

La résilience et la prévention du suicide :
se réapproprier la souffrance de l'être
et notre quête de bien-être.

Natacha Joubert, Ph.D.
Institut national de santé publique du Québec

18 février 2003

Note aux lecteurs

Voici le texte de quelques conférences que j'ai données récemment sur la prévention du suicide et la résilience. Je l'ai très légèrement retouché pour l'adapter aux divers auditoires que j'ai rencontrés. Merci encore de l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé à chaque fois.

Par ailleurs, veuillez prendre note que certains extraits de cette conférence ont été tirés d'un article publié récemment : Joubert, N. (2002). La prévention du suicide au Québec : à tant vouloir éviter la mort, on finit par éviter la vie. *Frontière* 15(1), 52-59.

Natacha, le 18 février 2003

Introduction

On entend beaucoup parler de résilience en ce moment. Les entrevues avec Boris Cyrulnik diffusées à Radio-Canada et RDI ont, semble-t-il, fait fureur au Québec.

Bien que M. Cyrulnik soit un homme qui a du charisme et que ses travaux et ses écrits soient des plus intéressants, l'engouement que connaît la résilience tient aussi, je crois, à ce besoin grandissant que nous sommes nombreuses et nombreux à éprouver, de nous rapprocher ou de renouer avec ce que nous sommes réellement, avec notre humanité et avec la « vraie vie ».

Et ce, pour le meilleur et pour le pire, c'est-à-dire pour ce que la vie comporte de moments de souffrance, mais aussi de moments de bien-être, et pour ce que la condition humaine renferme de peurs et de limites, mais aussi de grandeur, de créativité, de courage, de générosité et de résilience.

Parler ou entendre parler de résilience rejoint l'espoir ou la confiance qui nous habite quelque part; confiance que malgré toutes les difficultés que nous rencontrons (et malgré toutes les images sombres qu'on nous renvoie de nous-mêmes!), nous avons les ressources pour nous en sortir, et nous en sortir grandis.

Cette confiance est mise à rude épreuve quand on a l'impression, par ailleurs, que plusieurs des réalités de vie qui nous touchent, et souvent de très près, nous échappent en même temps, non pas parce qu'elles sont incompréhensibles en soi, mais parce qu'elles sont trop souvent discutées ou « traitées » dans un contexte qui a peu à voir ou qui ne colle pas à nos vies et à ce que nous sommes.

Vous admettez qu'il me serait difficile d'aborder la question de la résilience en faisant abstraction de « ce que nous sommes comme êtres humains » ou en dehors de la « vie ».

Il en va de même bien sûr de toutes nos réalités, dont celle du suicide. Et pourtant,

ça fait déjà plusieurs années que le discours dominant et la recherche en prévention du suicide font de grands détours pour éviter d'aborder directement les questions qui touchent à la vie, à ce que nous sommes, à la souffrance de vivre et d'être.

Comment expliquer une telle situation? Et bien j'aimerais partager avec vous certaines de mes observations, et je vais commencer en vous racontant une anecdote qui a eu, je dois dire, un impact important sur ma vie.

Quand j'étais étudiante en psychologie, et de façon plus précise, lors de mon premier cours de psychopathologie, on nous a présenté le DSM, le Diagnostic and Statistical Manual, de l'American Psychiatric Association, qui est en quelque sorte la bible des psychiatres.

Il s'agit en fait de la classification ou la liste officielle des troubles mentaux.

Fait intéressant, depuis sa parution en 1952, le DSM est passé de moins de 100 pages à 900 pages dans sa dernière édition de 1994. En quarante ans, nous sommes devenus neuf fois plus malades.

La réaction typique des étudiantes et des étudiants qui consultent pour la première fois le DSM et les autres livres de base en psychopathologie est de s'attribuer une foule des symptômes et des troubles décrits dans ces ouvrages, de s'en inquiéter et de croire que certains de leurs états d'être correspondent effectivement à certains troubles mentaux.

Ma réaction en a été aussi une de surprise, mais j'ai été surtout troublée, voir choquée, de constater qu'un si grand nombre de nos manières d'être, de nos comportements, de nos pensées, de nos émotions était décrit comme pathologies mentales; des manières d'être, des comportements, des pensées et des émotions que j'avais pu observer autour de moi et même dans mes propres comportements, mais qui m'apparaissaient souvent compréhensibles et même naturelles compte tenu des événements de vie auxquels on peut être confronté.

Ce que je désignerais de « pathologisation excessive » de nos états d'être, me trouble ou me choque tout autant aujourd'hui, car ce qui n'a jamais cessé de m'étonner par ailleurs, c'est cette volonté d'être et de vivre que l'on retrouve chez les êtres humains, et ce, en dépit d'événements de vie très difficiles auxquels ils font face.

Je suis toujours impressionnée de voir comment les individus réussissent à tenir le coup malgré tout ce qu'ils vivent, comment ils parviennent à s'en sortir pas complètement défaits.

Comprenez-moi bien, je ne vois pas de mal en soi à vouloir créer des classifications de nos divers comportements et émotions, dans la mesure où cela nous permet de mieux nous comprendre et de mieux répondre à nos besoins.

Cela dit, la « prise » ou le « contrôle » que l'on veut se donner sur nous-mêmes et sur notre environnement, à travers notamment le développement de différents outils ou encore de nouvelles technologies, peut aussi devenir excessif, et même abusif, et nous faire dérapier. Des exemples de dérapage, il y en a beaucoup, je pense par exemple, à cette histoire récente de clonage humain.

Ce que ces exemples « plus extrêmes » nous renvoient et nous rappellent c'est que nos avancées scientifiques et technologiques vont beaucoup plus vite que notre réflexion éthique sur une foule de questions.

Il nous arrive trop fréquemment de nous interroger après coup sur l'impact de diverses « pratiques » sur nous-mêmes et sur nos vies.

À travers nos délires de contrôle, la question du « sens » a perdu tout son « sens »!

Pour revenir aux classifications de nos divers comportements et émotions, et plus spécifiquement aux classifications des troubles mentaux, je trouve que l'usage que l'on en fait est trop souvent dommageable.

Ainsi, les jugements cliniques qui sont portés sur les individus, jugements qui ne reflètent pas seulement des connaissances « scientifiques », mais aussi diverses règles de conduites admises dans notre société, trop souvent donc ces jugements ont aussi pour conséquences d'étiqueter et de marginaliser les individus, avec toutes les conséquences qu'on connaît.

Je crois que la tragédie du suicide résulte en partie de cette pathologisation excessive de nos états d'être, pour éviter notamment d'aller voir la souffrance qui se trouve derrière, pathologisation qui entraîne trop souvent une coupure avec Soi et les autres.

C'est comme si la souffrance de l'être ne pouvait s'inscrire à l'intérieur de l'expérience humaine normale.

Or, ce n'est pas la souffrance qui tue, c'est l'isolement ou l'exclusion qui peut en découler.

S'interroger sur la souffrance de l'être, la résilience et le bien-être dans le contexte de la prévention du suicide, c'est réfléchir à la volonté d'être et de vivre qui animent tous les êtres humains.

C'est aussi réfléchir à ce dont nous avons besoin, individuellement et collectivement pour mieux répondre à cette volonté d'être et de vivre.

Je propose de mener cette réflexion en soulevant cinq questions :

Première question :

Quelle place faisons-nous à l'être dans l'être humain, c'est-à-dire à notre volonté d'être qui on est avec Soi et les autres?

Ma réponse est trop peu de place. Les possibilités d'être, lesquelles se définissent surtout par rapport à « être dans la norme », sont assez limitées ou limitatives. C'est dire qu'on tombe assez rapidement dans les diverses catégories de déviations, déficiences, problèmes ou de pathologies.

Évidemment, on pourrait rétorquer que ma perception est biaisée par l'univers où je me trouve depuis plusieurs années, univers qui combine notamment la santé mentale et la santé publique.

Mais je crois tout de même que les courants d'idées qui prédominent dans ces secteurs de la santé, qui sont fortement imprégnés du modèle médical, ont une influence beaucoup plus grande qu'on imagine, sur la manière dont sont abordées, sur les plans scientifique, politique, médiatique et public, différentes questions, dont celle du suicide, qui touchent à la fois à la santé et à la vie de la population québécoise.

Dans les milieux de la « santé » mentale et de la « santé » publique, on parle peu de « santé ». On parle le plus souvent des problèmes ou des maladies des individus ou de la population et la liste est très longue.

Par exemple, comment ces milieux abordent-ils les questions de santé qui concernent les jeunes?

De manière générale, les programmes de « santé » développés à l'intention des jeunes, et ce avec la meilleure intention du monde, abordent une à une des questions telles que la prévention de la violence, de l'abus de substance, des maladies transmises sexuellement, du suicide, du décrochage scolaire, du taxage, de la grossesse à l'adolescence, de l'itinérance, et j'en passe.

J'aimerais attirer votre attention sur le témoignage à peine voilé de nos jeunes face à ces divers programmes.

Bien que les problèmes que je viens d'énumérer touchent à des réalités de vie auxquelles plusieurs jeunes sont confrontés et que les besoins se fassent réellement sentir, ils refusent souvent l'aide qui leur est offerte à travers les différents programmes, parce qu'ils refusent d'être ainsi étiquetés et enfermés dans une vision d'eux-mêmes qui les réduit à diverses catégories de problèmes ou diagnostiques.

Pour les jeunes, ces différentes réalités, aussi difficiles soient-elles, font partie de la vie et n'ont de « sens » que dans la mesure où elles sont abordées dans le contexte de leur vie.

Comme on le sait, les jeunes sont particulièrement sensibles à l'étiquetage. Mais je crois que cette sensibilité ne tient pas seulement à des comportements d'opposition ou d'affirmation qui sont fréquents à cet âge.

À l'adolescence, le processus de définition de l'être, ou du *Qui suis-je*, devient conscient et toutes les pressions venant de l'extérieur qui, d'une manière ou d'une autre, répriment ce processus, font réagir vivement, et je dirais même sainement les jeunes.

Comme le dit si bien Boris Cyrulnik, en parlant de l'un des défis que doivent relever les adolescent(e)s... « ils doivent tenter de répondre à la question suivante : qu'est-ce que je vais faire de ce qu'on a fait de moi? »

L'être doit se démener très fort pour tenter de définir ou de rester qui il est et non qui on voudrait qu'il soit.

Et ce combat, c'est celui de toute une vie, les personnes âgées vous le diront.

Autre exemple de l'influence de cette vision pathologisante ou de cette tendance à pathologiser nos manières d'être, exemple qui concerne cette fois les enfants.

Nos enfants dont on dit actuellement, à travers les diverses enquêtes, qu'ils sont de plus en plus nombreux à présenter divers problèmes de santé mentale, plus de 20 %.

Et qu'a t-on proposer, entre autres choses, pour remédier à cette situation, de procéder à un dépistage et à un traitement de masse des enfants dans toutes les écoles du Québec.

On est tellement contaminé par notre vision pathologisante qu'on propose du dépistage de masse plutôt que de penser aux moyens de leur assurer un milieu de vie familial et scolaire qui répondent mieux à leurs besoins d'être, de s'épanouir et de bien-être.

Deuxième question :

Qu'est-ce que la résilience au regard de notre « vouloir-vivre » et de notre « vouloir-être »?

Nous sommes toutes et tous mué(e)s par la vie, par le « vouloir-vivre ». Cette volonté de vivre repose à la base sur ce qu'on appelle communément « l'instinct de survie », qui fait en sorte que notre organisme est constamment en train de s'adapter aux changements qui s'opèrent de l'intérieur et de l'extérieur dans l'environnement.

Ces changements créent des déséquilibres auxquels l'organisme réagit en tentant de rétablir l'équilibre, par ex, en répondant aux besoins comme manger, dormir, se protéger (homéostasie). Ce processus d'adaptation repose largement sur une mécanique biologique qui a pour mission de préserver l'intégrité physique de l'organisme.

Cela dit, et contrairement aux animaux, notre « volonté de vivre » ne se limite pas à l'instinct de survie organique, mais elle dépend également et largement de notre « volonté d'être » et de bien-être.

Ce vouloir-être se définit par rapport, d'une part, à l'être ou au « Soi » et, d'autre part, aux « autres », c'est-à-dire à notre environnement humain. Tout comme l'organisme perçoit les déséquilibres liés à divers besoins physiques et tente d'y répondre, l'être perçoit également les besoins liés à « être » et à être en lien avec les autres et tente d'y répondre.

Autrement dit, si le « vouloir-vivre » est à la base du processus d'adaptation biologique, je dirais que le « vouloir-être » est à la base du processus d'adaptation psychologique.

Je crois que l'un des grands intérêts que recèle le concept de résilience, c'est qu'il nous permet justement d'approfondir la capacité d'adaptation des individus en s'attardant davantage à la dimension psychologique.

La résilience aurait donc pour fonction de préserver l'intégrité de l'être ou du « Soi ».

(voir schéma à l'annexe 1, page.21)

Même si on parle beaucoup de résilience en ce moment, ça fait plus de cinquante ans qu'on étudie ce « phénomène » dans divers contextes, notamment celui des sciences du développement.

À l'origine, le concept de résilience est né en physique et il servait à désigner « l'aptitude d'un corps à résister à un choc ».

Lorsqu'il a été repris par les sciences sociales, il a désigné « la capacité de réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative ».

Voilà une définition intéressante, mais qui pose divers problèmes, notamment en faisant de « ce qui est socialement acceptable » un critère de résilience. Les jeunes de la rue ne vivent pas « de manière socialement acceptable ». Or, pour parvenir à survivre dans la rue, il faut être résilient.

Un des problèmes qui survient souvent quand un concept devient « à la mode », c'est qu'on le sert à toutes les sauces et à toutes les causes!

Autre exemple, le concept de résilience a été assimilé, particulièrement chez les enfants, au concept d'« invulnérabilité », ce qui impliquait, à tort, que certains individus sont résilients et d'autres pas. Or, on ne naît pas résilient, on le devient.

Comme le dit Cyrulnik, la résilience n'est pas non plus une « aptitude au bonheur », d'où le titre qu'il a donné à l'un de ses ouvrages « Un merveilleux malheur ».

En fait, les drames et la souffrance ne créent pas systématiquement des êtres traumatisés ou malades, pas plus que l'abondance et la facilité ne créent systématiquement des êtres sains et heureux.

Les pressions qu'exercent sur nous les événements de vie, qu'ils soient heureux ou malheureux, peuvent avoir un effet incitatif comme un effet dissuasif (un peu comme en parlait Hans Seyle pour le stress). La résilience se développe à la fois dans des conditions de vie favorables et défavorables.

Ainsi, il n'y a pas de résilience sans amour, sans attachement, avec la plus heureuse de ses conséquences, l'amour de Soi.

Ce qui ne veut pas dire qu'un enfant qui a manqué d'amour est foutu. Si c'était le cas nous ne serions plus là! Il n'est jamais trop tard pour donner et recevoir de l'amour.

Il n'y a pas de résilience sans contraintes, tout comme il n'y a pas d'apprentissage sans contraintes.

Il n'y a pas non plus de résilience sans vulnérabilité. Et vulnérables, nous le sommes tous, parce que nous sommes tous confrontés à des événements de vie qui touchent ou menacent l'intégrité de l'être ou notre « vouloir-être ».

Et c'est parce que l'on a de la difficulté à être à travers divers événements que l'on souffre et que l'on cherche à agir sur cette souffrance de l'être pour l'apaiser.

Et cet apaisement, c'est dans la transformation de la souffrance de l'être que nous le trouvons.

Et cette transformation s'opère quand nous parvenons notamment à donner un « sens » à la souffrance de l'être.

Et c'est comme ça que se développe et s'exerce une partie importante de la résilience liée au vouloir-être.

Or, cette transformation de la souffrance de l'être en lui donnant un « sens » ne dépend pas seulement de la personne qui souffre, mais aussi et beaucoup de la façon dont sa souffrance est reçue dans son entourage familial.

Et cet « accueil » du milieu familial dépend à son tour du « traitement » que l'on réserve à la souffrance de l'être sur le plan social.

En d'autres termes, lorsque la souffrance et les histoires de souffrance sont tabous, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas de légitimité au sein du groupe social, parce qu'elles font peur, qu'elles sont jugées honteuses et insupportables, la personne doit ravalé et taire sa souffrance.

La souffrance de l'être n'est pas la dépression. Mais une souffrance que l'on doit ravalé ou tasser par toutes sortes de moyens ou de mécanismes de défense, peut se transformer en dépression ou autres problèmes de santé mentale, qui deviennent alors les seuls moyens d'expression de notre volonté d'être, de notre résilience.

La résilience renvoie donc à un processus d'adaptation psychologique qui se développe tout au long de la vie et qui permet à tous les individus de faire face et de s'adapter, avec les ressources intérieures et extérieures dont ils disposent, à des événements stressants ou difficiles, tout en cherchant à préserver l'intégrité de l'être ou du « Soi » ou à affirmer le vouloir-être avec « Soi » et les « autres ».

Il ne s'agit donc pas seulement de tenir le coup face à l'adversité, mais de développer ou de déployer différentes manières ou stratégies d'être qui permettent, autant que possible, de bien-être et d'être bien.

Cette capacité d'adaptation psychologique aux événements de vie est en constante transformation et elle dépend, entre autres choses, de l'âge, du sexe, du tempérament, du milieu socioculturel ou encore du stade de développement.

Il va de soi, par exemple, que les périodes de l'enfance et de l'adolescence sont particulièrement critiques quant à l'acquisition et l'intégration de différentes manières ou stratégies d'être.

Et cette diversité des stratégies d'être, qui se définissent aussi bien sûr par rapport à différentes façons d'agir, et qui forgent la résilience, se développent principalement dans un milieu de vie ou à travers des circonstances de vie qui, au-delà des drames qu'ils renferment, permettent à l'enfant de se développer ou encore le poussent à trouver des stratégies d'être.

Comme je le disais plus tôt, le degré de résilience des individus varie en fonction de l'impact ou du « sens » accordé aux événements de vie, c'est-à-dire qu'une personne peut se montrer très résiliente face à certains événements et beaucoup moins face à d'autres ou encore; elle peut se montrer très résiliente face à un événement qui sera dévastateur pour une autre personne.

Il peut aussi y avoir des variations importantes chez les individus et entre les individus quant à leur capacité de faire face à plusieurs événements difficiles en même temps ou à certains moments de leur vie étant donné, par exemple, leurs vulnérabilités, l'étendue ou la diversité de leurs stratégies ou manières d'être ainsi que le soutien du milieu.

Tous les individus sont résilients. Ce qui varie, c'est donc la composition des diverses manières ou stratégies d'être (et d'agir) avec Soi et les autres dont ils disposent pour faire face et s'adapter aux événements de vie.

On a tenté, à travers différentes recherches longitudinales menées auprès d'enfants que l'on a suivi jusqu'à l'âge adulte et vivant dans des conditions particulièrement difficiles, d'identifier ce qui apparaissaient comme les principaux facteurs individuels favorisant la résilience.

Voici quelques exemples de ces facteurs dits de robustesse qui semblent favoriser la résilience :

- ☞ L'attachement;
- ☞ L'estime de Soi ou le sentiment de Soi;
- ☞ Les compétences sociales comme la communication, la coopération;
- ☞ La capacité de résoudre des problèmes et l'autonomie;
- ☞ L'optimisme, le sens de l'humour, la créativité et le rêve;
- ☞ La capacité de donner un « sens » aux événements;
- ☞ La volonté de faire face aux événements;
- ☞ La spiritualité;
- ☞ La capacité de se bâtir un réseau de soutien social;
- ☞ La capacité de demander et de recevoir de l'aide.

À mon avis, ce sont là des facteurs qui renferment probablement une grande diversité de manières ou stratégies d'être et d'agir.

Cela dit, et comme je l'ai répété à plusieurs reprises, il n'y a pas de résilience sans « l'autre ». On ne peut pas vivre ou être sans les autres. Ils font définitivement partie de notre « merveilleux malheur ».

Les recherches qui ont été faites sur la résilience montrent clairement que si la grande majorité des individus sont capables de faire face et de s'adapter à toutes sortes de situations de vie difficiles, ils ne peuvent y arriver sans le soutien du milieu.

Les histoires de résilience les plus incroyables ont en commun que « ces enfants devenus grands » avaient tous pu compter sur un lien privilégié ou le soutien réel d'au moins une personne.

« L'autre », c'est l'attachement bien sûr, mais c'est aussi le « sens ». C'est à travers « l'autre » que nos histoires, nos souffrances et nos joies prennent un « sens ».

J'aimerais m'attarder un peu plus sur deux conditions essentielles au déploiement de la résilience individuelle.

- ☞ Pouvoir parler de la souffrance de l'être, la projeter dans une réalité propre à tous les humains et lui donner ainsi un « sens » et une « place » légitime qui nous inclut dans le groupe.
- ☞ Pouvoir bien-être, faire une « place » à la quête de bien-être de manière à ce que l'être puisse se projeter dans un « devenir » humain qui soit à la fois diversifié et inclusif.

Ce qui m'amène à la troisième question.

Troisième question :

Quelle place fait-on à la souffrance de l'être?

On ne fait pas beaucoup de place à l'être, à la volonté d'être et on en fait encore moins à la souffrance de l'être, c'est-à-dire à la souffrance qui résulte de nos difficultés d'être avec Soi et les autres.

Comment vivre la souffrance de l'être dans une société qui en a peur, la refuse, la pathologise, l'ostracise. Dans pareil contexte, avoir *mal* devient *malsain*.

Par exemple, quelle est l'attitude de la suicidologie, qui s'est donnée pour mission de se pencher sur les causes du suicide et sa prévention, face à la souffrance de l'être qui se cache derrière chaque suicide?

De manière générale, elle l'évite ou la fuit.

Ainsi, bien que la plupart des suicidologues s'entendent pour dire que le suicide n'est pas une « maladie » mais un « comportement volontaire pour se donner la mort », nombreux sont ceux qui s'interrogent sur l'étiologie ou la pathogenèse du suicide – on cherche à déterminer la ou les causes de la « maladie »!

On se questionne peu ou pas sur les « raisons » qui inciteraient une personne à se donner la mort. On pose plutôt a priori que de penser au suicide est « irrationnel » et le résultat d'un processus pathologique dont il faut tenter de comprendre l'évolution.

C'est ainsi que le suicide s'est vu assimilé notamment à la dépression, l'abus de substance, la violence ou des comportements antisociaux ou encore défini comme « spécificité pathologique », c'est-à-dire comme pathologie ayant une ou des caractéristiques distinctives qui permettraient d'identifier « les personnes qui se suicident » de « celles qui ne se suicident pas ».

Cette spécificité pathologique est celle que l'on suggère par exemple dans les recherches qui portent sur des dysfonctions de la neurotransmission ou même sur l'existence d'un gène du suicide.

Outre la pathologie individuelle, certaines variables démographiques (v.g. être un homme, être séparé ou divorcé) ou certaines conditions qui prévalent dans les milieux de vie (v.g. famille dysfonctionnelle, l'échec scolaire, différentes formes d'abus, la délinquance, la pauvreté) ou dans l'environnement physique (v.g. l'accessibilité aux armes à feu, aux ponts et aux bouches de métro) agiraient comme facteurs de risque ou conditions pathogènes qui prédisposeraient ou précipiteraient les comportements suicidaires chez les individus.

Cela dit, l'identification, la description ainsi que les corrélations établies entre les facteurs de risque potentiels pour le suicide, de la pathologie individuelle au contrôle des armes à feu, n'ont pas permis d'accroître notre compréhension quant à la ou les façons dont ces facteurs interagissent pour causer des comportements suicidaires.

En fait, comment pouvons-nous parvenir à prédire et donc à prévenir le suicide alors que les facteurs de risque seraient innombrables et présents partout et qu'ils ne constituent pas un risque pour la majorité des individus, même pour ceux dits à risque? L'énumération, si longue soit-elle, des éléments que l'on croit en cause par rapport à un phénomène ne constitue pas pour autant l'explication causale du phénomène.

Les suicides au Québec continuent d'augmenter et nous sommes en panne de moyens pour les prévenir.

Comme je l'ai dit plus tôt, la recherche en suicidologie fait de grands détours pour éviter les questions qui touchent directement à la vie et à la souffrance de l'être.

Pourtant, si on veut prévenir le suicide, il va bien falloir se réapproprier la souffrance de l'être qui n'est pas en soi malsaine, déficiente ou pathologique, ni même absurde ou fatale, mais qui peut ultimement pousser au suicide lorsqu'elle qu'elle ne trouve plus à s'exprimer autrement.

S'interroger sur les causes du suicide, c'est aborder directement les questions qui touchent à ce que c'est d'être humain, à notre volonté d'être, à la vie et à la souffrance de l'être. C'est aussi réfléchir à ce dont nous avons besoin pour mieux vivre, à notre quête de « sens » et de bien-être, individuelle et collective.

Le suicide est une question de vie, pas de mort. Au-delà des croyances que nous pouvons avoir sur ce qu'il advient de l'être après sa mort, c'est d'abord à la vie que la mort nous renvoie inexorablement. Comme le dit Comte-Sponville : « S'il faut penser la mort, ce n'est pas pour apprendre à mourir (...) mais pour apprendre à vivre ».

Vouloir que cesse la souffrance et vouloir être, car il s'agit bien de cela dans la majorité des suicides, vient le plus souvent au terme d'un combat où la personne a justement essayé d'être malgré tout. Le suicide est l'ultime réponse à la volonté de vivre et d'être qui ne trouve plus à s'exprimer autrement.

C'est un peu comme si être suicidaire ou le geste suicidaire devenait le dernier bastion de la résilience et du vouloir-être.

La souffrance de l'être fait peur parce qu'elle échappe à cette idée de progrès scientifique ou de contrôle accru, voire absolu, sur nous-mêmes et sur le monde dans lequel nous vivons.

Nulle part ailleurs la souffrance de l'être effraie autant qu'au sein de disciplines scientifiques comme la médecine, la psychiatrie ou la suicidologie qui la côtoient pourtant tous les jours, mais qui ont le plus souvent contribué, à travers leur propre fuite, à nous en éloigner.

Ainsi, la souffrance de l'être est rarement discutée en dehors des nomenclatures médicales ou psychiatriques, c'est-à-dire qu'elle est le plus souvent liée ou enfermée dans un diagnostic.

La coupure, que nous avons opérée individuellement et collectivement avec la souffrance de l'être, est si profonde que nous avons oublié qu'elle fait partie de la vie, de nos expériences de vie communes, de notre humanité.

Le résultat c'est que quand on a mal, on se cache et on étouffe de l'intérieur. Parvenu à ce point, même les mécanismes de survie n'entrent plus en action. La résilience s'affaiblit. Par exemple, faire appel aux autres est un mécanisme de survie.

On peut survivre aux plus grands drames, en autant que nous ne soyons pas isolés dans la souffrance qui en découle. On est dedans, mais on n'est pas seul.

Les horribles conditions de vie provoquées par les guerres, les famines, les catastrophes naturelles, sont très révélatrices sur ce point. Elles témoignent de la volonté de vivre et d'être, de la résilience présente chez tous les êtres humains. Elles nous permettent aussi de comprendre que c'est ce que l'on choisit de faire, avec la souffrance qui mène ou non au geste suicidaire.

La souffrance de l'être fait partie de la vie. Son refus ou son acceptation sont les éléments importants à considérer par rapport au suicide, non pas l'existence ou l'absence de la souffrance comme telle.

Quatrième question :

Comment se réapproprier la souffrance de l'être?

La souffrance de l'être qui peut ultimement pousser au suicide n'est pas celle qui résulte d'un événement déclencheur comme la perte d'un être cher.

Elle est celle rattachée à notre histoire personnelle que l'on porte à l'intérieur de nous et que peut venir amplifier un événement déchirant comme la perte d'un être cher.

Elle est le plus souvent reliée au manque d'amour et à la dévalorisation personnelle qui s'ensuit inévitablement : « je ne suis pas aimé(e) et il n'y a pas de place pour moi dans ce monde; je suis de trop, je suis rien, moins que rien. Cette souffrance est celle de l'être qui a de la difficulté à être qui il est avec Soi et les autres.

Parce qu'elle nous habite de l'intérieur, on ne peut pas réellement fuir la souffrance de l'être. Il est tout à fait naturel de chercher à l'apaiser, mais les moyens utilisés le plus souvent ne sont que des anesthésiants (v.g. les antidépresseurs, l'alcool, les compulsions dans le travail, le sexe, la nourriture et le jeu, la violence).

Le propre de la souffrance de l'être c'est qu'elle se fait de plus en plus présente lorsqu'elle ne reçoit pas l'attention nécessaire.

Cette souffrance de l'être est présente chez tous les êtres humains, à divers moments de leur vie et à divers degrés d'intensité.

Une souffrance intolérable, comme une peur intolérable, est désorganisante et destructrice.

Pour parvenir à vivre avec la souffrance il est essentiel qu'elle demeure en deçà du seuil de tolérance. La personne qui pense au suicide est aux prises avec une souffrance qui lui est intolérable.

Chercher à nier ou à fuir la souffrance, être incapable de lui donner un « sens », s'isoler dans la honte d'avoir mal, sont autant d'attitudes qui rendent la souffrance intolérable.

On peut aussi s'arrêter, tenter de la comprendre, de la nommer, lui reconnaître un « sens », une histoire et même un rôle.

De manière générale, la souffrance de l'être, comme la maladie physique, agit comme un indicateur pour nous signaler que quelque chose dans l'être ou en nous a besoin d'attention, de soin, que quelque chose doit changer.

Elle n'est pas une ennemie. Elle est en fait une alliée potentielle qui nous force à nous arrêter avant qu'il ne soit trop tard. Comme dirait le Dr. Sabbah en parlant de la maladie : « elle sert à nous sauver la vie ».

En somme, pour que la souffrance de l'être (ou la peur qui se trouve derrière) reste tolérable, il est essentiel de l'accueillir comme un interlocuteur valable, réel, ayant un « sens », et dont on peut parler avec les autres et par le fait même normaliser et humaniser.

Être avec sa souffrance, ou se la réapproprier pour parvenir à agir sur elle et en sortir enrichi par ses enseignements et non épuisé et vidé à tenter de la fuir, repose sur une démarche à la fois personnelle et collective.

En effet, il est très difficile d'être avec et d'agir sur sa souffrance dans une société qui en a peur, la pathologise ou la condamne. Dans pareil contexte, avoir mal ou souffrir peut isoler, exclure et même tuer.

À partir du moment où la souffrance retrouve sa légitimité et même son utilité à l'intérieur de l'expérience humaine, elle peut être vécue, partagée, apaisée et contribuer de façon très puissante à nous faire progresser dans nos connaissances sur nous-mêmes. Elle peut devenir un tremplin vers le dépassement de nos limites habituelles.

La souffrance ne fait pas qu'exercer la résilience, elle lui permet de se déployer.

Aider une personne suicidaire c'est lui donner les moyens d'être avec sa souffrance afin que de destructrice, elle puisse devenir une source de renseignements précieux sur Soi, de créativité et de dépassement.

C'est l'aider à apercevoir d'autres stratégies ou manières d'être. C'est une transformation au niveau de l'être dont il s'agit d'abord et avant tout.

Je ne prétends nullement qu'être avec sa souffrance est la panacée à tous nos maux. Mais chose certaine, on ne peut pas agir dessus ou la transformer en la fuyant.

Cinquième question :

Quelle place faisons-nous au bien-être et à notre quête de bien-être?

Nous ne sommes pas seulement animés d'une volonté de vivre et d'être, qui nous pousse à ne pas rester prostrés dans la souffrance, nous sommes aussi portés à rechercher le bien-être. La quête de bien-être est un puissant moteur de la résilience.

Le bien-être n'est pas forcément l'envers du mal-être, ou encore, il n'est pas seulement possible en l'absence de toute souffrance. On peut éprouver des moments de bien-être même après avoir vécu une situation de vie extrêmement difficile, par ex. la perte d'un enfant.

Qu'est-ce qui permet de se relever d'une telle souffrance et de pouvoir ressentir encore du bien-être?

C'est bien sûr pouvoir se l'approprier et lui donner un « sens ». Or, le « sens » est rarement dans la perte de l'être cher comme tel, mais dans le fait qu'on parvienne encore à donner du « sens » à sa vie, au-delà de la perte.

Et si on parvient encore à donner du « sens » à sa vie au-delà d'une telle perte, c'est parce que la volonté d'être et de bien-être parvient, malgré la souffrance, à se projeter dans des manières d'être et de bien-être qui soient autres qu'être une mère ou un père, par exemple. Et cette capacité de se projeter dépend notamment de la richesse de notre répertoire de stratégies ou de manières d'être.

À mon avis, le rêve (éveillé!) est un élément très important de la quête de bien-être individuelle et collective. Le rêve n'est pas seulement fantaisiste, il permet de projeter notre volonté d'être et de bien-être dans de multiples stratégies ou manières d'être avec Soi et les autres.

Quelle place faisons-nous au rêve? S'il se définit effectivement par rapport aux possibilités qui nous sont offertes ou que nous nous donnons collectivement de se projeter dans diverses stratégies ou manières d'être, de devenir ou d'être qui on est avec Soi et les autres, ma réponse est pas suffisamment de place.

La quête de bien-être, tout comme l'appropriation de la souffrance, n'est donc pas seulement une histoire ou une réalité individuelle, mais collective. Le bien-être, on peut le vivre seul, mais on le ressent souvent avec les autres. En fait, la quête de bien-être peut devenir très puissante lorsqu'elle est partagée.

Le bien-être peut se définir de mille et une façons, mais de manière générale il a à sa base l'impression d'être bien ou d'être qui on est avec Soi et les autres.

Au cours des dernières années, on a vu émerger des initiatives en prévention du suicide qui mettent l'accent davantage sur la promotion de la « santé » mentale, c'est-à-dire sur l'accroissement du bien-être individuel et collectif.

Il s'agit le plus souvent de programmes universels qui s'adressent à tous les jeunes et qui comportent des activités de promotion des habiletés de vie comme la promotion des compétences sociales, des stratégies de « coping », de l'entraide, etc.

L'objectif ici est double : d'abord de rejoindre tous les jeunes, et par le fait même ceux qui seraient plus à risque, en évitant l'étiquetage ou la marginalisation et ensuite de mieux les équiper pour faire face aux difficultés de la vie.

De manière générale, ces activités de promotion de la « santé » mentale demeurent encore mal connues, peu répandues et très en marge des activités préventives et de traitement.

Contrairement aux activités de prévention qui, comme on le sait, tentent d'identifier et de diminuer les facteurs de risque en lien avec le suicide, les activités de promotion de la « santé » mentale cherchent plutôt à augmenter les facteurs de robustesse ou encore à renforcer la résilience individuelle et le soutien du milieu.

Cela dit, le renforcement des facteurs de robustesse ou de la résilience individuelle ne se définit pas et ne se mesure pas seulement par rapport à l'agir ou aux comportements des individus (i.e. leurs compétences, habiletés, diverses performances), mais aussi et d'abord par rapport à l'être, être qui on est avec Soi et les autres (i.e. le concept/sentiment de Soi, l'estime de Soi, l'identité, le sentiment d'appartenance, le devenir, le sentiment d'accomplissement, le sentiment d'avoir une place, le sentiment de contribuer).

Je ne saurais trop insister sur ce point, particulièrement en lien avec la prévention du suicide. Les pressions exercées à l'heure actuelle sur l'être des enfants et des jeunes, au profit le plus souvent du « paraître », pressions exercées par le milieu familial, le milieu social et par l'industrie, sont énormes et ne laissent pas suffisamment de place à l'être.

Il est donc très important de développer, avec la participation directe des enfants et des jeunes, des programmes de promotion de la « santé » mentale qui comportent une large part d'activités ou d'expériences qui leur permettent d'être eux-mêmes, de découvrir les diverses composantes de leur être, de rêver ou de projeter leur être dans l'avenir, et ce en tenant compte de leur âge et des besoins développementaux propres à chaque âge.

Autrement dit, la promotion de la « santé » mentale s'appuie sur l'énorme potentiel de résilience des individus et prône l'investissement et le soutien de tout ce qu'ils comptent de ressources individuelles et collectives favorables à leur épanouissement et à leur bien-être.

Même si le bien-fondé d'une telle approche paraît évident, de manière générale et persistante, ce sont les approches diagnostiques qui prédominent.

C'est que la pathologisation de nos états d'être a non seulement contribué à nous couper des souffrances de l'être, mais elle a aussi eu pour effet de nous aliéner dans notre recherche de bien-être individuel et collectif.

C'est un peu comme si on ne parvenait plus à générer une vision des individus et du monde qui soit autre que déficience ou pathologie, du moins dans certains milieux.

Par exemple, la plus grosse part des ressources financières allouées à la recherche en « santé » mentale – qui est infiniment minuscule, il faut bien le dire, par rapport aux argents investis dans la recherche biomédicale – va en fait aux études qui portent sur nos problèmes de santé mentale.

La recherche sur la qualité de vie et autres indicateurs de résilience et de bien-être est pourtant très riche et prometteuse.

De la même manière qu'il existe une obligation morale pour une société de s'interroger ouvertement et directement sur les raisons qui poussent autant de ses membres à se suicider, il en existe une également de répondre du mieux qu'elle peut à la volonté de vivre, d'être et de bien-être de tous ses membres.

En terminant

Cela fait des années qu'on parle de l'importance d'« agir » et de mettre en place des stratégies pour prévenir le suicide au Québec, mais pour parvenir à définir des actions concrètes et efficaces, on a besoin de s'entendre sur quoi on veut agir, ce qui n'est pas forcément le cas.

Par ailleurs, les experts parlent beaucoup en ce moment d'améliorer les services offerts à la population en détresse (v.g. urgence, aide psychologique et communautaire, le suivi, etc.), ce qui est très important. Mais si l'approche demeure « pathologisante », que la souffrance de l'être n'est pas accueillie, reconnue et légitimée, de manière à ce que l'individu puisse agir dessus, l'isolement demeure complet et le risque de récurrence est grand.

Je crois, comme je vous l'ai dit plus tôt, qu'il est important de s'investir davantage en promotion de la « santé » mentale, c'est-à-dire de promouvoir davantage la résilience individuelle et le soutien du milieu.

Je crois aussi qu'au-delà des diverses interventions que l'on décide de privilégier, la meilleure façon d'identifier et d'orienter efficacement nos actions, c'est encore en impliquant directement la population dans le processus, pas seulement les experts.

Ainsi, il serait opportun de créer des espaces de rencontre où les jeunes et les moins jeunes pourraient s'exprimer ouvertement sur la vie et les difficultés d'être ou de vivre, et sur ce dont ils ont besoin pour bien-être et être bien.

En soutenant et en donnant suite à ce genre de démarches collectives, ce n'est pas seulement sur le suicide que nous parviendrons à « agir », mais sur notre qualité de vie et notre résilience en générale.

C'est en nous réappropriant nos expériences de vie communes, de la souffrance de l'être au bien-être, que nous apercevrons le mieux cette humanité que nous partageons et que nous profiterons ensemble de ce qu'elle a de meilleur à offrir.

FIN

Annexe 1

LA RÉSILIENCE INDIVIDUELLE...

Une autre façon de parler de notre capacité
d'adaptation, en précisant davantage la
dimension psychologique.



