fils, entretenant avec lui des liens incestuels. Cette perte-disparition semble avoir mis à nu les dysfonctionnements familiaux. Les paroles des *Bokonon* sont à entendre dans le cadre de ce lien particulier. L'utilisation des démarches de consultation traditionnelles est non fonctionnelle. En effet, ces démarches de mise en sens sont prises dans un processus de répétition qui clive et morcelle les potentielles relations familiales. Ces démarches semblent impliquer l'isolement de chacun des membres de la famille qui consulte. Au lieu que les paroles adressées fassent l'objet d'un traitement psychique interne et d'une réflexion collective, elles sont instrumentalisées en accusations réciproques. Des nœuds de tensions sursaturent les liens déjà complexes. Il semble que l'enveloppe familiale, du fait même de la mésalliance entendue ici comme transgression d'un interdit, a perdu sa fonction de tiercéisation structurante et de canal de transmission. Elle n'assure donc pas une fonction contenant et étayante. Infiltrée de destructivité, la transmission prend ici la forme de passage des constellations mortifères et aliénantes.

L'acte suicidaire, la position d'insécurité de la mère et l'attaque implicite contre la place qu'elle accorde au beau-père et à la construction de son couple semblent toutefois autoriser, pour la mère de Joël, une remise en cause. Elle évoque ses projets pour Joël en faisant le lapsus suivant « *mon programme avec Joël* ». Elle a commencé à construire une maison et prévoyait d'y installer Joël, maison que son mari n'a pas puisqu'ils vivent toujours en location. Depuis deux jours, la mère de Joël dit réfléchir. En fait, elle prévoit de louer un studio à son fils. Elle souhaite qu'il soit plus à l'aise et puisse faire ses choix. Elle commence à entendre que son fils aspire certainement à construire une relation amoureuse. Cette ouverture constitue-t-elle un pas pour sortir des liens d'emprise qui les nouaient l'un à l'autre ? Dans l'exclusion de tout extérieur possible avec le collage (peau à peau) qui n'autorise pas Joël à s'ouvrir à d'autres perspectives, comment les liens vont-ils pouvoir se défaire ?

## **9.8 Conclusion : la tentative de suicide dans l'économie psychique**

Le cas de Joël nous a fait traverser des tensions interculturelles à plusieurs niveaux : Nord et sud du Bénin d'une part, mais aussi lecture des *Bokonons* d'une part et lecture psychopathologique d'autre part.

Joël semble être dans un début d'identification à son père. Mais du fait de son histoire, ce type d'identification secondaire semble liée à un interdit qui le retient dans un lien incestuel à la mère et attise une forte culpabilité. L'argent est un objet paradoxal et complexe dans la dynamique psychique de Joël, objet qui symbolise son espoir de réussir un jour à se séparer de sa mère. Il représente aussi le phallus séducteur permettant de garder un lien exclusif avec elle et en même temps d'en prendre soin (ce que le beau-père ne fait pas assez). La perte de l'argent résonne donc comme une blessure narcissique en raison des fragilités mêmes de Joël. Ses angoisses de castration et donc son conflit interne s'aggravent d'un conflit interculturel non traité. La perte de l'argent est un équivalent de castration qui fait éprouver à Joël ses manques et ses insuffisances. La culpabilité inconsciente qui en émerge est intenable et implique un travail autour du défaut des origines (lié aux interdits premiers concernant l'alliance de ses parents) et du tissage à la scène culturelle.

Ce cas illustre la nécessité pour le clinicien d'être informé des logiques sociales en cours et l'intérêt de mettre en tension, dans la prise en charge des suicidants, l'univers médical et la pensée locale. Les entretiens cliniques avec Joël commencent sur la nécessité d'identifier un voleur afin de ne pas perdre l'estime de la mère. Le lien entre le vol d'argent et les effets probables de changement dans la relation mère-fils prennent véritablement sens par le biais de la réinscription contextuelle de la pensée de Joël et de son entourage. Entendre l'appréhension croissante de Joël au cours des démarches auprès des *Bokonons* apparaît comme un élément important pour instaurer une alliance de travail et un cadre de pensée permettant de saisir les enjeux de sa problématique psychique (perdre, disparaître, séparé/être séparé). Il peut exprimer sa difficulté à se situer et à faire des choix, à s'inscrire dans une relation amoureuse. La question de sa relation à la mère, de la présence d'une autre femme qui est ressortie des différentes consultations du *Fa* va se parler en se jouant sur une scène bien antérieure à la naissance de Joël. En effet, il est issu d'une mésalliance entre deux ethnies incompatibles et de nombreuses tensions existent avant sa naissance. Les différentes cérémonies d'identification et de reconnaissance du nouveau-né ne se sont pas déroulées comme à l'accoutumée (c'est-à-dire dans le cadre d'une inscription dans la lignée paternelle) puisque son père, non désiré, a disparu. En termes de système d'appartenance, Joël s'est toujours interrogé. Les tensions à sa naissance du fait de la mésalliance entre ses parents, les tenants et aboutissants de l'incompatibilité des deux ethnies qui le constituent sont mises au travail. Cela remet Joël dans un travail d'identification à son père, sans pour autant qu'il soit coupable d'une trahison envers la mère.

En parallèle du travail mis en place avec Joël, je rencontre sa mère. La problématique incestuelle est alors fulgurante. Qu'attendre d'autre d'une femme qui se trouve enceinte, rejetée, isolée et abandonnée ? Le lien à son fils est tellement fort qu'elle ne supporte pas l'idée que ce dernier ait une amie. Mais elle sent bien qu'il faudra l'admettre. Elle aussi retrace le parcours de Joël, et parallèlement le sien. Dans ce parcours, on peut lire les déceptions et tourments de cette migration qui l'amène dans le Sud à la recherche de cet homme aimé et disparu. Il en ressort les tourments d'une femme malheureuse en ménage et devant se résoudre à ne pas avoir d'autres enfants. Son ton est celui d'une mère castratrice. Toutefois, même l'acte qu'il a commis fait que son fils n'est à ses yeux pas assez courageux ; elle va changer. Elle se dit prête à lui expliquer plus avant ce qui a pu se passer à l'époque. Ils interrogeront aussi la grand-mère maternelle. Une dynamique est relancée.

L'analyse des rencontres montre que Joël pose la question de savoir comment établir un lien sécurisé. En effet, l'absence de haine verbalisable, la lutte contre l'agressivité au prix d'un retournement autodestructeur mettent sur la piste des enveloppes primaires faites de fortes tensions qui n'ont pu être symbolisées. Comment Joël peut-il se retrouver face aux attitudes maternelles oscillant entre rabaissement, instrumentalisation et place d'objet d'amour exclusif et unique ?

Les trois axes : exclusion/exclusivité, mésalliance et accordage, problématique de subjectivation, condensent à mon avis la problématique de Joël. Ce sont ces trois axes qui m'ont conduite à intituler le cas Joël « Le phallique en souffrance, en quête d'une réappropriation ».

#### - **Exclusivité et exclusion**

Joël est dans l'exclusion et dans une exclusivité dans le lien à sa mère. De même, la tentative de suicide le rend exclusif, mais cette fois-ci au niveau familial. Le couple exclu/exclusif en appelle à deux couples d'opposés que Joël met en jeu pendant les rencontres actif/passif (désiré/être désiré, choisir/être choisi) et voyeurisme/exhibitionnisme (le sac avec l'argent est jeté négligemment au salon au regard de tous ; Joël cherche ensuite la vérité dans toute la maison et va questionner ce qui se passe dans le couple de sa mère).

Dans le lien adhésif qui le retient à sa mère, Joël ne peut se décoller, se distancier, se différencier, s'individualiser, ne serait-ce qu'en lui disant non. Cette absence de conflictualisation suppose que l'agressivité de Joël est non exprimable sauf par retournement sur lui-même (pour ne pas risquer d'attaquer l'objet). La culpabilité provient alors du sentiment de détruire l'objet-partie de lui-même (perdre l'estime de sa mère équivaut à perdre une partie de lui-même vitale). Les affects agressifs se détachent alors sur son corps de manière à éviter

d'aborder l'impensable séparation à la mère. En effet, les affections de la peau ne peuvent-elles pas être entendues comme évoquant ce peau-à-peau avec sa mère insupportable ? Cette interrogation rejoint l'hypothèse de Dejours (2003) sur les manifestations d'allure épileptique chez les enfants comme des crises ultimes de séparation d'avec l'objet (la perte de connaissance met en scène une coupure du lien avec l'objet, mais la sortie de crise nécessite une reconstruction du moi psychique et corporel).

- **Mésalliance, enveloppes groupales et accordage**

La thématique « identifier le voleur entre dedans et dehors (étranger ou familier) » reprend la problématique de naissance de Joël : un père étranger à exclure et faire disparaître. Du regard de son groupe et de ses parents, Joël attend fierté ou redoute le rejet et la honte. Son angoisse de ne pouvoir réaliser l'idéal du tout et donc d'effectuer des renoncements lui fait courir le risque de représailles de l'objet-mère avec lequel il est dans un lien narcissique particulier. Il semble qu'à partir des éléments de l'affect se constitue quelque chose autour du négatif.

- **Problématique phallique et subjectivation**

Rappelons le contexte de collaboration avec la mère : la maladie de sa mère. Joël est ici en position de réparation-portage-colmatage. Dans la réorganisation de son expérience de lui-même et du monde nécessaire dans les processus psychiques du jeune adulte, Joël rejoue un questionnement phallique resté en suspens jusque-là. Il interroge la réaction de l'autre (environnement, mère), cherche à se réfléchir dans le regard et par le regard de l'autre. Il n'est pas dans l'assertivité de sa position d'existence mais dans un questionnement qui puise ses sources dans les réactions de l'autre.

Avec ces trois axes : exclusion/exclusivité, mésalliance et accordage, problématique de subjectivation, nous subsumons l'acte suicidaire de Joël par l'intitulé « Le phallique en souffrance, en quête d'une réappropriation ».

En termes de résultats, je retiens donc les points suivants.

### **9.8.1 Lien adhésif**

Le lien particulier à la mère a été décrit.

### **9.8.2 Sentiment d'étrangeté et désorganisation identitaire pré-suicidaires**

Joël décrit qu'il est animé depuis longtemps par un sentiment d'étrangeté. Il semble que son désir d'être enseignant et les embûches rencontrées dans la mise en place de ce processus d'identification secondaire le fragilise peu à peu. De la disparition de l'argent

jusqu'à la phrase de la mère concernant sa dernière démarche de consultation, il décrit une désorganisation progressive. Il ne se contient plus, il a giflé quelqu'un ; il s'impatiente de plus en plus ; il se sent insécurisé car il a l'impression que le voleur est ou a pénétré dans son espace intime.

C'est dans ce contexte que les résultats de la consultation de la mère sont vécus comme une condamnation.

### **9.8.3 Une situation qui condense des conflits**

Le suicide semble provoqué par une saturation de conflits. Ces conflits sont ici condensés dans la relation à sa mère et les enjeux d'attachement précoces : scène traumatique non symbolisable de la disparition du père, traumatismes liés à son statut particulier et à son isolement, non symbolisation de ses filiations, problématique de la séparation.

### **9.8.4 Effraction traumatique**

La situation déclenchante a une valeur traumatique car elle condense et réactive plusieurs conflits psychiques non élaborés dont l'afflux conduit à une désorganisation identitaire.

La question du voleur de l'argent de Joël qui est celui de la mère, la place de l'argent dans le lien entre Joël et sa mère et les enjeux du vol dans la problématique culturelle (mésalliance et donc vol d'une fille du Nord) ont largement été déployés. L'on peut alors admettre que l'afflux simultané de ces différents éléments conduise à une désorganisation identitaire chez Joël, sous-tendus par la culpabilité et l'angoisse de castration mais aussi par des enjeux plus précoces de perte de l'objet.

Il n'y a pas de traitement psychique possible de ces conflits qui connaissent un surinvestissement simultané. L'acte suicidaire prend ici valeur de traitement-décharge de la destructivité interne qui désorganise et appelle à un essai de dégagement. Ce qui confirme qu'il y a un moment de « flottement identitaire », un moment de confusion entre fantasme et réalité, notamment en ce qui concerne l'agressivité.

### **9.8.5 Tentative de réaménagement du lien à l'objet primaire**

L'acte suicidaire de Joël a impliqué une mise au travail de son rapport aux figures parentales, de ses filiations, des éléments de transmission et de ses appartenances. La difficulté de son Moi à unifier ses différents éléments identificatoires souligne les fragilités narcissiques de Joël. Chez Joël, la mise au travail des identifications illustre son besoin et ses tentatives de sortir du lien adhésif à sa mère.

Joël est alors attaqué dans sa possibilité d'être un objet légitime, d'être en lien et il est sadisé par cette culpabilité inconsciente qui le pousse à se désinvestir comme sujet.

### **9.8.6 Les origines questionnées**

Les associations de Joël interrogent des origines. Il semble avoir du mal à construire une scène primitive, car la relation aux parents est sanctionnée par un interdit culturel, ce qui contribue certainement aux enjeux d'exclusion/d'exclusivité et d'étrangeté dans le lien à sa mère.

### **9.8.7 Filiations en défaut**

L'acte suicidaire de Joël a impliqué une mise au travail de son rapport aux figures parentales, mais surtout de ses filiations (ce qui fait appartenance, élément de transmission). Le questionnement autour de la nomination et le fait que Joël se partage entre ses deux groupes familiaux (père et mère), sans que les deux puissent être liés, l'illustrent. La difficulté à unifier ses différents éléments identificatoires souligne la logique généalogique en défaut.

### **9.8.8 Enveloppe familiale et culturelle non contenant**

La question du vol et de la dépossession remet en jeu des éléments de l'histoire de Joël dont lui-même ignore le sens (et qui se joue autour de la mésalliance). Il y a une recherche de métaphorisation d'éléments clivés, non liés dans sa psyché.

Du fait de la mésalliance, la mère (envers et contre sa famille et sans la famille du père de Joël) prend valeur de tout. Il y a une désintégration de la structure familiale et sociale qui empêche la constitution d'enveloppes familiales, groupales, sociales suffisamment contenant.

## **CHAPITRE 10 : VANESSA : LA TENTATIVE DE SUICIDE COMME CONVOCATION À LA PRISE EN CHARGE D'UNE SCÈNE DU COUPLE**

### **10.1 Cadre des rencontres**

Vanessa est adressée par le service des urgences de l'hôpital pour « *tentative d'autolyse* ». Elle a ingéré de l'eau de javel (en quantité non précisée). Elle arrive dans le service de psychiatrie accompagnée par son mari. Afin de réfléchir ensemble à ce qui a pu se passer, nous nous sommes rencontrés cinq fois, avec leur accord, à la suite de son hospitalisation aux urgences. Les rencontres se sont déroulées avec un psychiatre et un infirmier psychiatrique au sein du département de psychiatrie de l'hôpital.

### **10.2 Présentation**

Vanessa est une jeune femme de 26 ans, mariée, mère de deux enfants, vendeuse de fruits et d'amuse-gueule qu'elle confectionne elle-même. De religion catholique, Vanessa est originaire de la ville d'Agonli (voir carte) et est donc d'ethnie Fon.

#### ***Conditions des entretiens***

Nous la rencontrons trois jours après sa tentative de suicide. Elle est toujours accompagnée de son mari. Aucun autre membre de la famille ou de l'entourage n'étayera leur démarche, comme si l'acte suicidaire concernait uniquement le couple. D'ailleurs, dès le début, les rencontres sont utilisées par le couple comme une occasion pour mettre en tension leurs versions et leurs vécus respectifs. Le mari de Vanessa ne se sent ni vraiment impliqué dans la recherche de sens commune, ni vraiment inquiet quant à l'acte suicidaire de sa femme. Il dit venir pour elle (il s'exclut donc des réflexions tout en étant présent) et par « contrainte ».

Afin de repérer la dynamique d'autodestructivité en jeu, le dispositif d'accueil proposé a d'abord dû recevoir le couple. Les rencontres commencent souvent avec le mari, puis Vanessa est reçue seule et les rencontres se closent à nouveau avec le couple. Un travail de déconstruction dans les discussions avec le psychiatre, l'infirmier, Vanessa et son mari a permis de reconstruire, avec le couple, un récit autour de l'acte suicidaire et ses enjeux.

Vanessa s'exprime peu en français et son discours est complètement pris dans les expressions et représentations contextuelles. Une traduction mot à mot n'est donc ni possible ni pertinente pour accéder aux représentations et constructions de Vanessa. Nous sommes par



conséquent face à la nécessité de passer par un dispositif de « médiation ». En effet, en nous appuyant sur le collègue infirmier psychiatrique (qui parle sa langue), le dispositif de traduction s'est étendu à une véritable médiation ; c'est-à-dire qu'il a fallu inscrire le récit traduit « cru » dans un contexte, un environnement, en vue d'une mise en articulation, d'un essai de mise en sens. Pour être à l'écoute de la tentative de suicide, nous avons travaillé à identifier et déchiffrer les données du contexte, car travailler à partir du récit brut serait revenu à essayer de déchiffrer un rêve à partir d'un seul récit.

### *Éléments marquants*

La situation nous met d'emblée dans le cadre d'une prise en charge du couple, ce qui semble être la demande de Vanessa. Au fil des rencontres, nous sommes passés de témoins de la scène intime du couple à la constitution d'un lieu tiers pour le couple.

Comme je l'ai dit, la situation de Vanessa ramène aux données de l'environnement du couple mais aussi au contexte plus général de la logique du Sud Bénin. Les difficultés du couple sont énoncées en lien avec les représentations culturelles. En effet, la description des événements conduisant à son acte suicidaire peut apparaître, sans un dispositif de médiation, comme la pénétration de la croyance magique ou comme une forme d'interprétation délirante persécutive. Son récit, tels une totalité condensée, un matériel brut, nous rend témoins d'un processus de construction des représentations. Simultanément, parce qu'il appartient à une logique différente de nos théories et logiques professionnelles, son récit nous a contraints à nous interroger sur le type d'écoute et de disponibilité que nous pouvions offrir. Quelle co-construction est possible pour accéder aux profondeurs du discours quand les théories qui fabriquent le cadre d'accueil sont différentes de celles qui constituent la personne accueillie ? L'axe de travail a consisté à essayer d'être au plus près de Vanessa pour traduire son récit, avant même toute perspective thérapeutique ou explicative. Les représentations et conduites étant guidées par le contexte, nos discussions ont consisté à identifier ce qui sous-tendait les différentes représentations. En inscrivant dans un environnement et un contexte les éléments de récit bruts que Vanessa rapportait, les représentations résonnaient alors autrement et une enveloppe de sens pouvait émerger. La situation de Vanessa nous engage donc à habiter son récit à partir des théories « contextuelles » qui font sens. Pour cela, nous nous sommes principalement appuyés sur la pensée de Mauss (la pensée magique et le sacré), sur Freud (notamment certains éléments de *Totem et Tabou*) et sur le concept de négatif de Green.

### 10.3 Anamnèse

Vanessa est la troisième d'une fratrie de 10 enfants. La première vit au village, le cadet serait décédé à la naissance, Vanessa vient après lui, le quatrième est décédé à la naissance, le cinquième vit à Bohicon, le sixième est mort, la septième vit également à Bohicon, les huitième et neuvième enfants sont des jumelles vivant à Calavi et le benjamin a migré vers le Nigeria.

Le père de Vanessa est décédé, il était cultivateur. Il a eu deux femmes et treize enfants. La mère de Vanessa est également cultivatrice, elle est la deuxième épouse de son père. Vanessa aurait vécu à Agonli avec ses parents jusqu'à l'âge de deux ans. Elle a ensuite été « confiée » à la grande sœur de son père, à Cotonou. Elle y a vécu jusqu'à l'âge de 20 ans. Elle en est partie, il y a 6 ans, au moment de sa première grossesse, pour rejoindre son mari. Auprès de cette tante, Vanessa n'a pas été scolarisée. Elle a aidé aux travaux ménagers, puis, plus grande, elle a assisté la fille aînée de sa tante dans la vente et le commerce. Chez sa tante, Vanessa a rencontré son mari qui donnait des cours de soutien aux enfants scolarisés de sa tante. Vanessa a alors 19 ans. Lorsqu'elle tombe enceinte, plusieurs transformations s'opèrent : non seulement Vanessa va se transformer pour devenir mère, acquérir le statut de « femme de », mais elle va aussi quitter la maison dans laquelle elle a toujours vécu, tout au moins dans les souvenirs qu'elle a. À cette occasion, elle apprend la raison du « placement » dont elle a fait l'objet : elle a été confiée à cette tante à la suite de « cérémonies ». Il lui a été expliqué qu'elle aurait été retrouvée dans un temple vodun<sup>96</sup>, la langue fendue en deux comme un serpent. On aurait alors dit qu'elle était vodunsi (enfant d'une divinité).

Le mari de Vanessa est plus âgé qu'elle (nous ne savons pas son âge). Il est le troisième de sa fratrie et a également des demi-frères (sa mère a eu d'autres enfants hors mariage ; son père a d'autres femmes). Depuis 6 ans, Vanessa et son mari vivent dans la maison du grand-père de ce dernier. Dans cette maison vivent aussi la marâtre du mari et certains de ses enfants. Selon Vanessa, la marâtre crée tellement de problèmes que les frères utérins de son mari ont quitté la maison et ne veulent pas y revenir, même occasionnellement, sous prétexte qu'ils seraient en danger.

Vanessa a mal vécu ses grossesses. Elle explique que, lorsqu'elle est arrivée dans cette maison, sa grossesse ne s'est pas déroulée tranquillement. Vanessa est encore perplexe

---

<sup>96</sup> Temple dédié à une divinité du panthéon vodun. La notion de vodun a été développée dans la partie traitant de la conception de la mort et de la vie dans le Sud Bénin. Nous nous situons dans la conception de Mauss selon laquelle le sacré et les faits de symbolisation entretiennent des rapports fonctionnels avec la vie sociale. C'est dans ce cadre que nous travaillerons cette notion dans l'analyse du cas.

d'avoir accouché par césarienne<sup>97</sup>. Sa fille aînée a aujourd'hui 6 ans. Au cours de sa deuxième grossesse, deux ans plus tard, Vanessa a eu des problèmes de santé. Elle a dû quitter sa maison pour aller dans la famille de son mari à Porto Novo. Son fils, âgé de 4 ans aujourd'hui, serait né malade. La belle-mère de Vanessa s'en serait occupée. Vanessa est persuadée que c'est sa belle-mère qui a permis qu'il reste en vie : c'est cette belle-mère qui l'a « imposé », dit Vanessa. Après son deuxième enfant, Vanessa aurait bénéficié du planning familial<sup>98</sup>. Nous apprendrons cependant, au détour de ses associations, qu'elle a eu une troisième grossesse qui s'est soldée par une fausse couche, avant l'instauration du planning familial. Sa belle-mère l'aurait alors battue, l'accusant d'envoûtement. À l'issue de ces épisodes, leur relation s'est tendue, mais cela n'a pas empêché Vanessa de veiller sa belle-mère lorsqu'elle est tombée malade. La belle-mère décède de sa maladie. Depuis, des tensions sont nées entre son mari et elle, ainsi qu'avec les autres habitants de la maison.

Depuis six mois environ, Vanessa nourrit à nouveau le projet d'être mère et a donc interrompu le planning familial.

#### **10.4 Description du contexte de l'acte et signification**

Le jour du passage à l'acte, après ses activités domestiques, Vanessa a voulu prendre sa douche. Elle constate qu'il y a un oiseau<sup>99</sup> posé sur les sous-vêtements qu'elle avait lavés la veille. Vanessa décide de chasser l'oiseau, mais il ne bouge pas. Vanessa est alors saisie d'une idée étrange : et si c'était la cause de son aménorrhée qui dure depuis 6 mois ? L'on peut entendre derrière cette hypothèse une idée de souillure : les sous-vêtements lavés étaient souillés par les pattes d'un oiseau qui s'y était posé. De même, le fait qu'un oiseau ne soit pas effrayé par un humain entré dans une pièce semble avoir plongé Vanessa dans une grande angoisse, même si elle dit ne pas s'être inquiétée dans un premier temps.

Face à cette scène incongrue qui semble la troubler, Vanessa, en bonne catholique, va chercher de l'eau bénite et des sels qu'elle jette sur l'oiseau. Il s'envole, mais vient heurter le visage de Vanessa, qui aurait alors chuté et perdu ses esprits un moment. Quand elle revient à

---

<sup>97</sup> La perplexité de Vanessa est à entendre dans le sens suivant : elle n'a pas accouché par voie « naturelle » et normale. La césarienne est une technique d'accouchement médicale et donc moderne. Dans le contexte du Sud Bénin, un tel acte interroge ce qui aurait pu engendrer un risque pour la mère et/ou l'enfant, empêchant une arrivée « normale » de l'enfant.

<sup>98</sup> La planification familiale (PF) est une méthode qui permet d'espacer les naissances dans le but de permettre à l'organisme de la femme de mieux supporter une nouvelle grossesse et d'éviter les complications éventuelles. C'est donc un appui à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale précoce dans les politiques de prévention. Toutefois, très peu de femmes l'utilisent au Bénin.

<sup>99</sup> Il est important de préciser que la configuration spatiale et l'organisation des lieux de vie au Bénin suppose que les toilettes ou les douches soient des espaces en partie ouverts sur l'extérieur. La présence de l'oiseau est donc plausible et non délirante.

elle, Vanessa constate que l'oiseau est mort ; il gît en plein milieu de la douche. Vanessa décide de téléphoner à son mari pour lui raconter les événements.

Nous pouvons déduire de l'action de jeter des « objets bénis » que la représentation que Vanessa a de l'oiseau n'est pas celle d'un oiseau ordinaire. Elle interprète son immobilité et son absence de frayeur à la vue de Vanessa comme le signe qu'il relève d'une nature autre que d'une nature uniquement animale, d'où le besoin de s'appuyer sur les forces divines pour s'en débarrasser. L'on peut supposer que ce qui angoisse Vanessa est ce que l'oiseau représente pour elle : la souillure dont elle semble être victime et l'absence d'explication de son aménorrhée non gravidique qui fait d'elle un « être » étrange, hors sillon. Lorsque Vanessa parle de malaise et de perte de ses esprits, nous pouvons nous demander ce qui en est la cause. Est-ce vraiment lié à ce choc avec l'oiseau ou plutôt à cette idée saisissante qui l'envahie complètement, qu'elle ne peut critiquer et qui la plonge dans un état important de frayeur ? Ce que l'on entend derrière ce récit est que Vanessa perd complètement ses moyens et qu'elle n'est plus rattachée à aucune réalité.

Le mari, tranquille et calme, lui demande de vaquer à ses occupations ; il constatera à son retour. Le soir, après avoir nourri les enfants, Vanessa retourne dans la douche, se trouve face à la même scène et fait encore une fois un malaise : elle entend une voix qui lui dit qu'elle va mourir. Pour se sauver, elle décide de téléphoner à son oncle paternel pour lui dire qu'elle va mourir et qu'il faut qu'il vienne chercher les enfants. Elle retourne dans la douche mais, face à l'oiseau mort, elle ne « *ne se retrouve toujours pas* » et tombe à nouveau. Elle se réveille à l'hôpital avec comme seul souvenir d'avoir ingurgité de l'eau de javel. Elle garde l'image de la bouteille qu'elle tenait et que son mari a dû lui arracher de force en l'amenant à l'hôpital. Dans cet état second, explique Vanessa, elle prononçait le nom d'un frère consanguin de son mari (le fils de la marâtre de son époux) qui l'aurait menacée il y a quelque temps de l'agresser.

La description de l'acte suicidaire montre la violence vis-à-vis du mari traité comme absent, mort, pris dans une sorte d'hallucination négative<sup>100</sup>.

Vanessa est convaincue que ce qui lui arrive est dû « *aux soucis de la maison* » : tout cela doit provenir de son mari, car elle serait tout le temps menacée ainsi que ses enfants.

Le récit des événements que fait Vanessa se focalise sur une notion centrale : la sorcellerie. Dans les cultures africaines, notamment au Bénin, la notion de sorcellerie est ancrée chez chacun, quelle que soit la religion. La croyance en la sorcellerie est quelque chose

---

<sup>100</sup> L'hallucination négative renvoie à un déni d'existence d'une perception ou d'un objet.

de parfaitement ordinaire : ce n'est donc pas un mythe mais une réalité. Ce régime d'explication du monde, fréquemment utilisé, relève de ce qu'on pourrait nommer en Occident la magie<sup>101</sup> noire. Sa seule évocation suscite la peur et renvoie à des éléments négatifs, dangereux et destructeurs – comme s'ils relevaient du non humain. Dans les récits qui en sont faits, les sorciers, considérés comme des êtres exclus et non-humains, prennent des formes diverses et variées pour atteindre leurs cibles ; les oiseaux semblent être l'un des moyens qu'ils utilisent couramment. Donc, quand Vanessa raconte son histoire « d'oiseau têtue », elle nous décrit un acte autodestructif qui ne relèverait pas de sa volonté mais dont la source serait un mauvais sort, un envoûtement, de la sorcellerie. Elle se vit donc aux prises avec des forces destructives et négatives.

Comment comprendre cet acte de « possession autodestructive » ? Quels sont les vécus qui ont conduit Vanessa à cet état second évoquant a minima une dépersonnalisation ? Le récit décrivant l'acte suicidaire de Vanessa demande à être déployé.

### **10.5 Modalités relationnelles/ Mécanismes de défense**

Il faut noter que la relation avec Vanessa s'inscrit sur la toile du rapport patient-médecin, mais aussi famille-couple. L'alliance dans le travail de mise en récit est donc supportée par l'institution médicale, mais aussi fondée par l'injonction familiale. En effet, Vanessa est amenée en consultation par son époux : lui est soucieux d'obéir à l'injonction de l'oncle maternel de Vanessa ; elle est soucieuse de coopérer pour éviter une séparation qu'elle redoute (elle craint de perdre sa place d'épouse auprès de son mari). L'absence de demande de monsieur, la demande de Vanessa d'accueillir le couple ainsi que l'étalage commun qu'ils font de leur dynamique conjugale soulignent l'utilisation des rencontres dans une visée normative, restauratrice de l'ancien équilibre conjugal. Cette idée de revenir à l'état antérieur souligne le déni des événements perturbateurs. Ni l'un ni l'autre ne met en question leurs modalités d'attachement, leur relation affective et leurs comportements respectifs. Vanessa y parvient dans une certaine mesure.

Les rencontres sont témoins de ce couple qui n'arrive pas à se parler et qui a besoin d'un espace tiers pour que les mots circulent sans risque de débordement d'agressivité. Chacun, à sa manière, se vit victime de son conjoint. Les mécanismes de banalisation, la

---

<sup>101</sup> Dans son analyse, Evans-Pritchard dissocie la notion de magie en trois moments : la sorcellerie, les oracles et la magie. La sorcellerie représente une procédure d'accusation qui permet d'expliquer une situation de malheur. Par exemple, en butant sur une souche, un homme peut penser qu'il a été ensorcelé. Bien qu'il comprenne que c'est la souche qui l'a fait chuter, il explique par là qu'il n'a pas l'habitude de chuter sur les souches ; si son attention a baissé, c'est donc qu'il a été ensorcelé. Il précise qu'au-delà de la peur, celui qui croit être ensorcelé est en colère contre celui qui l'a ensorcelé.

violence et les dénis soulèvent le risque de générer, de manière réactionnelle, des contre-attitudes comme l'agressivité vis-à-vis de l'un ou l'autre. Mais l'analyse en termes de problématique du lien, de l'attachement et de carences narcissiques permet de supporter ces aménagements relationnels et leur nécessité psychique, autant individuelle qu'intersubjective.

Dans ce contexte d'absence/impossibilité de parole, il semble que la tentative de suicide de Vanessa prenne valeur d'appel à la prise en charge d'une scène du couple. Les rencontres permettent au couple de prendre le temps de renégocier leur relation. Ils se constituent par cette occasion un intime (qui leur manque) afin de s'inscrire ensuite dans le réseau familial.

Comment Vanessa et son mari sont-ils passés du statut de conjoints, donc de personnes familières, à celui d'étrangers l'un pour l'autre ? Qu'est-ce qui, dans le fonctionnement de chacun pris dans son individualité, a achoppé ? Même si la problématique du couple renvoie à l'identité de chacun, avant toute prise en charge individuelle, il y a la nécessité de travailler le couple. Chacun exprime des vécus abandonniques respectifs. Le mari dit ne pas être confiant, car Vanessa, parce qu'elle n'a pas sa langue dans sa poche, le livre aux dangereuses manigances de sa marâtre. On peut s'interroger sur le fonctionnement psychique de cet homme, qui a mis du temps à faire sa vie, sous prétexte que c'est sa famille élargie (belle-mère, cousins) qui représente un obstacle (sorts l'empêchant de construire une vie de famille). Pendant les entretiens, il est très détaché et peu enclin à exprimer d'autres affects que l'agacement et l'épuisement dans lesquels le plongent Vanessa et ses comportements. Cet homme, en tout point évitant, même dans ses contacts sociaux, nous révèle toutefois, avec une authenticité frappante, son absence de libido. En raison de nombreuses tensions, il n'arrive plus à coucher avec sa femme. Selon son expression, « *quand je repense à ce qu'elle m'a dit, je meurs* ». Non seulement, Vanessa et son mari sont devenus étrangers l'un à l'autre, mais il semble que chacun à son niveau soit pris dans un processus de devenir étranger à lui-même.

Les mécanismes mis en avant par le mari, insondable et taciturne, sont le contrôle, la disqualification et l'infantilisation du comportement de Vanessa. Son ton est dur et froid. Il est accusateur, exaspéré et excédé par les comportements de Vanessa auxquels il ne prête plus aucune attention. Vanessa ne le place pas moins en position de bourreau. Ils en sont à un tel point de tension qu'ils n'arrivent plus à se parler, sauf par personnes interposées. Par exemple, la demande d'hospitalisation émane de l'oncle de Vanessa. Par ailleurs, devant son mari, Vanessa dit à leurs enfants que leur père entretient certainement une relation extra-conjugale. Ceci tient lieu d'exemple si l'on considère qu'un tel débordement des inquiétudes

de Vanessa relève encore de l'ordre de la parole et non d'un mécanisme de mise à distance et d'identification projective de l'affect qui l'anime. L'agressivité monte, compte tenu de l'absence d'échange. Les paroles et/ou actes de l'un irritent l'autre et vice versa. Il semble qu'une cruauté réciproque s'installe. Le mari ne prête plus attention à sa femme et agit comme si elle n'existait pas. Il fait le mort et est donc indifférent à toute tentative qu'elle ferait pour rentrer en lien avec lui. Vanessa, elle, lui lance des piques et adopte des comportements de plus en plus irritants (elle prie en pleurant, chante en l'insultant). Pourquoi ce couple est-il en manque de liens, de paroles, de séduction ? La recherche de l'élément de tendresse ne mène-t-elle pas parfois à la cruauté ?

Si, selon Vanessa, son mari est en conflit avec tout le monde, lui a un vécu exactement contraire. Ils s'accusent donc mutuellement de ne pas se protéger, comme si l'équilibre conjugal reposait sur le contrat ou pacte inconscient selon lequel l'un serait un gage de protection pour l'autre partenaire. Vanessa dit ne pas se sentir protégée dans leur lieu d'habitation. De plus, elle craint de perdre sa place. On peut supposer que l'aménagement relationnel et conjugal sert fondamentalement à colmater des angoisses de perte, de différenciation et les brèches dans le sentiment d'identité narcissiquement carencée de chacun des deux protagonistes.

Du fait même de la configuration des rencontres, le fonctionnement de Vanessa nous est resté peu accessible car elle nous donne essentiellement à voir sa relation conjugale. De plus, les passages par l'interprétariat et les traductions rendent difficile l'évaluation de ses modalités de fonctionnement. Nous remarquons toutefois que Vanessa, en contrepoint de cet aspect intimidé ou inhibé, a une forte présence. Lorsqu'elle déroule son récit, par exemple, elle sait capter l'attention en nous regardant tous. Même si elle semble parfois absente, Vanessa manifeste ses désaccords lors de la prise de parole de son mari. Elle regarde, hoche calmement la tête puis, quand c'est à son tour de parler, sans se mettre en position de contradiction, elle donne sa version des faits.

Vanessa est souvent très apprêtée, ce qui contraste avec l'idée qu'on se fait de son activité de vendeuse devant déambuler toute la journée. En fait, elle paraît même « trop » apprêtée. Son hypomimie et son faciès laissent filtrer peu d'affects et lui procurent des airs d'absence ; cela donne à sa tenue un aspect d'« accoutrement », d'une sorte de masque, d'une façade. Le contact est syntone mais plutôt évitant.

Vanessa parle facilement, mais livre un discours centré sur les événements quotidiens de son existence, sans grande richesse associative. Dans son récit qui se veut pourtant détaillé, l'on ignore de quelle date elle part. Cette imprécision révèle le flou, voire le défaut

d'organisation temporelle qui habite Vanessa. La description de son quotidien concerne les maltraitances conjugales, les menaces de sa marâtre quant à sa place à la maison, son sentiment d'insécurité, son vécu d'isolement. Vanessa met à distance ces événements par des rationalisations et des actions religieuses qui ne suffisent pas à juguler l'angoisse qui l'étreint. Son récit tient également à distance les affects associés à ces vécus. Il semble que les mécanismes d'étouffement, de gel, d'inhibition de la vie psychoaffective et de répression des motions affectives comme des représentations sont à l'œuvre. Cela interroge la présence d'un processus dissociatif ou d'un fonctionnement d'ordre traumatique.

L'identification projective lui permet de transférer sur l'objet des caractéristiques de son monde interne, évacuant ainsi au dehors ce qui est intolérable au-dedans et perçu comme mauvais, ceci en attendant un retour plus digeste et plus tolérable.

Une angoisse d'intrusion semble être sous-jacente à son vécu d'insécurité – voire d'empiètement. Cela expliquerait qu'elle soit prise au dépourvu quand un oiseau (l'extérieur) pénètre dans l'intérieur (sa douche, son intimité). Ses barrières psychiques sont à questionner. Si, dans un premier mouvement, son insécurité interne est étayée par la description de son quotidien, au fur et à mesure des rencontres, on pourra arriver à l'idée que l'angoisse, au-delà du quotidien complexe, est bien une production interne réactivant des vécus archaïques.

Si son côté maniéré et apprêté évoque des aménagements hystériques, l'angoisse de mort et les processus évacuateurs nous mettent plutôt sur la voie d'une hystérie archaïque telle qu'elle est décrite par Mc Dougall. Il s'agit d'une problématique psychique caractérisée par une brèche de l'identité primaire ainsi qu'une mauvaise différenciation soi-autre. Les angoisses prévalentes sont la peur d'être envahi par l'autre et de perdre son intégrité physique. Nous retrouvons ces vécus chez Vanessa lorsqu'elle décrit des moments où « elle ne se retrouve pas », évoquant une pseudo-dépersonnalisation, une possession ou un moment de débordement. Dans cette problématique d'hystérie archaïque, à la différence de l'hystérie névrotique, l'enjeu vital est le droit à exister et non pas l'obtention de satisfactions libidinales. Les troubles de la sexualité chez le couple viennent donc mobiliser pour chacun des enjeux narcissiques très archaïques.



## 10.6 Associations en lien avec l'acte suicidaire

### 10.6.1 De l'insécurité généralisée à l'oiseau de mauvais augure

#### 10.6.1.1 Insécurité généralisée

Les premières associations de Vanessa concernent son vécu interne d'insécurité généralisé, état qui précède son acte suicidaire.

Vanessa affirme que les conflits existants sont la raison de son passage à l'acte. Elle décrit un environnement toxique face auquel son père n'est plus fonctionnel. La marâtre la nargue en lui disant par exemple qu'elle fait « *sa belle* ». Elle se moque de Vanessa en lui demandant pourquoi elle va tant à l'Église. Elle la toise aussi en soulignant que c'est grâce à son deuxième enfant qu'elle a encore sa place dans la maison. Les effets de cet environnement sont palpables : Vanessa et ses enfants ne dorment plus. Personne ne dort dans la maison ! En fait, Vanessa décrit un sommeil agité en plus d'insomnies d'endormissement. L'ambiance mortifère semble contaminer tout le monde. Vanessa s'applique à nous décrire le climat d'anxiété généralisée. Elle tient à argumenter, preuves à l'appui, comme pour nous convaincre que sa description est bien réelle et non le fruit de son imagination. Son mari cohabite depuis 17 ans dans cette maison familiale avec sa marâtre (la deuxième femme de son père) et ses demi-frères. Cette marâtre ne s'entendait déjà pas avec la belle-mère de Vanessa (la mère de son mari, la première femme). Du fait de tous ces conflits, tous les frères du mari ont quitté la maison car ils s'y sentent en danger. Aujourd'hui, la marâtre menacerait Vanessa, ce qui suscite chez elle de l'angoisse qu'elle s'évertue à mettre à distance. Son mari nous confirme l'ambiance conflictuelle : il signale que, parfois, en rentrant, ils trouvent des casseroles sur le chemin qui mène à leur appartement et que les menaces sont effectivement ouvertes. C'est pourquoi, selon lui, l'envoûtement reste une hypothèse plausible concernant l'acte suicidaire de Vanessa. Au moins partage-t-il cela avec Vanessa parce que, pour le reste, il n'en démord pas : Vanessa attire le conflit, le cherche. Le ton est accusateur : les menaces ne seraient donc que des réponses à ce qu'elle suscite d'agressif. Il décrit les comportements de Vanessa comme de plus en plus étranges et provocants. Vanessa est-elle perméable à l'ambiance conflictuelle générale ou alors est-ce son anxiété généralisée qu'elle projette ainsi sur son environnement ? En fait, les tensions avec sa belle-famille viennent s'ajouter à un conflit conjugal et le doubler. Vanessa se trouve donc sans étayage aucun.

Vanessa reprend la parole et explique que, face aux conflits et différentes menaces grandissants, son mari, de plus en plus distant, ne la soutient pas. Les conflits remonteraient selon elle au décès de sa belle-mère dont elle s'est occupée lors de sa maladie. Après sa mort,

le mari de Vanessa serait devenu énurétique. Elle lui aurait demandé de se faire soigner, s'étant déjà occupée d'une personne malade. C'est la parole de trop qui déclenche des violences conjugales. Alertés par les cris de Vanessa qui se fait battre, la marâtre et ses fils (co-habitants de la maison) accourent. Mais Vanessa n'est pas au bout de ses surprises. De victime, elle devient exclue. Habilement, le mari raconte une histoire à dormir debout où il est question de commérages et d'insultes de sa femme envers les membres de la famille. Des mensonges selon lesquels Vanessa dit des « choses » sur eux et les insulte – elle les traite par exemple de sorciers. Une sorte de passe-passe pour éviter le déshonneur ? C'est alors que Vanessa devient la cible de tous, elle est destituée et se ferait constamment insulter.

Vanessa reprend son récit et le déroule d'une traite. Malgré les tensions, elle n'abdique pas et met en place des stratégies d'alerte face au symptôme de son mari. Elle appelle une sœur de son mari, puis un frère pour leur exposer la situation et leur demander d'intervenir. Pareilles démarches sont restées vaines ! Ce climat d'insécurité généralisée contre lequel elle lutte l'épuise. De plus en plus isolée et angoissée, Vanessa se met alors dans l'idée de sortir de la maison pour retrouver la sérénité perdue. Elle souhaite déménager pour une location, parce qu'elle vit son environnement comme de plus en plus dangereux, hostile. Elle est soutenue dans sa demande par sa famille qui est prête à avancer l'argent pour un appartement qu'elle aurait trouvé. Mais le mari aurait refusé, arguant qu'il le trouverait lui-même. Lorsque Vanessa lui demande où il en est des recherches, cela se retourne à nouveau contre elle. Une dispute se déclenche et son mari l'aurait à nouveau frappée. C'est le dernier événement en date. Cette fois-ci, Vanessa aurait porté plainte au commissariat où l'affaire a été prise en charge. Par la suite, son mari aurait promis à la famille de Vanessa de trouver un logement. Vanessa attend depuis. Cela fait trois mois.

À la fin de ce récit effectué d'une traite, la tension est forte. Nous pouvons entendre que Vanessa est angoissée de manière croissante : va-t-elle perdre son mari et par conséquent son statut de femme ? Nous ne relançons pas la discussion mais nous prenons le temps d'échanger entre nous (psychiatre, infirmier psychiatrique et chercheur) pour nommer la tension et proposer des reformulations de ce que nous avons entendu. C'est aussi le moyen de ne pas être exclus de cette dynamique de couple qui s'attaque ouvertement, ce qui, soit place les spectateurs en position d'exclus, soit les oblige à prendre parti. Nous échangeons sur son récit en soulignant notre compréhension des derniers événements en date. Vanessa s'était déjà adressée individuellement à des personnes mais cela n'avait pas fait tiers. Il lui fallait s'adresser à une institution, faire appel à une loi structurante pour remettre de l'ordre dans ces événements qui lui font progressivement perdre pied. L'intervention de la police dans la

situation évoque la recherche d'un lieu tiers permettant la transitionnalité. Toutefois, l'utilisation de la loi judiciaire n'a pas été structurante puisqu'elle suppose déjà une certaine structuration psychique (a minima). En effet, Vanessa comme son mari sont « collés » : ils collent aux mots, aux actes et aux paroles, ce qui rend la relation impossible et l'imprègne d'agressivité. Vanessa et son mari sont témoins de nos échanges. Nous conflictualisons un peu. Pourquoi cette réaction à vif du mari ? Arrêtons-nous un moment sur l'éneurésie et ce qu'elle catalyse de violence et d'agressivité dans le couple. Comment en vient-il à frapper Vanessa, lui qui est habituellement si détaché et évitant ? Nous pouvons déjà postuler que ce symptôme et son évocation qui le met « hors de lui » touchent une faille narcissique. En effet, l'éneurésie peut évoquer des troubles érectiles, ce qui expliquerait la honte et le déshonneur du mari lorsque sa femme en parle. Le travail de deuil du mari qui s'accompagne de cette forte régression (autour des urines) souligne son besoin de contenance et pose la question de ses propres enveloppes psychiques. La problématique du couple se joue en rapport à la sexualité. D'ailleurs, le mari confirme son impossibilité à avoir des rapports sexuels avec sa femme.

L'infirmier psychiatrique interroge: en appelant les membres de la famille du mari et en dévoilant ainsi la probable infertilité de son mari, que pouvait attendre Vanessa? N'attaquait-elle pas ainsi ce qui constitue l'intime du couple ? S'adressait-elle aux bonnes personnes ?

Après cette mise en tension (où le couple est témoin mais pas associé à la discussion), nous prenons le temps de poser quelques questions qui permettraient à Vanessa de relancer sa chaîne associative. L'origine des rivalités remonte-t-elle seulement au moment de la mort de la mère de son mari ? Nous supposons que ce décès vient ici remettre en scène des nœuds de tensions déjà existants. Vanessa trouve quelques pistes associatives qui vont dans ce sens. Elle est convaincue qu'elle court le risque d'être exclue de sa belle-famille et par conséquent de perdre son mari et sa place de femme, de mère. Elle raconte que la famille de son mari ne voulait pas que ce dernier construise un foyer. Ses anciennes relations n'ayant pas tenu, il aurait consulté de manière traditionnelle. C'est le *Bokonon* qui lui aurait révélé que l'échec à établir une vie conjugale proviendrait de la famille, notamment de la maison. Pour Vanessa, c'est une preuve suffisante. Elle en est convaincue, ils lui en veulent. C'est ce qui explique que sa marâtre s'étonne de la présence, depuis 6 ans déjà, de Vanessa aux côtés de son mari et de surcroît de sa réussite à avoir deux enfants. Son sentiment d'insécurité est flagrant. La note persécutive attribuée au « mauvais-objet » marâtre lui sert de filtre de lecture pour les différents événements vécus comme des effractions et des menaces.

Au total, les essais de Vanessa pour entrer en lien avec son mari se retournent contre elle : débordement d'agressivité, d'angoisse, de rejet ; vécu d'isolement et d'épuisement grandissant. Vanessa est de plus en plus isolée et épuisée. Comment tenir dans ce contexte où il ne se passe rien sauf des cristallisations de tensions ? Partant de ces événements qui se précipitent sans qu'elle puisse y mettre un sens et des mots, on peut comprendre que pour son époux et son entourage, Vanessa devient de plus en plus insupportable, étrange et inadaptée dans ses tentatives d'appels. En raison des conflits extérieurs et de leurs répercussions internes, Vanessa s'inscrit dans le vide d'une organisation psychique déconstruite, privée de sa substance, confrontée au néant. En d'autres termes, elle s'inscrit dans le négatif, car elle est complètement débordée par la destructivité. Cliniquement, comme le décrit Rosolato (1989), le négatif prend chez Vanessa la figure de la résistance, de la dépression, de la dépersonnalisation, de l'hallucination négative, de l'angoisse archaïque.

#### **10.6.1.2 Oiseau de mauvais augure...**

Nous avons décrit l'état de Vanessa quelques mois avant sa tentative de suicide : elle alterne entre présence et absence, mise à distance des affects agressifs et résistance. Dans cette partie, nous allons proposer une reconstruction<sup>102</sup> du passage qui se fait entre cet état négatif et la construction selon laquelle elle a été envoûtée à la vue de l'oiseau dans sa douche.

En fait, devant les menaces de perte de son identité de femme, Vanessa a eu un désir. Est-ce un bouclier devant le risque d'effondrement qui la guette si elle perd son statut ? Un signe de résistance face à la dépersonnalisation ? Elle ne sait pas trop pourquoi, mais elle désire avoir un enfant. De quoi est faite cette émergence pulsionnelle ? Nous comprendrons à l'avant-dernière rencontre qu'elle est liée à une envie de réparation d'une fausse couche. Prise par ce désir, Vanessa a mis fin à sa contraception. Cela la conforte aussi dans sa quête d'un autre logement, plus serein, pour sa petite famille. Même si elle ne fait pas le lien directement, nous pouvons entendre que les grossesses de Vanessa, souvent difficiles, ont impliqué qu'elle quitte la maison familiale de son époux. Une nouvelle grossesse serait donc un argument de taille dans sa demande-besoin-attente de protection.

Voilà déjà six mois qu'elle a interrompu sa contraception. Depuis, ses menstruations manquent au bon déroulement du cycle habituel. Serait-elle enceinte ? Vanessa dit avoir fait

---

<sup>102</sup> Le processus de reconstruction est expliqué dans la partie « Effets du dispositif d'accueil »(10.6.3). En effet, la mise en récit nouvelle provient des éléments de discussion pendant les entretiens mais aussi des retours de l'équipe de psychiatrie ou du travail de découverte contextuelle effectué pendant les rencontres anthropologiques.

plusieurs examens. Elle est sûre de ne pas être enceinte. Elle ne comprend pas pourquoi elle est dans cet état. Comment expliquer cette aménorrhée ? Voilà un élément sur lequel elle aurait pu avoir prise mais qui lui échappe, comme tous les autres autour d'elle. N'aurait-elle plus de prise sur rien ? L'on peut entendre que cette inquiétante étrangeté implique que son environnement lui devient de plus en plus étranger. La voilà qui devient étrangère à elle-même : toute seule, s'évertuant à essayer de mettre du sens sur ce sentiment étrange d'insécurité qui l'étreint et contre lequel elle ne peut rien (ni mots, ni actes). C'est dans ce contexte de fragilité et d'insécurité que se joue la scène de l'oiseau dans la douche.

Dans son état d'épuisement et de tension, Vanessa est vigilante à tout. Elle recherche un apaisement, un sens. Dans ce contexte, la construction qui émerge autour de l'oiseau apparaît comme l'émanation d'une pensée magique. Pour arriver à la déconstruction-reconstruction des associations de Vanessa, il nous faut nous appuyer sur certains éléments de ponctuations-traductions du récit de son récit.

Selon Freud, la toute-puissance de la pensée, principe qui régit la magie dans la vision animique, consiste en une surestimation du pouvoir attribué à sa propre pensée, une surestimation de la pensée en excès qui éclipse la perception de la réalité. La toute-puissance renvoie à un stade précoce du développement libidinal, en lien selon Freud avec un élément du narcissisme (défini comme stade où les pulsions sexuelles ont trouvé un objet qui reste encore le moi de l'individu). Cliniquement, nous pouvons donc lier la pensée magique avec des questionnements/fonctionnements de l'ordre archaïque. Freud illustre ce fonctionnement archaïque en expliquant que les esprits et les démons dans l'animisme sont des projections des sentiments de l'individu : une sorte de mise à l'extérieur de ses processus internes. L'oiseau mort serait-il, par projection-confusion, Vanessa elle-même ? Si oui, que peut-on reconstruire du sens psychopathologique de cette construction projective ?

Les post-freudiens ont insisté sur l'importance de l'environnement et des liens premiers dans la constitution du narcissisme. L'environnement est donc un élément important pour saisir la construction de la toute-puissance comme une étape importante dans le lien à l'autre. Partant de l'idée que le narcissisme se construit dans le lien à l'environnement, on peut postuler que l'absence de rapport sexuel et les tensions relationnelles empêchent Vanessa de se constituer et de s'investir elle-même comme objet d'amour. Cela entraîne par conséquent un processus identificatoire diffus. Vanessa est-elle délirante dans son rapport à la réalité ? Le délire est en quelque sorte la culture ou la construction d'un seul individu. Pourtant, à aucun moment, son mari, pourtant en conflit avec elle, ne remet en cause son hypothèse de l'envoûtement ou celle de la présence de l'oiseau mort sur laquelle elle s'appuie

pour construire sa thèse de l'envoûtement. Cette culture partagée empêche de se positionner de manière radicale dans l'hypothèse d'un délire et nous oblige à nous mettre au travail pour dégager le sens que prend cette construction étrange pour nous, mais pas pour Vanessa et son environnement. Malinowski, par le biais de son travail d'anthropologie de terrain, a souligné la coexistence dans le même espace social de la rationalité magique et de la rationalité critique, ainsi que le recours à l'une ou l'autre en fonction des situations. Les conceptions traditionnelles de l'ordre de la magie sont donc difficiles à positionner. Ce sont des formes de pensée si fréquentes et répandues que l'on ne peut les considérer uniquement comme des stades archaïques de l'esprit humain. Pour cette raison, Malinowski considère qu'il y a lieu de traduire les énoncés magiques afin d'en atténuer l'étrangeté. Selon son expression : « *bring home to the English reader* » ce qui revient à l'idée de « ramener l'énoncé à la maison » du lecteur et donc à la logique du lecteur. Selon lui, les énoncés magiques sont à distinguer des énoncés de sens commun, en fonction des contextes dans lesquels ils sont insérés. La notion de contexte est alors essentielle pour fonder l'observation des conditions pragmatiques d'élocution.

Pour Vanessa, notre hypothèse considère les énoncés magiques comme relevant d'une forme de symbolisation contextuelle à laquelle elle se raccroche pour s'inscrire. L'oiseau évoque, dans les représentations contextuelles du Sud Bénin, quelque chose qui traverse les limites, qui s'infiltré partout au-delà des frontières. Pour Vanessa, cette « chose » va jusqu'à se poser sur ce qui relève de son intime (ses sous-vêtements) ; intime et intimité en proie à de nombreuses attaques ces derniers temps. Cela déclenche chez Vanessa une construction spécifique puisque, dans le même contexte, quelqu'un d'autre aurait construit autour de la même perception un scénario différent. Le canal contextuel n'est donc pas un canal explicatif mais une ouverture à discuter, complexifier et ne pas étiqueter rapidement sous le sceau du délire ce qui peut en apparence s'en rapprocher. À quoi renvoie cette construction ? Comment entendre les représentations de Vanessa, ce qu'elle entend, ce qu'elle voit ? Bien que catholique, elle relie cet oiseau à la sorcellerie. Si nous devons traduire cela en logique occidentale, nous pourrions avancer que Vanessa nous dit qu'il s'agit d'un « oiseau de mauvais augure<sup>103</sup> », soit un signe défavorable. Ce terme s'emploie pour désigner un événement ou une personne qui ne laisse rien pressentir de bon. Pourquoi Vanessa lie-t-elle la

---

<sup>103</sup> À Rome, les augures étaient des devins chargés d'observer le ciel et d'en communiquer les présages aux autorités. La politique dépendait uniquement de ces présages, et aucune décision n'était prise sans consultation des augures. Il en existait d'ailleurs deux types. D'un côté, les auspices, chargés d'observer le vol et le chant des oiseaux, et de l'autre, les augures, qui devaient lire dans la mise à mort puis dans les entrailles des volatiles. Selon ce qu'on pouvait y voir, on parlait d'un oiseau de bon ou de mauvais augure.

présence de cet oiseau à quelque chose d'angoissant ? Malgré les manifestations d'ordre hystérique dont elle fait preuve et ses états seconds qui évoquent à la fois de la théâtralisation et des courts moments dissociatifs, Vanessa fonctionne de manière prévalente sur un mode limite. Vu le contexte d'anxiété généralisée, nous avons souligné qu'elle s'inscrit dans le négatif aux prises d'un vécu de destructivité. C'est fort de ce négatif et de cette destructivité que l'oiseau relève pour elle d'une attaque sorcière. Cet objet-support devient la possibilité de nommer le négatif qui l'envahit ; d'où la résonance avec l'expression « oiseau de mauvais augure ».

Comment entendre ses représentations, ce qu'elle entend, ce qu'elle voit ? Le trajet associatif qui permet d'arriver à cette construction est : intime-oiseau-vécu d'intrusion. La présence de cet oiseau dans son espace intime (la douche) semble représenter, plus qu'une intrusion, une double effraction de son intimité (la douche et ses sous-vêtements). Elle est saisie par un vécu d'attaque de sa fertilité, dû à ses enfants malades et à sa fausse couche, et donc de son potentiel de transmission de vie. D'où le lien qu'elle fait avec son aménorrhée actuelle. En d'autres termes, on pourrait effectivement penser que, dans une confusion hallucinatoire, ou projective, l'oiseau mort est Vanessa elle-même. Ce qui pourrait expliquer la valeur désorganisée de cette scène-production : on peut en effet supposer que « se percevoir étrange et immobile, agité puis mort » entraîne des fortes charges de contre-investissement qui vont de la perte de ses esprits (donc d'une coupure de toute perception et lien à la réalité), à l'audition de voix annonçant la mort (par voie régrédiente dans un retour des éléments clivés et déniés), puis au passage à l'acte dans un essai d'autoprotection conjuratoire.

Mauss donne une définition intéressante de la pensée magique. Il s'agit de « *pensées qui s'attribuent la puissance de provoquer l'accomplissement de désirs, l'empêchement d'événements ou la résolution de problèmes, sans intervention matérielle* ». Pour Vanessa, le lien entre l'oiseau attaquant ses sous-vêtements et son aménorrhée prend valeur magique de condensation de vécus jusque-là forclos (exclus de sa psyché). Il autorise en même temps l'expression de ces vécus, sans toutefois permettre leur mise en lien directe avec les représentations insoutenables ou plus exactement le vide représentatif. Une charge de contre-investissement donne à cette production sa valeur désorganisée.

Pour Mauss, qui s'inscrit dans une réflexion sur le rapport de l'individu et du collectif, l'efficacité de la magie est morale et non physique, sociale et non individuelle. Elle est le produit d'une croyance collective et non le fait d'une mauvaise association d'idées, comme le voulait Frazer. Mauss met en avant la fonctionnalité collective de la magie comme technique-

pensée opérante. Ce serait un phénomène social (comme la religion, la science, la technique) qui tend au concret et met au service de l'imagination individuelle des forces et des idées collectives. Ainsi, la magie donne forme aux gestes impuissants par lesquels s'expriment les besoins des individus et les rend efficaces. À l'origine de la magie se trouvent des formes de représentations collectives devenues ensuite les fondements de l'entendement individuel. La magie est donc une partie des représentations collectives. Ce phénomène collectif peut revêtir des formes individuelles. Par conséquent, comprendre comment un phénomène qui est anormal du point de vue de l'individu (la transe, l'action à distance sur les corps) devient normal si on l'interprète du point de vue de la société qui y croit suppose de comprendre la nature de la relation entre l'individuel et le collectif. Selon Mauss, la magie est une classification des choses, un jugement synthétique a priori que la société postule pour agir sur la nature et qu'elle actualise à travers les individus. La magie n'est donc pas une unification du monde dans le miroir du social ; elle établit des différences et des contrastes.

Puisque la croyance en la sorcellerie est quelque chose de parfaitement ordinaire dans certains endroits du monde où elle fonctionne comme un régime d'explication, il s'agit d'une situation de l'esprit qui est fonction de certaines situations précises – de la même manière que dans les expressions « truc » et « machin » se cache quelque chose de mal identifié. Ces notions servent à fonder un système réfléchi et officiel d'interprétation, rôle réservé dans la société occidentale à la science. Il s'agit donc du fondement de certains jugements synthétiques a priori ; ce sont des notions qui aident à construire des relations. Ces notions interviennent comme pour représenter une valeur indéterminée (en elle-même vide de sens et donc susceptible de recevoir n'importe quel sens), en lui attribuant une signification.

Que se passe-t-il donc pour Vanessa ? Nous considérons les énoncés magiques comme relevant d'une forme de symbolisation contextuelle. Pour Vanessa, l'oiseau a ici plusieurs fonctionnalités. Il représente un objet-support de symbolisation : par la représentation qu'elle se fait de cet oiseau, elle arrive à lier un élément, à mettre en place un essai de symbolisation. Cette possibilité de mettre en lien (dans ce moment de torpeur et d'attaque de tout lien) va lui permettre de s'agiter et de mettre en scène l'angoisse qui l'anime. Par conséquent, cette construction a aussi pour fonction de traiter son état interne de déperdition. En effet, la représentation qu'elle construit l'autorise à s'agiter et à mettre en scène son vécu de dépersonnalisation sans pour autant que cela prenne des allures d'étrangeté.

Pourquoi lie-t-elle la destructivité qui l'habite à la mort ? En effet, la construction d'une première symbolisation de son état la confronte directement à la mort. D'où vient cette angoisse de mort ? Pourquoi est-elle aux prises avec de pareils vécus archaïques ? Pour



Hubert et Mauss (1903), la magie ne se définit pas « *par la forme de ses rites, mais par les conditions dans lesquelles ils se produisent et qui marquent la place qu'ils occupent dans l'ensemble des habitudes sociales* » (p. 10). C'est donc à partir des éléments du contexte que ces éléments archaïques peuvent résonner.

En termes psychopathologiques, nous pouvons dire qu'il y a un raccrochage de Vanessa à l'hyper-perceptif du fait de son père-excitant abîmé et non fonctionnel. Dans une forme hallucinatoire, elle s'accroche à la perception de cet oiseau comme moyen de se tenir à quelque chose. Le perceptif constitue une sorte de contenance psychique, un début de contour qui la soutient et lui permet secondairement de construire un début de symbolisation. Dans les enjeux de ce fonctionnement hallucinatoire, cette continuité entre dedans et dehors, l'oiseau semble condenser les désirs de mort de Vanessa à l'égard de la marâtre et de la belle-mère. La régression à la pensée magique constitue un mouvement de régrédience qui autorise une figuration à minima. L'hallucinoire ne permet pas vraiment de distinguer le vrai du faux, mais il a fonction protectrice. L'oiseau porte, par condensation, de nombreux éléments : d'abord, elle qui se rebelle et qui apparaît donc comme étrange, incongrue et inadaptée à son environnement ; ensuite, il est un canal-support pour nommer son danger de mort. Mais il symbolise aussi la projection de ses désirs agressifs. De plus, le lien avec les sous-vêtements dit quelque chose de son intimité et de l'effraction des femmes dans sa vie. La question de l'intimité et de l'oiseau est également en lien avec l'intime souillé du couple qui s'exhibe, les problèmes sexuels du mari, mais aussi l'infertilité de Vanessa.

Tout est ainsi condensé. Il reste toutefois, dans le travail de décondensation amorcé, à se questionner sur l'origine de cette insécurité et de cette angoisse de mort qui se figure dans la scène de l'oiseau.

### **10.6.2 Étrangeté, réalité psychique interne**

Entre représentation de chose et de mot, la scène de l'oiseau sur ses sous-vêtements semble condenser une multitude de questionnements sur les potentielles attaques de la fertilité de Vanessa. Nous nous sommes demandé pourquoi cette construction intermédiaire (entre représentation de chose et de mot), support de projection-identification et possibilité de liaison aux vécus archaïques et agonistiques de Vanessa, relevait d'une angoisse de mort. Pourquoi Vanessa entend-elle qu'elle va mourir ? Dans cette partie, nous mettrons en avant les liens entre les vécus archaïques de Vanessa polarisés par cette production et ce qui pourrait relever de vécus agonistiques primaires (illustrés par son statut de Vodunsi).

### **10.6.2.1 Devenir mère et embûches**

Les angoisses de mort ne sont pas si étrangères à Vanessa. Elle raconte comment ses grossesses ont été difficiles, notamment la deuxième durant laquelle elle a dû aller dans la maison de son beau-père avec des frères et sœurs utérins de son époux.

Il y a six ans, pendant la grossesse de sa fille aînée, Vanessa aurait été agitée pendant le sommeil. Rappelons que c'était au moment de son départ de la maison de sa tante : deuxième grande migration pour Vanessa qui y était arrivée alors qu'elle avait deux ans. Rappelons aussi que cette migration a remis sur le devant de la scène la raison de sa première migration : la mettre en sécurité. Vanessa s'interroge sur cette répétition de grossesses difficiles. Lors de sa première grossesse, différentes interprétations désignent la maison dans laquelle ils habitent, celle du grand-père du mari, comme source éventuelle de ses problèmes. Quand Vanessa a accouché de son deuxième enfant, la marâtre aurait refusé de s'en approcher. Lors de cette grossesse, Vanessa serait tombée malade, serait alors allée à Porto-Novo dans une branche de sa belle-famille. L'enfant serait né malade. La belle-mère de Vanessa s'en serait occupée ; cette dernière aurait imposé l'enfant et l'aurait fait vivre.

Les embûches et difficultés qui jalonnent le devenir mère de Vanessa interrogent par leur répétition. Pourquoi ces moments sont-ils liés à des risques (de vie ou de mort), des maladies, des agitations, des inquiétudes ? Cela nous amène à nous poser la question de sa propre arrivée au monde et du statut particulier de Vanessa. Qu'est-ce qui se répète ainsi d'angoisses de mort et d'insécurité dans les premiers liens et les premiers attachements de Vanessa ?

### **10.6.2.2 Devenir fille de : embûche et statut de vodunsi**

Les grossesses de Vanessa ont toujours été douloureuses. Au moment où Vanessa vit l'expérience particulière de porter un enfant, elle est par la même occasion confrontée à une transformation, passant de son statut de « placée » ou confiée (à sa tante) à celui de d'épouse. Elle va donc passer de celle qui assiste la tante dans les travaux domestiques et les filles de la tante dans son commerce à celle qui s'occupe de son foyer et de sa famille à elle, à celle qui fait elle-même son commerce. Vanessa découvre donc non seulement les transformations liées à la grossesse et aux poussées hormonales, mais elle doit aussi quitter la maison dans laquelle elle a toujours vécu, tout au moins dans ses souvenirs. À l'occasion de ces multiples transformations, elle apprendra la raison du « placement » dont elle a fait l'objet. Elle a été confiée à cette tante à la suite de « cérémonies » où l'on aurait dit à ses parents qu'elle était vodunsi (enfant d'une divinité). Elle n'en sait pas plus. Y a-t-il comme un « tabou » autour de

cet épisode ? Pourquoi n'en a-t-elle pas entendu parler avant son départ de chez sa tante ? Ce placement était-il une sorte de suspension ? Comment s'approprier cette information ? Comment traduire cette histoire dans la construction de la pensée clinique ? À partir de ce genre de discours typique, il nous faut nous appuyer sur les éléments du Sud Bénin pour arriver à articuler la pensée théorique contextuelle et la pensée clinique.

De manière générale, l'enfant est attribué à une divinité avant qu'il ne naisse. Vodun est une divinité présente dans les fondements identitaires, avant toute inscription dans une croyance religieuse. C'est ce qui, selon les mythes fondateurs, porte à la base tout humain. Cette dynamique d'inscription identitaire est présente quelles que soient les conversions religieuses. C'est avec Vodun qu'on fabrique l'enfant avant tous les monothéismes importés. Ces éléments traditionnels font partie de l'identité et, malgré la modernité, ils restent et l'on y recourt (les bains, les noms...). L'exemple du type de salutation appelé *mimlan*<sup>104</sup> où l'enfant est en dernier recours celui d'une divinité l'illustre. C'est comme s'il y avait deux types d'initiations : la fabrication humaine et la fabrication non humaine. En effet, selon les conceptions contextuelles, la substance qui donne la vie est celle qui découle du vodun. C'est elle qui nous fait être (père, mère, enfant...). Et, par ce biais, l'enfant est celui du groupe avant même d'être celui de ses parents. Puisque les éléments biologiques proviennent d'un envoi sacré, celui du vodun duquel les hommes sont constitutifs, les hommes sont par conséquent fils du Vodun. Ces notions participent des inscriptions et transmissions. De manière plus spécifique, que s'est-il joué pour Vanessa dans les inscriptions identitaires ? Qu'est-ce qui fait qu'elle est à la fois enfant et épouse de vodun ?

La place de Vanessa entre deux enfants morts interroge. Quelle interprétation a été donnée des multiples morts qui l'entourent, pour qu'elle-même ne soit pas prise dans la mort ? Comment cette société pense-t-elle la répétition du négatif et de la mort et quels symbolisations et traitements en fait-elle ? Dans ce monde-là, quand il y a répétitions de morts et/ou de grossesses douloureuses, la question qui se pose est de savoir comment protéger et éviter la répétition. Quelle que soit la nature de l'enfant à naître, des précautions sont prises pour éviter la répétition, c'est-à-dire la réactualisation du décès de l'enfant. C'est là qu'intervient le *Fa*, que l'on consulte pour qu'il donne des indications pour protéger et ainsi éviter la répétition mortifère. Les consultations visent donc à éviter que la personne ne parte ; elles cherchent à la protéger pour qu'elle ne soit pas en position d'*Abikou* (c'est-à-dire prise

---

<sup>104</sup> Salutation dans laquelle on décline l'identité de la personne non pas la nommant mais en l'inscrivant dans sa lignée et en déclamant ses filiations en remontant jusqu'aux éléments divins de sa constitution puisque l'on donne le Vodun ou la divinité à laquelle il est affilié.

dans l'attaque des liens et la destructivité qui a prévalu à son arrivée au monde). Par conséquent, derrière le *Fa*, la technique en jeu est de prévenir des projections négatives. Pour cela, il y a toujours un double traitement : la fertilisation des parents et la protection de l'enfant.

Dans le cas de Vanessa, même si nous ne connaissons pas le déroulement de sa grossesse, nous avons des éléments qui donnent le contexte dans lequel les attachements se sont construits aux premiers âges de sa vie. Elle arrive après un enfant mort. Ceci permet de supposer qu'une grande attention a été mobilisée pour la maintenir en vie. Sa mère se retrouve rapidement enceinte. Mais le nouveau venu décède à la naissance, comme celui qui est parti avant Vanessa. Les « cérémonies » évoquées mais non détaillées à Vanessa ne relèvent-elles pas du traitement de cette répétition qui s'installe ? On peut imaginer que ce décès focalise à nouveau les angoisses sur Vanessa qui, à deux ans, et donc avant l'acquisition du langage, est encore exposée au risque de mortalité infantile, de retour au pays des morts et des ancêtres. C'est dans le cadre du traitement de ces angoisses, pendant les cérémonies à ces fins, que Vanessa aurait été retrouvée la langue fendue. Avant même de comprendre de quoi relève cette image, on peut entendre que Vanessa a été retrouvée dans un état qui suscite de l'inquiétude ; inquiétude qui s'ajoute à celle qui a accompagné sa naissance et à celle qui a suivi le décès du frère venu après elle. La langue fendue renvoie à quelque chose autour de la convulsion ; ce serait un élément de transe sauvage (comme la morsure de la langue). La réactivation de l'angoisse de mort devant le risque de perdre l'enfant qui convulse a donc conduit à nouveau à des interrogations. Cet état de transe pose la question de savoir comment la rendre humaine (lui permettre d'acquérir le langage) pour la socialiser.

Il semble que ce qui a été dit, c'est que pour rendre Vanessa humaine, la fabriquer et la protéger, il faut créer deux espaces. Il y avait donc là l'idée d'un double traitement : être *vodunsi* et être humain ; comme s'il fallait un espace de non-être pour pouvoir être. L'espace de non-être consiste à la fabriquer *vodunsi*, ce qui correspond à une manière de la sortir de la filiation. On peut entendre dans ces paroles qu'avant tout travail d'humanisation, il fallait la réinscrire. En effet, sa position entre deux morts et capable de convulser remettait en cause sa nature et son devenir « humains ». Techniquement, la sortir de la filiation et l'inscrire directement comme fille de Vodun permet de lui donner une forte assise d'appartenance, un lieu d'inscription et d'appartenance. Ce qui évite qu'elle fasse l'objet de projections du négatif et/ou d'agressions ou encore qu'elle devienne un *déchet* délaissé suite à la perte de l'enfant puîné. L'affilier à un vodun remettait les parents dans un processus de prise en charge

de cette enfant à risque, et en même temps les dédouanait d'une culpabilité liée à une absence de fertilité humaine dans les naissances.

### **10.6.2.3 Une vodunsi exilée ?**

Toutefois, les parents de Vanessa, pris dans une certaine modernité et sûrement angoissés, ont évité les traitements relevant de son statut de *vodunsi*. On peut supposer aussi que les nombreux décès les laissent perplexes quant aux mesures de protection traditionnelles, raison pour laquelle ils se seraient tournés vers la modernité et la ville pour protéger leur fille plutôt que vers les moyens habituels. Ils l'envoient chez une tante pour la protéger et suspendent la dynamique de traitement engagé et pour laquelle ils n'étaient pas prêts. Mais l'exil suffit-il à effacer et surtout à inscrire ? Cette migration vers la modernité ne met-elle pas Vanessa en position d'exilée, sans lieu d'appartenance en dehors du lieu protégé de la maison de sa tante ? Vanessa n'est pas achevée dans sa fabrication identitaire traditionnelle, mais elle ne l'est pas plus dans sa version moderne : restée en marge de son initiation traditionnelle, elle est également en marge de la scolarité et donc de l'initiation modernes. Comment négocier la transitionnalité afin que s'effectue le passage d'un monde à l'autre ? Dans cette position d'inachèvement, Vanessa n'est-elle pas vouée à répéter cette place de « hors de » (du monde, des liens) ?

Comment Vanessa négocie-t-elle les éléments multiples de sa construction identitaire ? Née pour être à la fois enfant et épouse de Vodun, Vanessa est aujourd'hui enfermée dans l'espace de la ville où elle se vit bannie, exclue et rejetée dans sa position de femme. De ses inscriptions filiales monstrueuses découle sa place de femme étrange dans son réseau familial.

Il se pose des véritables questions identitaires pour Vanessa qui s'actualisent dans son devenir femme. En effet, avec sa grossesse, Vanessa est rattrapée par cet exil. Le statut de *vodunsi* avait pour objectif de la maintenir dans un certain lien avec ses parents ; mais la crainte de la destructivité a impliqué qu'elle soit maintenue à l'écart. Après ce moment de placement-suspension, la question de la destructivité refait donc surface. Vanessa, sans comprendre pourquoi (« ce qui la dérange »), vit des grossesses douloureuses, met au monde des enfants à risque voire n'arrive pas au terme de ses grossesses. La répétition du risque de mort jusqu'à la perte de sa troisième grossesse suscite autour d'elle de l'agressivité : elle est non seulement victime mais aussi coupable d'envoûtement. Quel sens cela fait-il pour elle ? Comment traite-t-elle cette violence des interprétations ?

Il semble que cela l'installe dans une sorte de narcissisme négatif c'est-à-dire un état de vide, de désinvestissement, de désengagement subjectal ; autant d'états qui traduisent, comme l'a montré Green, une destructivité involontaire. Ainsi, elle attaque les liens à son mari, à son entourage et se sent, en miroir, attaquée. Dans cette sorte de déni d'existence de perception ou d'objets possibles de liens (donc dans une sorte d'hallucination), la réalité de l'aménorrhée non gravidique la rattrape. Qu'en est-il de cette « pseudo-grossesse » sans enfant ? Comme le dit Green dans ses développements sur le narcissisme primaire, la structure encadrante et l'hallucination négative, le sujet s'édifie là où l'investiture de l'objet a été consacrée. La répétition d'angoisse de mort au moment des grossesses, voire la grossesse perdue réactualise ce qui a marqué la constitution des attachements primaires de Vanessa. Ce qui se rejoue autour de son insécurité et de sa demande de protection, du clivage qui a pu se faire autour de la troisième grossesse perdue et de la mise en œuvre d'un « désengagement subjectal » représente des signes du refus voire de l'impossibilité, pour Vanessa, de traiter le manque au sein de son réseau de représentations. Le raccrochage à l'hyperperceptif comme gage de contenance l'illustre également. Les objets (internes comme externes) vécus comme dangereux sont immobilisés, dévitalisés, désobjectalisés... Le désengagement subjectal, stratégie inconsciente, serait l'ultime secours de la désobjectalisation mise en œuvre par la pulsion de mort. Nous pouvons rapprocher le concept de désobjectalisation dans ce qu'il empêche les liens et celui de déshumanisation ; Vanessa n'est pas suffisamment humanisée pour se constituer des liens avec l'environnement. Elle détruit, en elle-même, tout travail de représentation pour que ne reste aucune trace d'existence de ce manque premier non symbolisable. Si le déni fait suite à un manque à se différencier, il n'empêche que la répétition signe une recherche perpétuelle de sens. En se constituant par identification projective un support représentatif à cette destructivité, Vanessa ne commence-t-elle pas à se différencier de cette position de destructivité et de négativité ? En pointant un oiseau comme signe de son passage à l'acte suicidaire, ne vient-elle pas énoncer que toute cette destructivité, et notamment l'aménorrhée non gravidique, se joue bien avant elle ? En effet, l'oiseau n'est-il pas celui qui traverse les frontières et limites ?

### **10.6.3 Effets du dispositif d'accueil : le transfert sur le cadre**

#### **10.6.3.1 Intérêt du dispositif de médiation**

Le premier positionnement thérapeutique dans la prise en charge de Vanessa et de sa problématique de couple consiste à faire résonner son discours selon les logiques théoriques

très différentes du contexte qui construit le récit. Pour arriver à une écoute clinique de la scène de l'oiseau, émergence archaïque, et comprendre sa construction, il faut entendre les éléments amenés dans le contexte et l'environnement de Vanessa. En effet, Vanessa l'a montré, une seule théorie ne suffit pas : elle passe du catholicisme aux conceptions contextuelles. En effet, la sorcellerie, le vodun, sont des éléments qui guident les conduites et auxquels on ne peut échapper. Le sens à donner à son angoisse de mort a été développé lors du troisième entretien, autour de son association sur son statut identitaire inachevé de *Vodunsi*. Vanessa nous oblige à traduire son récit via un dispositif de médiation étendue. Les questions identitaires de Vanessa, dans leur multiplicité, ne peuvent être travaillées qu'avec le groupe familial qui l'entoure. Ici, le groupe-thérapeute s'est constitué comme pseudo-groupe familial s'interrogeant sur « qui est Vanessa ? », essayant d'identifier « qui est cette femme ? » traversée à la fois de modernité et de traditions.

Il est important de dire en quelques mots comment s'organisent les rencontres et pourquoi je parle d'un dispositif de cette traduction-médiation et pas de traduction tout simplement. Certes, Vanessa parle peu français et s'exprime plus aisément en fon. Toutefois, on a bien perçu que retranscrire le fon tel quel en français ne fournissait pas au discours une enveloppe de sens. La traduction de son récit n'implique donc pas un passage d'une langue à l'autre, mais la construction d'un récit autorise un passage, une transition entre les logiques différentes qui existent dans la rencontre, mais aussi dans le message de Vanessa. L'infirmier psychiatrique parle la langue fon avec Vanessa. Il n'est toutefois pas en position de traduire mot à mot le discours mais il constitue un véritable partenaire de travail pendant les rencontres. Il donne son avis, réfléchit, participe à la mise en tension psychodramatique. Qu'il amène au groupe les idées de Vanessa constitue déjà une première expérience d'intimité pour elle. Elle est entendue, écoutée et ce qu'elle dit est transmis. Les récits de Vanessa, comme de son mari, sont d'abord questionnés et réfléchis entre thérapeutes et chercheurs puis ensuite adressés au couple. Chacun de nous questionne la situation puis, ensemble, nous formulons nos idées, associations, interrogations au couple. Nos questionnements ne se font pas seulement pendant les rencontres avec le couple. Après chaque rencontre, nous faisons le point et nos entretiens sont mis au travail au moment des synthèses du service. De mon côté, je les retravaille aussi dans le cadre des rencontres anthropologiques. Nos interrogations et nos questionnements quant aux situations proviennent donc de multiples sources et se font en lien à la fois aux éléments de la situation, à ceux de la supervision en équipe mais aussi aux éléments des rencontres anthropologiques. Nos reformulations auprès du couple constituent donc des formes de questions qui contribuent à la décondensation des dires du couple qui se

sursaturaient dans des tensions paralysant la pensée. Ce fonctionnement a plusieurs avantages : il s'agit bien d'une co-construction entre le couple et nous car nos questions, associations et idées, donc notre mise au travail, se fait devant eux. Surtout, en plus de constituer une expérience d'intimité de Vanessa, c'est aussi une expérience d'intimité du couple, non seulement par rapport à la famille qui n'est ni intégrée ni invitée dans le dispositif, mais aussi par rapport au fonctionnement du groupe-thérapeute qui pouvait momentanément exclure le couple des discussions pour ponctuer les tensions.

### **10.6.3.2 Le retour du sommeil**

La dynamique qui prévalait avant les rencontres était celle de l'immobilisation : rien ne se passait sauf la mortification des corps (infertilité et absence d'érection) et la capture des possibles moments de régression (sommeil) par l'angoisse mortifère. Vanessa avait l'impression d'être de plus en plus isolée, incomprise, exclue. Son sentiment grandissant ne la concernait plus seulement, car elle était convaincue que son mari comme ses enfants étaient soumis au même statut d'abandon voire de rejet-exclusion. Avec les rencontres s'installe une dynamique autre : ni excluante, ni exclusive, puisque c'est l'objet couple qui est traité et non pas les deux protagonistes pris individuellement. Les rencontres à l'hôpital, même si elles ne servent pas directement à une mise en sens, au vu de la problématique archaïque du couple, ont d'abord un effet de reconstruction de l'intime du couple, et constituent une sorte d'enveloppe contenant. Cet effet de contenance est d'autant plus utile que ce couple arrivait en déballant, dès la première rencontre, leurs problèmes d'intimité sans gêne apparente. Ainsi, l'acte suicidaire, d'abord répulsif et confirmant le statut définitivement étrange et étranger de Vanessa, a ouvert, grâce aux rencontres, à la possibilité d'autres types de liens – comme si, du fait même d'avoir des rendez-vous à l'hôpital, les paroles, les vécus et la situation pouvaient être pris au sérieux. Cela confirme l'idée que le couple est à la recherche d'un lieu structurant : là où la police a amené la loi et les a placés en opposition l'un à l'autre.

Vanessa a demandé de l'aide, individuellement, à une belle-sœur et un frère de son mari, mais cela n'a pas fonctionné. A-t-elle lancé des appels inadaptés, incompréhensibles, non entendables ? Toujours est-il que c'est la force du réseau familial, comme lieu tiers, et non pas via une seule personne, qui peut faire office de tiers structurant.

Ainsi, à la quatrième rencontre, les effets de ce dispositif de transition se font sentir. Vanessa décrit son quotidien qui se modifie : elle est passée d'insomnies et d'un sommeil agité à des rêves effrayants : deux personnes la chassent, dont sa belle-mère. Cette dernière lui pique les yeux. Elle a eu très peur et a appelé son mari au secours en pleine nuit. Cette histoire



d'yeux est liée à la sorcellerie, elle en est convaincue. Notons toutefois qu'ici les attaques sorcières sont moins dangereuses et ne constituent pas une attaque corporelle et perceptive puisqu'elles apparaissent dans les cauchemars.

N'est-ce pas moins effrayant de s'agiter dans son sommeil parce qu'on a peur que d'être aux prises de forces obscures, étranges et inconnues sur lesquelles on n'a aucun pouvoir ? Ces rêves ne sont-ils pas une autre étape qui conduit au processus de symbolisation engagé par l'identification de l'oiseau de mauvais augure ? Ce qui ne parvenait pas à se parler – les corps morts, sans cycle menstruel, ni érection – peut faire l'objet du complexe travail du rêve. Ce rêve, avec les yeux qui piquent, nous oriente vers deux possibles associations. La première concerne la rivalité, la sexualité et le devenir femme. Mais ce rêve évoque également une problématique autour de la castration : « *elle m'a empêchée de voir* » ; une sorte d'attaque de sa monstration, menacée et critiquée.

Face à l'accueil de ces faits qui ne déstabilise pas nos capacités associatives, Vanessa va arriver à se distancer du collage de la description de sa réalité actuelle pour accéder à la remémoration. Il y a comme un dégel de certains événements clivés, exclus, forclos et tenus à distance. En plus de ses deux grossesses difficiles, une troisième n'est pas arrivée à terme. Elle se rappelle que sa belle-mère la frappait, en lui reprochant d'avoir un enfant envoûté, ce qui expliquerait qu'elle l'ait perdu. Les vécus archaïques de Vanessa lors de cette perte peuvent être mis en lien avec son statut de *Vodunsi*.

### **10.6.3.3 Mise en réseau et retour de la libido**

Lorsque nous revoyons le couple pour le dernier rendez-vous, les choses semblent s'être apaisées. Vanessa est moins apprêtée, donc moins masquée, et paraît moins étrange. Son mari, quant à lui, semble plus enclin à parler de lui, de ses démarches pour la construction de sa maison, de difficultés financières qu'il traverse et aussi des relations amicales qu'il a réussi à établir et qui le soutiennent actuellement pour les soins de Vanessa et pour son chantier.

Le déménagement n'a pas encore été fait. D'ailleurs, Vanessa et son mari n'en n'ont même pas encore discuté. Toutefois, plusieurs événements ont eu lieu. Suite à ses rêves effrayants, de nombreuses actions ont été mises en place. Elle met de l'huile sainte dans ses yeux pour les soigner. Sur décision de la grande famille, élargie, les enfants ont été envoyés dans la maison familiale de Porto-Novo afin que le couple se retrouve. Des réunions familiales sont prévues pour gérer le problème du couple.

Les grands frères sont donc intervenus. La circulation de la parole rendue possible, Vanessa se serait rendu compte qu'elle n'aurait pas dû dévoiler l'intimité du couple. Elle se serait excusée auprès de tous les membres de la famille. Elle est passée de potentielle exclue à belle-sœur maladroite dont on attend plus de tenue. Les personnes de la maison ne seront plus au courant de leurs problèmes, conclut-elle, cela la protégera aussi bien elle, son mari, que leurs enfants. Par cette inscription du couple dans le réseau familial et l'apaisement de l'angoisse d'être exclue, les dynamiques pulsionnelles qui étaient bloquées, parce que les affects internes étaient trop dangereux, sont relancées. Vanessa nous apprend, sur le ton de la confiance, au moment où elle est reçue seule, qu'il y a deux jours, son mari et elle ont pu avoir un rapport sexuel.

Vanessa comme son mari n'éprouvent rationnellement pas le besoin ou le désir d'aller plus loin dans les hypothèses concernant le passage à l'acte suicidaire. Tous les deux pensent que l'envoûtement ou l'attaque sorcière est plausible. Le travail amorcé, sans les contraindre à se détacher de cette hypothèse, leur a permis de ne pas rester figés sur des positions explicatives rigides maintenant les angoisses.

La question de savoir pourquoi Vanessa était plus encline à être attaquée n'est pas vraiment l'objet de la dynamique de couple et relèverait d'un travail de prise en charge individuel de Vanessa. Son inscription dans le réseau familial qui commence à prendre soin d'elle et à la protéger de quelque attaque potentielle la rend éventuellement prête à un travail individuel. En effet, lorsque Vanessa parle de sa prise de conscience des faits et livre une analyse critique de ses actions, n'énonce-t-elle pas qu'elle se sent en partie limitée et contenue ?

## **10.7 Enveloppe familiale**

### *Étrange et exclue*

Au départ, Vanessa est sans enveloppe, sans « peau », ce qui explique qu'elle soit dans un état de pseudo-possession et/ou dépersonnalisation. Son mari explique qu'il ne l'aurait pas amenée à l'hôpital sans l'intervention d'un oncle de Vanessa ; il est énervé, agacé. Dans la journée, explique-t-il, Vanessa l'a effectivement appelé au sujet de l'oiseau mort. Il ne l'a pas prise au sérieux à cause de leurs disputes, de son comportement et des événements des derniers mois – le recours à la police suite à la bastonnade de son mari. Au contraire, il prend ses distances dans le couple. Il a du mal à coucher avec elle car lorsqu'il repense à ce qu'elle a dit, « il meurt ». Il explique que déjà ce matin-là, Vanessa pleurait. Le soir de l'acte suicidaire, au moment d'aller prendre sa douche, elle est revenue dans la chambre et a fouillé

dans ses affaires avec bruit. C'est ainsi qu'il l'a entendue dire à son oncle de venir chercher les enfants car elle allait mourir. Quand le mari s'est levé pour voir ce qui se passait, elle se serait jetée sur la bouteille d'eau de javel pour la boire. Il lui a arraché la bouteille et elle s'est jetée vers un seau posé par terre pour y boire. N'ayant aucune notion de la quantité qu'elle a pu ingérer ou de celle qu'il y avait au préalable dans la bouteille, il l'a amenée à l'hôpital ; sinon il ne l'aurait pas fait.

L'oncle de Vanessa, s'il a sommé son mari de s'en occuper, n'en est pas moins demeuré à distance. D'ailleurs, le traitement qui est préconisé ne relève pas d'une prise en charge familiale mais plutôt moderne puisqu'elle est envoyée à l'hôpital. Aussi, un des frères de Vanessa est venu et il a insisté pour que cela se passe ainsi. Dans le cas de tentatives de suicide, les femmes sont souvent exclues de leur belle-famille et retournées vers leur famille propre. Est-ce cela qu'ont craint l'oncle et le frère et qui explique qu'ils aient évité de s'impliquer plus et confié l'autorité de la prise en charge à l'institution médicale ?

Il semble que l'exclusion de Vanessa ne puisse être liée seulement à l'acte suicidaire. Elle est déjà exclue. Son mari dit qu'elle est en conflit avec tout le monde dans la maison. Il ne nie pas que l'envoûtement soit possible, mais trouve que sa femme n'a pas non plus la langue dans sa poche. Il confirme que parfois leur voisinage la provoque, notamment en mettant des casseroles sur le chemin et en ordonnant de ne pas les enjamber ou passer sauf à leurs risques et péril. Il dit aussi que l'oiseau était bel et bien mort dans la douche. En fait, il est indiscutable que sa belle-famille attaque Vanessa. Mais il semble que son mari, du fait de l'insécurité qui l'habite lui-même, s'est mis en position défensive d'exclure Vanessa de sa psyché. Malgré les difficultés avec sa marâtre, il a toujours vécu dans cette maison sans histoires ! Vanessa ne sait pas tenir sa langue ; c'est la raison pour laquelle il n'a pas voulu lui dire qu'il était en train de construire une maison. Il ne voulait pas que cela se sache dans la maison afin d'éviter tout obstacle dans la réalisation, autant d'obstacles qu'il a essayés par exemple lors de ses anciennes relations. Mais la mettre à distance n'a fait qu'augmenter les angoisses de chacun : elle s'agitant de plus en plus pour avoir un minimum d'attention et de tendresse ; lui évitant de plus en plus afin de se protéger du voisinage qu'il vit comme potentiellement menaçant. En effet, étant donné qu'il suit la construction de sa maison, il rentre plus tard que d'habitude. Vanessa le suspecte d'entretenir des relations extra-conjugales. Elle dirait même aux enfants que leur père leur ramènera bientôt un petit frère. Pour ce qui est de l'aménorrhée, il dit ne pas être inquiet car ce doit être une conséquence de l'arrêt de la contraception.

### ***De l'isolement du couple au réseau familial***

Si le couple est d'abord adressé à l'hôpital seul et sans étayage familial, un processus de prise en charge en famille se met en place. Est-ce dû à l'absence de représailles du mari et donc à l'apaisement de Vanessa dans ses attaques contre lui ? Toujours est-il que des mesures sont mises en place – les enfants sont par exemple envoyés dans la grande famille : une prise en charge du couple peut commencer. Avec l'intervention des grands frères du mari et les nombreuses réunions pour gérer le problème, le couple a été contenu dans ses débordements et ses effets de désengagement objectal. Vanessa nous explique qu'elle a dû présenter ses excuses car tout le monde était fâché. Vanessa, pensant que la sœur de son mari était sa confidente, lui a parlé de leurs problèmes intimes. D'ailleurs, le grand frère de son mari l'avait encouragée à parler en cas de problème. Mais Vanessa admet maintenant avoir franchi les limites. Elle n'aurait pas dû porter leurs problèmes intimes sur la place publique. Sortant de son état de « torpeur », et s'inscrivant dans une dynamique de construction de l'intime du couple, elle peut entendre les reproches sans pour autant les vivre comme une persécution ou un abandon.

### **10.8 Conclusion : la tentative de suicide dans l'économie psychique**

Vanessa a le sentiment d'avoir été poussée à prendre de l'eau de javel par des forces extérieures. D'abord, le dispositif d'accueil implique de recevoir un couple dont la problématique est d'exhiber leur histoire. Le dispositif a eu pour effet de reconstituer une certaine intimité. Cela nous permet d'organiser l'histoire de la tentative de suicide de Vanessa suivant deux pôles principaux. D'abord, ses grossesses se déroulent mal, en écho à son histoire à elle. Ensuite, les difficultés de couple amènent son mari à la traiter, selon l'expression occidentale, de *langue de vipère*, car il l'accuse de commérages. Cette accusation, en écho à cette scène où elle a la langue fendue tel un serpent, précipite Vanessa dans une demande de protection et de sécurité. C'est dans ce cadre que se déroulent une mise en figuration et un essai de symbolisation de ses angoisses dans la construction d'un oiseau de mauvais augure.

Le cheminement clinique avec la problématique de Vanessa nous a mené du négatif (mort psychique), à la pulsion (réémergence dans l'essai de symbolisation), puis à la mort (vécu angoissant devant la mobilisation des affects et des représentations). Le parcours associatif a permis de lier cette angoisse de mort à la destructivité qui a fondé l'arrivée au monde et les premiers temps de l'existence de Vanessa. Si Vanessa soutient qu'elle est envoûtée, la traduction selon les logiques contextuelle suppose deux faits. D'abord, qu'elle a

une fragilité qui permet d'être attaquée par les forces destructrices. Ensuite, que son réseau d'affiliation n'a pas procédé aux démarches d'inscriptions qui lui permettent d'être protégée.

Pour Vanessa, quelque chose a fait défaut dans les liens premiers, dans la constitution du narcissisme premier, qui la rattrape autour de l'aménorrhée et de son contexte relationnel et familial difficile. En effet, l'aménorrhée renvoie non seulement à la répétition de ses grossesses douloureuses et de sa fausse couche, mais aussi à son statut de *vodunsi* exilée et aux angoisses de mort qui ont façonné ses attachements premiers. Nous avons souligné comment, dans la pensée du monde du Sud Bénin, sont symbolisés ces éléments.

La tentative de suicide de Vanessa est une convocation à la prise en charge du couple. La source des tensions pointe des problèmes sexuels mais on voit bien au fur et à mesure des associations et non-associations (silences, vides, dénis...) que ces problèmes sexuels font remonter à des problématiques narcissiques plus archaïques. Pour elle, ce qui se joue dans ce désir de partir à nouveau de chez elle, c'est la remise en scène de la protection dont elle a fait l'objet dans le cadre de son exil. Pour son mari, la question de quitter la maison implique d'autres enjeux psychiques. Il est en train de construire sa maison mais cela reste difficile pour lui d'oser s'affirmer en partant d'un endroit où il s'est camouflé pendant des années dans un pseudo-mutisme et en mettant de côté son sentiment d'insécurité. On peut supposer que cela mobilise pour lui une dynamique différente de celle de Vanessa mais non moins angoissante.

Nous ne pouvons pas nous empêcher de faire le lien entre ce désir d'enfant et la grossesse perdue qui a été mise sur le compte d'un envoûtement, c'est-à-dire d'une attaque destructive et mortifère, attaque dont Vanessa a elle-même certainement fait l'objet petite. La fausse couche a impliqué l'introduction d'une contraception mise en place au centre de planning familial ; Les méthodes de contraception sont peu pratiquées par les femmes au Bénin (selon le ministère de la Santé<sup>105</sup>). Les centres de planning familial représentent donc un appui à la réduction de la *mortalité maternelle* et néonatale précoce dans les politiques de prévention.

Les craintes de Vanessa face aux troubles érectiles de son mari et à son aménorrhée non gravidique semblent avoir réactivé des angoisses et une surenchère d'appel au secours auprès de son entourage, puis d'institutions – comme lieux tiers. Mais le contexte conflictuel croissant dans le lieu d'habitat n'a pas permis de contenir son vécu d'étrangeté. Progressivement, Vanessa plonge dans un état de « mort sociale », du fait de son exclusion,

---

<sup>105</sup> Le taux de prévalence contraceptive au Bénin est passé de 7,2 % en 2001 à 6,2 % en 2006, selon le ministère de la Santé.

mais aussi « corporelle », comme l'indique son absence de cycle menstruel, comme en écho au vide psychique qui l'envahit. L'oiseau réactive des éléments archaïques clivés et mis à distance. Le débordement conduit à la tentative de suicide. Par le biais de la tentative de suicide de Vanessa, la dynamique du couple est remise en route grâce à une prise en charge familiale. Vanessa sort alors de son isolement qui ne faisait qu'augmenter ses angoisses archaïques.

En partant de la représentation de l'oiseau destructeur, nous avons pointé le type de symbolisation contextuelle à l'œuvre devant le négatif et la destructivité, ce qui nous a permis de déconstruire, de manière clinique, le statut « anthropologique » de *vodunsi* de Vanessa. Il s'agissait de la sortir des filiations pour l'inscrire dans une appartenance. Cette inscription comme épouse de divinité a pour objectif de préserver ses enveloppes relationnelles et sociales. Il semble que les traitements suspendus l'aient laissée dans un entre-deux ; peu délimitée, hors zone, elle n'est donc pas suffisamment humanisée et pas suffisamment traitée comme non humaine. Ce qui revient à dire qu'elle est sans peau, non protégée ; rien n'étant fait, elle est capturée par les sorciers. Si elle est susceptible d'être l'objet d'une attaque sorcière, elle court le risque d'être dévitalisée de l'intérieur. Elle repasse par un état d'agitation pour canaliser le débordement interne devant la prise de conscience qu'elle a brutalement, via la scène de l'oiseau, de son corps inerte (par équivalence psychique, il semble que son corps est préalablement mort car rien ne s'y passe, notamment pas de sexualité).

Les résultats de l'étude de la problématique de suicidaire de Vanessa sont les suivants.

### **10.8.1 Sentiment d'étrangeté et désorganisation psychique préalable**

La tentative de suicide vient agir et mettre en acte un vécu préalable de mort – mort sociale – du fait du sentiment d'exclusion. Avec ses problèmes de couple et les conflits avec les voisins, elle est complètement désinvestie et dans des liens de désobjectalisation. Dans le cas de Vanessa, la situation conflictuelle du couple a déclenché une désorganisation et des appels à l'aide non entendus.

### **10.8.2 Une situation déclenchante qui condense des éléments clivés**

Le suicide semble provoqué par la scène de l'oiseau qui est venu condenser pour Vanessa de nombreuses angoisses et conflits : angoisses de mort, sentiment d'insécurité, problème de fertilité et répétition des angoisses de mort qui se sont jouées autour de sa naissance et répétées autour du risque de mortalité infantile.

Cette scène condense à la fois sa situation de couple complexe et celle de son devenir mère qui réactive des scènes traumatiques non symbolisables (tel que son statut particulier d'enfant survivant et à risque, de femme porteuse de grossesses à risque...), des angoisses de pertes, d'intrusion. Lorsque la scène de l'oiseau est décondensée, elle déploie un ensemble d'éléments qui semblent être clivés dans le fonctionnement de Vanessa.

Ces vécus douloureux sont désinvestis car non traitables psychiquement. En ce sens, la scène de l'oiseau, en ce qu'elle figure le vécu contre-investi psychiquement par Vanessa, suscite le surinvestissement simultané des éléments désinvestis. Le débordement interne conséquent conduit à l'acte suicidaire. Le vécu d'exclusion est ici remis en scène par la figuration de cette attaque sorcière de mauvais augure.

### **10.8.3 Effraction traumatique**

Il n'y a pas de traitement psychique possible de ces conflits qui connaissent un surinvestissement simultané. L'acte suicidaire prend ici valeur de traitement-décharge de la destructivité interne qui désorganise. Cela confirme qu'il y a un moment de « flottement identitaire », un moment de confusion entre fantasme et réalité, notamment en ce qui concerne l'agressivité (destructivité interne et vécu des liens à l'environnement comme dangereux).

### **10.8.4 Filiations taboues**

Chez Vanessa, les éléments en lien avec ses filiations apparaissent comme des non-dits. Ainsi, ses fragilités narcissiques viennent en écho aux angoisses de mort qui ont infiltré son enveloppe familiale et groupale et qui ont entraîné une difficulté à l'inscrire dans la chaîne des générations. C'est pourquoi, quand Vanessa sort de son placement et s'inscrit comme femme puis mère, la logique généalogique en défaut implique de nombreuses difficultés.

Entre sa position de *Vodunsi*, de femme, de mère et en même temps de personne ensorcelée et infertile, Vanessa se trouve dans un état d'indétermination identitaire.

### **10.8.5 Tentative de réaménagement des liens**

La tentative de suicide de Vanessa semble correspondre à un mouvement régrédient évoquant un vécu hallucinatoire, même si ce mouvement se raccroche à des éléments de réalité culturelle. Il semble que ses modalités relationnelles soient fortement colorées par la destructivité, le négatif et l'agressivité.

L'autodestructivité de Vanessa vient solliciter la mise en place d'un réseau de relations dans laquelle elle serait à nouveau intégrée. La réhabilitation du couple et la mise en place de

réunions familiales soulignent l'importance de la mobilisation du groupe pour étayer le couple et relancer chez Vanessa un fonctionnement fait de liaisons psychique et pas seulement de destructivité.

Le travail autour de la problématique du couple met toutefois sur la piste pour Vanessa de liens aux objets primaires caractérisés par de fortes angoisses.

### **10.8.6 Origines en question**

Via la problématique de son couple, Vanessa met en œuvre beaucoup d'énergie pour se défaire d'une destructivité originaire sur laquelle elle ne semble pas avoir de prise.

La scène de l'oiseau peut être décondensée et prendre sens dans l'accompagnement de Vanessa seulement à partir des représentations étiologiques, des conceptions ontologiques liées à la notion de personne mais aussi des sources mythologiques de ces représentations. Elles sont les conditions pour fournir à Vanessa un accueil contenant.

C'est à partir de sa position de *Vodunsi* tenue secrète que pointe ce questionnement sur les origines, sans pour autant qu'il soit déployé.



## CHAPITRE 11 : RÉSULTATS ET DISCUSSION

Au terme de ce parcours théorique, de rencontres cliniques et de rencontres anthropologiques, je vais aborder les résultats qui ressortent de l'analyse. Ensuite, je discuterai mes résultats.

### 11.1

#### Résultats

##### 11.1.1 Événement déclenchant : une « situation-écran »

Un regard transversal sur les cas cliniques permet de relever, que ce soit pour Joël, Éléonore, Laure ou Vanessa, l'existence d'une situation déclenchante qui a conduit à l'acte. Le fait que l'acte suicidaire soit réactionnel se confirme même pour les personnes reçues et qui n'ont pas fait objet d'une présentation en étude de cas dans la présente thèse.

Cette situation déclenchante n'a pas pour caractéristique essentielle d'être conflictuelle. En effet, en dehors de Laure pour laquelle elle l'est manifestement, pour Éléonore, Joël et Vanessa, il existe certes une situation conflictuelle (manifeste ou latente) qui implique un travail psychique coûteux, mais elle n'est pas directement déclenchante. Ce qui ressort, en revanche, c'est que la situation déclenchante a comme caractéristique essentielle de condenser à elle seule de nombreux conflits intrapsychiques non résolus jusque-là.

Ces résultats me conduisent à l'idée qu'il s'agit d'une situation-écran – expression en référence au souvenir-écran<sup>106</sup> freudien. En d'autres termes, la situation déclenchante est un écran de projection des traces d'histoire<sup>107</sup> dont le déplacement (et la condensation des intensités psychiques affectées impliquent que ces traces soient rendues visuelles ou auditives. Je paraphrase ici l'expression souvenir-écran de Freud parce cette notion souligne le caractère de figurabilité visuelle dans lequel sont contenues des traces. Le processus de figuration est

---

<sup>106</sup> Un souvenir-écran est un compromis entre éléments refoulés et défense. C'est plus un souvenir sur l'enfance que d'enfance, qui se caractérise par sa netteté particulière, mais aussi par son insignifiance de contenu. Les faits importants ne sont pas retenus, mais ils sont déplacés sur des éléments adjacents moins importants. Le mécanisme principal est le déplacement, mais aussi la condensation. Il s'agit d'un écran sur lequel est projetée la scène d'enfance (les années oubliées). La dimension écran recouvre l'inacceptable du moi. Il a un caractère de figurabilité visuelle et contient des traces mnésiques à l'état de « pensées du rêve ».

<sup>107</sup> La situation est aussi un écran défensif (l'écran permettant de mettre à l'extérieur les traces inacceptables pour le moi).

un processus de substitution qui répond à un besoin de donner une forme à des éléments<sup>108</sup>. Freud insiste sur le fait que les traces mnésiques contenues dans le souvenir-écran donnent l'accès à la réalité des expériences vécues du passé.

Vanessa et la scène de l'oiseau mettent sur la piste de la figurabilité en jeu dans l'événement déclenchant. De même, Joël est déstabilisé par la parole imagée du *Bokonon* selon laquelle il aurait remis à une fille l'argent que sa mère ne pourra pas récupérer. Cette parole imagée convoque à la fois son lien œdipien à sa mère mais aussi la scène qui a prévalu à sa naissance autour d'un vécu d'interdit et de vol par son père d'une fille du terroir. Dans le même sens, Éléonore est saisie par la pensée d'être présentée à sa potentielle belle-famille, ce qui n'est pas sans rappeler les difficultés et conflits parentaux qui n'ont pas su être apaisés de manière fonctionnelle par le groupe familial et l'enveloppe culturelle. Au contraire, les familles respectives de ses deux parents semblent ne s'être pas unies en une seule, ainsi qu'attendu culturellement, et viennent rajouter une couche au conflit conjugal, en faisant un procès au père, par exemple. Aussi, même si, chez Laure, la situation déclenchante est conflictuelle, il semble que ce qui prévaut ce sont les voix féminines insultantes qui lui parviennent du téléphone, cette image lui rappelant son lien à sa mère, fait de silence mais aussi d'insultes.

Tous ces éléments font postuler que la situation déclenchante peut ne pas être conflictuelle, mais qu'elle constitue un support de projection qui condense des éléments psychiques affectés d'une forte conflictualité interne. La situation représente, à mon sens, une sorte de figuration d'éléments épars de la psyché, d'où l'expression situation-écran.

### **11.1.2 Après coup et valeur traumatique**

Les différents cas cliniques ont souligné que l'acte suicidaire correspond à un moment d'angoisse, une excitation interne non nommable et difficile à contenir. La description du vécu et des événements ayant conduit au passage pointent un vécu de débordement interne voire de traumatisme psychique.

La notion de « situation-écran », développée plus haut, suppose la retraduction d'une trace mnésique du passé à un moment ultérieur. Ceci subvertit l'idée de la réalité historique et introduit une nouvelle notion de temporalité. Il semble que la situation-écran réactualise dans l'appareil psychique des traces mnésiques antérieures. Elle les fait donc exister dans un second temps : c'est l'après-coup. Mais le surinvestissement simultané d'éléments non

---

<sup>108</sup> Cette mise en forme se fait par condensations et déplacements pour éviter la censure.

intégrés au moi implique donc un afflux pulsionnel important. Cet afflux, dans un après-coup, donne une valeur traumatique à ces traces jusque-là non intégrées.

L'après-coup est le processus par lequel un événement, une impression, prend sens à l'occasion d'un nouvel événement qui déclenche de l'angoisse. Le traumatisme renvoie à un événement qui, par sa violence et sa soudaineté, entraîne un afflux d'excitation qui met en échec les mécanismes de défenses habituels et jusque-là efficaces. Il conduit à un état de sidération et désorganise l'économie psychique. En dehors de la notion temporelle d'après-coup, c'est la valeur économique qui est importante pour saisir la notion de traumatisme. Lors d'afflux pulsionnels importants, le moi est mis en difficulté, voire dépassé dans sa capacité de traitement de l'excitation, qui se fait habituellement par décharge, liaison, somatisations. Il y a donc une désorganisation identitaire liée à l'après-coup traumatique.

J'avais formulé comme première hypothèse de travail que *la tentative de suicide du jeune adulte béninois est provoquée par une situation conflictuelle qui a valeur traumatique car elle condense et réactive plusieurs conflits psychiques non élaborés dont l'afflux conduit à une désorganisation identitaire.*

À l'issue de ces résultats, je modifie ma première hypothèse ainsi : *la tentative de suicide du jeune adulte béninois est provoquée par une situation-écran qui a valeur traumatique car elle condense et réactive plusieurs conflits psychiques non élaborés dont l'afflux conduit à une désorganisation identitaire.*

### **11.1.3 Étayage familial, groupal et culturel dysfonctionnel**

#### **11.1.3.1 Effraction de l'enveloppe culturelle**

L'effraction traumatique soulève non seulement la question de la fragilité du moi mais aussi celle des objets qui participent à sa construction, notamment le groupe familial et l'espace culturel. En effet, une effraction traumatique suppose une effraction du pare-excitant. Le pare-excitant est une fonction protectrice de l'appareil psychique face à des excitations extérieures dangereuses. Le rôle pare-excitant ne relève pas uniquement des fonctions du moi mais aussi de l'objet et de l'environnement.

À ce titre, l'on peut ainsi se demander pourquoi les interprétations culturelles comme celles d'*Abikou*, de *vodunsi* ou les paroles du *Bokonon* ne sont pas fonctionnelles pour Laure, Vanessa et Joël. On ne peut pas expliquer ces faits en avançant un effet néfaste et effracting de la culture pour eux, puisque ces différents éléments d'interprétation fonctionnent pour d'autres personnes. Ce qu'on peut avancer, c'est leur non-fonctionnalité à servir d'espace tiers

et d'appui ; ce qui suppose que les groupes familiaux et/ou culturels sont eux-mêmes effractés.

Sur un plan culturel, l'acte suscite un questionnement dont le premier mouvement est l'idée que cet acte est « causé », « guidé », par un extérieur : le *soukpa*. Cette idée est toujours amenée sous forme d'une « affirmation interrogative ». En effet, affirmer que quelqu'un est victime du *soukpa* revient plus à une exclamation qui contient des interrogations sous-jacentes qu'à une affirmation explicative. C'est pourquoi, l'hypothèse d'être sous l'emprise du *soukpa* ou d'une négativité et destructivité externe, se complète toujours de démarches de questionnements auprès du *Fa*, de la famille et d'un ensemble de démarches de prise en charge du groupe, avec pour objectif de prévenir toute répétition. On pourrait ainsi résumer les questionnements : « *Qu'est-ce qui a fait défaut pour que tu sortes de l'ordre ? Qu'est-ce qui s'est infiltré et qui amène la destructivité ? Quelles sont les paroles infiltrées ?* » Ces interrogations sont de l'ordre de la transmission du négatif. Donc, nous tournons autour des identifications négatives qui agitent de l'intérieur. *Qu'est-ce qui n'a pas été fait, dit ?*

Pour Joël, on peut situer cette effraction de l'enveloppe culturelle du côté de la mésalliance. Pour Laure, on peut supposer que les rituels dans le cadre du traitement du lien mère-bébé n'ont pas pu être réalisés et se demander si la mère n'était pas dans une dépression du postpartum. Pour Vanessa, il semble que les angoisses de mort qui ont envahi ses parents n'ont pas donné lieu au traitement préconisé, à savoir désaffilier Vanessa pour la ré-affilier à une divinité. Dans un besoin de « possession » et de « refus à tout prix de la perdre », ils ont préféré la faire migrer et la maintenir dans une existence suspendue.

Par conséquent, on peut conclure que l'événement traumatique fragilise le Moi mais suppose aussi une effraction de l'enveloppe culturelle.

### **11.1.3.2 Réseau groupal défaillant**

Dans le contexte du Sud Bénin, il est postulé que le suicidant est sous l'emprise d'une destructivité autre qui ne relève pas de lui, ce qui exclut l'idée que le suicidant chercherait, de son propre gré, à s'autodétruire. Cela est lié au fait que dans le contexte du Sud Bénin, la personne est pensée comme réseau d'éléments composites et de liens aux divinités, au sacré. La mise en œuvre cohérente de ce pluralisme constitutif est le principe de base de la notion de la personne. Elle est donc objet de traitements du groupe pour que sa multiplicité puisse advenir.

S'interroger sur une atteinte extérieure de la personne, considérer le suicidant comme une victime du *soukpa* par exemple, met donc en évidence le fait que cet élément du réseau

n'a pas été suffisamment protégé donc renforcé par son inscription. Si un élément du réseau est atteint, alors les autres sont également en danger. D'où le traitement du groupe.

Les interrogations autour de la fragilisation d'une personne ont donc pour soubassement les failles dans le traitement-inscription-consolidation de l'enveloppe familiale. Dans un tel contexte, dire qu'une personne est victime d'un sort induit de manière latente qu'il y a une faille dans l'enveloppe familiale et donc que l'enveloppe culturelle, par ses rites, n'a pas été fonctionnelle pour les inscriptions.

En ce sens, il ressort que *l'autodestructivité se situe dans l'échec de la mise en place d'un réseau de relations, d'interrelations et leur traitement psychique en termes d'identifications.*

### **11.1.3.3 Pensée groupale**

Les différents cas cliniques mettent en exergue que *l'acte suicidaire n'est jamais l'affaire du seul suicidant. Il prend valeur d'appel au groupe familial et mobilise le groupe entier dans une démarche-besoin de redéfinir la place du suicidant au sein du groupe et la place du groupe par rapport au suicidant.*

Pour Joël et Vanessa, ce processus de mobilisation est flagrant. Pour Éléonore, il est plus discret mais on peut supposer que c'est parce que l'acte n'a pas été clairement explicité. Pour Laure, c'est l'institution et le groupe soignant qui prennent cette place. Je confirme mon hypothèse parce que, pour de nombreux autres cas rencontrés et non présentés ici, elle se retrouve validée. De plus, il me semble que la mobilisation du groupe auprès du suicidant est un élément important pour le processus de refondation psychique visé par la tentative de suicide.

### **11.1.4 Attachement au négatif et rapport aux figures parentales**

Les associations en lien avec l'acte suicidaire témoignent d'une mise au travail concernant le rapport aux figures parentales. Ces questionnements prennent la forme d'attachements au négatif, c'est-à-dire d'expériences négatives de l'attachement qui ont été empreintes de destructivité. Il y a comme une adhésion à l'objet maternant qui ne répond pas à la demande de tendresse. Le lien dans un désir éperdu d'amour rend la haine non représentable et par conséquent complique les mouvements d'oscillation dans la séparation. Ces derniers sont vécus comme potentiellement dangereux, ce qui marque le rapport aux figures parentales d'une difficulté à se défaire de leur emprise.

### **11.1.5 Filiations, principe d'appartenance et multiplicité des « éléments-source » en question**

Les entretiens permettent de noter un certain état d'« indétermination » autant culturelle que psychique du suicidant au moment de son acte. Ainsi oscillent-ils entre explications relevant de causes externes (culturelles) et d'autres relevant d'une destructivité provenant de l'intérieur (les conflits internes, les médicaments). Par exemple, les modes de suicide sont en grande majorité médicamenteux. Les médicaments ne sont pas des outils relevant de la tradition ; les moyens traditionnels de suicide relèvent plutôt d'actes agressifs provenant de l'extérieur du corps. L'idée n'est pas de dire par là que le suicide est une nouveauté par rapport à la tradition, mais plutôt de postuler que la question des moyens utilisés témoigne d'une migration à l'interne par rapport aux moyens existants dans le monde traditionnel pour le suicide. En fait, se donner la mort, ce qui implique dans la tradition de s'inscrire dans une position « hors de » de la communauté, du groupe, existait déjà et est pensé de manière traditionnelle par l'hypothèse de la sorcellerie. Ces attaques externes sont exprimées dans la langue fon par des actes qui se déroulent hors de l'individu ou au-delà de lui comme le fait de sauter dans un puits, se pendre, s'égorger, donc des actes agressifs causés par une force externe qui précipite l'individu. En effet, dans la pensée d'humanisation, l'humain est injecté des deux éléments, vie et mort ; et le travail d'initiation suppose de vivre avec les deux dans un certain équilibre. L'instance destructrice existe mais est donc repérée comme extérieure. Et les rites funéraires qui succèdent à un suicide sont spécifiques<sup>109</sup>. Dans cette migration des objets utilisés, la destruction proviendrait maintenant de l'intérieur du corps. La tension et la conflictualisation se situent ici dans la négociation entre des instances externes en cause, qui subsistent dans les explications, et des mouvements internes encore remis en question. Se pose ainsi la problématique des cliniques contemporaines dans lesquelles le processus de subjectivation rencontre la multiplicité d'éléments identificatoires parfois en contradiction. Les actes suicidaires s'inscrivent dans la problématique plus large des questionnements identitaires.

Sur un plan anthropologique, étant donné la continuité des cycles entre vie et mort gouvernée par les processus d'ancestralisation, l'acte suicidaire peut alors s'entendre comme une rupture dans les cycles, dans la continuité des places assignées, des identifications à introjecter. Dans le développement sur l'ancestralisation, nous avons déjà interrogé l'acte

---

<sup>109</sup> La personne est enterrée là où elle est trouvée avec l'outil qui a occasionné sa mort (eau, fer, corde...). Cette personne n'est plus incluse dans le circuit habituel d'ancestralisation (secondes funérailles et travail de transmission). Elle est comme sortie des générations et ne plus constituer un support de transmission pour les descendants à venir.

suicidaire comme interruption du principe de continuité intergénérationnelle avec donc une position du suicidant en dehors, à l'extérieur du groupe avec une infiltration du non-humain, la sorcellerie par exemple. En découle une interrogation sur ce qui n'aurait pas été suffisamment traité en termes de processus initiatiques, ou en d'autres termes pas suffisamment introjecté, digéré et transmis dans les processus de construction identitaires.

Ces résultats vont dans le sens des travaux de De Kernier (2009, 2011) pointant chez les suicidants des identifications à des objets mal identifiés et différenciés évoluant avec un accompagnement psychologique vers une représentation de soi et des enveloppes identitaires contenant. La précision apportée par l'étude de Skandrani (2008) en ce qui concerne le conflit intergénérationnel comme enveloppe mise à mal chez les jeunes suicidants est donc également retrouvée dans notre étude. Ce qui vient renforcer l'intuition clinique selon laquelle dans l'acte suicidaire des jeunes adultes au Bénin sont en question les filiations ; en d'autres termes, les suicidants questionnent les éléments qui participent à la construction de leur sentiment d'appartenance au groupe familial. Ce qui revient à interroger la multiplicité des éléments de transmission.

La difficulté à intégrer les différents éléments identitaires constitutifs entraîne un manque de cohésion interne. Nous pouvons parler d'identifications<sup>110</sup> en négatif, empêchant un positionnement subjectif assuré. Les processus d'identification n'arrivent pas à condenser la multiplicité des éléments identitaires qui restent clivés.

### **11.1.6 Processus de compulsion de répétition**

Il semble que la situation-écran déclenchante n'est que la pointe d'un processus de désorganisation qui est en cours. Autant Vanessa, Joël, Éléonore que Laure décrivent donc un ensemble de mécanismes de défense qui s'établissent pour faire face aux difficultés qui précèdent l'événement déclenchant. Ces mécanismes restent insuffisants face à l'économie de crise suscitée par la situation-écran. L'afflux pulsionnel traumatique implique l'utilisation des contre-charges qui mobilisent toute l'énergie de l'appareil psychique. Mais lorsque ces stratégies défensives ne sont plus suffisantes, l'appareil psychique effracté va être contraint compulsivement de lier « au-delà du principe de plaisir » l'excitation pour essayer de la ramener à un seuil supportable.

---

<sup>110</sup> En psychopathologie, les identifications supposent un processus particulier de traitement de la perte de l'objet et de la constitution d'une existence de soi plus ou moins assurée. Dans leur processus, elles sont susceptibles de provoquer des clivages qui cassent le Moi en parties différentes non unifiées. Sur le plan culturel, la constitution de la personne est pensée en termes de groupe plus que d'individus. Les identifications supposent également un traitement de la perte : il s'agit de traiter les vécus parentaux, groupaux et de transformer les idéaux, attentes, pertes en éléments susceptibles d'être transmis et de constituer un héritage (ancêtres).

Éléonore et Joël sont en difficulté quant à leur capacité à s'apaiser, se contenir, face à une menace agressive (culpabilité inconsciente). Ils mettent sur la voie d'une mère pas suffisamment intriquée (environnement permettant un minimum d'intrication entre douleur et bien-être). Les rencontres qui suivent leur geste évoquent une tentative pour se déprendre de cette imago primaire et toute la difficulté de s'affranchir de son emprise. Cela permet d'avancer que : *le recours à la tentative de suicide suscite des aménagements psychiques, notamment en termes de représentation des imagos primaires. L'acte semble mettre en jeu une tentative de se déprendre d'une emprise des objets primaires dont le suicidant semble incapable de s'affranchir.*

Laure et Vanessa quant à elles, adoptent des mouvements régrédiants proches des processus primaires. Le principe de réalité semble relâché et la vie ne tient alors plus. Il y a désinvestissement. Ceci permet d'affirmer : *les affects et mécanismes de défense qui suivent l'acte suicidaire relèvent de stratégies défensives régressives qui illustrent les modalités archaïques dans les relations aux objets et aux idéaux.*

Les cas cliniques que j'ai présentés mettent sur deux pistes de traitement de l'afflux d'excitation. Selon le mode prévalent de fonctionnement de l'appareil psychique, le désordre économique engendré par l'effraction du pare-excitant sera différente. Elle peut, suivant le principe de constance, décharger de manière automatique dans le monde extérieur, sur le corps ou dans la psyché (atteinte d'une fonction mentale). Dans le cas du principe de nirvana, l'excitation est redoutée de telle sorte qu'il y a un désinvestissement, un retrait ou une projection hallucinatoire. C'est chez Laure et Vanessa, qui utilisent des voies régrédiées, que la désobjectalisation peut être clairement repérée. Chez Éléonore et Joël, en lieu et place de désobjectalisation et donc de désinvestissement de la psyché, on peut penser à une hallucination négative des liens, qui met leur moi face à une culpabilité inconsciente qui les sadise cruellement au point qu'ils en arrivent à s'auto-attaquer.

On ne peut que partiellement confirmer l'idée selon laquelle *la tentative de suicide correspond à un mouvement de désobjectalisation et de désinvestissement du suicidant qui pallie une perte narcissique.*

Je formule le résultat suivant : *le recours à la tentative de suicide suscite des aménagements psychiques qui varient selon deux axes. Soit l'acte met en jeu une tentative de se déprendre d'une emprise des objets primaires dont le suicidant semble incapable de s'affranchir. Dans ce cas, la tentative de suicide arrive dans un contexte d'hallucination négative et d'attaques sadiques du moi par culpabilité inconsciente. Soit l'acte relève de stratégies défensives régressives qui illustrent les modalités archaïques dans les relations aux*



*objets et aux idéaux. Dans ce cas, la tentative de suicide correspond à un mouvement de désobjectalisation et de désinvestissement du suicidant qui pallie une perte narcissique.*

Quelle que soit la modalité de traitement, la compulsion de répétition tente de lier les excitations excessives par retournement de la passivité– le moment où l'on subit le traumatisme – en activité – en recherche de l'effraction. Ce processus est à la fois une tentative de liaison de l'événement traumatique, mais il comporte aussi le risque de l'échec de la liaison comme preuve de la destructivité. En ce sens, l'accueil fait aux suicidants paraît important pour que leur acte n'échoue pas dans la destructivité en menant effectivement à la mort.

### **11.1.7 Retraduction d'éléments clivés du Moi**

Les thématiques et les axes de la vie touchés par la crise suicidaire et associés à la tentative de suicide concernent simultanément les sphères affectives et sociales. Les suicidants expriment un sentiment d'isolement – en raison des humiliations, des trahisons, des risques de perdre leur statut de fils ou de femme – de solitude qui conduit à un ressenti d'étrangeté croissant quant à leur environnement qui leur apparaît comme de plus en plus agressif, dangereux et/ou inexistant. Suivant les cas, ces sentiments croissants d'étrangeté se traduisent par un sentiment d'être soit piégé soit exclu. Ces vécus sont sous-tendus par une économie psychique marquée par la déliaison et donc l'attaque des liens. L'acte suicidaire vient donc rejouer le statut d'exclusion et appelle simultanément à un traitement exclusif.

La réactualisation traumatique concerne essentiellement l'incompatibilité des figures identificatoires. Je postule que ces éléments identificatoires sont clivés car ils sont réactualisés par une situation-écran extérieure et non par le biais de productions internes, comme les rêves, les souvenirs. Les traces ainsi mobilisées n'ont pas encore fait l'objet d'une liaison leur permettant de participer à la consistance du moi, ce qui explique le vécu de rupture.

*Ceci permet de penser que : les nombreux éléments de construction identitaire jusque-là tenus en suspens, clivés dans la psyché, sont convoqués par l'événement effractant avec la possibilité de les retraduire et donc les mettre au travail autrement que par exclusion.*

### **11.1.8 Remaniement psychique et refondation**

Les conséquences de l'acte suicidaire sont notamment la possibilité de mettre en acte le vécu d'exclu et de nommer son sentiment d'isolement et de personne non inscrite et donc étrangère au groupe. Une autre conséquence est la possibilité de remanier cette place d'exclusion par la mobilisation du groupe, donc de mettre au travail les multiples éléments identitaires afin de les articuler harmonieusement. Le suicidant rejoue des fractures

identificatoires multiples qu'il essaie de symboliser. Leur réactualisation suppose un essai de liaison. C'est une des caractéristiques de la répétition. Ceci indique qu'il y a dans l'acte une tentative d'articuler les figures identificatoires incompatibles. Ce remaniement est illustré par le fait que les associations qui suivent l'acte mettent en avant la difficulté du suicidant face à son indétermination, mais aussi toute la force psychique qu'il déploie pour remanier ce rapport inconfortable à ces éléments tenus en suspens et qui font retour.

Sur un plan pulsionnel, la destructivité interne qui déborde le moi dans ses capacités d'excitation est un indice de la compulsion de répétition. Face à une effraction traumatique subie passivement, l'acte suicidaire, dans un retournement, essaie de traiter l'afflux traumatique de manière active. Par ce retournement passif-actif, le geste suicidaire représenterait une décharge comportementale devant les charges agressives et sexuelles mobilisées dont la visée est de lier les excitations excessives. Le passage à l'acte peut être alors entendu comme une recherche de traitement de la désorganisation interne et pas seulement comme processus de décharge. Cette tentative de traitement et de réappropriation des traces traumatiques réactualisées répond à ce que je nomme un processus de refondation psychique.

Ainsi, le suicidant, en rupture du fait de l'incompatibilité interne des figures identificatoires, va les remettre au travail à condition qu'on lui fournisse un espace d'accueil où les conflits peuvent se rejouer et chercher à se réaménager. Ceci indique l'importance de l'accueil clinique suite à une tentative de suicide.

### **11.1.9 Métaphorisation de la mise à mort**

D'une part, les traces traumatiques convoquées par la situation-écran ont dans la psyché un statut en suspens ou clivé. Ce sont donc des éléments ignorés, tenus hors. D'autre part, selon les logiques du Sud Bénin, la destructivité interroge ce qui n'a pas été suffisamment traité par le réseau familial. Ceci rejoint l'idée que les enjeux de la tentative de suicide supposent la mise à mort d'éléments ignorés par le suicidant.

Par conséquent, on peut penser que : *la tentative de suicide est donc une métaphorisation de la mort où le suicidant met en scène la mort de quelque chose (statut, rôle, fonction, identification, modalité relationnelle...) dont lui-même ignore le sens.*

### **11.1.10 Langage contextuel et figuration d'éprouvés**

Les cas cliniques de Joël, Laure et Vanessa montrent bien l'utilisation spécifique de notions contextuelles. L'immersion des logiques propres au Sud Bénin dans les rencontres représente un véritable défi car ces expressions peuvent laisser le clinicien dans un vide de la

pensée ou une incompréhension totale. Quelles que soit les expressions, tous les éléments de crise et les expressions de souffrance passent par un canal culturel : soit il y a une expression culturelle de la souffrance sous-jacente, soit l'expression moderne vient interroger les éléments culturels. Les éléments culturels interrogés viennent donc comme éléments en attente chez le suicidaire, en attente d'une ré-articulation qui atteste et légitime son existence.

Les expressions culturelles ainsi utilisées sont des tentatives de figuration d'éprouvés internes. En plus de la situation-écran qui vient comme une sorte de figurabilité possible d'éprouvés internes, le suicidant va dans l'après-coup se raccrocher à des expressions culturelles pour déployer et essayer de figurer ce qui l'a saisi dans la rencontre avec la situation-écran traumatique. Ces éléments ne constituent donc en aucun cas des « explications culturelles ». Il y a lieu de s'en servir comme des éléments d'un rêve.

En ce sens, *le jeune adulte suicidant se sert des images et langages propres au contexte du Sud Bénin pour essayer de figurer des éprouvés internes.*

### **11.1.11 Travail clinique et spécificités culturelles**

Il existe dans la réappropriation de l'acte suicidaire du jeune adulte béninois des spécificités culturelles dont il faut tenir compte dans l'accueil qui lui est fait. Les expressions culturelles telles que *Vodunsi*, *Abikou*, renvoient à des théories étiologiques spécifiques auxquelles on ne peut accéder que par les représentations de la notion de personne mais aussi les inférences mythiques. L'énoncé sur les causes, dans ce contexte culturel, est constitué d'hypothèses qui n'appartiennent pas au seul individu. Ces représentations ontologiques sont à entendre dans leurs inférences mythiques.

Lors des entretiens avec les suicidants, la compréhension de ces logiques nous a permis de construire le cadre d'accueil et de travail en faisant des ponts entre les différentes manières de penser l'acte suicidaire. C'est ainsi que les notions d'*Abikou* ou de *Vodunsi* dans les déconstructions qu'elles impliquent ont permis un accueil clinique qui semble opérant. J'ai bien illustré pour Vanessa et Laure la déconstruction-traduction à opérer des notions culturelles utilisées.

La traduction des dynamiques sous-jacentes de certaines expressions permise par les rencontres anthropologiques permet au dispositif d'accueil clinique de se constituer comme un espace de transition et de remise en tension des différentes logiques.

Le maniement des expressions culturelles dans la description de situation-écran fait écho à la notion d'inducteur culturel mise en avant par Nathan et Moro. L'inducteur culturel est un noyau de sens situé à la frontière entre privé et public, intime et collectif. Il inscrit dans

le symptôme, de manière codée et c'est de lui qu'émergent des propositions étiologiques. Tel qu'il est définit, l'inducteur induit une construction étiologique mais porte en lui-même les indices de processus thérapeutiques. En ce sens, la notion d'élément-source me semble compléter l'idée d'inducteur culturel. Les éléments sources sont des éléments de transmission. À partir de l'expression culturelle mise en avant, le travail clinique va donc rechercher quels sont les éléments de transmission contenus dans cette expression « noyau ».

En ce sens, *les théories étiologiques du contexte du Sud Bénin et leur rapport aux représentations ontologiques (c'est-à-dire la notion de personne, de sa composition et de son fonctionnement), représentent une clef d'accès et de lecture dans la mise au travail des expressions objets-images dont les suicidants béninois se servent pour figurer des éprouvés internes.*

### **11.1.12 Évaluation des hypothèses générales**

À partir de l'évaluation des hypothèses de travail proposées jusqu'à ce stade et de leur différents aménagements, je retiens mes deux hypothèses générales pour penser les actes suicidaires des jeunes adultes dans le Sud du Bénin.

La première était formulée ainsi : *je postule que certaines tentatives de suicide de jeunes adultes dans le sud du Bénin répondent à un double mouvement de désintrication/réintrinsication pulsionnelle. D'une part, elles constituent un processus lié à la compulsion de répétition provoquée par un événement qui engendre en après coup un traumatisme. D'autre part, l'acte suicidaire vise ce que j'appelle une refondation psychique qui est un processus de réintrinsication pulsionnelle et de remaniement identitaire. Ce processus de refondation est rendu possible par l'accueil fait au suicidant suite à son acte.*

La refondation psychique correspond, selon moi, à une réorganisation psychique à travers l'épreuve du traumatisme. Dans la remise en jeu ou mise en jeu d'une coexcitation libidinale dans le trauma et l'attaque corporelle, il y a une réintrinsication possible, comme si l'épreuve du traumatisme rejouait l'entrée en force dans le masochisme érogène.

Ma deuxième hypothèse générale mettait en avant les spécificités du travail clinique auprès des suicidants béninois. Elle se formule comme suit : *le travail clinique auprès du suicidant béninois requiert de s'étayer sur les conceptions étiologiques et mythiques contextuels comme des « éléments-sources » c'est-à-dire des éléments de transition devant le besoin de réinscription du suicidant dans une histoire et sa réappropriation.* Je vais l'évaluer dans cette partie.

## 11.2 Discussion

### 11.2.1 Éléments traumatiques et scène primitive

Nous notons dans les récits l'évocation d'éléments vécus comme traumatiques par les suicidants et réactivés dans le contexte suicidaire ainsi qu'une crise d'identité autour d'un choix d'existence. Il y a donc, dans l'accueil des jeunes suicidants, un travail à faire autour des traces traumatiques, une sorte de « traitement des restes » afin de les inscrire. La notion du traitement des restes est dans le contexte du Sud Bénin ce qui renvoie au traitement du lien au défunt qui se fait en plusieurs temps : d'abord un traitement des objets concrets qui ont matérialisé son existence et dont il faut se départir ; ensuite, le traitement des souvenirs et restes – les phanères – comme processus de désarticulation afin d'entamer une nouvelle relation : le mort passe alors au statut d'ancêtre et est en position d'être utilisé comme une source de transmission. Le traitement des restes dans le rapport à la mort n'est pas seulement un fait culturel mais aussi une interrogation qui émerge des correspondances entre Freud et Abraham. C'est pourquoi la notion du traitement des restes dans le rapport à la mort m'apparaît comme un possible cadre conceptuel du psychologue dans le travail d'accueil des suicidants. Bien sûr, il faudra ici situer la fonction de la culture au niveau traumatique et dans ce qui suspend donc les processus identitaires. Par exemple identifier des mésalliances qui empêchent une personne de se constituer comme fils ou fille de et donc d'exister. Il s'agira d'accéder aux éléments de source, de transmission psychique qui permettent la structuration du sujet. Arriver à une émergence autour des traces d'histoires, des récits et des éléments sources, revient à tenir une position symboligène possible dans les rencontres cliniques.

Dans la littérature, la tentative de suicide se définit comme un acte délibéré de mort d'une personne dont l'économie psychique est sursaturée. Dans le Sud Bénin, les actes de destructivité ne sont pas entendus comme relevant d'une autodestructivité mais au contraire d'une hétéroagressivité adressée. Le problème vient essentiellement du fait que dans ce contexte, n'importe qui ne peut être atteint par une attaque extérieure. En fait il ne s'agit pas de l'attaque d'une personne mais de l'enveloppe familiale. Les éléments sur la notion de personne, de vie, de mort dans le Sud Bénin, nous permettent de penser que la destructivité suicidaire interroge les inscriptions originaires. De même que les logiques propres du Sud Bénin supposent autour de l'acte des questions sur les origines, ces constats se retrouvent également dans nos rencontres cliniques. Autant chez Éléonore, Laure, Joël que Vanessa, des questions sur les origines sont présentes dans le travail associatif.

À partir du moment où se pose la question des origines, il y a lieu de considérer la scène primitive. La scène primitive<sup>111</sup> ou originaire fait partie des fantasmes originaires et concerne la scène de la rencontre initiale des parents et de leur sexualité, construite, fantasmée par l'enfant. Cette construction reste énigmatique pour l'enfant.

Qu'en est-il de ce fantasme originaire chez les suicidants ? Ne peut-on pas considérer la tentative de suicide comme une réactualisation (réinterrogation) de la scène traumatique originaire ?

En effet, la scène primitive et le fantasme de la rencontre des parents et de leur sexualité a pour caractéristique d'être traumatique ; mais c'est surtout une scène dont l'enfant est exclu qu'il essaie de fantasmer.

Nous avons souligné comment, sur un plan culturel, le suicidant est « hors de » ses appartenances et filiations, comme sous l'emprise du négatif. Nous avons également pointé cliniquement le vécu d'exclusion des suicidants. Les suicidants sont des sujets inquiets de la position de l'autre. Comme s'ils vivaient dans un faux-sens ; au moment donc d'un conflit ou d'une perte, ils peuvent être pris dans des états de déréliction. Les processus autodestructeurs de déliaison balayent donc les prodromes et inscriptions mal assurées d'introjection d'un bon objet interne. Cela nous met sur la piste du miroir et de l'hallucination négative qui aurait pu se jouer dans les premiers supports d'identification.

Les questionnements sur les origines et leur lien à la scène primitive permettent de penser que l'acte serait une manière de reconfigurer la scène primitive, un passage à l'acte pour sortir de l'exclusion.

### **11.2.2 Tentative de suicide du jeune adulte comme moment de suspension**

Les rencontres avec les suicidants permettent de souligner la forte présence du sexuel et des dimensions de la perte dans le déclenchement de l'acte suicidaire. Ces constats, étayés par d'autres analyses de la dynamique transféro-contre-transférentielle mais aussi par des explications relevant de la géomancie<sup>112</sup> sur l'acte suicidaire rapportées dans le cadre des suivis, montrent qu'il y a souvent des problématiques œdipiennes voire incestuelles chez les suicidants. Les thèmes majeurs qui ressortent des rencontres vont dans le sens des recherches actuelles françaises et anglo-saxonnes qui s'articulent autour de trois axes : le traumatisme,

---

<sup>111</sup> En effet, tous les enfants élaborent les premières années de leur vie et poursuivent sous forme de fantasmes, de théories impliquant la rencontre initiale des parents et leur sexualité, l'origine des enfants, le vécu familial de grossesse et d'accouchement, les transmissions impliquées par toute filiation (héréditaire ou par héritage). Les fantasmes originaires ont une fonction structurante pour le sujet, ils répondent à son besoin de pouvoir se penser voire penser ces origines qu'il croyait, par fantasme, avoir acquis par voie phylogénétique.

<sup>112</sup> La géomancie est un procédé de divination fondé sur l'analyse de combinaison de traits. Au Bénin l'art divinatoire, ou la géomancie est appelée le *Fa*.

l'incestuel et l'originnaire (Danet et Rauscher, 2008). Ces axes se potentialisent ici avec l'idée d'une crise identitaire : nous avons montré que l'acte suicidaire arrive dans un état d'incertitude de la zone d'individuation qui se produit en réaction à une disjonction identitaire.

Notre clinique autour de l'acte suicidaire au Bénin et ses implications en ce qui concerne le fonctionnement psychique spécifique du jeune adulte nous a mis sur la piste d'un double mouvement où la régrédience est en même temps, si l'accueil est fait, une recherche de refondation psychique.

Le processus de refondation et le double mouvement en jeu me fait postuler que la tentative de suicide est plutôt à entendre comme un temps de suspension, un moment liminaire plutôt qu'une recherche d'interruption– de la vie. Le terme « interruption » implique du définitif alors que la suspension envoie à une mise en attente dont la visée n'est pas définitive.

La lecture que nous donnons nous semble compléter les conceptions selon lesquelles les actes suicidaires représentent des difficultés symptomatiques du passage à l'âge adulte, conceptions illustrées par la notion de « rite intime » de passage avancé par Olindo-Weber (1988, 1991, 2001) pour expliquer les tentatives de suicide des jeunes adultes. Les rites de passages représentent une modalité particulière du temps ; ce sont des événements de liminarité qui marquent un avant et un après. De même, dans la tentative de suicide, il y a l'idée d'un moment de suspension (hospitalisation, risque entre vie et mort) qui marque un avant et un après.

Je relie cette idée de *suspension* à la notion de « latence » qui définit, selon Guillaumin, la problématique du jeune adulte. L'on peut supposer que la latence<sup>113</sup> post-adolescente, dans ses processus de mise à l'écart a été mise en branle par l'événement traumatique. L'acte suicidaire serait alors ce moment de suspension dans la mise en branle pulsionnelle ayant pour visée d'en sortir refondé psychiquement. L'acte vient donc essayer de sortir de cette forme particulière de latence, qui semble remettre en jeu des vécus primaires, tenus à l'écart.

### **11.2.3 Le temps psychique du Jeunes adulte : chimérisation**

Guillaumin différencie les enjeux du meurtre symbolique fantasmatique des imagos parentales qui a lieu au cours du processus adolescent et les enjeux d'appropriation du

---

<sup>113</sup> Guillaumin décrit les mécanismes de défense spécifique de ce temps particulier comme propres à la latence (mécanisme de contrôle et changements des buts pulsionnels). Sous l'effet de l'événement traumatique ces mécanismes deviennent non fonctionnels, sources d'emprise et de souffrance.

meurtre du jeune adulte. Il insiste sur le fait que, pour le jeune adulte, ces enjeux d'appropriation ne sont pas seulement fantasmatiques mais ont un lien particulier à la réalité, où il est concrètement contraint de tenir une place. S'opère donc ce qu'il nomme le travail de « dépeçage des objets morts et disparus ». Nous le rapprochons de la notion propre au sud du Bénin qui consiste à « traiter les restes », à travers divers rituels, où il s'agit de découper par petits morceaux et temps rituels le lien au mort jusqu'à sa transformation en ancêtre. Dans le même sens, le travail de deuil tel que le décrit Freud suppose un surinvestissement puis une transformation progressive des liens à l'objet perdu qui implique un long travail de transformation permettant de rentrer en relation autrement.

Guillaumin rappelle le statut d'objets « morts disparus » des imagos parentales dans la psyché du jeune adulte, objets tenus à l'écart, dans une sorte de suspension, en attente d'un travail de transformation. Ce travail de réappropriation des éléments de transmission et d'identification suppose, dans un premier temps l'adolescence, l'attaque et le meurtre de ces imagos. Le second, de la réappropriation des éléments de transmission (d'abord attaqués et tués), suppose une transformation puis une métabolisation de ces derniers. En d'autres termes, les imagos passent d'un statut de corps étranger, tenus à l'écart dans la psyché, à un statut de corps propre.

Ces résultats rappellent les concepts, proposés par M'Uzan, de spectre d'identité et de chimère psychologique. La chimère est une *figure de l'entre-deux identitaire*. Cupa (2008) décrit le travail de chimérisation et de flottement identitaire qui existe chez les personnes greffées. Elle explique que le processus de chimérisation psychique consiste en un travail de remaniement psychique au point où s'articule la question de l'être et de l'avoir. Ce processus peut entraîner un chaos identitaire allant de l'ébranlement à la dépersonnalisation. Toutefois, c'est ce « trouble identitaire qui de plus conduit à la chimère psychique » ; il a donc des effets de réorganisation. Ce travail d'appropriation de la psyché est étendu par Cupa (2008) au fonctionnement psychique en général : « *ne peut-on alors penser les premières rencontres avec l'objet de l'infans qui n'est pas encore immunisé psychiquement, se font dans un processus de chimérisation par les divers identifications, à comprendre comme des greffes de contenus et de contenants objectaux ?* » (p. 6). Elle répond en avançant que la psyché est chimérique et que ce qui la rend viable est la tiercéité.

Le fonctionnement psychique, dévolu au temps du jeune adulte ne ressemble-t-il pas au flottement identitaire observé chez les personnes greffées ? En effet, les jeunes adultes ont à réintégrer psychiquement des corps étrangers (ces objets morts-disparus) pour que l'économie pulsionnelle sorte des mécanismes de contrôle et de mise à l'écart.



La chimérisation psychique constitue à son sens une piste de lecture intéressante de la psychopathologie des jeunes adultes.

#### **11.2.4 Tabou et répétition : une fiction théorique**

Au terme de ce parcours théorico-clinique, nous voilà sur le point de proposer une fiction qui clôture le présent travail.

Le suicide est un tabou dans le Sud Bénin ; il est préférable de ne pas le nommer et même de ne pas l'évoquer. Le fait de ne pas nommer cet acte s'articule avec le fait que le suicidé est sorti du cycle qui assure la continuité entre vie et mort ; il est exclu des transmissions et touche donc à ce qui fait défaut d'où non nommable. Le tabou, selon les travaux de Freud, est une production sociale. Selon sa théorisation, un des tabous, dans le mythe de la horde primitive, est celui du meurtre du père. En effet, le pacte social, scellé par la culpabilité des frères meurtriers du père de la horde, inscrit la culture comme capacité à effectuer une répression pulsionnelle. Toutefois, le mythe fondateur du Sud Bénin amène à une autre manière de concevoir les choses. Selon ce mythe, il semblerait que le tabou premier touche l'interdit fondateur de se couper et non un acte meurtrier. En effet au Sud Bénin, il n'y a pas de fondateur tout-puissant possédant tout qui suscite la haine du groupe. Au contraire, il existe un dieu suprême, un fondateur seul, ce qui peut apparaître comme un paradoxe : au début, le groupe n'existe pas dans une société où l'individu ne peut être pensé sans groupe. Ce dieu suprême est seul, omnipotent mais mélancolique. Selon ce mythe, ce qui est au fondement de l'humanité est le renoncement à un acte de destructivité initial qui s'apparente à un acte suicidaire et non à un meurtre et ses effets sur le groupe.

Comme on l'a vu, les humains adviennent du traitement des restes d'actes autodestructeurs à savoir « l'acte suicidaire » de l'être suprême et ce qui a subsisté du traitement des restes de la destructivité de Legba sur ses productions cassées ; productions cassées auxquelles le souffle de vie et la sexualité a été insufflé pour les rendre viables<sup>114</sup>.

---

<sup>114</sup> En effet, le mythe initial se réfère à la coupure et au renoncement à une divinité totale et idéale. Revenons sur les étapes du mythe afin de mettre en exergue notre proposition montrant que le tabou ne concerne pas ici le meurtre (selon la fiction freudienne) mais le suicide. La divinité totale, plongée dans l'ennui et la tristesse, se coupe d'abord en deux (gauche/droite) mais cela crée du chaos. Nous pouvons entendre dans ce chaos l'espace du Ça. La divinité décide de renoncer. Sa démarche de renoncement conduit à la création d'un espace intermédiaire et de transitionnalité : elle va alors créer des personnages qui deviennent des divinités (il s'agit de personnages « mêmes » c'est-à-dire que la divinité ne produit que le même. Elle les différencie ensuite par les héritages spécifiques et les fonctions qui leur sont attribuées). Mais quand la divinité fondatrice décide de se reposer, donc laisse les choses lui échapper, un des personnages produits lui fera comprendre qu'elle ne peut avoir la maîtrise de tout. C'est notamment ce que Legba lui signifie. C'est pour cette raison que Legba condense deux types de pensées paradoxales : le chaos et la tension d'une part, l'ordonnement et la réorganisation du monde d'autre part. C'est par lui qu'advient la sexualité.

Si chez Freud le renoncement et le travail de culture concernent le désir primordial (de meurtre), nous pouvons ici avancer que le renoncement primordial au Sud Bénin (en lien avec la divinité fondatrice) concerne l'aspiration mélancolique (être un) ; cette aspiration met en position inhumaine d'élément hors du groupe, et par conséquent répète la destructivité première.

C'est pourquoi cette société passe son temps à traiter les restes<sup>115</sup>. Le traitement des restes renvoie au processus de deuil de Freud, toutes les traces restantes du lien à l'objet après un surinvestissement sont vouées à être transformées une à une. Dans les logiques du Sud Bénin, il s'agit d'un véritable tissage entre restes perdus puis traités de sorte à en faire des éléments de transmission. Et cette action de « traiter les restes » continue dans la modernité et a été reprise avec les nouveaux moyens : par exemple, à la télévision nationale, tous les soirs, des annonces nécrologiques informent des décès récents comme anciens et des fêtes (cérémonies) qui se tiendront à cette occasion, par exemple « *déjà 10 ans que....à cette occasion...* ». Noret<sup>116</sup> (2010) a également montré comment les rites funéraires et les secondes funérailles persistent malgré la modernité qui au contraire est exploitée, via les morgues et le temps qui peut être mis pour préparer les cérémonies, pour servir cet objectif de traitement des morts mais surtout en fin de compte des vivants. C'est pour cette raison qu'il discute de la notion de deuil telle que conçue en Occident. La persistance de ces pratiques qui se nouent aux moyens modernes confirme à mon sens que ce sont des fondements et des principes identitaires.

Nous avons déjà souligné que le terme de suicide est difficilement entendable, nous avançons que c'est un impossible en raison de sa résonance avec la reproduction de l'acte

---

En fait, un jour, Legba décide de refaire des personnages à la hauteur du fondateur. Il se rend compte que les siens sont figés, ne bougent pas, ne sont pas dans le mouvement, ne sont pas animés, alors que ceux du fondateur sont animés même si c'est le chaos. Legba en colère commence à tout détruire. Il n'arrivera pas à la fin de son acte de destruction car la divinité primordiale revient. Les humains sont les restes de cette dynamique de destructivité. En effet, le fondateur devant le spectacle de la destructivité ne donnera pas de sanction à Legba. Il ne veut pas répéter ce qu'il a fait sur lui-même. Il décide de ranimer les personnes trouées, les trous seront transformés en quelque chose de vital. D'où le fait que les humains sont le fruit du renoncement d'une divinité initiale et du reste des personnages de Legba. Legba va reproduire et le fondateur y mettra le souffle de vie ; la sexualité advient. Nous pouvons alors comprendre pourquoi ce sont les divinités qui sont protectrices. Elles représentent un espace intermédiaire où il y a des restes non détruits par Legba. Donc on ne s'adresse pas à un dieu qui produit de l'unique (divinités) mais à Legba, espace intermédiaire des autres divinités qui sait parler et traduire les choses des profondeurs. D'où l'importance du Legba dans la thérapeutique. Legba est autant à l'origine des conflits, autant en position d'aide pour les conflits car il écoute les profondeurs. Du fait que de cette destructivité et dynamique de dépression provient, naît la vie, il existe un rapport particulier à la vie, à la mort avec cette recherche (lutte) pour vaincre la mort (idées développées dans la partie sur la conception de la mort dans le Sud du Bénin).

<sup>115</sup> Les cheveux, les ongles : ce qui continue de pousser et qu'il faut traiter avant la décomposition ; éléments utilisés dans le cadre des secondes funérailles.

<sup>116</sup> Noret a fait un travail de recherche doctoral en anthropologie sur les rituels funéraires dans le Bénin méridional.

initial. L'acte suicidaire est réservé à une position de toute-puissance caractéristique des divinités d'où les traductions impossibles. Le suicide n'est-il pas affecté d'interdit du fait de cette répétition d'un acte initial ? Ce qui peut expliquer la difficulté à nommer cet acte et l'exclusion du suicidé du cycle de continuité vie-mort.

Nous avons évoqué le fait que pour le suicidé, celui qui est décédé par suicide, les rites funéraires supposent qu'on ne cherche plus à réinscrire ses traces. Elles sont traitées mais ne sont pas remises en circulation comme potentielles supports d'identification, sans rites de secondes funérailles et donc d'ancestralisation. Pour ce qui est du suicidant, la prise en charge ne demeure pas moins spécifique. L'acte suicidaire attaque les liens, l'humanisation, ce qui anime. C'est donc le réseau entier, ses enveloppes, qu'il y a lieu de traiter.

## CONCLUSION

Poser des jalons pour une prise en charge et une compréhension psychodynamiques des tentatives de suicide des jeunes adultes au sud du Bénin, tel est l'objectif qui m'a animée dans le cadre de mon étude qualitative.

Le sud du Bénin est l'univers d'une multiplicité d'ethnies qui partagent de nombreux traits communs. Un monde multiple, composé de nombreuses ethnies et langues, cosmopolite, mais pourtant unifié par des divinités identiques, par des rituels d'initiation similaires. Mon choix de délimiter mon sujet au Sud Bénin ne s'explique donc pas par un simple découpage géopolitique d'une région d'Afrique de l'Ouest, mais cherche plutôt à envisager un ensemble d'ethnies aux principes identitaires communs. Cette culture fédère également les peuples du Nouveau Monde, issus de l'esclavage, qui pratiquent les différents rituels (Haïti, Brésil, Cuba).

Selon les logiques de ces ethnies qui partagent des mythes fondateurs communs, le principe d'initiation et de « traitements » est fondamental. Par le biais de rites, l'individu est inscrit, humanisé et fabriqué comme personne particulière. On trouve non seulement des rites de naissance, mais aussi des rites pour les morts, qui ne sont pas sans convergence : le nouveau-né initié pour devenir humain, personne, et donc pour agréger de manière cohérente les éléments qui le constituent (les différents noms...) ; le mort initié pour devenir ancêtre en désarticulant les différentes parties qui ont pu le constituer comme vivant. En d'autres termes, le nouveau-né est initié pour devenir composite et il sera particulier parce que l'articulation des différents éléments qui le composent sera unique. Le mort, quant à lui, est désarticulé de son statut de personne composite ; c'est en déliant les particules qui l'ont constitué qu'il pourra à nouveau être introduit dans le cycle vivant en tant qu'élément de transmission. C'est dans ce devenir particule du défunt et à cette condition qu'il pourra s'élever au rang d'ancêtre et intervenir dans le devenir « particulier » d'un nouvel être... Au sein de ce système de pensée où la notion de personne est différente de la conception que nous pouvons en avoir en Occident, comment entendre la destructivité suicidaire ?

Dans le contexte hospitalier du Sud Bénin, quelle est la possibilité pour un psychologue avec des références psychanalytiques d'accueillir un suicidant, de donner sens à son acte ? Cette question se pose d'autant plus que l'hôpital, en tant que lieu de soin, a une place particulière dans le Sud Bénin. En effet, la médecine moderne et ses sous-disciplines ont

été importées et introduites progressivement par le biais de la colonisation. Toutefois, d'autres lieux de traitement existent et l'hôpital en est un parmi d'autres : les lieux traditionnels, qui sont de différents types, et les nouvelles églises évangéliques qui se situent à la frontière des religions révélées et des traitements traditionnels. Par conséquent, l'hôpital, représentant d'un système de pensée et de conception de la maladie, est inscrit comme un *monde particulier dans un autre monde*, celui du Sud Bénin, système de pensée qui a d'autres outils conceptuels.

Dans ce croisement entre des logiques, des pensées, comment peuvent s'inscrire la pensée et la pratique psychanalytique ? Dans un contexte où la conception de la personne est basée sur l'identification par l'entourage des restes qui reviennent des divinités et des ancêtres, comment le suicide est-il conceptualisé ?

Mes questionnements se sont polarisés sur la question de recherche suivante : « *Quand et pourquoi les jeunes adultes dans le Sud Bénin tentent-ils de se suicider ?* » Cette question introduit à deux dimensions essentielles. Le *quand* renvoie à la question temporelle et donc à la temporalité psychique en jeu dans un passage à l'acte suicidaire. Comme le souligne Green (2000, p. 185), « *depuis qu'existent des traces d'une conscience réflexive, les hommes ont toujours témoigné de l'énigme de leur rapport à la mort* ». D'après la conférence de consensus tenue en 2000 autour de la prévention et du repérage des comportements suicidaires, il ressort que c'est une temporalité de « crise » qui serait en jeu dans le processus suicidaire. La notion de « crise suicidaire » en a émergé. Le *pourquoi* interroge, dans un sens premier, les différents motifs avancés ou explications données autour d'un passage à l'acte suicidaire. Mais le *pourquoi* en termes psychopathologiques interroge également comment un motif en apparence banal entre en résonance dans la dynamique interne du sujet jusqu'à le conduire à un acte suicidaire.

La méthodologie principale utilisée est la recherche-action qui a consisté à mettre en place un protocole d'accueil pour le suicidant et son entourage à des fins de prévention secondaire, mais aussi pour approcher les enjeux psychiques et socio-culturels de ces actes. Le paradigme principal qui fonde le travail est le référentiel psychanalytique. Il a été mis au travail par le biais de rencontres anthropologiques permettant d'accéder aux logiques et théories étiologiques et ontologiques propres au Sud Bénin.

Les premières rencontres avec les suicidants ont permis de constater qu'il existe de nombreuses théories étiologiques autour d'un acte suicidaire mais que la recherche de soins et de sens se fait dans des lieux strictement séparés. Par exemple, les suicidants et leur famille vont à l'hôpital pour les soins du corps, chez les guérisseurs pour traiter les maladies de

l'esprit et celles provoquées, comme les sortilèges, et dans les églises pour traiter d'éventuelles faiblesses spirituelles. Toutefois, la séparation entre ces lieux entraîne chez les suicidants une souffrance et une difficulté à articuler les différentes pensées étiologiques existantes autour de leur acte. Les tableaux cliniques à multiples visages obligent à penser et problématiser différemment. On se demande alors comment le clinicien peut négocier avec cette recherche d'aide et de sens qui fait intervenir de nombreuses théories pour mettre en place une prévention.

Consciente de ces difficultés et de la réalité à laquelle elle se confronte, cette étude propose d'ouvrir l'accueil des suicidants à ces différentes dimensions. Afin de ne pas reproduire au sein des dispositifs cliniques les clivages dans la recherche de sens, mais d'au contraire permettre une appropriation de l'acte suicidaire à partir des différentes théories en présence.

L'application de la recherche-action a été illustrée par quatre cas cliniques (Éléonore, Laure, Joël, Vanessa). Les problématiques des suicidants ont été sélectionnées pour présenter le panel hétérogène nécessaire pour appréhender les enjeux multiples en présence dans les actes suicidaires en contexte sud béninois. Mon parti pris a été de laisser se déployer l'intégralité des éléments cliniques avant même d'effectuer une évaluation des hypothèses. En effet, pourquoi ne pas avoir procédé à une analyse des cas cliniques sous l'angle des hypothèses et intuitions cliniques posées au départ de mon étude ? Comme je l'ai expliqué, cette étude qualitative s'est déployée sous la forme d'une recherche-action ; la position de recherche n'annulait donc pas la position clinique. Pour ces raisons, il m'a paru nécessaire et éthiquement fondamental de présenter les cas cliniques retenus pour ce document en fonction des associations qui leurs sont propres avant de s'aventurer dans l'exploration de mes hypothèses. De même, j'ai préféré, de la quantité des cas cliniques reçus (19), en extraire quatre pour permettre de manière qualitative de découvrir dans les méandres le contenu de chaque rencontre.

J'ai ensuite mis au travail mes hypothèses, en faisant émerger à partir des cas cliniques, toujours uniques, une théorie susceptible de rendre compte de tous. Outre les résultats issus de chaque cas, nous avons analysé, pour tous, le statut de l'acte (situation déclenchante, conflits et difficultés sous-jacents, l'élément de réponse du sujet face à ce dilemme), les éléments relevant de représentations culturelles et les conséquences de cet acte.

Les différents cas cliniques ont permis de dégager un ensemble de résultats ouverts à discussion. Les clefs de lecture de la destructivité dans le Sud Bénin telles qu'elles

m'apparaissent sont la notion de trauma, les défaillances du contenant familial, la position transgressive du suicidant et son défaut de filiation.

Le passage à l'acte suicidaire est déclenché par une situation-écran qui condense des éléments tenus à l'écart dans la psyché. La réactualisation de ces éléments conduit à une effraction traumatique au sein d'un fonctionnement psychique qui luttait déjà contre la désorganisation.

Le traumatisme n'est pas la seule clef de lecture. Il apparaît en effet que pour mieux cerner les contours de l'acte suicidaire, l'analyse doit prendre en compte les filiations. Il semble que le suicidant tienne une position transgressive dans ses filiations, du moins dans son fantasme et dans celui du groupe familial ; cette position s'explique par la défaillance du groupe familial à l'inscrire dans une logique généalogique. Le suicidant est donc en proie à une emprise dans les liens à son objet primaire et aux affects qui ont prévalu lors de son arrivée au monde.

L'acte suicidaire prend valeur de traitement-décharge de la destructivité interne dans un moment de « flottement identitaire ». Les tentatives de suicide apparaissent comme des actes réactionnels qui questionnent ces éléments d'héritage psychique effractants afin de les symboliser. Cela suppose un réaménagement interne du suicidant, mais également une mobilisation du groupe familial. L'attaque corporelle et l'excitation interne traumatique m'apparaissent comme des éléments d'une coexcitation libidinale, un essai pour éprouver un seuil minimal qui légitime l'existence du suicidant. C'est que j'ai appelé la visée de refondation psychique.

Il ressort donc de manière essentielle de mon travail que la tentative de suicide du jeune adulte s'inscrit dans un double mouvement de désintrinsication/réintrinsication, déliaison/liaison. À ce titre, elle ouvre la possibilité pour le suicidant d'une refondation psychique, si l'accueil qui lui est proposé l'autorise à remettre au travail sa problématique identitaire.

S'engager dans une réflexion et un travail sur l'autodestructivité n'est pas une chose simple. Les nombreux écrits, le phénomène transnosographique et la nécessité d'articuler les points de vue disciplinaires rendent compte de l'ambition (peut-être démesurée) qu'il y a à essayer de l'approcher. Au terme de mon étude, je ne peux en aucun cas me prévaloir d'avoir compris ce qu'il en était de cette problématique. Je ne peux que témoigner de ce que j'ai été amenée à penser et des interrogations avec lesquelles j'en ressors :

- Quel est l'intérêt clinique de théoriser le fait qu'il existe une refondation psychique dans l'acte suicidaire ? Est-ce une défense transféro-contre-transférentielle visant à éviter d'être

aspiré par la problématique de l'auto-effacement ? Est-ce une position théorique qui cache un mouvement maniaque qui veut « sauver » d'une aspiration à l'effacement ? Peut-être que ces deux positions défensives sont contenues dans ma théorisation, après tout, la théorie ne sert-elle pas de tiers ? Mais au-delà de ces questions, les cas cliniques illustrent bien l'énergie que déploient les suicidants pour remettre en jeu des éléments complexes de leur parcours biographique. Peut-on mettre ce constat d'investissement massif en lien avec la notion de « travail du trépas », proposé par de M'Uzan (1976) et repris par Cupa (2008) dans son travail sur la greffe ?

- Le dispositif d'accueil des suicidants et de leur entourage mis en œuvre prouve combien il est important de proposer quelques rencontres pour accueillir l'agitation et éventuellement mettre au travail ce qui a pu se jouer jusqu'à l'acte suicidaire. Il ne s'agit pas de proposer un travail thérapeutique approfondi, mais plutôt un travail transitoire qui accompagne le réveil somatique, mais aussi social. Le travail avec le suicidant, fondé sur un questionnement premier sur les inscriptions, implique un travail de tissage, un accompagnement psychosocial avant même toute élaboration. Peut-on avancer que le rôle du clinicien est celui de « double (ou visage) transitionnel » ou de celui qui permet la constitution d'un espace potentiel ? Je fais référence ici au double ou au visage parce qu'il apparaît que le clinicien face au suicidant est en position, dans son contre-transfert, d'être suffisamment proche des ressentis et éprouvés du suicidant afin que ces derniers soient retournés au suicidant de manière digérée (c'est-à-dire que ces éprouvés redeviennent supportables, par le biais de l'espace proposé et du travail transféro-transférentiel).

- Quelle suite pour le dispositif ainsi mis en œuvre ? Certes, souligner que l'accueil est important et utile est une chose, mais encore faut-il se demander comment le formaliser, au-delà de la recherche. Cela implique de nombreuses autres questions : quelle est la place du psychologue dans un service de soins somatiques au Sud Bénin ? Quel travail faire avec les familles ? Faudrait-il adapter le dispositif des autopsies psychologiques offertes aux familles de suicidés aux familles des suicidants béninois ? En effet, la question du groupe, prévalant dans le Sud Bénin, suppose aussi de mener une réflexion sur les dispositifs d'accueil groupaux et sur la possibilité de maintenir et garantir pour le suicidant sa dimension psychique et intime.

Les inscriptions et les traces questionnées par le passage à l'acte suicidaire du jeune adulte béninois concernent l'acte fondateur qui renvoie, en Occident, au meurtre – du père de la horde – et donc à la culpabilité qui y est associée et, dans le Sud Bénin, à la coupure appartenant à la divinité. En ce sens, l'acte suicidaire sort/exclut des filiations, c'est un acte



transgressif. Les cas illustrent la nécessité pour le clinicien d'être informé des logiques sociales en cours et souligne l'intérêt de mettre en tension, dans la prise en charge des suicidants, l'univers médical et la pensée locale. S'il n'est pas au minimum imprégné de ces logiques de pensée sur les relations, les liens et les faits, le travail d'accueil, de soutien et d'essai de compréhension psychodynamique du clinicien est difficilement envisageable. La question de la transgression en ce qui concerne les suicidants et leurs filiations s'applique également à ma posture professionnelle : accueillir les suicidants dans le Sud Bénin suppose-t-il de devenir anthropologue, d'enfreindre, et donc de transgresser, mes limites professionnelles ?

Étudier les enjeux psychiques des tentatives de suicide dans le contexte particulier du Sud Bénin suppose-t-il de faire ressortir les spécificités « culturelles » des actes par comparaison à d'autres contextes ? Les spécificités en sont-elles, quand on analyse un cas clinique et qu'on se rend compte que le cas est toujours singulier, même au sein de sa propre culture ?

Le positionnement que j'ai adopté ne consiste pas à faire ressortir essentiellement les spécificités culturelles. Ma position a plutôt été de me demander comment les logiques du Sud Bénin permettaient d'effectuer mon travail de psychologue clinicienne d'orientation psychanalytique. Ainsi, j'ai essayé de traduire par des concepts qui me sont familiers ce qui ressort des rencontres avec les suicidants, rencontres où je suis avec les suicidants et leur famille en position de co-construction.

Que m'apporte la découverte des théories ontologiques du Sud Bénin dans mon positionnement professionnel ? Le statut composite de la personne telle qu'elle est pensée dans le Sud Bénin permet de mettre plus en avant les concepts psychanalytiques d'intrication et surtout de porosité entre pulsion et objet. En effet, les logiques du Sud Bénin nous rappellent que la personne est elle-même un réseau d'éléments dont l'articulation se trouve en liens étroits avec le réseau communautaire. Ceci peut se traduire par le fait que les instances psychiques, dans leur groupalité interne (définie par la psychanalyse), ne peuvent se penser sans l'environnement, sans cet étayage au groupe, dans sa matérialité concrète mais aussi dans ce qu'il transmet (héritage et transmissions psychiques). L'autodestructivité serait ici la conséquence d'une absence de réseau, de relations et d'interrelations groupales et de leur traitement psychique en termes d'identifications et d'affiliations. Tout est pensé en termes d'espace intermédiaire, transitionnel. Sur un plan psychodynamique, l'existence des instances par dédoublement du Moi est également nécessaire pour intégrer la tridimensionnalité ; sans ces instances internes et donc l'intégration de l'altérité, les pathologies telles que l'autisme

illustrent comment l'attaque du corps prend valeur de procédé autocalmant, d'éprouvé de ses limites corporelles. Par ailleurs, une fois les instances plus ou moins installées, elles peuvent, en fonction de leur genèse et de leurs rapports réciproques, conduire à l'autodestructivité en lieu et place de l'autoconservation. Dans le cadre de la configuration autodestructrice suicidaire, la multiplicité interne n'est plus assurée en raison de l'invasion d'une instance, le surmoi ou idéal du moi, face à laquelle le moi s'efface.

Il semble que ce qui y est questionné et recherché à la fois est la constitution (en raison d'un défaut) d'un réseau. J'ai mis en avant, selon le référentiel psychanalytique, que la mise en place du premier « réseau » interne renvoie à la notion de coexcitation libidinale et de donc de la liaison ou intrication entre une destructivité interne et un vécu interne supportable, et donc agréable. Ces éléments renvoient à la constitution d'un masochisme érogène primaire. La pensée du Sud Bénin et les cas cliniques analysés dans le respect de la pensée contextuelle illustrent également l'importance de la mise en place du réseau groupal dans la construction de la personne et l'échec de ce réseau quand, sous l'emprise d'une négativité et d'une destructivité attribuée au manque d'identification groupale initiale du nouveau-né et donc à un défaut d'inscription, un acte autodestructif survient.

Penser l'autodestructivité comme la mise en échec de la construction d'un réseau, ainsi que le suggère la pensée du Bénin, trouve des échos dans de nombreux processus biologiques. Par exemple, la neurobiologie analyse l'acte suicidaire comme un dysfonctionnement des éléments vitaux que sont les transmetteurs. Ces sources, les éléments vitaux, sont notamment affectées dans leur rôle de transmission et de mise en liaison. Dans le même sens, les études épigénétiques soulignent le rôle de l'environnement dans l'expression de tout encodage génétique, supposé jusque-là « inné ». De même, l'apoptose, pensée comme la mort cellulaire, effacement ordonné de soi, consacre l'importance de relation en lieu et place de l'isolat individuel. « *Le destin d'une cellule dépend de la qualité des liens provisoires qu'elle a tissés avec son environnement* » (Ameisen, 1999, p. 55). Cela permet d'appuyer les concepts de liaison et d'intrication nécessaires à la vie.

Selon les logiques du Sud Bénin, les suicidants n'arrivent pas à s'inscrire dans le monde des humains à partir des éléments de transmission. Leur appel concerne l'identification des traces et des éléments de transmission qui font défaut. L'acte suicidaire renvoie par conséquent à un défaut de traduction. C'est un échec du groupe car tout le travail de rite est fondé sur la prévention. D'où le fait que l'acte questionne ce qui a échappé au réseau de prévention et n'a pas été inscrit pour le suicidant à son arrivée au monde et qui fait en sorte que le négatif l'envahisse. Le groupe est ainsi mobilisé pour décoder le message

social de l'acte et éviter une contamination. Comment mobiliser ce qui fait filiation, affiliation, appartenances ? Cette recherche de mobilisation et d'articulation d'éléments épars explique les cérémonies spécifiques à la naissance et à l'occasion de moments/événements particuliers pour le groupe.

De Kernier, dans ses travaux sur les suicidants, pointe des identifications mélancoliques ou à des objets mal différenciés impliquant une faille dans le processus d'intériorisation de ces objets. Mes rencontres cliniques ajoutées aux conceptions culturelles me font plutôt postuler à des identifications en négatif en jeu chez les suicidants. Ces identifications se font sous l'emprise de la destructivité et de la négativité. Les identifications concernent le processus qui permet « d'être ce qu'on ne plus avoir ». Les identifications primaires relèvent d'un investissement narcissique : avoir l'objet, c'est être l'objet. L'investissement de l'objet est confondu avec soi. Les identifications secondaires consacrent un traitement de la perte d'objet qui consiste à adopter des traits de l'objet pour continuer à s'investir soi comme objet d'amour. Le moi se propose donc au réservoir pulsionnel en disant « je suis comme l'objet, tu peux m'aimer ». Pour les identifications en négatif, il s'agirait d'identifications non fermées, où le processus s'est inscrit, mais en négatif ; il n'est donc pas clôturé. Le processus identificatoire impliquerait que la perte est traitée, mais par une négation. Ce qui revient à inscrire dans le moi une idée du type « tu n'es pas l'objet d'amour », « tu n'as pas l'objet d'amour ». Ces identifications entraînent une absence de cohésion des éléments identitaires.

Si de nombreuses questions demeurent à l'issue de ce travail, ce que je peux affirmer avec assurance, c'est que la notion de culture, ou de spécificités culturelles, me paraît être une notion non pertinente en clinique. Je lui préfère celle de « contexte », car il me semble que les discours des suicidants ne sont pas à traduire ou à expliquer via la culture ou les spécificités culturelles, mais via une inscription dans le contexte et donc les logiques de pensée. Ce processus constitue un travail de médiation qui autorise la rencontre clinique. Je m'en explique en m'appuyant sur une vignette.

J'ai introduit les défis dans les rencontres avec les suicidants au Sud Bénin, en début de chapitre 4, en citant la vignette d'Adéola dont le projet d'aller consulter un tradithérapeute suite à son hospitalisation me plonge, dans un premier temps, dans un vide de la pensée et une incompréhension totale. Les rencontres suivantes, nous échangeons sur le *Fa*, ses rôles, ses fonctions et surtout les types de consultations possibles. Il s'étonne que cette thématique ne soit pas exclue de l'espace de rencontre et surpris d'entendre ce que je dis sur le sujet. C'est alors qu'il laisse émerger certains questionnements et perplexités qui l'habitent. Alors qu'il

était au collège, son père a pris une seconde épouse et a arrêté de financer les études d'Adéola. Pourtant, explique Adéola, son père avait toujours été fier de ses brillants résultats et lui prédisait une belle réussite. Adéola s'est débrouillé seul et a beaucoup souffert pour en arriver à son niveau actuel. Mais aujourd'hui, le doute le taraude. Son père était-il sous l'influence de mauvais esprits ? Était-ce une démarche mal intentionnée pour empêcher Adéola de continuer un destin que son père pourtant lui prédisait ? Les difficultés qu'il rencontre depuis le début de sa thèse seraient-elles liées à ce premier événement ? Un amas de questions denses, mêlées, agglutinées fondent la dynamique psychique d'Adéola. L'espace de parole proposé peut accueillir les doutes, confusions et questionnements qu'il habite.

On peut penser que la dimension culturelle permet d'accéder à une explication des troubles exprimés par les suicidants. Toutefois, enfermer une manifestation de souffrance dans des explications culturelles ne ferait que renforcer les clivages. Il faut au contraire trouver des articulations significatives entre le contraste d'un discours rationnel, intellectuel et ce qui peut apparaître comme la « pénétration de la croyance magique ». Pour cela, l'utilisation de la dimension culturelle, comme ouverture à d'autres pensées, représente un outil de médiation c'est-à-dire une opération qui consiste à convoquer les références hétérogènes avec lesquelles les personnes en souffrance peuvent être aux prises, à leur insu. Plus qu'un élément explicatif, l'ouverture à la dimension culturelle constitue une amorce pour instaurer un travail de réflexion sur le processus de redéfinition, de différenciation et de subjectivation. Si les explications des suicidants ne font pas sens pour nous, nous ne pouvons les porter. En revanche, si nous arrivons avec à accueillir leur dire en le traduisant par nos propres objets, alors il semble que la rencontre est possible. En ce sens, le travail de traduction-intrication de différentes logiques permet d'arriver à porter dans notre regard le suicidant, plutôt que de le persécuter par un regard vide de sens.

Pour ces raisons, il me semble important de finir ce document en rappelant cet élément important que l'étude nous a permis de mettre en avant, au-delà d'une compréhension psychodynamique des actes suicidaires : la culture ou les représentations culturelles ne soignent pas et ne constituent en aucun cas des éléments explicatifs. Ce sont uniquement des moyens de médiation, à condition de les inscrire dans les contextes des pensées mythiques qui les fabriquent.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES<sup>117</sup>

### Ouvrages

- Abraham, N. et Torok, M. (1996). *L'Écorce et le noyau*. Manchecourt, Champs-Flammarion.
- Adepoju, A., Leguy, C., Diana, P. et Ndiaye, L. (1999). *La Famille africaine*. Paris, Karthala.
- Adjou-Moumouni, B. (2008). *Le Code de vie du primitif. Sagesses africaines selon Ifa*. Tome 1 à 4. Cotonou, Éditions Ruisseaux d'Afrique.
- Agboton G. (1997). *Culture des peuples du Bénin*. Paris, Présence Africaine.
- Ahanzo-Glèlè, M. (1974). *Le Danhomè : du pouvoir aja à la nation fon*. Paris, Nubia.
- Alvin, P. (2009). *L'Envie de mourir, l'envie de vivre. Un autre regard sur les adolescents suicidants*. Rueil- Malmaison, Éditions Doin.
- André, J., Cady, P., Chiantaretto, J-F., David-Ménard, M., Lasvergnas, I., Leclerc, J. et Miller, P. (2006). *La Psychanalyse à l'épreuve du malentendu*. Paris, PUF.
- André, J., Dreyfus-Asséo, S., et Hartog, F. (dir.) (2010). *Les Récits du temps*. Paris, PUF.
- Anzieu, D. (2006). *Créer, détruire*. Paris, Dunod.
- Balard, M. (1999). *Dahomey 1930 : mission catholique et culture vodoun*. Paris, L'Harmattan.
- Bastien, C. (1988). *Folies, Mythes et Magies d'Afrique Noire. Propos de guérisseurs du Mali*. Paris, L'Harmattan.
- Batt-Moillo et Jourdain A. (dir.). (2005). *Le Suicide et sa prévention. Émergence du concept, actualité des programmes*. Rennes, Édition de l'école Nationale de santé publique.
- Baudelot, C. et Establet, R. (2006). *Suicide. L'envers de notre monde*. Paris, Seuil.
- Beffay-Dégila, A. (2009) *Le Champ du sacré au Bénin. Pensée animiste, pensée Vòdun*. Paris, l'Harmattan.
- Birot, E., Jeammet, P. (1994). *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Birraux, A., et Lauru, D. (dir.). (2012). *L'Énigme du suicide à l'adolescence*. Paris, Albin Michel.
- Bohannan, P. (dir.). (1960). *African Homicide and Suicide*. Princeton, Princeton University Press.
- Bouguignon, O. (dir.). (2007). *Éthique et pratique psychologique*. Bruxelles, Mardaga.
- Brandibas, J., Gruchetg et al. (2003). *Institutions et cultures : les enjeux d'une rencontre*. Paris, L'Harmattan.

---

<sup>117</sup> Les références bibliographiques sont ici indiquées selon l'adaptation française de la 6<sup>e</sup> édition des normes bibliographiques de l'American Psychological Association (APA) (*Publication Manual*, 2010). [en ligne] <http://benhur.telug.quebec.ca/~mcouture/apa/index.htm>

- Caillard, V., et Chastang, F. (2010). *Le Geste suicidaire*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- Camus, A. (1996). *L'Étranger*. Paris, Gallimard.
- Chagnon, F. et Mishara, B.L. (2004). *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. Québec, Presses de l'Université du Québec, le Delta.
- Ciccone, A. (1999). *La Transmission psychique inconsciente*. Paris, Dunod.
- Ciccone, A. et Lhopital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique*. Paris, Dunod.
- Clément, C. et Nathan, T. (2005). *Le Divan et le grigri*. Paris, Odile Jacob.
- Cupa, D. (dir.). (2000). *L'Attachement. Perspectives actuelles*. Paris, éditions E.D.K.
- Cupa, D. (dir.). (2006). *Psychanalyse de la destructivité*. Paris, éditions E.D.K.
- Dagognet, F. et Nathan, T. (1999). *La Mort vue autrement*. Le Plessis Robinson, PUF.
- Dah Alligbonon, A. (2008). *La Tradition et non la croyance (gbesu)*. Cotonou, Flamboyant.
- Danet, F. et Morasz, L. (2008). *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Paris, Dunod.
- De M'Uzan, M. (2005). *Aux confins de l'identité*. Paris, Gallimard.
- De M'Uzan, M. (1977). *De l'art à la mort. Itinéraire psychanalytique*. Mesnil-sur-l'Estrée, Gallimard.
- De Pury, S. (2005). *Comment on dit dans ta langue ? Pratiques ethnopsychiatriques*. Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond.
- Denis, P. (2012). *Le Narcissisme*. Paris, PUF.
- Deschamps, H. (1954). *Les Religions d'Afrique Noire*. Paris, PUF.
- Descola, P. (2011). *L'Écologie des autres. L'anthropologie et la question de la nature*. Versailles, Quae.
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Malesherbes, Flammarion.
- Devereux, G. (2009). *La Renonciation à l'identité, défense contre l'anéantissement*. Paris, Payot & Rivages.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris, Flammarion.
- Dieterlen, G. (dir.). (1993). *La notion de personne en Afrique Noire*. Paris, l'Harmattan.
- Dejours, C. (2003). *Le Corps, d'abord*. Paris, Payot et Rivages.
- Donnet, J.-L. (1995). *Surmoi. Le concept freudien et la règle fondamentale*. Tome 1. Paris, PUF.
- Donnet, J.-L. (2005). *La Situation analysante*. Paris, PUF.

- Dumet, N. et Ménéchal, J. (2005). *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*. Paris, Dunod.
- Duparc, F. (2004). *Le Mal des idéologies*. Paris, PUF.
- Durkheim, É. (2009) [1897]. *Le Suicide*. Paris, éditions Payot et Rivages.
- Duval, G., Choquet, M., et al. (1995). *Suicide et tentative de suicide à la Réunion. Épidémiologie, anthropologie, abord socio-culturel, essai de prévention*. Paris, L'Harmattan.
- Éliade, M. (1959). *Initiation, rites, sociétés secrètes. Naissances mystiques. Essais sur quelques types d'initiation*. Saint-Amand, Gallimard
- Éliade, M. (1971). *La Nostalgie des origines. Méthodologie et histoire des religions*. Saint-Amand, Gallimard.
- Fadaïro, D. (2001). *Parlons Fon. Langue et culture du Bénin*. Paris, L'Harmattan.
- Fedida, P. (2000). *Par où commence le corps humain, retour sur la régression*. Paris, PUF.
- Florence, J. (1978). *L'Identité dans la théorie freudienne*. Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis.
- Forde, D. (1970). *African Worlds. Studies in the cosmological ideas and social values of africans people*. Londres, Oxford University Press.
- Freud, E. (dir). (1979). *Freud S. : Correspondances, 1873-1939*. (Berman, A., trad.). Paris, Gallimard.
- Gagnebin, M. (1996). *Michel de M'Uzan*. Paris, PUF.
- Grappaf (2012). *Au pays de la parole*. Paris, Lharmattan.
- Green, A. (1990). *La Folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. Saint Amand, Gallimard.
- Green, A. (2000). *Le Temps éclaté*. Paris, Minuit.
- Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris, PUF.
- Green, A. (2007). *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Paris, Minuit.
- Green, A. (2010). *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort ?* Paris, Les Éditions d'Ithaque.
- Green, A. (2010). *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*. Paris, Odile Jacob.
- Guédou, G. (1985). *Xo et gbè. Langage et culture chez les Fon (Bénin)*. Paris, CNRS, ACCT, UNB et SELAF.
- Guillaumin, J. (2001). *Adolescence et désenchantement*. Bordeaux-le-Bouscat, L'esprit du temps.
- Guyotat, J. (1980). *Mort/naissance et filiation*. Paris, Masson.
- Gutton, P. (1991). *Le Pubertaire*. Paris, PUF.

- Halbawchs, M. (1930). *Les Causes du suicide*. Paris, Alcan.
- Houngan Ayemonna, C., Delanne, P. et Ayemonna, P. (dir.). (2002). *La Famille et les défis du développement au Bénin*. Cotonou, Presses de l'Imprimerie COPEF.
- Hountondji, P. (1994). *Les Savoirs endogènes : pistes pour une recherche*. Dakar, Éditions du Codesria.
- Hountondji, P. (1997). *Combat pour le sens ; un itinéraire africain*. Cotonou, Éditions du Flamboyant.
- Hounwanou, R. (1984). *Le Fa : une géomancie divinatoire du Golfe du Bénin (pratique et technique)*. Lomé, Les nouvelles Éditions Africaines.
- Houseman, M. (2012). *Le Rouge et le noir. Essai sur le rituel*. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
- Jamison, K. R. (1999). *Night Falls Fast. Understanding Suicide*. New York, Vintage Books.
- Janklélévitch, V. (1977). *La Mort*. Paris, Flammarion.
- Jullien, F. (2006). *Si parler va sans dire*. Paris, Seuil.
- Kaës, R. (1999). *Les Théories psychanalytiques du groupe*. Paris, PUF.
- Kaës, R. (2004). *Crise, rupture et dépassement*. Paris, Dunod.
- Kaës, R. (2009). *Les Alliances inconscientes*. Paris, Dunod.
- Kaës, R. (2012). *Le Mal Être*. Paris, Dunod.
- Kafka, F. (1980). *Préparatifs de noces à la campagne*. Paris, Gallimard.
- Kossou, B. T. (1983). *SE et GBE : Dynamique de l'existence chez les Fon*. Paris, La Pensée universelle.
- Kpatchavi, A.C. (2011). *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les Fon et Waci du Bénin*. Cotonou, Ablodè.
- Kirmayer, L. et Valaskakis, G. (dir.). (2009). *Healing Traditions. The Mental Health of Aboriginal peoples in Canada*. Vancouver, the University of British Columbia Press.
- Kiss, A. (dir.). (1999). *Suicide et culture*. Paris, L'Harmattan.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris, Gallimard.
- Lafleur, C., et Seguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec, Les Presses de l'Université de Laval.
- Lavallée, G. (1999). *L'Enveloppe visuelle du Moi*. Paris, Dunod.
- Lehmann, J-P. (2007). *Développements de la clinique de Winnicott*. Toulouse, Érès.
- Lolo, B. (2010). *Mon Afrique : Regards anthropo-psychanalytiques*. Paris, L'Harmattan.
- Lydie, V. (2008). *Le Suicide des jeunes. Mourir pour exister*. La Rochelle, Syros.



- Magistretti, P. et Ansermet, F. (2010). *Neurosciences et Psychanalyse*. Paris, Odile Jacob.
- Menninger, K. (1938). *Man Against Himself*. New York, NY: Harcourt, Brace & World.
- Mêtinhoué P. (2005). *Les Gouvernements du Bénin*. Cotonou, centre national de production des Manuels scolaires.
- Millaud, F. (2009). *Le Passage à l'acte*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson S.A.S.
- Minois, G. (1995). *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*. Paris, Fayard.
- Missionnier, S. (2008). *La Consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité*. Ramonville Saint-Agne, Erès.
- Moras, L., et Danet, F. (2008). *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Paris, Dunod.
- Morel, G. (2010). *Clinique du suicide*. Toulouse, Erès.
- Morin, E. (1976). *L'Homme et la Mort*. Villeneuve d'Ascq, Seuil.
- Morin, E. (1994). *La Complexité humaine*. Paris, Flammarion.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Seuil.
- Moro, M.R. (2010). *Grandir en situation transculturelle*. Bruxelles, Fabert.
- Moron, P. (1975). *Le Suicide*. Paris, PUF.
- Nathan, T., Stengers, I. et Hounkpatin, L. (1997). *La Damnation de Freud*. Institut Synthélabo.
- Nathan, T. (dir.). (1995). *Rituels de deuil, travail du deuil*. Paris, La Pensée Sauvage.
- Nathan, T. (2001). *La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris, Dunod.
- Nathan, T. (2001). *L'Influence qui guérit*. Paris, Odile Jacob.
- Nathan, T. et Stengers I. (2004). *Médecins et sorciers*. Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Olindo-Weber, S. (1988). *L'Acte suicide : un rite intime de passage*. Paris, Hommes et Groupes éditeurs.
- Olindo-Weber, S. (1991). *La Diagonale du suicidaire. Jeux de mort en fin d'adolescence*. Paris, L'Harmattan.
- Olindo-Weber S. (2001). *Suicides au singulier. Du suicidaire au suicidant : la mort dans l'acte*. Paris, l'Harmattan.
- Ortigues, E., et Ortigues, M.C. (1984). *Œdipe africain*. Paris, L'Harmattan.
- Perelberg, R. (dir.). (2004). *Violence et suicide*. Paris, PUF.
- Perret-Catipovic, M. (2004) *Le Suicide des jeunes : comprendre, accompagner, prévenir*. Saint-Maurice, Éditions Saint-Augustin.

- Perron, R. (2003). *La Passion des origines, être et ne pas être*. Paris, Delachaux et Niestlé.
- Perron, R. (2000). *Une psychanalyse pourquoi ?* Paris, Dunod.
- PirLOT, G. (2009). *Déserts intérieurs. Le vide négatif dans la clinique contemporaine, le vide positif de l'appareil d'âme*. Toulouse, Erès.
- Pommereau, X. (2005). *L'Adolescent suicidaire*. Paris Dunod.
- Rey-Von Allmen, M. (1993). *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Paris, L'Harmattan.
- Rolland, J.C., et Quenard, O. (1982) *L'Approche psychanalytique. Suicide et conduites suicidaires*. Paris, Masson.
- Rosenberg, B. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Paris, PUF.
- Roussillon, R. (2012) [1999] *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, PUF.
- Roussillon, R. (2005). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris, PUF.
- Saulnier, P. (2001). *Noms de Naissance. Conception du monde et système de valeurs chez les Gun au Sud Bénin*. Madrid, Société des Missions Africaines.
- Saulnier, P. (2002). *Le Meurtre du Vodun Dan*. Madrid, Société des Missions Africaines.
- Sewane, D. (2003). *Le Souffle du mort. Les Batammariba (Togo, Bénin)*. Paris, Plon.
- Shea, S.C. (2008). *Évaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir*. Elsevier Masson SAS.
- Skandrani, S. (2011). *Les Mille et Une Voix de Shahrazade. Construction identitaire des adolescentes d'origine maghrébine en France*. Grenoble, La Pensée Sauvage.
- Sourou, J.-B. (2010). *Afrique : rites antiques, célébrations modernes. Comment les africains célèbrent-ils leurs rites aujourd'hui*. Paris, Éditions Menaibuc.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris, Payot.
- Stengers, I. (1992). *La Volonté de faire science. À propos de la psychanalyse*. Paris, Seuil.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (dir.). (2002). *Santé mentale, psychothérapies et sociétés*. Vienne, the World Council for Psychotherapy.
- Tsala Tsala, J-Ph. (2006). *La Psychologie telle quelle, perspective africaine*, Yaoundé, Presse de l'UCAC.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (2009). *Familles africaines en thérapie, Clinique de la famille camerounaise*, Paris, L'Harmattan.
- Vincent, L.-V. (2000). *Les Chairs de la mort*. Paris, Empêcheurs de Penser en Rond.
- Vincent, M. (2005). *Maladie d'adolescence. Travail clinique avec les adolescents et leurs parents*. Paris, In Press Eds.
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot.

Winnicott, D.W. (2000) [1989]. *La Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (M. Gribinski et J. Kalmanovitch, trad.). Paris, Gallimard.

Winnicott, D.W. (2004) [1960]. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris, Payot & Rivages.

### **Chapitres d'ouvrages**

Adoukonou, B. (1979). Pour une problématique anthropologique et religieuse de la mort dans la pensée adja-fon. Dans Bamunoba, Y.K. et Adoukonou, B., *La Mort dans la vie africaine* (p. 118-330). Paris, Présence Africaine et Unesco.

Agossou, T. (1980). La mort, la naissance, la filiation. Un itinéraire nécessaire et structurant. L'exemple des cultures africaines. Dans Guyotat, J., *Mort/naissance et filiation* (p. 105-115). Paris, Masson.

Bensmaïl, B. (1999). Suicide et culture au Maghreb. Dans Kiss, A. (dir.), *Suicide et culture* (p. 13- 24). Paris, L'Harmattan.

Caule-Ducler, E, Reveyrand-Coulon, O. (1999). Violence sans mort, mort sans violence. Sur le chemin du féminin : tentative de suicide et initiation. Dans Kiss, A. (dir.), *Suicide et culture* (p. 37-69). Paris, L'Harmattan.

Chabrol, H. (1999). Psychopathologie des tentatives de suicide de l'adolescent. Dans Kiss, A. (dir.), *Suicide et culture* (p. 71-73). Paris, L'Harmattan.

Cupa, D. (2008). Greffes et chimères. Dans Denis, P. (dir.), *Avancées de la psychanalyse*. (p. 243-254). Paris, PUF.

Cupa, D. (2009). Tendresse au négatif. Dans Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R. et Roussillon, R. (dir.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. (p. 125-144). Toulouse, Erès.

Deguenon, A. (2002). Place de la famille dans le discours et le vécu du béninois. Dans Houngan Ayemonna, C., Delanne, P. et Ayemonna, P. (dir.), *La Famille et les défis du développement au Bénin* (p. 47-50). Cotonou, Presses de l'Imprimerie COPEF.

De M'Uzan, M. (1976). Le travail du trépas. Dans De M'Uzan, M. (1977), *De l'art à la mort. Itinéraire psychanalytique*. Mesnil-sur-l'Estrée, Gallimard.

Fourasté, R. (1999). Le suicide ? Pour introduire les données culturelles en psychopathologie. Remarques méthodologiques à propos de trois exemples cliniques. Dans Kiss, A. (dir.), *Suicide et culture* (p. 75-103). Paris, L'Harmattan.

Fourn, E. (2002). Les nouvelles formes de familles au Bénin. Dans Houngan Ayemonna, C., Delanne, P. et Ayemonna, P. (dir.), *La Famille et les défis du développement au Bénin* (p. 33-45). Cotonou, Presses de l'Imprimerie COPEF.

Freud, S. (1910). Contribution à la discussion sur le suicide. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1993). *Œuvres complètes* (vol. X, p.70-73 ). Paris, PUF.

Freud, S. (1912-1913). Totem et tabou. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1996). *Œuvres complètes*. (vol. XI, p.190-385). Paris, PUF.

- Freud, S. (1915). Deuil et mélancolie. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1996). *Œuvres complètes*. (vol. XIII, p. 261-280). Paris, PUF.
- Freud, S. (1915). Actuelles sur la guerre et sur la mort. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1996). *Œuvres complètes*. (vol. XIII, p.127-158). Paris, PUF.
- Freud, S. (1920). De la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1996). *Œuvres complètes*. (vol. XV, p. 233-262). Paris, PUF.
- Freud, S. (1920). L'inquiétant. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1996). *Œuvres complètes*. (vol. XV, p. 147-188). Paris, PUF.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1996). *Œuvres complètes*. (vol. XV, p. 273-338). Paris, PUF.
- Freud, S. (1921). Psychologie des masses et analyse du moi. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (2010). *Œuvres complètes*. (vol. XVI, p. 1-84). Paris, PUF.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1996). *Œuvres complètes*. (vol. XVI, p. 255-302). Paris, PUF.
- Freud, S. (1924). Le problème économique du masochisme. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1992). *Œuvres complètes*. (vol. XVII, p. 9-24). Paris, PUF.
- Freud, S. (1930) [1934, trad.]. Le Malaise dans la culture. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (2006) *Œuvres complètes*. (vol. XVIII, p. 245-234). Paris, PUF.
- Freud, S. (1933). XXXI<sup>e</sup> leçon : La décomposition de la personnalité psychique. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (1996). *Œuvres complètes*. (vol. XIX, p. 140-163). Paris, PUF.
- Freud, S. (1939). L'Homme Mïse et la religion monothéiste. Dans Bourguignon, A. et Cotet, P. (dir.), (2010). *Œuvres complètes*. (vol. XX, p. 75-219). Paris, PUF.
- Gobert, E., et Loubère, S. (1999). Suicide et culture ou la jeunesse dans une société en voie de transformation. Dans Kiss, A. (dir.), *Suicide et culture*. (p. 105-120). Paris, L'Harmattan.
- Gontier, E., et Duriez, N. (2007a) Le psychologue clinicien et la prévention du suicide. Dans Schauder, S. (dir.), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées*. (p. 81-122), Paris, Dunod.
- Gontier, E., Duriez, N., et Scedico Miquel, S. (2007b). Le psychologue clinicien et la prévention du suicide. Dans Schauder, S. (dir.), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*. (p. 553-615). Paris, Dunod.
- Grunberger, B. (1971). Le suicide du mélancolique. Dans Grunberger, B., *Le Narcissisme. Essai de psychanalyse*. (p 281-306). Paris, Payot.
- Guillaumin, J. (2001). Y a-t-il une post adolescence ? Dans Guillaumin, J., *Adolescence et désenchantement*. (p. 115-148). Bordeaux-le-Bouscat, l'Esprit du temps.
- Hubert, H. et Mauss, M. (1903) Esquisse d'une théorie générale sur la magie Dans Mauss, M. (1973), *Sociologie et anthropologie*. (p. 1-141). Paris, PUF.

Houkpatin, L., Perez, A., Wexler-Czitrom, H., De Timmerman N. et Beynier, F. (2008). "Je suis d'ici, mon grand-père est de là-bas, et mon père alors ?" Babar l'éléphant à la rencontre de l'enfant léopard. Dans Cupa, D. (dir.), *Image du père dans la culture contemporaine. Hommages à André Green*. (p. 235-252). Paris, PUF.

Houkpatin, L., Perez, A., Wexler-Czitrom, H., De Timmerman, N. et Beynier, F. (2011). Actualité de l'empathie et clinique de la multiplicité. Dans Attigui, P. et Cukier, A. (dir.), *Les Paradoxes de l'empathie. Philosophie, Psychanalyse, Sciences Sociales*. (p. 161-182). CNRS éditions.

Houkpatin, L., Wexler-Czitrom, H., Perez, A. et Courbin, L. (2011). Vers un nouveau paradigme : la clinique de la multiplicité et la fabrique de "l'intime collectif". Dans Guerraoui, Z. et Pirlot, G. (dir.), *Comprendre et traiter les situations interculturelles. Approches psychodynamiques et psychanalytiques*. (p. 55-107). Bruxelles, De Boeck.

Kaës, R. (2005). Une différence de troisième type. Dans Kaës, R., Ruiz-Correa, O. B., Douville, O., Eguier, A., Moro, M.-R., Revah Levy, A. Sinatra, F. *et. al.* (dir.), *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. (p. 1-19). Paris, Dunod.

Kiss, A. (1999b). Culture et suicide. Éléments de psychopathologie comparée. Dans Kiss, A. (dir.), *Suicide et culture*. (p. 121-131). Paris, L'Harmattan.

Melvin, L. (1980). The Phase of Young Adulthood, Age Eighteen to Twenty-three Years. Dans Greenspan, S. I. et Pollock, G.H. (dir.), *The Course of Life: Psychoanalytic Contributions Towards Understanding Personality Development, 2: latency, adolescence and youth*. (p. 523-527). Adelphi (Mar), National Institute of Mental Health.

Michel, L. et Despland, J.-N. (2006). Le psychanalyste à la rencontre de l'étudiant. Dans Michel, L. et Despland, J.-N. (dir.), *Temps et psychothérapie*. (p. 89-110). Paris, Éditions In press.

Moro, M.-R., Revah-Levy, A. (2005). Soi-même dans l'exil. Les figures de l'altérité dans un dispositif psychothérapeutique. Dans Kaës, R. *et. al.* (dir.) *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. (p. 107-129). Paris, Dunod.

Moron, P. (1999). Pour une définition du suicide. Dans Kiss, A. (dir.), *Suicide et culture*. (p. 153-159). Paris, L'Harmattan.

Olindo-Weber, S. (1999). Un rite de passage singulier. Le suicide réactionnel ». Dans Kiss, A. (dir.), *Suicide et culture*. (p. 161-170). Paris, L'Harmattan.

Pommereau, X. (2010). Suicide. Dans Le Breton, D. et Marcelli, D. (dir.), *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*. (p. 808-811). Paris, PUF.

Quenard, O., Rolland, J.C. (1982). Aspects cliniques et état de crise suicidaire. Dans Védrine, J., Quenard, O., Weber, D., (dir.), *Suicide et conduites suicidaires. Aspects cliniques et institutionnels*. (p. 3-47). Paris, Masson.

Roussillon, R. (2000). Paradoxes et pluralité de la pulsion de mort : l'identité de perception. Dans Guillaumin, J., Potamianou, A., Kaës, R., Lamothe, C., Vasseur, C., Vermorel, M. et Vermorel, H. (dir.), *L'Invention de la pulsion de mort*. (p. 71-87). Paris, Dunod.

Roussillon, R. (2012) « Dispositif praticien et dispositif de recherche » dans *Manuel de pratique clinique* (p. 213-232), Issy-les- Moulineaux, Elsevier Masson.

Roussillon, R. (2007). Recherche et exploration en psychanalyse. Dans Emmanuelli, M. et Perron, R. (dir.), *La Recherche en psychanalyse*. (p.103-126 ) Paris, PUF.

Thomas, L. V. (1971). Le pluralisme cohérent de la notion de personne en Afrique Noire. Dans Dieterlen, G. (dir.), *La Notion de personne en Afrique Noire*. (p. 387-420). Paris, L'Harmattan.

Vaïva, G. (2010). Pour le respect d'une période de réveil psychologique des suicidants. Dans Morel, G. (dir.), *Clinique du Suicide*. (p. 199-211). Toulouse, Erès.

Vedrinne, J. et Weber, D. (2000). Les étapes de la crise suicidaire. Dans Mazet, P. *et al.* (dir.), *La Crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. (p. 9-19). Paris, John Liberty Eurotext, 2001.

### **Mémoires et thèses**

Aboto, J. (2003). *Prise en charge des suicidants au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou. À propos de 455 cas* (Thèse de doctorat en médecine non publiée). Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.

Ahyi, R.-G. (1974). *Les États dépressifs au Sénégal. À propos de 246 observations* (Thèse de doctorat en médecine non publiée). Dakar, Sénégal.

Alberti-Moreira S. (1989). *Une étude psychanalytique des tentatives de suicide des adolescents* (Thèse de psychopathologie et psychanalyse non publiée). Université de Nanterre, Nanterre, France.

Assogba, L. (2001). *Logique sociale et dynamique thérapeutique du sacré : les recours aux « cliniques spirituelles » application à Cotonou/république du Bénin* (Mémoire de maîtrise en philosophie non publié). Université nationale du Bénin, Calavi, Bénin.

Baïmey, J.-B. (1988). *Sens et limites d'une approche sociologique : Durkheim et la question du suicide* (Mémoire de maîtrise de sociologie non publié). Université Nationale du Bénin, Calavi, Bénin.

De Kernier, N. (2009). *Le geste suicidaire à l'adolescence, tuer l'infans ? Du trauma pubertaire aux réaménagements identificatoires* (Thèse de Doctorat en psychologie non publiée). Université Paris-Descartes, Paris, France.

Fadaïro, D. (1986). *Proverbes et critique sociale chez les Fon du Bénin. Une approche anthropologique* (Thèse de doctorat en sociologie-anthropologie non publiée), Université Paris V, Paris, France.

Gandaho, P. (1984). *Contribution à l'étude des conduites suicidaires en milieu béninois. À propos de 65 cas*. (Thèse de doctorat en médecine non publiée). Université Nationale du Bénin, Calavi, Bénin.

Gounou, S. (2004). *Déperdition des valeurs culturelles en milieu urbain. Cas des Batombu à Cotonou* (Mémoire de maîtrise en Sociologie non publié). Université Nationale du Bénin, Calavi, Bénin.

Goutondji, C. A. (1983). *De la naissance à la mort. Étude anthropologique des coutumes Funéraires en République Populaire du Bénin* (Mémoire de maîtrise en sociologie, Anthropologie non publié). Université Nationale du Bénin, Calavi, Bénin.

Hounkpatin, L. (1999). *Psychopathologie Yoruba* (thèse de doctorat en psychopathologie non publiée). Université Paris 8, Saint Denis, France.

Makang Mambog, H. (1969). *Contribution à l'étude des psychothérapies africaines traditionnelles* (Thèse de médecine non publiée). Dakar, Sénégal.

Padonou, G. (1986). *Le syndrome dépressif en République Populaire du Bénin* (Thèse de doctorat en médecine non publiée). Université Nationale du Bénin, Cotonou, Bénin.

Teniola, C. (2001). *Fragilisation de la solidarité intracommunautaire en milieu Sàbè* (Mémoire de maîtrise non publié en sociologie anthropologie). Université Nationale du Bénin, Calavi, Bénin.

Tognon, E. (1988). *Jeunesse et tradition en milieu urbain. Cas des Idaca à Cotonou*. (Mémoire de maîtrise non publié en sociologie). Université Nationale du Bénin, Calavi, Bénin.

### Articles

Aguessy, H. (2003). Conflits des rationalités. Destinée et destination des recherches africanistes ». *Diogenes*, 2 (202), 110-125.

Adams, D.M., Overholser, J.C., Lenhert, K.L. (1994). Perceived family functioning and adolescent behavior. *Journal Am. Acad. Child. Adol. Psychiatry*, 33, 498-507.

Arezki, D. (2000). Conséquences psychologiques de l'éducation sous l'emprise du phénomène d'acculturation dans la famille algérienne. *Études Psychanalytiques*, 4, 131-144.

Broudic, J-Y. (2008). Le suicide, réalité sociale et réalité psychique. *Le journal des psychologues*, 262, 58-62.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R. et Mulder, R.T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J.Am. Child. Adol. Psychiatry*, 36 (11), 1543-1551.

Burner, M. (1978). Le suicidant : régression ou désir de vivre mieux. *Psychologie médicale*, 10, 441-446.

Clum, G.A. et Luscomb, R.L. (1991). On the stress parasuicide or parasuicide/stress relationship. *Psychological reports*, 68, 1317-1318.

Collomb, H. (1973). Rencontre de deux systèmes de soins. À propos des thérapeutiques des maladies mentales en Afrique. *Social sciences and Medicines*, 7, 623-633.

Collomb, H., Collignon, R. (1974), « Les conduites suicidaires en Afrique », *Psychopathologie Africaine*, X, 1, p. 55-113.

Courbin, L., Hounkpatin, L., et Perez, A. (2010). Philosophie et ethnopsychiatrie : rencontre avec une pensée fabricatrice. *Cliniques méditerranéennes*, 1 (81), 239-258.

- Cross, C.K. et Hitschfeld, R.M. (1986). Psychosocial factors and suicidal behavior. Life events, early loss and personality. *Am. NY Acad. Sci.*, 487, 77-89.
- Daumézil, C. (2003). Essai sur la signification de la mort par suicide. *Analyse Freudienne Presse*, 6, 162-175.
- Danet, F., et Rauscher, C. (2008). L'hospitalisation d'office comme cadre psychothérapeutique séparateur d'un lien incestuel inscrit dans une problématique suicidaire. *Psychothérapies*, 28, 111-119.
- David, N., Jeunet L. *et al.* (1999). L'adolescent, l'infirmier et la tentative de suicide. Mise en place d'un réseau d'accompagnement pour les jeunes suicidants de 15 à 25 ans. *La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 24, 93-94.
- De Kernier, N. (2010). Le geste suicidaire à l'adolescence : étude clinique psychanalytique ». *Perspectives psychiatriques*. 49(4), 290-296.
- De Kernier, N. (2011). Les gestes suicidaires à l'adolescence. Résultats d'une recherche-action ». *Enfance Majuscule*, 120, 12-14.
- Donnet, J.-L. (2001) De la règle fondamentale à la situation analysante. *Revue française de psychanalyse*, 1(65), 243-257.
- Duchastel, J., et Laberge, D. (1999). La recherche comme espace de médiation interdisciplinaire. *Sociologie et sociétés*, 1(31), 63-76.
- De Chevron Vilette, J.-M. (1986) Le suicidaire et le désir absolu. *Psychologie médicale*, 18, 925-926.
- De Vanna, M., Paterniti, S., Milievich, C. (1990). Recent events and attempted suicide. *J. Affect. Disorders*. 1(18), 51-58.
- Fieldsen, R., Lowenstein, E. (1981). Quarrels, separations and infidelity in the two days preceding self-poisoning episodes. *Br. J. Med. Psych.*, 54, 349-352.
- Gandaho, P., Ezin-Houngbè, J., Tognidé, M., Fiossi-Kpadonou E., Agossou, Th., Ahyi, R. G. (1999). Dépression et culture en Afrique noire. Le cas des suicides provoqués au Sud du Bénin. *Le Bénin Médical*, 12-13, 96-99.
- Hochart, C. (1999). L'énigme du suicide. Le suicide dans l'œuvre de Freud et de Lacan. *Revue des psychiatres privés. Le suicide d'une violence à l'autre*, 126-127, 26-34.
- Jaques, E. (1963). Death and Midlife Crisis. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 502-514. D. Anzieu, trad. (1979) *Crise, rupture et dépassement*. (p. 277-305). Paris, Dunod.
- Keck, F. (2002) Les théories de la magie dans les traditions anthropologiques anglaise et française. *Methodos*, 2, 183-201.
- Keck F. (2005). Vie sociale et genres de vie. Une lecture des Causes du suicide de Maurice Halbwachs. *Revue d'histoire des sciences humaines*, 2(13), 33-50.
- Kone, D. (2008). La symbolique du suicide en Afrique Noire. *Perspectives Psy*, 47(2), 137-141.



- Lafont, A., Chevalier, B., Salvati, E. *et al.* (1987). Incidence comparée des événements récents de la vie dans les TS par intoxication volontaire médicamenteuse, les dépressions et la population psychiatrique globale hospitalisée. *Psychologie médicale*, 19(12), 2235-2237.
- Low, B.P. et Andrews, S.F. (1990). Adolescent suicide. *Med. Clin. North Am.*, 74, 1251-1264.
- Macdonald Charles, J-H. (2009). L'anthropologie du suicide. Interprétation ou explication ?. *L'Homme*, 3 (191), 201-209.
- Melhum, L. (1992). Prodromal Signs and Precipitating Factors in Attempted Suicide. *Military Medecine*, 157(11), 574-577.
- Monniello, G. (2009). Le jeune adulte et son analyse. *Adolescence*, 1(67),117-132.
- Moreno-Dávila (2010). Le suicidant, sa famille et son médecin. *Thérapie familiale*, 31(4), 439-450.
- Moron, P. (1985). Suicide et désir de vivre. *Gazette Médicale*, 92, 13-21.
- Moscicki, E.K. (1995). Epidemiology of Suicidal Behavior. *Suicide Life Threat Behav.*, 25, 32-35.
- Ouédraogo, A., et Siranyan, S. (2004). Facteurs socioculturels et problématique identificatoire paternel à l'adolescence. À propos d'un cas clinique à Ouagadougou (Burkina-Faso). *Psychopathologie africaine*, XXXII (3), 261-271.
- Parat, C.-J. (1976). À propos du transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 40(3), 545-560.
- Peatrik, A-M. (2003). L'océan des âges. *L'Homme*, 167-168, 7-23.
- Pommereau, X., Penouil, F., Delile, J.-M et Peyre F. (1988). Tentatives de suicide féminines et problématique sentimentale. *Psychologie médicale*, 20(3), 333-335.
- Pradelles de Latour, C.-H. (2009). Cultures et thérapie. Une nouvelle donne mise à l'épreuve. *Figures de la psychanalyse*, 1(17), 99-130.
- Rolland, J.C., et Quenard, O. (1981). L'énigme du suicide. Essai sur l'économie des pulsions dans la tentative de suicide. *Psychanalyse à l'Université*, 6(22), 333-350.
- Schneidman, E.S. (1964). Suicide. Steep and Death : Some Possible Interaction Among Cessation, Interruption and Continuation Phenomena. *J. Consult. Psychol.*, 28, 95-106.
- Seguin, M., Renaud, R., Lesage, A., *et al.* (2011). Youth and Young Adult Suicide : a Study of Life Trajectory ». *Journal of Psychiatry*, 45, 863-870.
- Shaffer, D. ; Garland A. ; Gould, M. *et al.* (1988). Preventing Teenage Suicide. A critical Review. *J. Am. Acad. Child. Adolsc. Psychiatry*, 27, 675-687.
- Skandrani, S., Le Toumelin, P., Taïeb, O., Baubet, T., Wargon, M., Moro, M.-R. (2008) « Facteurs associés aux tentatives de suicide des adolescents d'origine maghrébine en France ». *Annales Médico-Psychologiques*, 166 (6), p. 473-480.
- Stitou, R. (2006) La psychanalyse face à la différence des langues et des cultures. *Psychopathologie africaine*, XXXIII (3), 285-308.

Tognidé, C., M, Ezin Houngbè J., Gandaho P., Agossou T. *et al.* (2000). La portée du remède du guérisseur traditionnel en Afrique. *Le Bénin Méridional*, 14, 43-46.

Tognidé M., Ezin-Houngbè, J., Aboto, J. et Ahyi R.G. (2004). Orientation et suivi des suicidants au CNHU-HKM de Cotonou. *PsyCause*, 37, 28-39.

### **Dictionnaires**

Assoun, P.-L. (2002) *Le Vocabulaire de Freud*. Paris, Ellipses.

Chemama, R. et Vandermersch (2003) *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris, Larousse.

Dictionnaire Hachette. Édition 2009.

De Mijolla, A. (dir.) (2013) [2002] *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Millau, Fayard.

Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (2002) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF.

Le Guen, C. (2008) *Dictionnaire freudien*. Paris, PUF.

Rycroft, C. et Kalmanovitch, J. (1982) *Dictionnaire de la psychanalyse*. Verviers, Marabout.

Segurolo, B., et Rassinoux, J. (2000) *Dictionnaire Fon-Français*. Cotonou, Société des Missions Africaines.

Vanier, A. (2003) *Lexique de psychanalyse*. Paris, Armand Colin.

### **Webographie**

Bourlot, G. (2010) La théorie freudienne du récit : la narration et ses enjeux spécifiques pour la psychanalyse. *Oxymoron*, 1, <http://revel.unice.fr/oxymoron/index.html?id=3141>. (consulté le 8 mars 2012)

Courbin, L. (2008). «Traduire » dans les consultations d'ethnopsychiatrie : réflexion sur la médiation ethnoclinique. *Les chantiers de la création*, 1, [En ligne] <http://revues.univ-provence.fr/e-lla/index106.html>. (consulté le 13 février 2013)

Lavallée, G. (2005) *Régrédience, progrédience et hallucinatoire de transfert*. [en ligne] Site de la SPP : <http://www.spp.asso.fr>. (consulté le 20 décembre 2014)

Morin E. (1994) [1990]. Sur l'interdisciplinarité. *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires*, 2, [En ligne] <http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2.php>. (consulté en décembre 2012)

OMS (2004). Le suicide : Un problème de santé publique énorme mais évitable. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/fr/index.html>. (Consulté le 7/6/08).

Robert S. et Garnier S. (2003). Épistémologie de l'interdisciplinarité et représentations sociales : l'exemple du médicament. *Journal International sur les Représentations Sociales (JIRSO)*, 1(1). [En ligne] : [http://geirso.uqam.ca/jirso/03\\_09.php](http://geirso.uqam.ca/jirso/03_09.php). (consulté en décembre 2012).

ANNEXE : CARTE DU BÉNIN



## TABLE DES MATIÈRES

<b>Sommaire .....</b>	<b>2</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>Contexte de l'étude.....</b>	<b>6</b>
Constats préliminaires de terrain.....	6
Données existantes .....	8
<b>Complexité de la problématique suicidaire : multiplicité des paradigmes et limites.....</b>	<b>9</b>
Sociologie : le suicide comme fait social .....	10
Psychiatrie : le suicide comme modalité symptomatique .....	11
Psychanalyse : le suicide comme processus intrapsychique et intersubjectif .....	13
Anthropologie : le suicide et ses spécificités culturelles.....	14
Les difficultés pour étudier le suicide en Afrique .....	16
<b>Paradigmes retenus pour l'étude.....</b>	<b>17</b>
La psychanalyse .....	18
La clinique de la multiplicité.....	19
<b>Une spécificité du suicide en fin d'adolescence dans le Sud Bénin? .....</b>	<b>20</b>
<b>Position du problème .....</b>	<b>26</b>
<b>Objectifs de la recherche .....</b>	<b>28</b>
<b>Hypothèses .....</b>	<b>28</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>28</b>
<b>Plan .....</b>	<b>29</b>
<b>Première partie : Approches théoriques .....</b>	<b>31</b>
<b>Chapitre 1 : Généralités.....</b>	<b>32</b>
<b>1.1 Définitions .....</b>	<b>32</b>
<b>1.2 Approche actuelle de l'acte suicidaire : la notion de crise suicidaire.....</b>	<b>37</b>
1.2.1 Les phases de la temporalité pré et post crise suicidaire.....	39
1.2.2 Contexte biographique et psychopathologique de la crise .....	41

<b>Chapitre 2 : Approche psychanalytique de l'acte suicidaire .....</b>	<b>44</b>
<b>2.1 Suicide et tentative de suicide à travers l'œuvre freudienne .....</b>	<b>45</b>
2.1.1 Premières conceptions psychanalytiques sur le suicide .....	47
2.1.2 Bouversements théoriques vers la seconde topique et actes suicidaires .....	51
2.1.3 « <i>Au-delà du principe de plaisir</i> » : pulsion de mort et destructivité .....	54
<b>2.2 Psychanalyse de la destructivité .....</b>	<b>57</b>
2.2.1 La destructivité psychique comme représentante de la pulsion de mort .....	58
2.2.2 La destructivité psychique comme signe de la déliaison pulsionnelle .....	59
2.2.3 La destructivité comme marque de l'agressivité primaire .....	59
2.2.4 L'effraction traumatique par trop plein pulsionnel et la mise à mort du moi (par désinvestissement) .....	60
2.2.5 La mort venue de l'objet .....	61
<b>2.3 Construction du Moi et processus identificatoires .....</b>	<b>62</b>
<b>2.4 Masochismes et intrication .....</b>	<b>67</b>
2.4.1 Masochisme érogène et intrication gardienne de vie .....	67
2.4.2 Intrication et désintrication .....	69
<b>2.5 « Surmoi culturel » .....</b>	<b>70</b>
<b>2.6 Autres points de vue psychanalytiques .....</b>	<b>73</b>
2.6.1 Mélanie Klein : haine et destruction des mauvaises représentations des parents ...	73
2.6.2 Mélitta Schimideberg : chute des idéaux et acte expiatoire face aux interdits œdipiens .....	74
2.6.3 Donald Woods Winnicott : essai de traitement d'une angoisse archaïque impensable .....	74
2.6.4 Karl Menninger : désintrication pulsionnelle et auto-retournement de l'agressivité primaire face à l'instance surmoïque .....	75
2.6.5 André Green : désinvestissement narcissique et projection de l'incapacité d'aimer .....	76
2.6.6 Rolland et Quenard : « L'étayage à rebours » comme économie pulsionnelle dans la tentative de suicide .....	76
<b>Chapitre 3 : Actes suicidaires et jeunes adultes .....</b>	<b>80</b>
<b>3.1 L'approche psychanalytique des jeunes adultes .....</b>	<b>81</b>

3.1.1 Métapsychologie des jeunes adultes : nécessité introjective et latence post-adolescente .....	82
3.1.2 Économie et dynamique psychiques des jeunes adultes .....	83
<b>3.2 Les tentatives de suicide des jeunes adultes : « rite intime » de passage à l'âge adulte .....</b>	<b>85</b>
<b>3.3 Dispositifs thérapeutiques pour jeunes adultes et suicidants .....</b>	<b>89</b>
3.3.1 Prise en charge des jeunes adultes.....	89
3.3.2 Prises en charge des patients suicidaires .....	90
 <b>Chapitre 4 : Autodestructivité et notion de personne dans le Sud Bénin....</b>	<b>93</b>
4.1 Enjeux cliniques.....	93
4.2 L'acte suicidaire dans le Sud Bénin : quels mots pour le dire ? .....	95
4.3 La constitution de la personne et l'importance de la lignée au Sud Bénin .....	97
4.4 De la mort à la naissance : le chemin de la filiation et de l'initiation .....	98
4.5 Vie et mort dans le Sud Bénin .....	101
4.6 Mythe fondateur : les humains comme êtres composites advenus dans la multiplicité .....	103
4.7 La tentative de suicide : autodestructivité ou réseau-destructivité ? .....	105
 <b>Chapitre 5 : Constructions hypothétiques sur les tentatives de suicide des jeunes adultes dans le Sud du Bénin.....</b>	<b>107</b>
5.1 Pensées suicidaires dans le sud Bénin?.....	107
5.2 Résumé analytique .....	109
5.3 Hypothèses .....	113
 <b>Chapitre 6 : Méthodologie.....</b>	<b>115</b>
6.1 Cadre d'investigation .....	115
6.2 Utilisation de la recherche-action : motivations .....	116
6.2.1 L'importance d'une recherche qualitative et interdisciplinaire.....	117
6.2.2 Le besoin d'allier différents points de vue .....	118
6.2.3 La collaboration avec les acteurs de soin .....	122
6.3 De la recherche à la recherche-action .....	123
6.3.1 Objectifs et termes de la collaboration entre les acteurs de recherche.....	123
6.3.2 Les actions.....	124

6.3.3 Les « rencontres anthropologiques ».....	125
<b>6.4 Population de l'étude .....</b>	<b>128</b>
6.4.1 Les critères d'inclusion : .....	129
6.4.2 Les critères d'exclusion.....	130
<b>6.5 Procédure de recrutement .....</b>	<b>131</b>
<b>6.6 Procédure de recueil de données.....</b>	<b>131</b>
6.6.1 Une série d'entretiens semi-directifs avec les suicidants .....	132
6.6.2 Une rencontre avec l'entourage du suicidant .....	134
6.6.3 Observation participante .....	136
6.6.4 Les rencontres anthropologiques.....	136
6.6.5 Processus de construction de la recherche-action .....	138
<b>6.7 Traitement et analyse des données .....</b>	<b>139</b>
6.7.1 L'étude de cas.....	141
6.7.2 L'analyse comparative .....	142
<b>6.8 Considérations éthiques et déontologiques .....</b>	<b>142</b>
<b>Deuxième partie : Clinique des actes suicidaire au Sud Bénin.....</b>	<b>146</b>
<b>Chapitre 7 : Éléonore et le piège du conflit parental .....</b>	<b>147</b>
<b>7.1 Cadre des rencontres .....</b>	<b>147</b>
<b>7.2 Présentation .....</b>	<b>147</b>
<b>7.3 Anamnèse .....</b>	<b>148</b>
<b>7.4 Modalités relationnelles/ Mécanismes de défense .....</b>	<b>150</b>
<b>7.5 Description du contexte de l'acte et signification .....</b>	<b>154</b>
<b>7.6 Associations en lien avec l'acte suicidaire .....</b>	<b>154</b>
7.6.1 Désarroi et manifestations phobiques .....	154
7.6.2 Exclusions identitaires et incompatibilité interne .....	155
7.6.3 Étrangeté, réalité psychique interne .....	156
7.6.4 « Trou noir » et vertiges identitaires .....	157
7.6.5 Indicible familial ? .....	159
7.6.6 Désillusions. Colère et attaques de l'objet. Survivre. ....	161
<b>7.7 Enveloppe familiale .....</b>	<b>164</b>
<b>7.8 Conclusion : la tentative de suicide dans l'économie psychique .....</b>	<b>165</b>

7.8.1 Attachement au négatif.....	165
7.8.2 Sentiment d'étrangeté et désorganisation identitaire pré suicidaire.....	166
7.8.3 Une situation qui condense de nombreux conflits .....	166
7.8.4 Effraction traumatique.....	166
7.8.5 Filiations en question .....	167
7.8.6 Tentative de réaménagement du lien à l'objet primaire .....	167
7.8.7 Enveloppe familiale et culturelle non contenant .....	168
7.8.8 Recherche des origines et de l'espace culturel comme tiers .....	168
<b>Chapitre 8 : Laure ou le miroir en tourments.....</b>	<b>169</b>
<b>8.1 Cadre des rencontres .....</b>	<b>169</b>
<b>8.2 Présentation .....</b>	<b>169</b>
<b>8.3 Anamnèse .....</b>	<b>170</b>
<b>8.4 Modalités relationnelles/ Mécanismes de défense .....</b>	<b>172</b>
<b>8.5 Description du contexte de l'acte et signification .....</b>	<b>176</b>
<b>8.6 Associations en lien avec l'acte suicidaire .....</b>	<b>178</b>
8.6.1 Honte et humiliation : réactualisation dans l'actuel de traces anciennes encryptées .....	178
8.6.2 Amour, haine et trahison : narcissisme de vie et de mort .....	181
8.6.3 Abikou : fonction des traumatismes désorganisateur dans des liens précoces ....	182
8.6.4 « Hallucinatoire positif de transfert ».....	187
8.6.5 Effets de l'hospitalisation (processus de régression et mise en place d'espaces de transition) .....	189
<b>8.7 Enveloppe familiale .....</b>	<b>192</b>
<b>8.8 Conclusion : la tentative de suicide dans l'économie psychique .....</b>	<b>193</b>
8.8.1 Une situation déclenchante qui condense de nombreux conflits.....	194
8.8.2 Effraction traumatique.....	194
8.8.3 Défaut de filiation.....	195
8.8.4 Tentative de réaménagement.....	195
8.8.5 Sentiment d'étrangeté et failles narcissiques pré suicidaires .....	196
8.8.6 Contenant familial dysfonctionnel .....	196
<b>Chapitre 9 : Joël : le phallique en souffrance, à la quête d'une réappropriation .....</b>	<b>197</b>



<b>9.1 Cadre des rencontres .....</b>	<b>197</b>
<b>9.2 Présentation .....</b>	<b>198</b>
<b>9.3 Anamnèse .....</b>	<b>200</b>
<b>9.4 Modalités relationnelles/ Mécanismes de défense .....</b>	<b>202</b>
<b>9.5 Description du contexte de l'acte et signification .....</b>	<b>206</b>
<b>9.6 Associations en lien avec l'acte suicidaire .....</b>	<b>209</b>
9.6.1 Quelles identifications possibles : conflit ou non-lieu identificatoire? .....	209
9.6.2 Fonction du Gardéal dans le lien mère-fils .....	213
9.6.3 L'argent et la disparition : narcissisme et problématique phallique.....	216
9.6.4 Ébauche d'individuation et projets de séparation .....	219
<b>9.7 Enveloppe familiale .....</b>	<b>222</b>
<b>9.8 Conclusion : la tentative de suicide dans l'économie psychique .....</b>	<b>225</b>
9.8.1 Lien adhésif .....	228
9.8.2 Sentiment d'étrangeté et désorganisation identitaire présuicidaires .....	228
9.8.3 Une situation qui condense des conflits .....	229
9.8.4 Effraction traumatique.....	229
9.8.5 Tentative de réaménagement du lien à l'objet primaire .....	229
9.8.6 Les origines questionnées.....	230
9.8.7 Filiations en défaut .....	230
9.8.8 Enveloppe familiale et culturelle non contenantes.....	230
 <b>Chapitre 10 : Vanessa : la tentative de suicide comme convocation à la prise en charge d'une scène du couple.....</b>	 <b>231</b>
<b>10.1 Cadre des rencontres .....</b>	<b>231</b>
<b>10.2 Présentation .....</b>	<b>231</b>
<b>10.3 Anamnèse .....</b>	<b>233</b>
<b>10.4 Description du contexte de l'acte et signification .....</b>	<b>234</b>
<b>10.5 Modalités relationnelles/ Mécanismes de défense .....</b>	<b>236</b>
<b>10.6 Associations en lien avec l'acte suicidaire .....</b>	<b>240</b>
10.6.1 De l'insécurité généralisée à l'oiseau de mauvais augure.....	240
10.6.2 Étrangeté, réalité psychique interne .....	248
10.6.3 Effets du dispositif d'accueil : le transfert sur le cadre .....	253
<b>10.7 Enveloppe familiale .....</b>	<b>257</b>
<b>10.8 Conclusion : la tentative de suicide dans l'économie psychique .....</b>	<b>259</b>

10.8.1 Sentiment d'étrangeté et désorganisation psychique préalable.....	261
10.8.2 Une situation déclenchante qui condense des éléments clivés.....	261
10.8.3 Effraction traumatique.....	262
10.8.4 Filiations taboues.....	262
10.8.5 Tentative de réaménagement des liens.....	262
10.8.6 Origines en question.....	263
<b>Chapitre 11 : Résultats et discussion.....</b>	<b>264</b>
<b>11.1 Résultats.....</b>	<b>264</b>
11.1.1 Événement déclenchant : une « situation-écran ».....	264
11.1.2 Après coup et valeur traumatique.....	265
11.1.3 Étayage familial, groupal et culturel dysfonctionnel.....	266
11.1.4 Attachement au négatif et rapport aux figures parentales.....	268
11.1.5 Filiations, principe d'appartenance et multiplicité des « éléments-source » en question.....	269
11.1.6 Processus de compulsion de répétition.....	270
11.1.7 Retraduction d'éléments clivés du Moi.....	272
11.1.8 Remaniement psychique et refondation.....	272
11.1.9 Métaphorisation de la mise à mort.....	273
11.1.10 Langage contextuel et figuration d'éprouvés.....	273
11.1.11 Travail clinique et spécificités culturelles.....	274
11.1.12 Évaluation des hypothèses générales.....	275
<b>11.2 Discussion.....</b>	<b>276</b>
11.2.1 Éléments traumatiques et scène primitive.....	276
11.2.2 Tentative de suicide du jeune adulte comme moment de suspension.....	277
11.2.3 Le temps psychique du Jeunes adulte : chimérisation.....	278
11.2.4 Tabou et répétition : une fiction théorique.....	280
<b>Conclusion.....</b>	<b>283</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>292</b>
<b>Annexe : carte du Bénin.....</b>	<b>306</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>307</b>

## RÉSUMÉ

*En Afrique de l'Ouest, les conduites suicidaires, estimées autrefois rares, sont de plus en plus fréquentes. Dans le Sud Bénin, les études effectuées au centre national hospitalier soulignent non seulement l'augmentation de la fréquence des tentatives de suicide et l'absence de prise en charge psychologique des suicidants, mais aussi la nécessité de prendre en compte des interprétations culturelles. La question du sens et de la prise en charge des actes suicidaires s'y pose donc avec une grande acuité.*

*En conséquence, l'objectif de la présente recherche est d'approcher le sens psychique des tentatives de suicide des jeunes adultes dans le Sud Bénin et d'y évaluer le rôle et la place du psychologue clinicien d'orientation psychanalytique.*

*Il s'agit d'une étude qualitative. La mise en tension des références psychanalytiques avec des éléments d'anthropologie sociale ou des caractéristiques du contexte constitue un des axes principaux de ce travail. La méthodologie adoptée est une recherche-action comprenant l'instauration d'un protocole d'accueil des suicidants et la réalisation de « rencontres anthropologiques » afin de mieux cerner les questions suicidaires dans le contexte béninois.*

*Il ressort de l'analyse que les suicidants sont en proie à une crise identitaire où l'acte, réactionnel, prend la valeur d'une recherche de refondation psychique et répond à un double mouvement de désintrication et réintrication pulsionnelle. Tandis qu'une situation-écran engendre un vécu traumatique qui conduit à l'autodestructivité, l'acte suicidaire s'inscrit dans un processus de réintrication pulsionnelle et de remaniement identitaire. Ce processus, que j'ai nommé ici refondation, est rendu possible par l'accueil fait au suicidant à l'issue de sa tentative de suicide. De cette compréhension découlent un cadre conceptuel pour le clinicien et des dispositifs cliniques pertinents pour la prise en charge des suicidants dans le Sud Bénin.*

**Mots clés : Tentatives de suicide, psychopathologie du jeune adulte, autodestructivité au Sud Bénin, recherche-action, compétence culturelle, conceptions contextuelles, clinique de la multiplicité..**

## ABSTRACT

*In West Africa, suicidal behaviors, estimated once rare, are increasingly becoming frequent. Yet, in Southern Benin, previous studies at the National University Hospital have noted an increase in young adults' suicide attempts and the lack of psychological assessment and support to the attempters, but also the need to take cultural interpretations into account. So, the question of the meaning and the care of suicidal acts arises with acuity.*

*It is in this framework that our research is being carried out. The aim is to achieve a better psychodynamic understanding of young adults' suicide attempts in Southern Benin, and to assess, in this particular context, the role of a psychoanalytically oriented psychologist.*

*This is a qualitative study. The confrontation of psychoanalytic references with social anthropology elements or characteristics of the context is one of the main focuses of this work. The methodological procedure used for data collection includes a clinical intake protocol, which is adapted to the context and implemented to suicide attempters, and «anthropological encounters» as a way to open up local concepts of suicide in order to better identify suicidal issues.*

*It appears from the clinical understanding that attempters are experiencing an identity crisis wherein the suicidal act represents a research of psychic overhaul. One can thus argue that some young adult suicide attempts in Southern Benin meet two movements of drive defusion and fusion. While screen-circumstances produce a traumatic experience which leads to self-destructiveness, the suicidal act is part of a drive fusion process and specific rearrangements in identity processes. This process, which I named here "psychic refondation" or "psychic rebirth", is made possible by the clinical reception given to attempters after their suicide attempts. From this understanding arises a conceptual framework for clinical psychologists and relevant clinical settings to take care of suicide attempters in Southern Benin.*

**Keywords: Suicide Attempts, Young Adult Psychopathology, Self-destructiveness in Southern Benin, Action-Research, Cultural Competence, Contextual Understandings, Clinical Multiplicity.**