

Université de Poitiers

UFR : Sciences Humaines et Arts, département de psychologie

Laboratoire de recherche en psychologie clinique et en psychopathologie

Année 2011

Thèse N°

THESE DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

**LE TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE
CHEZ LE SUJET SUICIDAIRE**

Présentée et soutenue publiquement
Le 31 mars 2011 à Poitiers

Par

ANUSAKSATHIEN Narongdaj

Né le 17 juin 1975
à Mukdahan (Thaïlande)

Membres du jury

- **Madame Amal HACHET (Co-directrice)**
- **Monsieur le Professeur Christian HOFFMANN (Président)**
- **Monsieur le Professeur Claude SAVINAUD**
- **Monsieur Stéphane THIBIERGE (Directeur)**

A Monsieur le Professeur Christian HOFFMANN, Professeur en Psychopathologie à l'Université Paris Diderot, Président de jury,

Vous me faites l'honneur de présider ma soutenance de thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Claude SAVINAUD, Professeur en Psychologie Clinique et Psychopathologie à l'Université Catholique de l'Ouest, membre du jury de thèse,

Vous me faites l'honneur de lire et de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse

Monsieur THIBIERGE Stéphane, mon directeur de recherche,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail.

Merci de m'avoir donné la possibilité de réaliser en France la démarche intellectuelle que j'ai toujours rêvé d'accomplir.

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour votre contribution précieuse à l'élaboration de ce travail, et pour votre grande disponibilité.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A ma codirectrice de thèse,

Madame HACHET Amal, Maître de conférences au département de Psychologie de l'Université de Poitiers, véritable soutien intellectuel et moral depuis le début de ce travail,

Toute ma profonde gratitude pour votre grande disponibilité et votre dévouement dans la correction de cette thèse.

A la mémoire de mon père
En ce jour, mes pensées vont vers toi :

« Tu aurais été si fier de me voir aujourd'hui »

A ma mère

Elle n'a pas eu la chance de faire de longues études,
Et bien sûr elle ne connaît pas la psychologie clinique,
Cependant elle a eu beaucoup de courage dans sa vie.

Elle a arrêté l'école à l'âge de 10 ans
Et même si elle n'a fait que des études primaires, elle a su laisser libre cours aux
choix intellectuels de ses enfants tout en leur apportant les principes fondamentaux
de la vie.

A mon oncle, Monsieur TOMA Marc
Qui m'a donné la chance de venir en France pour faire mes études.

A ma famille, à mon père en France, Docteur LAZARE Armand

Qui m'ont toujours encouragé quand je n'étais pas sûr de mes capacités, quand
j'avais perdu mon chemin.
Et qui sont si fiers de me voir finir mes études aujourd'hui.

Merci de m'avoir soutenu tout au long de ces années.

Que ce travail soit l'expression de ma gratitude, de mon affection et de mon respect.

A madame LABAUDINIÈRE Renée et monsieur BOUCHAD Michel

Qui m'ont apporté beaucoup de sympathie et de réconfort durant ces années
difficiles, dans une France que j'ai appris à aimer.

Madame LEPINÇON Sylvie, Psychologue au Centre Hospitalier Henri LABORIT, pavillon Van GOGH.

Madame MAGNANT Chantal, Psychologue au Centre Hospitalier Henri LABORIT, pavillons Pinel et Cousin.

Je vous remercie d'avoir cru en moi et d'avoir accepté pour que je puisse faire un stage au sein de votre service ce qui fut un grand soutien pour mes études : Dans l'ordre en Maîtrise, en Master recherche et en préparation au Doctorat.

Tous mes professeurs en Thaïlande (Bangkok) et en France

- Suanbua Primary School
- Debsirin High School
- Kasetsart University
- Mahidol University

- Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
- Siriraj Hospital

- Alliance Française
- Centre de Français Langue Etrangère, UFR : Lettres et Langues, Université de Poitiers

- Master 1, UFR : Sciences Humaines et Arts, département de psychologie, l'Université de Poitiers
- Master 2, UFR : Sciences Humaines et Arts, département de psychologie, l'Université de Poitiers
- Doctorat, UFR : Sciences Humaines et Arts, département de psychologie, l'Université de Poitiers

Je remercie l'équipe soignante des pavillons Van GOGH, Lagrange, Pinel et Cousin au Centre Hospitalier Henri LABORIT, Poitiers.

Je remercie l'équipe soignante du pavillon Mosaïque : Accueil thérapeutique de jour pour adolescents au Centre Hospitalier Henri LABORIT, Poitiers.

Je remercie tous mes patients.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	8
PREMIERE PARTIE : LA PERSONNE SUICIDAIRE	
I. Introduction	10
II. Définitions	11
• Le suicide	11
• La tentative de suicide	12
• Le parasuicide	13
• Suicidé, le suicidant, le suicidaire	14
III. Approche historique du suicide	14
• Le suicide à travers l'histoire	14
- L'Antiquité	14
- Le Moyen Age	15
- La Renaissance	16
- Le Grand Siècle	16
- Les Lumières	17
- Du 19 ^{ème} siècle à nos jours	17
IV. Epidémiologie	18
• Epidémiologie du phénomène suicidaire	18
- Epidémiologie du suicide dans le monde	18
- Epidémiologie du suicide en France	19
• Incidence du suicide en France	20
- Mortalité suicidaire	20
• Dans la population générale	22
- Les suicides	22
- Les tentatives de suicide	23
- L'idée suicidaire	23
• Un taux global de suicide en baisse modérée	24
• Sources des données et indicateurs utilisés	25
• Les séparations de couple sont des situations associées à une	

surmortalité	28
• La pendaison est le premier mode de suicide	28
V. Approche sociologique	29
• Typologie du suicide, selon Emile Durkheim	29
- Le suicide altruiste	29
- Le suicide égoïste	30
- Le suicide anémique	30
- Le suicide fataliste	30
• Les religions face au suicide	31
• Point de vue anthropologique : les différences culturelles	32
• Les différences liées au sexe	32
• Les suicides à la chaîne	34
• Les conceptions récentes	35
- La notion de conduite suicidaire	35
- les fonctions suicidaires	35
• La notion d'équivalent suicidaire	35
• L'idée suicidaire	36
VI. Approche psychanalytique	36
A. Deuil et mélancolie	36
• La rencontre avec la mort réelle	37
• Le sentiment de culpabilité	38
• La pulsion de mort, la pulsion de destruction	38
B. La naissance du Moi	39
• Le stade du miroir comme précurseur du Moi	39
- Le stade du miroir chez Henri Wallon	39
- Le stade du miroir pour Jacques Lacan	40
- Le stade du miroir et Autre	42
• Idéal du Moi	43
• Image du corps	44
• La spatialité du Moi	44
• La temporalité du Moi	46
• La relation imaginaire	47
• Les rapports du Moi avec le discours	47
• Langage et inconscient	48
• Le signe	49

- Le désir et le "Je" de l'énonciation	50
• Le Moi, la mort et Narcisse	50
- Le mythe de Narcisse	51
- Le concept du narcissisme	51
- Actuellement, la notion du narcissisme recouvre deux aspects indissociables et complémentaires :	52
1. Le narcissisme comme stade normal du développement psychique de l'enfant	52
2. Le narcissisme comme structure	52
○ Le narcissisme comme investissement libidinal du Moi	53
○ Le Narcissisme et l'Idéal du Moi	54
VII. Approche psychopathologique	55
• L'abord psychiatrique dans la clinique du suicide	55
- Selon Esquirol	55
- Selon Delmas	55
- Selon Brière de Boismont	56
- Selon Henri Ey	56
• Approche du phénomène suicidaire en pathologie psychiatrique	56
• La dimension causale	57
- dans les causes directes	57
- dans les causes indirectes	57
• Les complications du trouble psychiatrique	58
• La co-occurrence et la co-existence de troubles	59
• Conduites suicidaires et pathologies psychiatriques	59
- Troubles de l'humeur	59
- Schizophrénie	60
- Troubles anxieux	61
- Dépendance à l'alcool	61
- Troubles de la personnalité	62
- Troubles de l'adaptation	62
VIII. facteurs de risque du suicide	63
- Les facteurs primaires	64
- Les facteurs secondaires	64

- Les facteurs tertiaires	64
IX. Représentation de la mort chez le suicidant	64
• Un moment de folie ?	65
- Immédiateté et absence d'altérité	65
- Toute-puissance	66
- Régression narcissique	66
- Symptomatologie psychotique	66
- Transgression	67
• La révélation d'un secret ?	67
• Dans le champ du pulsionnel agi	69
• Confusion des individus et identification	70
• Une pathologie du lien ?	72
X. Acte suicidaire et risque de récurrence	75
• Evaluation clinique du risque de passage à l'acte	75
• Primo-suicidants et multirécidivistes	76

DEUXIEME PARTIE : LE DESSIN

I. Introduction	79
II. Le dessin comme méthode projective	80
- Historique de la projection	80
- La projection	81
III. Historique du "Test du Dessin du Personnage"	82
IV. Le Test du Dessin du Personnage (Machover)	83
- Les applications du Test	84
V. Travaux antérieurs	84
A. Etudes chez l'enfant et l'adolescent : le dessin du personnage	84
▪ L'évolution du dessin décrite par J. ROYER	85
○ Le stade préliminaire du gribouillage moteur, de 1 à 3 ans	86
○ Le stade du dessin éparpillé, concernant les jeunes enfants	

de 4 à 6 ans	86
○ Le stade du dessin localisé pour les enfants de 6 à 8 ans	86
○ Le stade du dessin temporalisé à l'âge de 9, 10 et 11 ans	87
○ Le stade critique au-delà de 12, 13 ans	88
▪ L'évolution du dessin décrite par A. ABRAHAM	88
○ L'âge de 13 ans	88
○ L'âge de 14 ans	90
○ L'âge de 15 ans	92
○ L'âge de 16 ans	93
B. Etudes sur différents types de dessin selon pathologies	95
▪ Etudes chez des adultes névrotiques	95
▪ Etudes chez des adultes psychotiques	95
▪ Etudes sur la dépression	96
▪ Etudes sur l'anxiété	96
▪ Etudes sur les troubles mentaux "organiques" ou non	98
VI. Approche psychanalytique	99
A. Le dessin dans la psychanalyse	99
• Dessin et image	99
B. Dessin et inconscient	100
• Observation et interprétation du dessin	100
- Contenu manifeste du dessin	101
- Registre symbolique du dessin	101
C. L'image du corps en psychanalyse	102
• Comment repérer chez Freud la place du corps ?	102
• Le stade du miroir chez Jacques LACAN	103
• L'image du corps chez Françoise DOLTO	105
D. Dessin et image du corps	106
• Schéma corporel et image du corps	106
• L'image du corps dans le dessin	107
• Etudes spécifiques	107
- Etudes sur l'image du corps et la représentation de soi	107
- Etudes sur la personnalité	108
- Etudes sur l'emplacement du dessin sur la feuille	109

- Etudes sur l'orientation du personnage sur la feuille	109
- Etudes sur la taille du personnage	110
- Etudes sur l'âge attribué au personnage	110
- Etudes sur le choix du sexe du personnage	111
- Etude sur le tracé	112
E. La personne humaine	112
• Les personnages	112
• Le portrait-robot	112
• Les vêtements	115
F. Le symbolisme anatomique de K. Machover	116
• Le corps et les organes	117
- Signes de contact	118
• Les vêtements	120
 TROISIEME PARTIE : METHODOLOGIE	
I. Introduction	122
II. A propos de l'encadrement	122
• Le descriptif de l'établissement	122
- L'autonome	122
• Le personnel du centre hospitalier	123
- Les effectifs médicaux	123
- Le personnel non-médical	123
- Les services de soins	123
- Les services administratifs	124
- Les services logistiques	124
- Les stagiaires	124
• La sectorisation	124
- Unité A : Tournesols	124
- Unité B : Iris	125
- Unité C : Oliviers	125
- Unité D : Du blé	126

III. L'hypothèse	126
IV. L'objectif	126
V. La population	126
VI. La méthode	127
VII. Le matériel	127
VIII. Etudes de cas	127
• Mme B	128
• Mme F	134
• Mme M	140
• Mme P	146
• Mr D	152
• Mr S	159
• Mr T	166
• Mr Y	173
IX. Discussion	180
• Les indices du personnage chez le sujet suicidaire	180
• Le sexe du personnage	183
• L'emplacement du dessin sur la page	184
- L'espace graphique	184
- L'emplacement vertical	185
- L'emplacement horizontal	185
• La taille des personnages dessinés et ses variations	186
- La signification de la taille des personnages dessinés	186
- Taille du personnage et évaluation de soi	186
- Taille du personnage et image du corps	187
- Taille du personnage, idéal du moi et moi idéal	187
• La signification de profil	188
CONCLUSION	189
BIBLIOGRAPHIE	191

INTRODUCTION GENERALE

Au cours de ma pratique comme psychologue clinicien en Thaïlande et en France, j'ai eu la possibilité d'être en contact avec des enfants, adolescents, et adultes avec diverses problématiques. J'ai pu travailler avec des personnes suicidaires dont la souffrance s'exprimait à travers de multiples conduites et symptômes. C'est la complexité et la richesse avec laquelle se manifestent les problématiques qui feront l'objet de mes recherches.

Il faut, autrement dit, que le sujet suicidaire puisse s'exprimer librement. Le dessin est précisément un moyen d'expression libre. Le test du dessin du personnage en particulier permet au sujet de projeter au dehors les tendances refoulées dans son inconscient et, par là, il peut nous révéler les véritables sentiments que le sujet suicidaire éprouve pour ses proches.

Ma décision de travailler sur le thème du test du dessin du personnage chez le sujet suicidaire a pris naissance lors de ma formation au sein du Service de Psychiatrie au pavillon Van GOGH de l'hôpital Henri LABORIT à Poitiers, d'octobre 2008 à août 2009.

Lors de mon stage dans le pavillon Van GOGH au Centre Hospitalier Henri LABORIT à Poitiers sur une durée comprise entre octobre 2008 à août 2009, j'ai cherché à répertorier les caractéristiques de la personnalité du sujet suicidaire, les éléments sociodémographiques, cliniques, ceux du passage à l'acte, ceux de la biographie de chaque patient, ceux du test du dessin du personnage et de son analyse.

Le « Test du Dessin du Personnage » a été initialement utilisé par Goodenough F. en 1926 [1] comme un test d'intelligence appréciant le niveau de développement intellectuel de l'enfant. En 1949, Machover K. [2] introduisit une dimension nouvelle dans l'approche du dessin du personnage. Selon des principes psychanalytiques trouvant leur origine dans les théories freudiennes, cette dimension attribua au test les qualités d'un test projectif permettant certaines modalités d'évaluation de la personnalité du dessinateur.

L'hypothèse de ma recherche consiste à vérifier dans le test du dessin du personnage la présence ou non d'indices susceptibles de révéler des idées suicidaires. Pour valider l'hypothèse, je me suis entretenu avec des personnes suicidaires en vue d'étudier 8 cas cliniques présentés par la suite.

[1] GOODENOUGH Florent, *L'intelligence d'après le dessin, le test du bonhomme*. Paris, PUF, 1926.

[2] MACHOVER Karen., *Personality projection in the drawing of human figure*. Spring Field III, Ch. Thomas., 1949.

En premier lieu, je donne une consigne à la personne suicidaire : « Dessinez une personne » et non pas « Dessinez vous-même ». A vrai dire, il n'y a pas entre ces deux formulations autant de différence qu'il n'y paraît. En « se dessinant elle-même », la personne suicidaire se projette et par conséquent exprime sa subjectivité presque autant que si elle dessinait « une personne » de son invention. Cependant, je pense que ma formulation est préférable en ce qu'elle tend à détourner l'attention du sujet suicidaire de sa propre personne, et facilite par là sans doute mieux la projection des tendances les plus personnelles.

En second lieu, je fais suivre le dessin d'un court entretien où la personne suicidaire est invitée à expliquer elle-même ce qu'elle a fait, à définir les personnages, à en caractériser la fonction, le sexe, l'âge, les relations avec les autres.

Le test du dessin du personnage est donc un test de personnalité, que nous pourrions interpréter en nous basant sur les lois de la projection.

Ajoutons que c'est un test d'une application facile. En consultation médico-psychologique, on doit presque toujours faire vite et bien. Ce sont deux exigences pourtant qu'il est délicat de concilier. Le test du dessin du personnage y parvient : il est rapide à exécuter et à interpréter, il est presque toujours bien accepté par l'enfant, un peu moins par l'adolescent et l'adulte qui éprouvent de la gêne ou une sorte de honte à réaliser une activité jugée souvent par eux enfantine.

PREMIERE PARTIE : LA PERSONNE SUICIDAIRE

I. INTRODUCTION

Le suicide est un des problèmes de santé publique majeurs en France. Les données les plus récentes font état de 12 000 suicides par an, ce qui correspond à un suicide toutes les 50 minutes et 60 000 endeuillés (INSERM 2001 [3], DREES 2006 [4]). Il y a environ 160 000 tentatives de suicide par an en France. Le suicide fait plus de morts que les accidents de la route. Outre la perte d'un être cher, le suicide a des effets dévastateurs sur les gens qui sont proches du patient. Il reste souvent une complication tragique de nombreuses maladies mentales.

Or, le suicide est un sujet complexe et l'ancienneté de la problématique suicidaire se superpose à l'histoire de l'humanité (MINOIS G. 1995) [5].

On ne sera concerné par la problématique suicidaire qu'à partir du 18^{ème} siècle où le suicide s'inscrit progressivement dans le cadre de l'aliénation puis de la maladie mentale. La prise en compte des facteurs sociaux puis la conceptualisation de la crise suicidaire réintroduiront une séparation de la problématique suicidaire par rapport à la maladie mentale.

En deux siècles, le suicide est progressivement devenu objet d'études scientifiques et non plus de réprobation ou de répression (avec sanctions judiciaires et religieuses). Deux types de conception et d'interprétation se sont opposés :

- les théories sociologiques qui culminent avec Durkheim [6] et Halbwachs [7]. Elles s'appuient largement sur les statistiques et les chiffres de l'épidémiologie, qui se sont accumulés à partir du XVIII^e siècle.
- les théories psychopathologiques. Elles remontent à la naissance de la psychiatrie, avec par exemple Esquirol [8] : *Sur la monomanie suicide*, 1827. Le livre d'Achille Delmas [9] : *Psychologie pathologique du suicide*, 1932, est présenté par l'auteur comme une réponse contradictoire au livre de Halbwachs. Après avoir longtemps utilisé comme arguments des observations individuelles et des séries de cas, les psychiatres, plus récemment, se sont armés des méthodes statistiques et ont réalisé des études épidémiologiques.

[3] INSERM, Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. (2001) *La Crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. Paris : Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext, 2001, 446 p.

[4] DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (2006) *Suicides et tentatives de suicide en France*. Etudes et Résultats, N°488, Mai 2006.

[5] MINOIS Georges s, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Fayard, Paris, 1995, 20-39 p.

[6] DURKHEIM Emile, *Le suicide, étude de sociologie* : livre premier : Les facteurs extra-sociaux, 1^{er} livre d'une série de 3, Paris, Féli Alcan, 1987, 12-118 p.

[7] HALBWACHE M., *Les causes du suicide*, Paris, Féli Alcan, 1930, 520 p.

[8] ESQUIROL, *La monomanie suicide*, 1827

[9] DELMAS A., *Psychologie pathologique du suicide*. Paris, Alcan, 1932.

Malgré une diminution faible du nombre de suicidés depuis quelques années, le nombre de tentatives de suicide augmente (Mouquet & Bellamy, 2006 [10] ; Jouglà et coll, 2002 [11]). Or, une tentative de suicide n'est pas un geste anodin à prendre à la légère. Le risque est de prolonger une souffrance psychique qui pourra s'exprimer par une récurrence suicidaire (Jeammet P., 2002)[12]. En effet, un tiers des « suicidants » récidivent et 1 à 2% se suicideront au cours de l'année qui suit la tentative de suicide. Le risque de récurrence suicidaire dans la première année pour un suicidant est 100 fois plus élevé que dans la population générale. Actuellement, le facteur le plus prédictif de suicide demeure l'existence de tentatives de suicide antérieures, et cela pour tous les groupes d'âge ou de pathologie (ANAES 2000) [13].

II. DEFINITIONS

Tout acte de suicide se définit au sens strict du terme comme l'expression d'une volonté délibérée de mettre fin à ses jours. Son issue est ou non fatale, ce qui conduit à distinguer le suicide abouti : acte mortel par lequel son auteur devient, à titre posthume, un suicidé, et la tentative de suicide (TS) : acte non mortel faisant du rescapé un suicidant et le projet d'en finir avec la vie, ce qui conduit à dénommer suicidaire l'individu animé d'une telle idée.

On désigne sous les termes « d'équivalent suicidaire », de « conduite suicidaire », ou de « conduite dangereuse », des comportements qui par leur nature mettent en péril la vie du sujet ou son intégrité physique, sans que le désir ou la volonté de se donner la mort soient conscients. Ces équivalents suicidaires peuvent dans certains cas être rapprochés des tentatives de suicide.

De diagnostic toujours rétrospectif, le suicide a été une tentative de suicide et la tentative de suicide porte une part de suicide. Comme nous le verrons plus loin, la notion actuelle de « crise suicidaire » a la volonté de porter un regard pluridimensionnel sur le phénomène suicidaire.

• Le suicide

Le sens courant du mot suicide nous est donné par le dictionnaire Larousse qui le définit comme le « *meurtre de soi* ».

[10] Mouquet MC, Bellamy V. (2006). *Suicides et tentatives de suicide en France. Etudes et résultats*. Drees. n° 488. 8 p.

[11] JOUGLA E. et Coll. (2002) *La qualité des données de mortalité par le suicide*. Revue Epidémiologique de Santé Publique, Vol 50, Janvier n° 1, 49-62 p.

[12] JEAMMET P., *Conférence de consensus : la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, 19-20 octobre 2000*, Paris, texte des recommandations -- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Paris , ANAES Fédération française de psychiatrie – 2000.

[13] Fédération Française des Psychiatries. (F.F.P.). Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (A.N.A.E.S.). Direction générale de la santé. (D.G.S.). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Revue du praticien : médecine générale, 2000/12/04, vol. 14, n° 518, 2187-2193 p.

D'un point de vue étymologique, le mot suicide vient de « *sui* » (soi) et « *coedere* » (tuer). Le fait de dire dans le langage « *se suicider* » est donc un pléonasme, qui renforce l'idée que l'acte est tourné vers soi. En France, il est utilisé pour la première fois par l'abbé Desfontaines en 1737[14].

La première définition de DURKHEIM E. date de 1897[15], « *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* ».

En 1946, DESHAIES G. [16] 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* ».

Plus récemment en 1975, BAECHLER J. [17] 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, précise-t-il, que l'acte se limite au moment où il s'accomplit* ».

Depuis 1988, pour l'Organisation Mondiale de la Santé, [18] le suicide est « *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* ».

Les définitions de DURKHEIM E. [6] et de l'O.M.S. introduisent la notion d'intentionnalité : le sujet est conscient et mesure les conséquences de ses actes. Ajoutons que, bien souvent, le sujet est ambivalent quant à la volonté de mourir et il ne maîtrise jamais la totalité de son acte.

• La tentative de suicide

DURKHEIM E. [6] définit la tentative de suicide comme « *un acte de suicide arrêté avant que la mort en soit résultée* ».

[14] Dictionnaire de Trévoux : Dictionnaire universel François & latin ou Dictionnaire de Trévoux (1704-1771), du nom de la ville de Trévoux (Ain) où le dictionnaire fut imprimé pendant les premières années de sa parution.

[15] Durkheim E., *Le Suicide*, Alcan, 1897, fin du dernier paragraphe, 5 p.

[16] DESHAIES G., *Suicide*, Vie Med Evolut Med Ther, 1952. Jan-Mar(1) : 41-54 p.

[17] BAECHLER J., *Les suicides* Ed. Calmann Lévy, Paris, 1975, 650 p.

[18] Organisation Mondiale de la Santé, *Suicide*, in Chapitre 2 : Impact des troubles mentaux et du comportement. Rapport sur la santé dans le monde. 2001.

Organisation Mondiale de la Santé., *Groupe de travail sur la prévention du suicide et des tentatives de suicide*, York, 22-26 septembre 1986, 1-6 p., Sur : [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017\(S\)_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S)_fre.pdf)

Pour BAECHLER J., [2] il s'agit d'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 l'illustre également. Or, l'objectif conscient ou inconscient du passage à l'acte n'est pas forcément la mort pour le sujet : ce peut être avant tout une décharge de tension, un épuisement, un isolement, vouloir éteindre la lumière, une mobilisation de l'entourage (appel, chantage).

En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit [3] 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* ».

Pour MARCELLI D. et BRACONNIER A. [19], la tentative de suicide est « *l'échec d'un suicide quelle que soit la cause de cet échec* ».

Cette définition, comme celle de DURKHEIM E. et du para-suicide selon l'OMS « *comportement suicidaire à l'issue non mortelle* » a comme principal intérêt celui de faire abstraction de l'intentionnalité.

• Le parasuicide

Ce terme a été défini par DIEKSTRA et GULBINAT en 1993 [20] comme étant « *un acte à l'issue non fatale par lequel un individu entreprend délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto infligés ; ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite, ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire* ».

Concernant le concept de « para-suicide », la simplicité apparente du geste (type phlébotomie) ne doit pas faire exclure la prudence et par là même la question du « dit » et du « non-dit » dans les conduites suicidaires. Souvent on constate qu'il s'agit d'une sorte de « conduite anxiolytique ». L'acte résorbe la tension.

Malheureusement, ce terme est propre à induire en erreur : en effet, le préfixe « para » est souvent assimilé à « pseudo », ce qui a pour conséquence un défaut dans la prise au sérieux du geste par l'entourage.

[19] MARCELLI D., BRACONNIER A., *Les tentatives de suicide*. In : Psychopathologie de l'adolescent. Ed. Masson, Paris. 1992. 100-117 p. et 567 p.

[20] Diekstra, R. F. & Gulbinat, W., *The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents*. World Health Statistics Quarterly, 1993, 46(1), 52-68 p.

- **Le suicidé, le suicidant, le suicidaire.**

Il conviendra enfin de définir les notions désormais classiques de suicide, suicidant et suicidaire :

Est appelé suicidé un sujet dont le geste a débouché sur son décès. POMMEREAU X. [21] préfère parler de suicide abouti plutôt que de suicide réussi, considérant les effets délétères de cette expression sur l'entourage, et sur le patient survivant lorsque, venant à envisager un geste auquel il a survécu, il voit s'y associer une dimension d'échec en entendant qu'il n'a pas réussi.

Le suicidant est l'individu survivant à son geste autodestructeur.

Le suicidaire, quant à lui, exprime la possibilité d'un risque de passage à l'acte. Cette expression peut être médiatisée par la parole : on parlera alors d'idées suicidaires. Elle peut également s'extérioriser par un comportement : on parlera alors de conduites suicidaires ou de conduites à risques selon l'intensité de l'exposition au risque.

III. APPROCHE HISTORIQUE DU SUICIDE

Le suicide à travers l'histoire

Bien avant d'être un objet d'étude et un sujet de préoccupation de nos jours, le suicide a été au cours de l'histoire une pratique qui interrogeait la philosophie, la religion, et les sciences de l'homme. Il nous paraît important d'en donner un aperçu dans la mesure où l'on peut supposer qu'il en reste des traces dans les représentations sociales du suicide. Nous nous appuyerons, dans cette partie de notre travail, essentiellement sur l'ouvrage de G. MINOIS 1995. [5]

L'Antiquité

Le positionnement de la pensée antique face au suicide n'est pas univoque. Les courants de pensée s'affrontent autour de la question.

Pour les Epicuriens et les Stoïciens, la valeur suprême est l'individu, et ils prônent sa liberté de décision quant à la vie et la mort, ils sont donc favorables au suicide : les Cyniques et les Stoïciens prôneront détachement vis-à-vis d'une vie qui perd de sa valeur si elle ne peut être suffisamment empreinte de raison ou de dignité ; quant aux Epicuriens, ils vont argumenter leur préférence à l'égard d'une mort douce versus une vie insupportable.

[21] POMMEREAU X., *L'adolescent suicidaire*. Paris : Dunod, 2001,23-56 p.

A l'inverse de ces courants de pensée qui mettent l'individu au centre de leurs conceptions philosophiques, Platon et Aristote considèrent l'homme avant tout comme un être social. Le devoir prime sur l'intérêt personnel.

Pour Platon, il s'agit d'obligations spirituelles que l'individu a envers la divinité qui l'a placé à son poste. Sa position est cependant assez ambiguë dans la mesure où il reconnaît trois situations où le suicide peut être acceptable : le cas d'un condamné à mort, le cas d'une maladie très douloureuse et incurable, et la situation où l'individu connaît un sort misérable, ce donc la définition est assez vaste. Dans la pensée chrétienne, le platonisme sera à l'origine de certaines pratiques mystiques qu'on peut qualifier de suicides mystiques, visant la mort à soi et au monde pour atteindre, dès cette vie, la félicité de l'au-delà.

Quant à Aristote, sa condamnation du suicide est entière et réside sur le fait qu'il le considère comme une injustice que l'on commet contre soi-même et contre la cité. Il y voit un acte de lâcheté face aux responsabilités et l'oppose de ce fait à la vertu. 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 Age.

Le Moyen Age

L'articulation avec l'ère chrétienne se fait dans ce contexte historique. La démarcation voulue quant à la morale antique païenne sera un des déterminants forts de la prise de position de l'Eglise. C'est à partir de Saint Augustin que la condamnation du suicide par la morale chrétienne sera totale et absolue.

En effet, l'enseignement du Nouveau Testament est un enseignement de renoncement, pouvant tendre vers le mépris à l'encontre de la vie terrestre. Le sacrifice du Christ s'inscrit dans ce principe de renoncement qui détermine également les martyrs aux débuts du christianisme.

Ce détachement extrême de la vie, et l'engagement dans des comportements dont l'issue fatale ne fait pas de doute, ont pu donner lieu à l'interprétation de ces actes comme des suicides. Mais, le suicide joyeux du martyr contraste avec le désespoir qui conduit le pécheur à se suicider. Et c'est le désespoir mettant en doute la miséricorde divine qui sera initialement à l'origine de la condamnation du suicide, faisant donc exception du martyr. Néanmoins, l'exaltation du martyr sera de plus en plus sujette à caution. Finalement, tous les types de suicide seront interdits à partir de Saint Augustin. Le caractère sacré de la vie devient le paradigme essentiel.

La même condamnation est retrouvée chez Saint Thomas d'Aquin, avec un triple argument faisant du suicide un attentat contre la nature, contre la société, et contre Dieu.

Le Moyen Age connaîtra donc les procès aux suicidés, avec des sanctions alliant la confiscation des biens aux châtiments corporels.

Minois G. [5] situe au 13^{ème} siècle l'apparition d'une explication du suicide par la folie. On en distingue deux types : folie de tristesse qui s'appellera plus tard mélancolie, ou folie furieuse avec délire et agitation. Evoquée comme une excuse au suicidé, permettant alors d'alléger le châtement, 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

Minois G. [5] souligne l'importance déterminante de la contestation des valeurs traditionnelles : sociales, avec la montée de l'individualisme ; religieuses, avec l'interrogation suscitée par le protestantisme ; scientifiques, avec la remise en cause des dogmes cosmologiques, géographiques etc.

L'immixtion du suicide dans la pensée de la Renaissance se fait sans remise en question directe de la morale chrétienne, qui ne montre pas de tendance à l'assouplissement. Cependant, au travers de l'interrogation intellectuelle, le caractère condamnable et aberrant du suicide vacille.

Le Grand Siècle

Le 17^{ème} siècle répondra aux interrogations soulevées à la Renaissance par une rigueur religieuse, morale et judiciaire visant à préserver l'ordre. Minois G. [5] parle de la « rigueur immobile et rassurante de l'âge classique ». 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.

Or, si la morale continue à condamner le suicide, le procès aux cadavres de suicidés commence à être critiqué. Les condamnations se raréfieront, en particulier pour les suicidés issus des classes sociales supérieures. Par ailleurs apparaîtront des substituts au suicide, sous la forme des duels chevaleresques, véritables conduites ordaliques, ou encore au travers de la quête d'anéantissement mystique.

Vers le milieu du 17^{ème} 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, Thomas WILLIS sera le premier à inscrire la mélancolie et la manie dans une continuité cyclique rapportée à une circulation anormale des esprits animaux dans le cerveau.

Les Lumières

L'impact des philosophes, notamment de Voltaire, est à retenir dans la généralisation de la conception du suicide en tant que folie ou maladie. La pensée de l'ère des lumières remplace les principes moraux par des considérations scientifiques. Ce mouvement va s'accroître à l'occasion de la Révolution, avec la modification de tout le système de valeurs fondé sur la morale religieuse. La dépenalisation du suicide a lieu dans ce contexte, en 1791.

Du 19^{ème} siècle à nos jours

Les Aliénistes du 19^{ème} siècle prendront le relais des Philosophes dans l'élaboration du suicide-maladie.

Pinel insistera sur le caractère morbide du penchant suicidaire, en individualisant, sur le plan étiologique, d'une part les réactions psychiques violentes à des événements de vie, à l'origine du désir de mourir, et d'autre part un désir irrésistible de suicide indépendant de toute explication causale, dont il ne peut donner l'origine. Nous verrons cette dichotomie se poursuivre dans nos conceptions actuelles du suicide. Le traitement proposé sera de provoquer une sédation morale par les procédés de l'époque, la douche brutale, le fauteuil rotation, le fauteuil de répression, l'isolement, le jeûne etc.

Esquirol E. [22] reprend les théories de Pinel, en procédant à des descriptions cliniques détaillées. Il considère le suicide comme une conséquence d'un état pathologique sous-jacent, et non pas comme une entité clinique à part entière. Il affirme que « l'homme n'attend à ses jours que lorsqu'il est dans un délire et que les suicidés sont des aliénés ». Il individualisera les « suicides involontaires aigus » et les « suicides volontaires chroniques ». Il proposera des traitements par la répression, les émotions vives, mais prônera également la pathologie mentale sous-jacente. Il évoquera des mesures préventives à mettre en place dans les institutions pour éviter le suicide des aliénés.

Dans la deuxième partie du 19^{ème} siècle, cette conception du suicide en tant qu'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 Durkenheim, à la fin du dix-neuvième siècle, marque un tournant dans l'approche du suicide. Le suicide est choisi comme objet d'étude par Durkenheim en raison même de son caractère empiriquement individuel, et donne naissance à un ouvrage majeur intitulé « le suicide, étude de sociologie ». Aux points de vue des

[22] ESQUIROL Étienne, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Édition électronique : numérisation 2003 de l'édition originale de : Paris : J.B. Baillière, 1838, 3 vol., 678 p.; 864 p.; XXVII pl., sur : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?34169>

Aliénistes et des philosophes se surajoute alors celui du sociologue, qui mettra en évidence une multitude de paramètres sociologiques dont la fréquence concorde avec celui du suicide, faisant émerger la notion de facteurs de risque. Même s'il n'est pas question d'affirmer un lien de causalité, la société vient d'être confrontée à sa part de responsabilité face à un phénomène aussi individuel que le suicide.

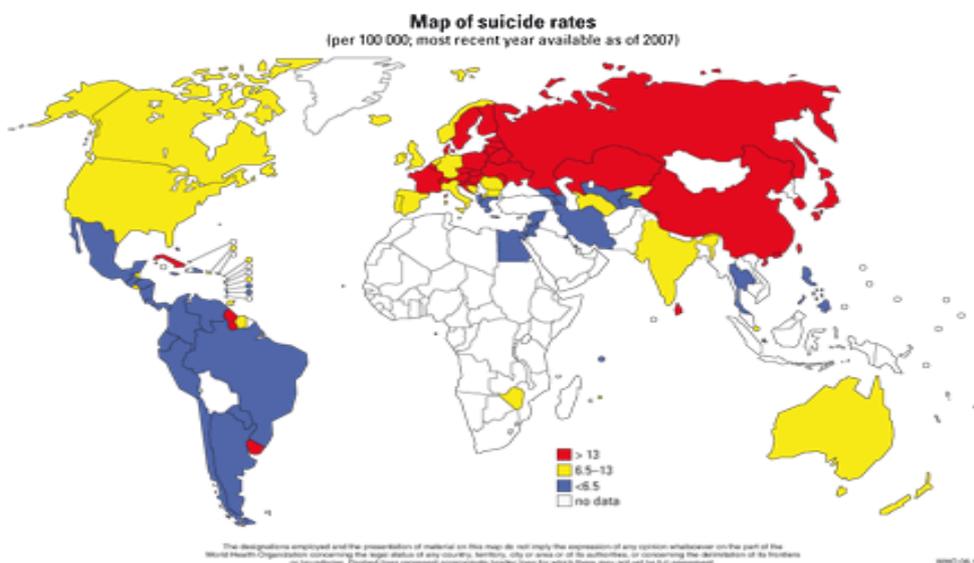
IV. EPIDEMIOLOGIE

- **Epidémiologie du phénomène suicidaire**

- Epidémiologie du suicide dans le monde

Le suicide et la tentative de suicide constituent de nos jours un problème majeur de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il est de nos jours à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes. Si l'on s'en tient aux données fournies par les pays qui acceptent de se plier au protocole de l'OMS, on observe de grandes différences puisque les taux de suicide varient considérablement d'un pays à l'autre (Batt, Campeon, Leguay et coll 2007) [23]. Les taux plus élevés sont observés en Europe orientale. Inversement, c'est principalement en Amérique latine que sont relevés les taux les plus faibles. En Europe occidentale, en Amérique du Nord ou encore dans certaines régions d'Asie, les taux se situent entre ces deux extrêmes. Les résultats sont présentés dans la Figure 1 et le tableau 1

Figure 1 : Suicide dans le monde : taux pour 100 000, d'après OMS 2007 [24]



[23] BATT A., CAMPEON A., LEGUAY A., LECORPS P., *Epidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention*. Encycl Med Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie 2007 ; 37-500-A-20.

[24] OMS. (2007) *Suicide prevention*. Sur : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Tableau 1 Nombre de suicide pour 100 000 personnes par an, d'après OMS 2008[25]

Pays du Monde	Années	Hommes	Femmes
LITHUANIA	2005	68.1	12.9
BELARUS	2003	63.3	10.3
FRANCE	2005	26.4	9.2
JAPON	2006	34.8	13.2
CANADA	2004	17.3	3.1
CZECH REPUBLIC	2005	25.5	5.6
AUSTRALIA	2006	17.1	7.0
FINLAND	2006	31.1	9.6
HUNGARY	2005	42.3	11.2
CUBA	2005	18.6	6.2
CHINA (Selected rural & urban areas)	1999	13.0	14.8

- Epidémiologie du suicide en France (Inserm 2009) [26]

Selon une étude réalisée par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm, (CépiDC), le taux de suicide en France était, en 2007, de 16,3 pour 100.000 habitants, mais il s'élevait à 41,6 pour les hommes de 45 à 49 ans. Si l'on ne tient pas compte des âges, les hommes se suicident trois fois plus que les femmes. Chez les hommes de plus de 65 ans, le taux dépassait en 2007 les 50 pour 100.000 habitants.

Dans un article consacré à la multiplication des cas de suicide chez France Télécom depuis 2008, La Tribune cite des chiffres communiqués par l'Inserm à l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide. Selon l'étude de l'Inserm, 10.122 personnes se sont donné la mort en 2007, contre 10.415 l'année précédente.

Avant la Journée mondiale de prévention du suicide, l'Inserm indique que le nombre de suicides a poursuivi sa baisse en 2007 (10.122 contre 10.415 en 2006). Cette baisse a débuté en 1993. Mais le nombre de suicides reste important chez les hommes de 45-54 ans, et chez les vieillards. Un taux record (136,3 pour 100.000) a été enregistré chez les plus de 90 ans. L'AFP précise que les trois quarts des suicides ont concerné les hommes en 2007. Il s'agit d'une tendance "persistante".

D'après l'Inserm, le taux de suicide dans la population générale française est de 17,1 pour 100.000 habitants. Mais il est de 32 chez les 75-84 ans, et de 44 chez les 85-94 ans. Les hommes de plus de 95 ans se suicident quant à eux dix fois plus

[25] OMS. (2008) *Suicide rates per 100,000 by country, year and sex.*

Sur : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html

[26] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jouglà E., *La mortalité par suicide en France en 2006.* Etudes et résultats. Drees, Inserm-CépiDC. 2009. n° 702. 1-8 p. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er702.pdf>

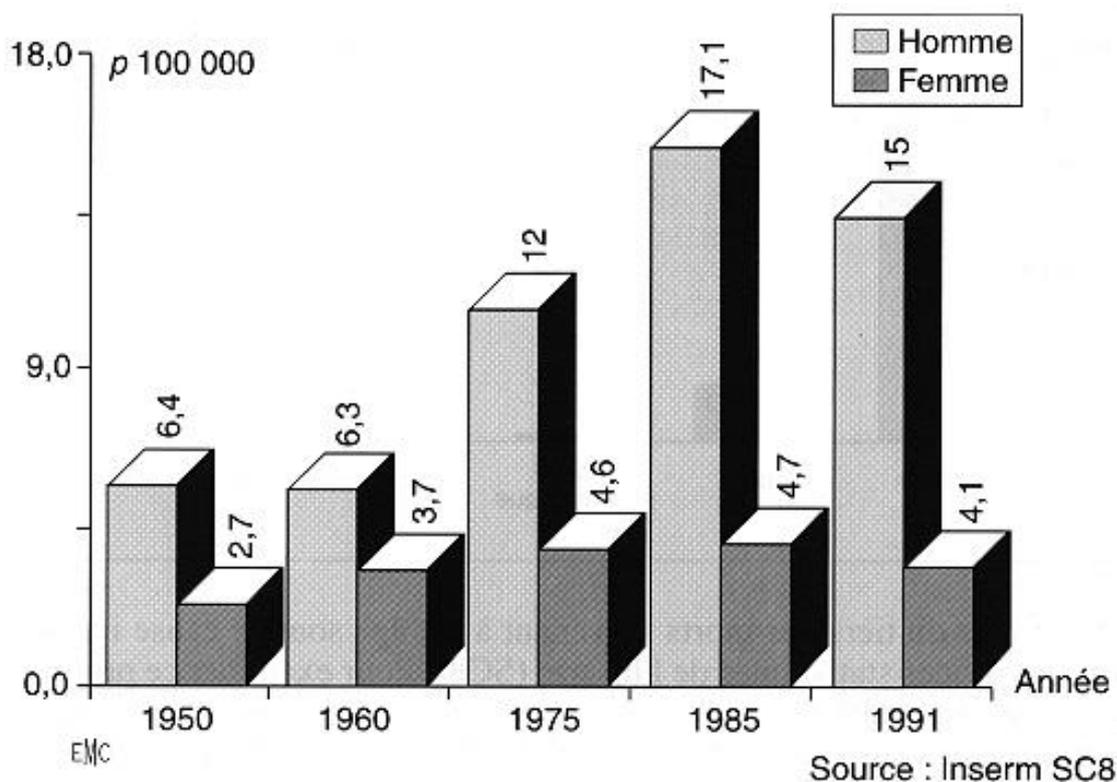
que la population générale. Le docteur Sophie Moulias, gériatre à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne-Billancourt, regrette que ces suicides "n'intéressent personne". Le secrétariat d'Etat aux Aînés estime qu'un combat s'impose sur la prévention du suicide des personnes âgées, notamment sur l'isolement et les signes de dépression".

- **Incidence du suicide en France**

- **Mortalité suicidaire**

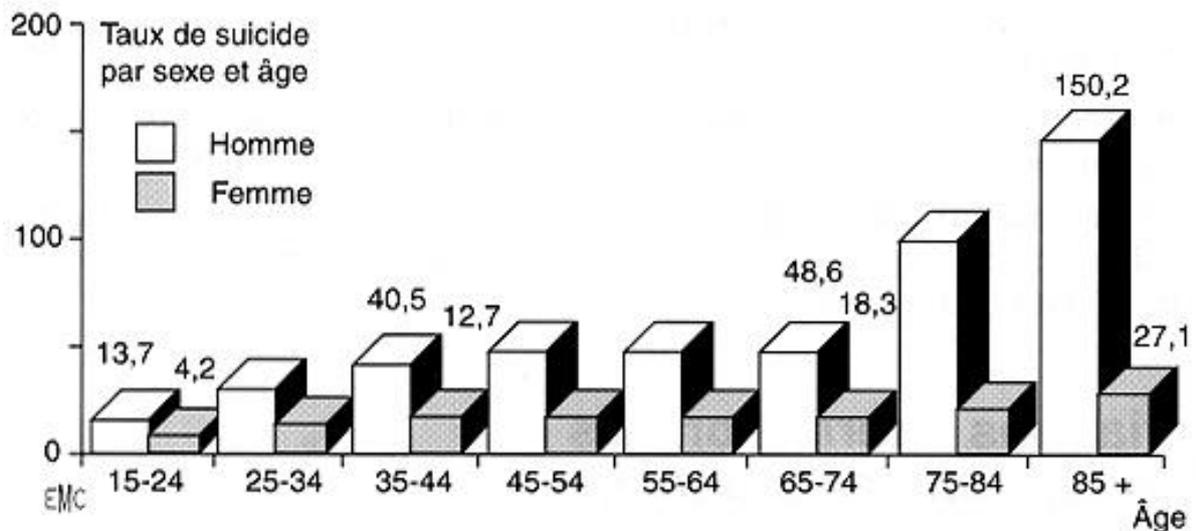
En 1992, les statistiques des causes médicales de décès enregistrées par l'Inserm (SC8) indiquent qu'il y a eu 11 644 suicides, soit 8 442 suicides masculins et 3 202 suicides féminins. Lorsque l'on rapporte ce nombre à la population de 10 ans et plus, le taux de décès par suicide est de 23,2 pour 100 000 personnes (34,8 pour les hommes et 12,3 pour les femmes). L'incidence du suicide est en régression depuis les années 1985-1986, avec une diminution de plus de 10 % si l'on tient compte de l'augmentation de la population. Lorsque l'on prend en compte l'évolution au cours des 40 années passées, on observe jusqu'en 1975 une relative stabilité de l'incidence, puis de 1975 à 1985 une augmentation importante des taux de suicide, d'environ 40 % ; cette évolution a été constatée dans la plupart des pays développés avec un certain décalage temporel

Figure 2. Taux de mortalité par suicide : évolution dans le temps.



Lorsque l'on analyse les taux de suicide en fonction de l'âge, on constate que ce risque est fortement croissant avec l'âge et que, comme pour la mortalité en général, les adolescents et jeunes adultes sont à risque minimal, pour les deux sexes.

Figure 3. Taux de suicide par sexe et âge en 1992, France.



En raison du faible risque de décès chez les plus jeunes, il est intéressant de relativiser le suicide dans l'ensemble des décès. On constate que c'est chez les jeunes adultes, autour de 30 ans, que le suicide est la cause de décès la plus fréquente (18,1 % des décès masculins ; 13,8 % des décès féminins), et que chez les 15-24 ans, cela représente un décès sur huit, bien au-delà de l'importance des suicides dans l'ensemble de la population (3,2 % des décès masculins ; 1,3 % des décès féminins).

Le suicide chez les 15-24 ans a très sensiblement augmenté depuis une trentaine d'années, notamment chez les hommes. Cependant, depuis 5 ans on constate qu'il y a une diminution ; dans le même temps les causes de décès où des suicides peuvent être supposés (accident, cause indéterminée quant à l'intention, cause inconnue) sont également en décroissance. Mais, en 1990, l'incidence du suicide dans ce groupe d'âge est environ deux fois plus élevée qu'en 1960. Cette évolution n'est pas particulière à la France, et elle a été constatée dans la plupart des pays développés ; mais l'augmentation du suicide chez les jeunes adultes a été parmi les plus importantes en France. Après une stabilité au début des années 1990, les données de 1993 suggèrent une augmentation de la part relative du suicide chez les jeunes.

- **Dans la population générale** (Terra J-L. et coll 2004) [27]

- **Les suicides**

De nos jours, le suicide pose un important problème de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les suicides sont actuellement à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes.

La France est un pays très concerné par le phénomène suicidaire, dans la mesure où son taux de suicide se situe plutôt dans la moyenne mondiale. Plus de 11 000 suicides sont enregistrés chaque année dans les causes statistiques nationales de décès en France, représentant la troisième cause de mortalité, derrière les tumeurs et les maladies cardiovasculaires.

Comparativement, les tentatives de suicide sont estimées à 160 000 par an, soit un nombre plus de dix fois supérieur à celui du suicide et certainement sous-évalué par manque de relevés systématiques des gestes suicidaires. L'importance des tentatives tient également au fait qu'un grand nombre de suicidants renouvellent leur tentative et que le risque de décès s'accroît avec les récurrences.

Les moyens de suicide utilisés le plus souvent sont des moyens dits « violents », avec 76,3% des suicides réalisés par pendaison (37,2%), armes à feu (24%), noyade (8,2%) ou précipitation dans le vide (6%). L'intoxication volontaire est le moyen utilisé par une minorité des suicidés (15%), mais aussi par une majorité des suicidants.

Les décès par suicide représentent 2% de l'ensemble des décès annuels et cette part varie fortement selon le sexe et l'âge. En effet, l'incidence du suicide est près de trois fois plus élevée chez l'homme que chez la femme (28,8 pour 100 000 habitants contre 10,4 pour 100 000 habitants). De plus, en France, les taux de suicide augmentent progressivement avec l'âge, et de manière plus marquée chez l'homme.

Cependant, deux considérations soulignent l'importance du suicide chez le sujet jeune. Tout d'abord, le suicide tend actuellement à augmenter plus vite avec l'âge dans les générations les plus jeunes comparativement aux plus âgées. Ensuite, le suicide est une cause de mortalité bien plus importante chez le sujet jeune que chez le sujet âgé : son importance relative est maximale vers 30 ans, le suicide expliquant à cet âge 20% des décès masculins et 15% des décès féminins.

[27] TERRA J-L., SEGUIN M. *Intervention de crise suicidaire : Epidémiologie* .Manuel du formateur, 2004, 1-7 p.

Après les accidents de la route, il constitue la deuxième cause de décès chez les 15-34 ans, et représente la première cause de mortalité chez les 30-39 ans, soit un décès sur cinq. Pour les moins de 70 ans, le suicide représente en outre la troisième cause de décès prématuré en étant responsable de près de 10% des années potentielles de vie perdues, soit un chiffre identique aux accidents de la route, et inférieur aux seules maladies cardiovasculaires (12%) et tumeurs (30%). La part du suicide diminue ensuite sensiblement, représentant moins de 1% de l'ensemble des décès après 85 ans.

- Les tentatives de suicide

Au niveau des tentatives de suicide, le constat est tout aussi inquiétant. En 2004, l'OMS étudiant la morbidité suicidaire a montré qu'il est recensé environ 300 tentatives de suicide pour 100 000 chez les hommes, dans la tranche d'âge 25-44 ans qui serait particulièrement touchée, tandis qu'il comptabilise près de 600 tentatives chez les femmes, avec une majorité dans la tranche d'âge des 15-24 ans.

La tendance observée pour le suicide est donc bien inversée au niveau des deux sexes. Si la mortalité par suicide est nettement majoritaire chez les hommes, les taux de tentatives de suicide chez les femmes sont trois fois plus élevés. Selon les différentes sources, le nombre de tentatives est estimé aujourd'hui aux alentours de 120 000 par an en France (ce qui correspond à environ 160 000 hospitalisations), soit une tentative tous les 4 minutes !

Enfin, si les chiffres des suicides et des tentatives de suicide constituent à eux seuls un indicateur de l'ampleur du phénomène, un autre type de manifestation, plus subjectif, concerne ce qu'il est couramment admis d'appeler l'idée suicidaire.

- L'idée suicidaire

L'idée suicidaire concerne les individus pensant au suicide. Parmi eux, un certain nombre passera à l'acte. Ainsi, une personne qui pense au suicide de manière régulière mérite toute l'attention des professionnels, puisque sans réaliser, systématiquement, un geste auto agressif, elle multiplie par son comportement les situations à risque, mettant parfois sa vie en jeu.

Dans une enquête réalisée par la MACIF prévention (Batt A. et coll 2007) [23] sur 551 personnes âgées de plus de 18 ans, interrogées en face à face, à leur domicile, entre le 26 décembre 2005 et le 7 janvier 2006, 17% disent avoir envisagé sérieusement, souvent ou assez souvent, de se suicider. Parmi celles-ci, 7% disent avoir fait une tentative de suicide. Ces pourcentages, importants, sont en augmentation par rapport à ceux de 14% et 2% obtenus en 2000 au cours d'une enquête identique.

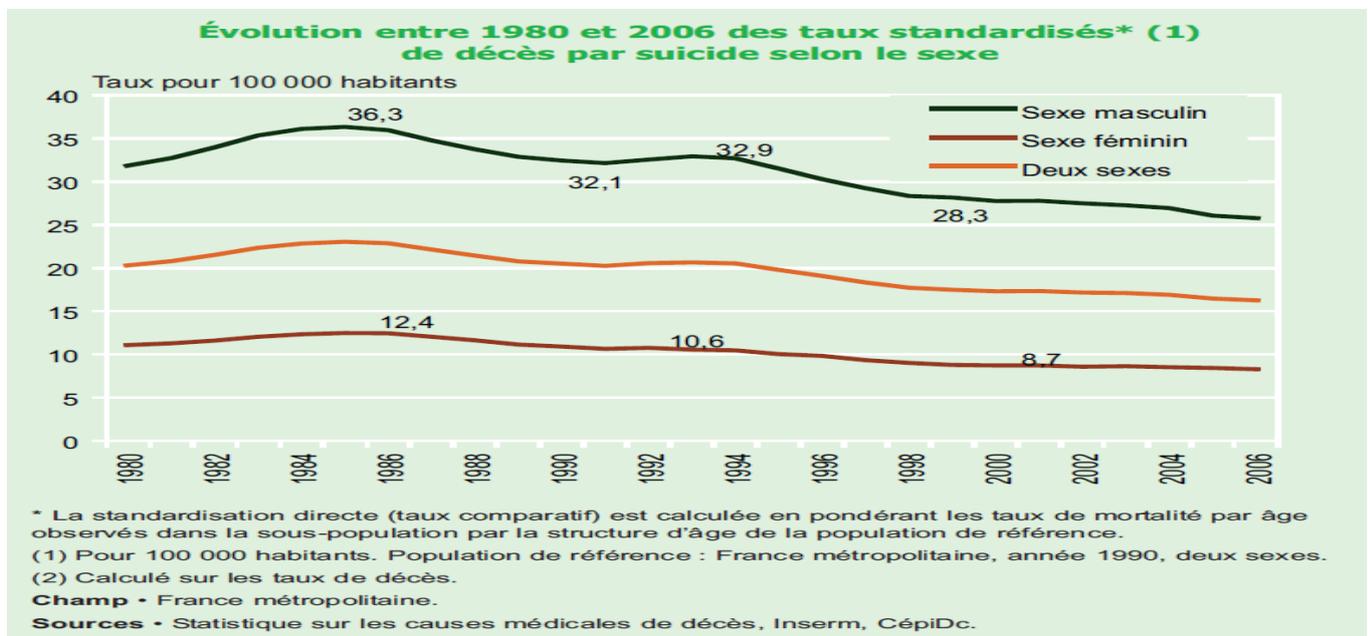
- **Un taux global de suicide en baisse modérée** [26]

Ramené aux effectifs de population et standardisé selon l'âge, le taux de décès de 16,0 pour 100 000 habitants en 2006 a diminué d'environ 20 % depuis 1980 (graphique). Cette baisse n'a cependant pas été régulière. Le début des années 1980 s'est caractérisé par une augmentation, avec un pic en 1985, suivi d'une décroissance jusqu'en 1991 puis d'une nouvelle progression plus modérée, jusqu'en 1993. Depuis, la tendance est à la baisse modérée.

La tendance est la même pour les femmes et les hommes, cependant pour ces derniers, l'évolution des taux de mortalité par suicide est plus heurtée. Tous âges confondus, en vingt-cinq ans, les taux de décès par suicide des femmes ont davantage diminué que ceux des hommes (-25 % contre -19 %).

La diminution globale des taux de suicide ne concerne pas toutes les classes d'âge depuis 2000 ; le taux de suicide des 45-54 ans augmente. Modérée pour les femmes (2,2 % entre 2000 et 2006), l'augmentation s'élève à 8 % pour les hommes. Dans les autres tranches d'âge, le recul des taux de décès par suicide est de l'ordre de 10 % à partir de 2000 (12,5 % chez les hommes et 7 % chez les femmes). L'ampleur de la baisse est plus importante pour les plus âgés (baisse de 34 % pour les plus de 85 ans) et pour les plus jeunes (baisse de 16 % pour les 15-24 ans) (tableau).

- Évolution entre 1980 et 2006 des taux standardisés de décès par suicide selon le sexe [26]



- TABLEAU 1 : Evolution entre 2000 et 2006 des taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge [26]

Évolution entre 2000 et 2006 des taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge

	Taux bruts (1)								Taux standardisés (2)
	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Tous âges
Hommes									
2000	12,1	26,0	40,3	37,1	31,2	42,7	71,4	139,2	28,8
2006	10,0	22,0	34,5	40,1	30,1	36,7	60,4	100,2	25,2
Variation 2000-2006 (%)	-17,4	-15,7	-14,4	8,0	-3,6	-14,1	-15,3	-28,0	-12,5
Femmes									
2000	3,6	6,9	11,8	14,8	13,8	15,2	17,2	18,7	8,8
2006	3,2	6,4	11,0	15,1	13,6	13,9	13,4	15,3	8,2
Variation 2000-2006 (%)	-11,7	-8,2	-6,7	2,2	-0,9	-8,4	-22,4	-18,5	-6,8
Deux sexes									
2000	7,9	16,5	25,9	25,9	22,3	27,5	38,2	52,0	17,8
2006	6,7	14,2	22,6	27,4	21,7	24,4	31,8	39,7	16,0
Variation 2000-2006 (%)	-16,2	-13,8	-12,5	5,7	-2,6	-11,4	-16,9	-23,7	-10,1

(1) Pour 100 000 habitants.
(2) Pour 100 000 habitants. Population de référence : France métropolitaine, année 1990, deux sexes.
Lecture • Entre 2000 et 2006, les taux de décès des hommes de 45-54 ans ont progressé de 8 %.
Champ • France métropolitaine.
Sources • Statistique sur les causes médicales de décès, Inserm, CépiDc.

- **Sources des données et indicateurs utilisés**

L'étude est basée sur la statistique nationale des causes médicales de décès élaborée annuellement par le CépiDc de l'INSERM [26] à partir des informations fournies par les certificats médicaux de décès. Elle utilise les dernières données validées pour l'année 2006. Les décès sont codés depuis l'année 2000 selon la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM10). Les suicides sont inclus, selon cette classification, dans le chapitre des « Causes externes de morbidité et de mortalité (codes X60-X84) » et classés en fonction du mode opératoire ayant entraîné le décès (tableau). L'étude prend en compte la cause initiale de chaque décès qui est utilisée au niveau international pour présenter les statistiques des causes de décès. Ces données permettent de mesurer le niveau de la mortalité par suicide et d'en analyser les principales caractéristiques épidémiologiques : disparités démographiques, modes de suicides, variations géographiques et évolutions dans le temps. Le niveau de la mortalité en France est comparé à celui des pays de l'Union européenne à partir des données d'Eurostat (2009) [28]. Les indicateurs utilisés sont les effectifs de décès, la part des décès par suicide dans la mortalité générale, les taux bruts de décès (effectifs de décès rapportés aux populations moyennes annuelles), les taux de décès standardisés selon la structure d'âge de la population française (1990) et les ratios de mortalité selon le sexe (population européenne, IARC, 1976 pour les comparaisons internationales).

[28] EUROSTAT., *L'Europe en chiffres : L'annuaire d'Eurostat 2009*
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-09-001/FR/KS-CD-09-001-FR.PDF

CIM10	Libellés
X60-X66, X68-X69	suicide par substance solide ou liquide (principalement la prise de médicaments)
X67	suicide par gaz à usage domestique ou autres gaz ou vapeurs
X70	suicide par pendaison, strangulation et asphyxie
X71	suicide par submersion (noyade)
X72-X75	suicide par armes à feu ou explosifs
X78	suicide par instrument tranchant et perforant
X80	suicide par saut d'un lieu élevé
X76-X77, X79, X81-X84	suicide par moyen autre et non précisé
Y87.0*	séquelles de tentative de suicide

* Les effectifs de décès par séquelles de tentative de suicide ne sont pas inclus dans la liste simplifiée européenne.

1. La cause initiale de décès est définie comme la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel.

- TABLEAU 2 : Mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en 2006 [26].

Mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en 2006

	Deux sexes			Hommes			Femmes			Ratio H/F (2)
	Nombre de décès par suicide	Répartition par âge	Taux de suicide	Nombre de décès par suicide	Répartition par âge	Taux de suicide	Nombre de décès par suicide	Répartition par âge	Taux de suicide	
			bruts (1)			bruts (1)			bruts (1)	
< 15 ans	30	0,3	0,27	22	0,3	0,4	8	0,3	0,01	26,2
15-24 ans	522	5,0	6,7	398	5,2	10,0	124	4,4	3,2	3,1
25-34 ans	1 142	11,0	14,2	887	11,7	22,0	255	9,0	6,4	3,4
35-44 ans	1 974	18,9	22,6	1 490	19,6	34,5	484	17,1	11,0	3,1
45-54 ans	2 295	22,0	27,4	1 649	21,7	40,1	646	22,8	15,1	2,7
55-64 ans	1 525	14,6	21,7	1 038	13,7	30,1	487	17,2	13,6	2,2
65-74 ans	1 212	11,6	24,4	837	11,0	36,7	375	13,3	13,9	2,6
75-84 ans	1 224	11,7	31,8	910	12,0	60,4	314	11,1	13,4	4,5
85 ans et plus	499	4,8	39,7	362	4,8	100,2	137	4,8	15,3	6,6
Ensemble	10 423	100,0	17,0	7 593	100,0	25,5	2 830	100,0	9,0	2,8
Taux standardisé (3)			16,0			25,2			8,2	3,1

(1) Pour 100 000 habitants.

(2) Calculé sur les taux de décès.

(3) Pour 100 000 habitants. Population de référence : France métropolitaine, année 1990, deux sexes.

Lecture • En 2006, entre 35-44 ans, 1 490 hommes se sont suicidés. Pour cette tranche d'âge, le taux de décès est 3,1 fois plus élevé que celui des femmes.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Statistique sur les causes médicales de décès, Inserm, CépiDc.

TABLEAU 3 : Classement des causes de décès en fonction du sexe et de l'âge (de 15 à 54 ans) en 2006 [26].

Classement des causes de décès en fonction du sexe et de l'âge (de 15 à 54 ans) en 2006

Hommes Causes de décès	Tous âges			Dont											
	Effectif	%	Taux standardisé (1)	15-24 ans			25-34 ans			35-44 ans			45-54 ans		
				Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang
Tumeurs	91 779	34,6	307,8	212	8,4	3	395	10,4	3	1 622	19,4	1	8 396	39,1	1
Maladies endoc., nutri. et métaboliques	8 063	3,0	27,0	32	1,3		50	1,3		130	1,6		426	2,0	
Troubles mentaux et du comportement	7 013	2,6	23,5	38	1,5		162	4,3	6	471	5,6		986	4,6	6
Mal. du système nerveux et des organes des sens	11 156	4,2	37,4	111	4,4	5	153	4,0		302	3,6		516	2,4	
Maladies de l'appareil circulatoire	68 156	25,7	228,6	91	3,6	6	226	5,9	5	1 009	12,1	3	3 267	15,2	2
Maladies de l'appareil respiratoire	16 275	6,1	54,6	32	1,3		34	0,9		140	1,7		468	2,2	
Maladies de l'appareil digestif	12 456	4,7	41,8	20	0,8		55	1,4		491	5,9		1 740	8,1	3
Morts violentes	22 147	8,3	74,3	1 718	67,8		2 133	56,1		2 784	33,3		3 251	15,1	
<i>dont Accidents de transport</i>	3 618	1,4	12,1	975	38,5	1	671	17,7	2	519	6,2	6	457	2,1	
<i>Autres accidents</i>	9 396	3,5	31,5	272	10,7		449	11,8		646	7,7	5	963	4,5	
<i>Suicides</i>	7 593	2,9	25,2	398	15,7	2	887	23,3	1	1 489	17,8	2	1 649	7,7	4
<i>Événements intention indéterminée</i>	385	0,1	1,3	29	1,1		43	1,1		60	0,7		80	0,4	
Causes inconnues ou non précisées	6 687	2,5	22,4	163	6,4	4	362	9,5	4	682	8,2	4	1 135	5,3	5
Toutes causes de décès	265 458	100,0	890,4	2 534	100,0		3 799	100,0		8 367	100,0		21 473	100,0	

Femmes Causes de décès	Tous âges			Dont											
	Effectif	%	Taux standardisé (1)	15-24 ans			25-34 ans			35-44 ans			45-54 ans		
				Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang
Tumeurs	63 701	25,4	202,0	126	13,2	2	365	25,6	1	1 748	41,8	1	5 287	51,9	1
Maladies endoc., nutri. et métaboliques	10 690	4,3	33,9	32	3,4		45	3,2		61	1,5		227	2,2	
Troubles mentaux et du comportement	9 545	3,8	30,3	13	1,4		33	2,3		126	3,0		272	2,7	
Mal. du système nerveux et des organes des sens	16 029	6,4	50,8	61	6,4		65	4,6		161	3,9	6	332	3,3	6
Maladies de l'appareil circulatoire	77 300	30,9	245,1	66	6,9	5	119	8,3	3	410	9,8	3	1 077	10,6	2
Maladies de l'appareil respiratoire	14 330	5,7	45,4	30	3,1		28	2,0		68	1,6		216	2,1	
Maladies de l'appareil digestif	10 633	4,2	33,7	12	1,3		38	2,7		199	4,8	5	639	6,3	4
Morts violentes	14 553	5,8	46,1	465	48,7		487	34,1		826	19,8		1 186	11,6	
<i>dont Accidents de transport</i>	1 163	0,5	3,7	239	25,1	1	114	8,0	4	127	3,0		142	1,4	
<i>Autres accidents</i>	9 522	3,8	30,2	70	7,3	4	87	6,1	6	163	3,9		338	3,3	
<i>Suicides</i>	2 830	1,1	8,2	124	13,0	3	254	17,8	2	483	11,6	2	644	6,3	3
<i>Événements intention indéterminée</i>	72	0,0	0,2	10	1,0		4			16	0,4		11	0,1	
Causes inconnues ou non précisées	5 370	2,1	17,0	64	6,7	6	114	8,0	5	246	5,9	4	382	3,8	5
Toutes causes de décès	250 494	100,0	794,3	954	100,0		1 427	100,0		4 178	100,0		10 183	100,0	

(1) Pour 100 000 habitants. Population de référence : France métropolitaine, année 1990, deux sexes.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Statistique sur les causes médicales de décès, Insem, CépiDc.

TABLEAU 4 : Mortalité par suicide des 25 ans ou plus selon le sexe et le statut matrimonial en 2006 [26].

Mortalité par suicide des 25 ans ou plus selon le sexe et le statut matrimonial en 2006

	Deux sexes		Hommes		Femmes		Ratio H/F (2)
	Nombre de décès par suicide	Taux standardisé (1)	Nombre de décès par suicide	Taux standardisé (1)	Nombre de décès par suicide	Taux standardisé (1)	
Célibataires	2 905	34,0	2 281	52,3	624	15,4	3,4
Mariés (es)	4 295	17,4	3 231	25,4	1 064	8,4	3,0
Veufs (ves)	1 190	29,1	668	87,0	522	15,5	5,6
Divorcés (es)	1 481	34,2	993	55,1	488	20,4	2,7
Total	9 871	22,6	7 173	35,8	2 698	11,6	3,1

(1) Pour 100 000 habitants. Population de référence : France métropolitaine, année 1990, deux sexes.

(2) Calculé sur les taux de décès.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Statistique sur les causes médicales de décès, Insem, CépiDc.

Le taux de suicide augmente avec l'âge, mais différemment selon les deux sexes. Pour les hommes, on constate une progression des taux jusqu'à 45-54 ans (de 10,0 pour 100 000 chez les 15-24 ans à 40,1), puis une baisse jusqu'à 74 ans. Les taux augmentent ensuite fortement pour atteindre 100,2 pour 100 000 après 85 ans. Pour les femmes, la progression des taux de décès est également marquée entre 15 et 54 ans (de 3,2 à 15,1 pour 100 000) et le fléchissement est très modéré à 55-64 ans (13,6 pour 100 000). En revanche, les taux sont multipliés par deux à partir de 65 ans pour atteindre 15,3 pour 100 000 après 85 ans.

Si la part des personnes âgées de plus de 85 ans dans l'ensemble des suicides est relativement faible, c'est pour cette tranche d'âge que l'on observe les taux de décès les plus élevés (39,7 pour 100 000). Ces taux sont deux fois supérieurs à ceux des jeunes de 25-44 ans et 1,5 fois plus élevés qu'entre 45 et 74 ans.

- **Les séparations de couple sont des situations associées à une surmortalité**

Chez les hommes de plus de 25 ans, les veufs ont les taux standardisés de décès les plus élevés (87,0 pour 100 000). Ils sont suivis par les divorcés (55,1 pour 100 000) et les célibataires (52,3 pour 100 000). À l'inverse, les hommes mariés se suicident deux fois moins souvent que les célibataires et les divorcés (tableau 3).

Parmi les femmes, les divorcées sont les plus touchées (20,4 pour 100 000) quel que soit l'âge, sauf dans la tranche des 45-54 ans où le taux de suicide des veuves est plus important. Le taux de décès des veuves et celui des célibataires sont très proches (de l'ordre de 15 pour 100 000).

La surmortalité masculine est particulièrement marquée pour les veufs qui se suicident 5,6 fois plus que les veuves. Autant pour les hommes que pour les femmes et quel que soit l'âge, les taux de décès par suicide des mariés restent les plus faibles.

- **La pendaison est le premier mode de suicide**

Pour l'ensemble de la population, la pendaison constitue le mode de suicide le plus fréquent (46%), suivi par la prise de médicament (16%) et les armes à feu (15%).

Les modes de suicide sont très différenciés selon le sexe et un peu moins selon l'âge. Pour les hommes, la pendaison est, quel que soit l'âge, le premier mode de suicide (environ 50 % des décès). L'utilisation d'une arme à feu arrive en deuxième (19,5 %) quelle que soit la tranche d'âge, sauf pour les 25-44 ans, qui ont plus souvent recours à la prise de médicaments (13,6 %). Le saut d'un lieu élevé est le plus souvent le fait des moins de 25 ans (10,5 %) et des plus de 85 ans (10,2 %), la prise de médicaments touche davantage les 45-64 ans (13,8 %), et la noyade, les 65-84 ans (5,6 %).

Pour les femmes, la prise de médicaments est le premier mode de suicide (31 % des décès), suivi par la pendaison (29 % des décès), le saut d'un lieu élevé (12,5 %) et la noyade (11,1 %). Pour les jeunes femmes de moins de 25 ans, les trois premiers modes de suicide sont la pendaison (près d'un décès sur deux), le saut d'un lieu élevé et l'ingestion de médicaments.

V. APPROCHE SOCIOLOGIQUE

Pour la Sociologie, le suicide est un fait au déterminisme uniquement social ; certains y voient le résultat direct du progrès de la culture et de la civilisation. Pour Emile DURKHEIM [6], en 1897, le suicide apparaît véritablement comme un acte déterminé par les conditions sociales. Ainsi, d'après lui, le nombre de suicides exprime très précisément le degré de cohésion, de santé sociale.

Le « taux de suicides » d'une population peut être regardé comme un indice caractéristique.

« C'est la constitution morale de la société, écrit-il, qui fixe à chaque instant le contingent de morts volontaires. Il existe pour chaque peuple une force collective qui pousse les hommes à se tuer. »

Il est amené à distinguer 4 types de suicide :

1. Le suicide altruiste

Il est particulièrement développé dans les sociétés où l'intégration est suffisamment forte pour nier l'individualité de ses membres. L'individu est tellement absorbé dans son groupe que sa vie ne peut exister en dehors des limites de ce groupe. Il apparaît dans les sociétés structurées où le sujet est trop fortement soumis aux valeurs collectives, tel le militaire pour l'armée (insuffisance d'individualisation).

Exemples de suicides « altruistes » :

- Suicide des prêtres de certaines religions orientales ;
- Suicide traditionnel des personnes âgées, devenues un poids pour la famille, au Japon ;
- Sati, en Inde: pratique qui enjoint aux veuves de se placer sur le bûcher où l'on doit brûler le corps de leur mari ; de par la pression sociale elles ne peuvent refuser ce « suicide » et ne choisissent pas toujours consciemment de se sacrifier.
- Commandant de navire qui ne peut envisager la vie sans son bateau et qui préfère couler avec celui-ci.
- Suicide des militaires jeunes retraités.
- Suicide de soldats après une défaite, pour préserver leur honneur (ex: Les Japonais se suicidant à l'aide de grenades pendant leur défaite d'Iwo Jima, lors de la Seconde Guerre Mondiale)

2. Le suicide égoïste

Présence ici, à l'inverse du suicide « altruiste » (voir ci-dessus), d'une individualisation démesurée et qui s'affirme au détriment du *moi social*, ainsi que d'une *désagrégation de la société*. Il est le signe d'une société trop déstructurée pour fournir un motif valable d'existence à certains de ses individus.

C'est, par exemple, le suicide de l'adolescent solitaire. La famille et la religion protègent « en principe » contre ce type de suicide.

3. Le suicide anémique (Marco ORRU) [29]

Le suicide anémique est dû à des changements sociaux trop rapides pour que les individus puissent adapter leurs repères moraux. Le mot « anémie » vient du grec ἀνομία / *anómia* et signifie « absence de règle, violation de la règle ». Il a été emprunté, dans un premier temps, en philosophie par Jean-Marie Guyau (1854-1888) qui, à la différence des Grecs, l'utilisait de façon positive : l'anémie représente l'affranchissement des limites virtuelles fixées par l'homme. Cependant, le sociologue français Émile Durkheim (1858-1917) [6], en étudiant le comportement suicidaire, l'utilise mais revient sur une vision plus sombre et négative du mot, où la rupture des règles peut être très néfaste au psychisme et conduire au suicide.

Il a été montré par des études que le suicide croît de façon proportionnelle aux dérèglements d'ordre social et d'ordre économique : qu'il s'agisse de crises boursières ou d'embellie économique, le taux de suicide augmente car l'individu perd ses repères et ses régulateurs.

4. Le suicide fataliste

Le suicide fataliste lié à un excès de réglementation sociale ; c'est celui que commentent les sujets dont l'avenir est impitoyablement muré, dont les passions sont violemment comprimées par une discipline oppressive. C'est le suicide du kamikaze, de celui dont l'« avenir est impitoyablement muré ». On retrouve aussi dans cette catégorie le suicide des époux trop jeunes ou celui des esclaves et des prisonniers.

Les particularités individuelles ne jouent aucun rôle ; pour DURKHEIM E. [6] en effet « *ce ne sont pas les individus qui se suicident, mais la société qui se suicide à travers certains sociétaires* ».

[29] Marco ORRU. *The Ethics of Anomie: Jean Marie Guyau and Émile Durkheim*, British Journal of Sociology, Vol. 34, No. 4 (Dec., 1983), 499–518 p.

Cette approche semble encore d'actualité. Comme le démontre Pierre Sarault [30], la mortalité par suicide augmente de 1977 à 1985 ; puis apparaît une baisse qui, selon lui, a deux types d'explications : « *Un renforcement de la cohésion sociale basé notamment sur le soutien de la parentalité et la reconstitution des réseaux sociaux d'une part, une adaptation médicalisée d'autre part.* »

Ces deux explications sont sans doute plus complémentaires qu'exclusives et renvoient à la dimension plurifactorielle du suicide, le phénomène suicidaire se situant "*aux carrefours du sociologique et du psychologique*".

Quant au sociologue David Le BRETON [31], il voit dans la recherche des conduites à risque chez les adolescents et leur valorisation, une signification anthropologique et sociale. Elle tient, d'après lui, à la perte des valeurs communes qui faisaient sens pour tous et aussi à un sentiment d'identité précaire qui pousse le jeune à approcher la mort pour se prouver qu'il est légitime d'exister. Il faut avoir, estime David Le Breton « *un individualisme sans doute exacerbé, conjugué au culte de la performance qui renvoie au besoin ou à la nécessité d'exister pour soi face aux autres* ».

• **Les religions face au suicide**

Le suicide est traditionnellement un acte condamné dans le cadre religieux. En effet, si le fait de se suicider est d'abord un acte qui va contre soi-même, l'« appartenance » de la destinée de l'homme à Dieu fait que cet acte devient une rupture de la relation spécifique entre l'homme et Dieu et un acte allant contre la souveraineté de Dieu.

Le point de vue catholique a été précisé dès le premier concile de Braga qui s'est tenu vers 561 : il déclare que le suicide est criminel dans la chrétienté, sauf chez les « fous ».

Le premier concile de Braga entendait lutter contre les modes de pensée païens à une époque encore profondément marquée par la mentalité romaine où le suicide était présenté comme une voie noble, une mort honorable, recommandable pour racheter un crime alors que le christianisme voulait marquer que pour lui le pardon, l'acceptation de se livrer à la justice pour un criminel, était la seule voie acceptable.

L'islam interdit le suicide, le considère comme un péché et interdit la prière funéraire pour un suicidé.

[30] SARAULT Pierre, *Variations sur les variations du suicide en France*. Population, juillet-octobre 1995 : 983-1012 p.

[31] Le BRETON David, *Anthropologie du Corps et Modernité*, Paris, PUF, 1990, 160 p.

- **Point de vue anthropologique : les différences culturelles**

Le suicide est perçu assez différemment selon les cultures ; il est lié au système de normes et de valeurs d'un pays. Si, dans les sociétés occidentales, il a longtemps été considéré comme immoral et déshonorant, il est dans d'autres sociétés justement le moyen de recouvrer un honneur perdu.

En Asie, il existe des formes de suicide ritualisé comme les *jauhâr* et *satî* indiens. Le *seppuku* japonais quant à lui est un suicide vu comme une issue honorable face à certaines situations perçues comme trop honteuses ou sans espoir. Pour la Chine, elle est le seul pays au monde où les femmes se suicident plus que les hommes. Pourquoi ? À cause des mariages arrangés, les Chinoises se retrouvent sous le joug de leurs belles-mères, qui les traitent comme des esclaves. Elles choisissent alors d'en finir en avalant du désherbant. La Russie, pays où l'on se suicide le plus au monde, est une société déboussolée avec un très fort taux d'alcoolémie. Le suicide n'est pas une fatalité, mais plutôt un problème de société.

- **Les différences liées au sexe**

Le fait d'appartenir au sexe masculin augmente les risques de suicide au Canada, peu importe le groupe d'âge. Il faut cependant noter que ce facteur n'est significatif qu'en ce qui a trait aux suicides réussis. Les tentatives de suicide sont jusqu'à trois fois plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes. Le nombre de tentatives de suicide peut atteindre jusqu'à dix fois le nombre de décès, mais les hommes sont six fois plus enclins à mourir de suicide que les femmes. Cette observation constitue un phénomène culturel.

Selon le psychologue Antoon Leenaars, président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, les raisons de cette différence sont davantage sociologiques que psychologiques (Burt Dowsett) [32]. D'après lui, la société apprend à l'homme à cacher ses sentiments et à nier la douleur afin d'« être un homme »; il en résulte un accroissement du sentiment de responsabilité personnelle chez eux qui, selon cet auteur, cadre mal dans la culture mâle dominante. Cette culture ne met aucun accent évident sur le soutien mutuel au moment de l'adolescence, mais insiste plutôt sur l'esprit de compétition. Il s'agit également d'une culture qui a été affaiblie par la révolution sexuelle et qui est en train de se transformer. Ces facteurs indiquent que, pour les jeunes hommes, les impulsions suicidaires se rapprochent davantage du modèle égoïste de Durkheim que du modèle anomique.

Les femmes, par contre, ont tendance à suivre le modèle anomique. Dans les études menées sur les adolescentes et sur les femmes, et visant à déterminer pourquoi il y a tant de tentatives de suicide et si peu de décès par suicide dans ces groupes, des théoriciens sont allés beaucoup plus loin que Durkheim [6].

[32] Burt Dowsett, *Young Men, Senior Males Form Most Suicidal Groups*, London Free Press, 12 juin 1990.

La théorie de l'égo par rapport aux autres, qui sert à étudier le comportement des femmes dépressives, aide à comprendre les différences liées au sexe dans le comportement suicidaire. Les études récentes font ressortir un lien constant entre l'importance que les femmes attachent aux relations et les facteurs qui influent sur le comportement suicidaire. Le stress résultant de l'incapacité de régler les conflits interpersonnels compte plus souvent parmi les facteurs suicidogènes chez les femmes que chez les hommes. Cette théorie met l'accent sur quatre processus courants qui, lorsqu'ils sont exacerbés, sont à l'origine de la plupart des tentatives de suicide chez les femmes. Il s'agit de la vulnérabilité face à la perte, de l'inhibition de la colère, de l'inhibition de l'action et de l'agression, et de la faible estime de soi. Au lieu de considérer ces facteurs comme des faiblesses, comme le fait la théorie classique selon laquelle l'expérience mâle constitue la norme, la théorie de l'égo les considère comme des atouts d'après la norme féminine. En examinant l'expérience normative des femmes, on commence à mieux comprendre les différences de comportement suicidaire liées aux sexes.

Une autre théorie employée pour expliquer les différences liées au sexe dans le cas des tentatives de suicide et des suicides réussis se fonde sur la méthode employée pour se suicider. Les adolescentes font appel le plus souvent aux médicaments, tandis que les adolescents ont recours à des méthodes provoquant une mort instantanée, comme des armes à feu. Toutefois, selon des sources américaines, ces différences se modifient. Les Centers for Disease Control ont en effet constaté que moins du tiers des suicides survenus chez les femmes de 15 à 24 ans en 1970 étaient imputables à l'usage d'une arme à feu, alors que la proportion était passée à un peu plus de la moitié en 1984. Par ailleurs, alors que 42% des jeunes femmes qui se sont suicidées en 1970 ont utilisé des médicaments, il n'y en avait plus que 10% à avoir eu recours à cette méthode en 1984. Selon le sociologue James Mercy, ces tendances se poursuivront, parce qu'il est facile d'obtenir des armes à feu aux États-Unis et de plus en plus difficile de se procurer des barbituriques pouvant provoquer la mort (FOLKENGERG Judy) [33].

Le psychologue Lee SALK (2002) [34] de la Faculté de médecine de l'Université de Cornell a proposé une théorie controversée afin d'expliquer les différences liées au sexe. Il établit un lien entre le traumatisme à la naissance et le suicide. Il fait ressortir que les taux de mortalité infantile ont commencé à chuter une quinzaine d'années avant que les taux de suicide chez les adolescents ne se mettent à grimper en flèche. Il ajoute que les garçons souffrent davantage que les filles de complications à la naissance et détermine les trois dénominateurs communs qui reviennent constamment à l'examen des antécédents des suicidés : détresse respiratoire pendant plus d'une heure à la naissance, manque de soins prénataux avant la 20^e semaine de grossesse et maladie chronique de la mère pendant la grossesse. Il va même jusqu'à établir un lien entre les méthodes employées pour tenter de se suicider et le type d'intervention à la naissance.

[33] FOLKENGERG Judy, *Guns and Gals*, Psychology Today, juillet-août 1988, 16 p.

[34] SALK, Lee, et al, Relationship of Maternal and Perinatal Conditions to Eventual Adolescent Suicide, The Lancet, March 16, 1985, Volume I : 624-627 p.

Cette hypothèse a également été soutenue par des médecins suédois, qui ont constaté un lien plus étroit entre le suicide et le traumatisme à la naissance qu'avec n'importe lequel des onze facteurs de risque examinés, y compris des variables socio-économiques telles que l'alcoolisme des parents et les familles désunies. Cette théorie demeure très controversée dans la profession médicale, qui cherche à accroître le contrôle et l'intervention obstétriques plutôt que de les réduire comme le préconisent les scientifiques qui la défendent.

- **Les suicides à la chaîne**

Même si l'augmentation des suicides s'est stabilisée ces dernières années, le nombre de « suicides à la chaîne » est à la hausse. L'existence de ce type de suicide est un aspect du phénomène des suicides chez les adolescents qui a retenu l'attention publique récemment au Canada. À Lethbridge, en Alberta, trois adolescents se sont suicidés en l'espace de trois mois et une tragédie semblable est survenue à Antigonish, en Nouvelle-Écosse. Bien que certains soupçonnent l'influence d'un culte satanique dans le cas des suicides de Lethbridge, ces soupçons n'ont nullement été confirmés. Les adolescents eux-mêmes déclarent que l'attention des médias sur cette possibilité ou sur l'influence de la musique « heavy metal » ou des vidéo-clips constitue seulement une tentative des adultes de se débarrasser de leur sentiment de culpabilité et de fermer les yeux sur les vrais problèmes auxquels les jeunes sont confrontés. Qu'il s'agisse de pactes de suicide ou non, l'incidence des suicides d'imitation chez les adolescents devient très commun dans le monde. Les raisons de cette nouvelle tendance n'ont pas été établies de manière concluante. Mais il y a lieu de penser que les jeunes qui ne trouvent pas de solution à leurs problèmes en s'adressant à leur famille, à des médecins ou à des professeurs se tournent vers d'autres adolescents pour chercher de l'aide.

Même s'ils ne tentent pas de se suicider, tous les adolescents songent à le faire, à en croire certaines études. C'est ce que soutient Simon Davidson, directeur de la recherche psychiatrique à l'Hôpital pour enfant de l'est de l'Ontario, dans un rapport qu'il a publié cette année. Dan Wiseman, directeur des services sociaux au Conseil scolaire d'Ottawa, croit pour sa part que cette affirmation pourrait bien être vraie, mais fait remarquer que seulement 10 à 12% des élèves tentent de se suicider et que seulement 1 à 2% y parviennent. M. Wiseman, qui a lancé le programme interne de prévention du suicide au Conseil scolaire d'Ottawa, déclare que le suicide devient une solution viable parce que les adolescents manquent d'expérience pour régler les problèmes et maîtriser le stress. (IBBITSON John) [35]

[35] IBBITSON John, *Experts Rap Report on Teen Suicide*, Ottawa Citizen, 17 janvier 1989.

- **Les conceptions récentes**

- **La notion de conduite suicidaire**

Par rapport au débat entre approche psychiatrique et approche sociologique, Louis Crocq apporte une clarification en précisant la distinction qu'il y a lieu de faire entre conduite suicidaire d'une part et fait suicidaire d'autre part. La conduite se situe plus dans une fonction de psychologie individuelle, tandis que le fait suicidaire fait appel à des causes générales distinctes des causes individuelles (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française 1997) [36].

Une première distinction proposée par Crocq est celle entre tentative et comportement. La tentative, qu'elle soit velléité, chantage, simulacre ou automutilation, suppose la prise d'une option sur l'intention. A l'opposé se situe le comportement qui correspond à une position d'observation s'interdisant toute compréhension du geste.

- **les fonctions suicidaires**

Les conceptions de Baechler représentent un tournant par rapport à l'œuvre de Durkheim. Il introduit la notion d'acte au cours duquel le calcul de l'individuel, la notion d'intentionnalité se surajoutent au social.

Il propose alors quatre grandes fonctions suicidaires (Baechler J. 1975) [17]:

1. le suicide escapistes : la fuite (échapper à une situation insupportable), le deuil (échapper au sentiment de perte d'un élément primordial), le châtement (expier une faute réelle ou imaginaire).
2. le suicide agressif : la vengeance (pour évoquer le remords chez autrui), le chantage (faire pression sur autrui), l'appel (signal d'alarme).
3. le suicide oblatif : le sacrifice (pour sauver ou atteindre une valeur jugée supérieure à la vie personnelle), le passage (accéder à un état considéré comme plus délectable).
4. le suicide ludique : l'ordalie ou le jeu (risquer ou jouer avec sa vie).

- **La notion d'équivalent suicidaire**

La notion selon laquelle les conduites suicidaires se reproduiraient selon un certain nombre d'étapes préparatoires et annonciatrices d'une issue fatale, ne trouve dans bien des cas son évidence que dans l'après-coup. A ce titre, la notion d'équivalent suicidaire (conduite à risque, refus thérapeutique, automutilation, toxicomanie) apporte des enseignements utiles. Collin décrit les différentes formes

[36] CONGRES DE PSYCHAIITRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE, *Les conduites suicidaires et leur devenir*. Tour : Masson, 1997, 201 p.

de menace, chantage, ou véritable désir de mort avec les équivalents suicidaires. Il considère qu'il faut couper court à la distinction entre sincérité et manipulation, entre acte dérisoire et acte soutenu par un désir authentique (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française 1997) [36].

Ceci nous éloigne bien évidemment des définitions classiques de Durkheim, Esquirol et Deshaies qui privilégiaient le degré de conscience ou de volonté pour identifier la conduite suicidaire.

○ **L'idée suicidaire**

Il est intéressant de constater le paradoxe de l'idée suicidaire qui n'a pas le même sens suivant les contextes : chez le mélancolique, c'est davantage l'idée de mort que l'idée de suicide qui prédomine ; tandis que chez l'adolescent c'est davantage l'occasion d'apporter une réflexion sur l'existence et ses limites, allant jusqu'à intervenir comme protection contre un passage à l'acte aussi bien que comme son annonciateur évident.

A l'inverse, l'idée de suicide peut aussi annoncer le processus destructeur lorsqu'elle s'accompagne d'un certain nombre d'indices comme l'évocation de précisions concernant les moyens suicidaires, le changement de tonalité, la notion d'un seuil ou sa date anniversaire, voire l'éminence du syndrome pré-suicidaire identifié par Ringel et caractérisé par l'association d'idée suicidaire, de repli sur soi, d'isolement progressif, d'inhibition de l'agressivité vis-à-vis d'autrui.

VI. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

A. DEUIL ET MELANCOLIE

Pour Freud le suicide reste encore une énigme. Dans « Deuil et mélancolie », il décrit plus l'autodépréciation du mélancolique que son attirance pour la mort. Dans l'article sur la Psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine, il fournit une explication du suicide en quelques lignes : « c'est un désir de tuer l'objet avec lequel le sujet s'est identifié qui fournit l'énergie nécessaire à l'accomplissement de l'acte, considéré alors comme un retournement sur soi-même ».

En 1915, dans « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », Freud [37] avait précisé que la mort est toujours la mort de l'autre, car rien de pulsionnel

[37] FREUD Sigmund, (1915), *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. Traduction de l'Allemand par le Dr. S. Jankélévitch en 1915 revue par l'auteur lui-même. Réimpression : *Essais de psychanalyse*. Paris : Éditions Payot, 1968, (235 à 267 p.), 280 pages. Collection: Petite bibliothèque Payot, no 44. Traduction précédemment publiée dans la Bibliothèque scientifique des Éditions Payot.

en nous ne favorise la croyance en la mort ; dans cette optique, l'angoisse de mort est toujours secondaire par rapport à l'angoisse de culpabilité référée à la castration.». Plus tard en 1920, la mort sera érigée en principe primordial, mais sous forme de tendance à l'inertie, au nirvana, avec, en corollaire, une position de masochisme primaire.

La question va se poser de savoir s'il faut définir l'acte suicidaire dans un conflit pulsionnel (libido déçue) ou un conflit du Moi propre à son affirmation. Dans le texte de 1910 [38], « Pour introduire la discussion sur le suicide », la problématique est posée en ces termes, mais Freud décide de différer sa réponse « jusqu'à ce que l'expérience ait résolu le problème ».

En choisissant d'analyser le suicide en fonction de l'état mélancolique, est-il possible de l'appréhender autrement que comme un accident symptomatique ?

Béla Grunberger [39] a tenté de réhabiliter le suicide en tant que symptôme essentiel mais le suicide reste intégré à la mélancolie.

René Laforgue [40] fait du suicide une modalité de la névrose d'échec, il rejoint Otto Fénichel [41] qui réduit le suicide à l'enjeu d'un combat entre le Moi et le Surmoi.

L'article de Jean-Claude Rolland et Olivier Quenard [42] sur « l'énigme du suicide » réside dans la présentation de deux processus suicidaires distincts. Le suicide du mélancolique d'une part, qui vise réellement « la mort cadavérique » et, d'autre part, les autres formes de suicide où la mort n'apparaît que dans son aspect métaphorique. La différence entre ces deux processus est sous-entendue, selon les auteurs, par une base pulsionnelle différente : le suicide du mélancolique intervient « à un moment où l'organisation narcissique du Moi est déjà défaite au profit de l'objet. ». C'est l'objet intériorisé qui est alors tué, ce qui est en conformité avec l'hypothèse freudienne : par contre dans « ... les autres formes de suicide c'est dans un Moi normalement investi narcissiquement qu'apparaît la tendance suicidaire qui créera la désorganisation narcissique à laquelle la mort peut s'en suivre. ».

• **La rencontre avec la mort réelle**

Le cadavre sidère les témoins directs qui, dans un premier temps ne sont pas capables de penser le geste suicidaire et ne peuvent que projeter le fantasme de leur éventuelle responsabilité. Les sentiments éprouvés vont de la peine à une agressivité

[38] FREUD Sigmund, (1910), Pour introduire la discussion sur le suicide, « *Résultats, Idées, problèmes* » Tome 1, PUF, 1984, 131-132 p.

[39] GRUNBERGER Béla, *Le narcissisme*, Essai de psychanalyse, Editions la petite bibliothèque Payot collection science de l'homme, 1993, 210-53 p.

[40] LAFORGUE René, *Psychopathologie de l'échec*. Payot. Paris.1950.

[41] FENICHEL Otto, *Les antécédents prégénitaux du complexe d'Oedipe*, Journal int. de psychanalyse, XII, 1930, 141-166 p.

[42] ROLLAND Jean-Claude et QUENARD Olivier, L'approche psychanalytique, *Suicides et conduites suicidaires*, T. II, 1982, Masson.

, surtout si la responsabilité de l'acte est clairement imputée à tel membre de l'entourage. Lorsque la responsabilité n'est qu'implicite, ce peut être un sentiment de malaise qui affecte les proches. Il apparaît qu'immédiatement un message est livré : souvent il peut être contenu en clair dans un écrit d'explications ou d'adieux. Parfois, il est à déchiffrer dans l'énigme du geste lui-même.

Le lieu et le moyen sont évocateurs de ce message : qu'y a-t-il de commun entre le sujet découvert mort dans son lit, dans une apparence de sommeil, et le sujet pendu, ou celui qui s'est précipité d'un lieu élevé, offrant au regard des autres un corps fracassé ?

Les lettres qui accompagnent les gestes suicidaires, considérés comme un élément de preuve du suicide lors de l'enquête judiciaire, sont aussi utiles que la mise en scène du corps pour en aborder le sens. Leur contenu est disparate, allant de simples recommandations (compte bancaire, animaux ...) à l'accusation de tel ou tel proche ou à un plaidoyer d'autojustification (MORON P., 1985) [43]. Le message du suicidé est généralement adressé aux personnes les plus investies par le sujet.

Ces premières impressions qui resteront fixées, comme un arrêt sur image, vont laisser des traces souvent durables, du fait de leur dimension traumatique.

Les images de mort violente provoquent des réactions de choc importantes et hantent les endeuillés, qu'ils aient vu le corps ou l'aient seulement imaginé. Tout comme la découverte d'un suicide, son annonce peut être, en elle-même, un événement traumatique pour les proches.

- **Le sentiment de culpabilité**

Le sentiment de culpabilité inconsciente est lié au désir de décommettre un acte de meurtre sachant que ce désir reste au niveau imaginaire, au niveau du fantasme. La théorie du passage à l'acte se définit par le passage de l'imaginaire au réel.

La culpabilité est très proche de l'angoisse. Elle est en rapport avec le désir lui-même articulé à un fantasme, à un scénario imaginaire comme le meurtre du père. Après la mort d'un proche, l'inconscient vient projeter un fantasme d'abandon.

- **La pulsion de mort, la pulsion de destruction**

Freud [44] évoque la transformation de la pulsion de mort en pulsion de destruction, comme dans l'enfance lorsque l'enfant détruit son jouet. Ces deux pulsions sont articulées entre elles dans la relation amoureuse, où amour et haine sont intimement liés La haine peut rapidement se substituer à l'amour.

[43] MORON P., *Suicide et désir de vivre*, Editorial, La Gazette Médicale, 1985, 92, 13, 21.

[44] FREUD Sigmund, (1920) *Au-delà du principe de plaisir*. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot éd, 1981, 110 p.

Il existe autant de jouissance dans la destruction que dans l'amour. L'intériorisation de la pulsion de destruction est également productrice de violence et entraîne des pathologies somatiques, voire le suicide.

Dans l'acte suicidaire : passage à l'acte dans le réel, le sujet se détourne de la loi morale donc de la question du père, du Nom-du-Père selon Jacques Lacan. La limite donnée par la loi morale n'opère plus et la jouissance est déversée dans le réel.

B. LA NAISSANCE DU MOI

Le stade du miroir comme précurseur du Moi

Le stade du miroir est un terme utilisé pour la première fois par Henri Wallon ; ensuite Jacques Lacan, D.W. Winnicott, Françoise Dolto introduisent ce stade dans la théorie psychanalytique.

- Le stade du miroir chez Henri Wallon [45]

Henri Wallon, créateur de ce terme, a été le premier psychologue à relever l'importance du miroir dans la construction psychologique de l'enfant, qu'il développa dans son livre *Les origines du caractère chez l'enfant*. Pour lui, l'enfant se sert de l'image extériorisée du miroir, afin d'unifier son corps. Ce processus se déroule lors du stade émotionnel de Wallon (6 à 12 mois). Cet auteur a également décrit le comportement de l'enfant face à l'image reflétée, de lui-même et de son entourage proche, notamment celle de sa mère. (M.Bergeron, 1963) [46]

René Zazzo [47] mettra en évidence les quatre grandes étapes de cette description :

- Reconnaissance de l'image de l'autre
- L'enfant prend son image pour un autre enfant : « C'est ainsi que, dans sa 61e semaine, [l'enfant] touche, frappe, lèche son image dans le miroir, joue avec elle comme avec un comparse »
- Malaise devant son reflet : L'enfant « s'en détourne [du miroir] obstinément. Même jeu la semaine suivante avec une photographie sous verre, dont le petit format rend bien improbable qu'il ait pu la confondre réellement avec l'image spéculaire »
- Identification de l'enfant à sa propre image.

[45] WALLON Henri, *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, PUF, coll. « Quadrige Le psychologue », éd. de 1983. (ISBN 2-13-038093-X).

[46] BERGERON M., *Les conceptions psycho-biologiques de H.Wallon*, Psychiatrie de l'Enfant, 1963, VI, 2, 539-562 p.

[47] ZAZZO René et al., *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*, t. 2, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1998, 3^e éd. (1^{re} éd. 1969) (ISBN 2-603-00205-8).

Le développement de la personnalité passe par l'acquisition du « JE ». Beaucoup de malades mentaux ne sont pas « sujet de leur discours ».

Il faut bien savoir que le nourrisson ne se vit pas distinct de sa Mère, et donc qu'il n'a pas conscience de son propre corps. Ce n'est que progressivement qu'il va prendre conscience de lui-même, et intégrer les limites de ce corps qui est à lui et différent des Autres. Il distinguera ainsi ce qui est de l'ordre du Moi et ce qui ne l'est pas.

On peut remarquer déjà que vers 4 mois il réagit à son image reflétée par le miroir, mais comme à n'importe quelle apparition d'enfant. Il sait par contre reconnaître sa Mère et la reconnaît dans le miroir, mais n'a pas encore réalisé qu'il s'agit d'une image.

Dans cette évolution psychique du petit enfant, survient vers 7 ou 8 mois un stade important pour son développement que LACAN nomme le "stade du miroir". Cette étape doit permettre au bébé d'identifier ce corps qui est à lui et qui est différent de l'Autre, le premier Autre: la Mère. Son corps à lui, il l'a déjà exploré des mains, de la bouche, et ses yeux ont enregistré les mains et les pieds qui passaient devant son visage. Il reconnaît aussi les visages de ses proches. Quand il se voit dans le miroir, il attend une réaction de cet Autre devant lui. La Mère qui le tient dans ses bras (ou qui est placée derrière lui) va lui nommer cette image et lui dire "c'est l'image de ton corps, c'est toi que l'on voit dans le miroir". Cette parole de la Mère va lui faire prendre conscience de leur existence distincte, à elle et à lui. Il va chercher confirmation en se retournant pour voir sa Mère derrière (ou à côté de) lui.

Cette étape du stade du miroir a une grande valeur symbolique dans l'évolution psychique de l'enfant. Elle le force à prendre conscience qu'il est différent de sa Mère, des Autres. Elle lui donne des limites dans la vision de ce corps "limité" par un contour, et aussi par une taille. Il se perçoit comme un tout, unique, et aussi comme extériorité. Il découvre les parties de son corps qu'il ne connaissait pas encore: le schéma corporel se construit. La relation affective que l'enfant entretient avec les autres, de symbiotique (relatif à un soutien mutuel) devient anaclitique (conscience de ce soutien). Désormais l'enfant sait qu'il a besoin de la Mère. C'est une période très importante de distinction, que ce soit extérieur/intérieur ou Moi/Autre (le "Moi" se forme en même temps que se forme l'Objet extérieur, l'un n'existant que par rapport à l'autre). Il découvre aussi que l'Autre dans la glace n'est qu'une image et non un être réel. C'est un leurre: l'enfant passe du réel à l'imaginaire.

- **Le stade du miroir pour Jacques Lacan**

Le parallèle, sur ce point, entre Jacques Lacan et Henri Wallon est si étroit, que certains auteurs vont jusqu'à dire que Lacan était « freudo-walloniste ». Ce constat est sûrement un peu excessif, étant donné que Lacan est loin de la conception généticienne du psychisme de Wallon, mais il a le mérite d'être parlant, et de montrer à quel point Lacan s'est appuyé sur les observations de Wallon.

Le terme « stade du miroir » a donc été réutilisé par Jacques Lacan en 1937 dans : « *Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçu en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique*, Communication au 14e Congrès psychanalytique international, Marienbad, International Journal of Psychoanalysis, 1937. »

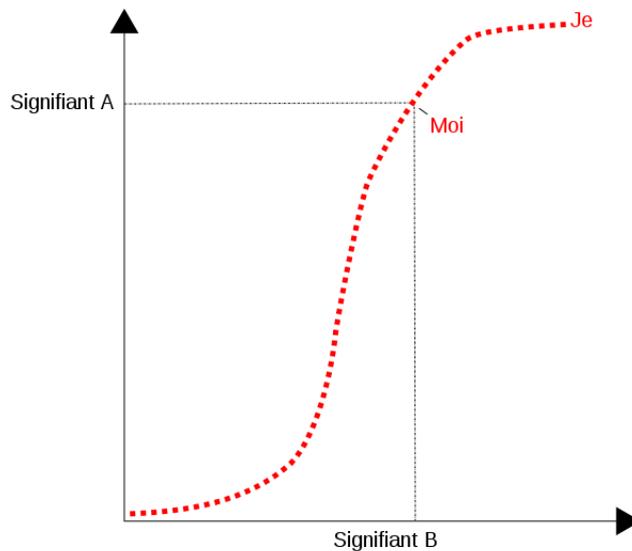
Il l'a repris une première fois dans son article *Le complexe, facteur concret de la psychologie familiale* paru en 1938, à la demande d'Henri Wallon dans l'*Encyclopédie Française*, et plus précisément dans le volume VIII intitulé *La Vie Mentale*, puis dans une communication faite au XVI^e Congrès international de psychanalyse, à Zurich, le 17 juillet 1949 : *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* [48].

Ainsi, pour Lacan, ce stade est le formateur de la fonction sujet, le « je », de l'enfant âgé de 6 à 18 mois. Mais cette fonction, ne peut se mettre en place que par la présence de l'autre. En effet, pourquoi dire « je », s'il n'y a personne à qui l'opposer ? Le sujet est donc social, il a besoin de l'autre pour se constituer. Ainsi, selon Elisabeth Roudinesco [49], « le stade du miroir est ainsi le moment ou l'état durant lequel l'enfant anticipe la maîtrise de son unité corporelle par une identification à l'image du semblable et par la perception de son image dans un miroir. ».

À un stade où l'enfant a déjà fait, sur le mode angoissant, l'expérience de l'absence de sa mère, le stade du miroir manifesterait la prise de conscience rassurante de l'unité corporelle et, selon Lacan, la jubilation de l'enfant au plaisir qu'il a de contempler l'image de son unité, à un moment où il ne maîtrise pas encore physiologiquement cette unité. Ce vécu du morcellement corporel, et le décalage que provoque cette image spéculaire entière, permettent l'identification de l'enfant à sa propre image, identification qui n'est qu'une anticipation imaginaire aliénante.

[48] LACAN Jacques, dans une communication faite au XVI^e Congrès international de psychanalyse, à Zurich, le 17 juillet 1949 : *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*.

[49] ROUDINESCO Élisabeth, *Jacques Lacan : esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, Paris, Fayard, 1993, 723 p.



Le Moi est sous-tendu entre deux signifiants, et le Je est l'ensemble des Moi

- Le stade du miroir et Autre

Plus tard, Lacan a développé un aspect important du stade du miroir, en y introduisant une réflexion sur le rôle de l'Autre. Dans l'expérience archétypique du stade du miroir, l'enfant n'est pas seul devant le miroir, il est porté par l'un de ses parents qui lui désigne, tant physiquement que verbalement, sa propre image. Ce serait dans le regard et dans le dire de cet autre, tout autant que dans sa propre image, que l'enfant vérifierait son unité. Ou, pour le dire autrement, la preuve de son unité lui vient du regard et du dire d'un autre (parental). En effet, l'enfant devant le miroir reconnaît tout d'abord l'autre, l'adulte à ses côtés, qui lui dit « Regarde c'est toi ! », et ainsi l'enfant comprend « C'est moi ».

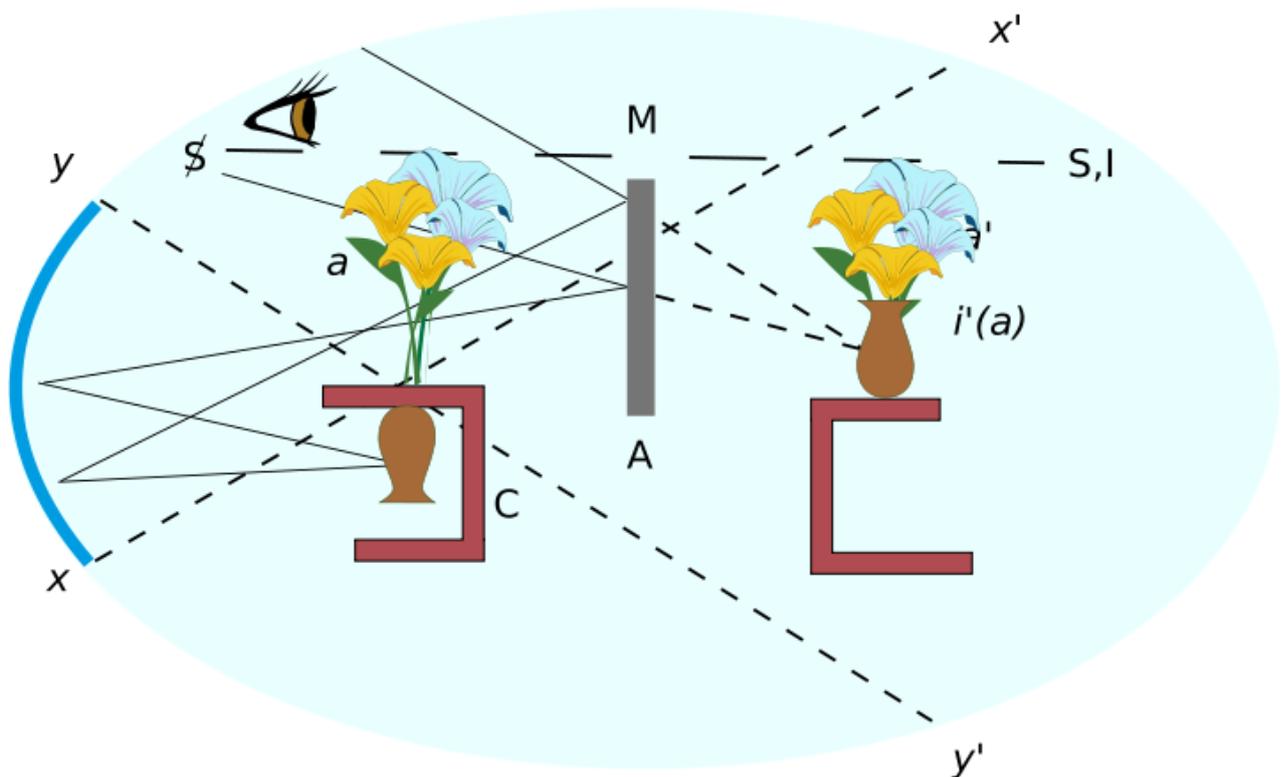
Le regard va donc être un concept fondamental pour Lacan puisque c'est lui qui va permettre à cette identification au semblable d'évoluer. Sans entrer dans les détails de l'ouvrage de Henri Bouasse [50], *Optique et photométrie dites géométriques* repris dans *Remarques sur le rapport* de Daniel Lagache [51] (plus connu sous le nom de l'expérience du « bouquet renversé »), on peut résumer le problème du *regard* chez Lacan autour d'un constat :

L'image de mon corps passe par celle imaginée dans le regard de l'autre ; ce qui fait du regard un concept capital pour tout ce qui touche à ce que j'ai de plus cher en moi et donc de plus narcissique.

Cette période est également la mise en place de l'objet source de désir de l'enfant. Il va le choisir en se référant à l'objet de désir de l'autre.

[50] BOUASSE H., *Optique et photométrie dites géométriques*. Paris, Delagrave, 4^e édition 1947, 87 p. (référence à laquelle Lacan renvoie in « *Remarque sur le rapport de Daniel Lagache* »).

[51] LACAN Jacques, « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : 'Psychanalyse et structure de la personnalité' », in « *Ecrits* », Paris, Seuil, le schéma, 1966, 680 p.



Version finale du schéma du stade du miroir selon Lacan. S barré : le sujet divisé. M (miroir) : A : le grand Autre. C : le corps propre. a : l'objet du désir. $i'(a)$: moi idéal. S : sujet de l'imaginaire. I : idéal du moi. [52]

Idéal du Moi (Jean-Jacques Pinto) [53]

- La prématuration biologique de l'enfant humain favorise la capture de son psychisme par l'image spéculaire (image du miroir), dont la complétude apparente lui permet d'anticiper imaginairement cette maturation physiologique qui lui manque. Cette image vient par ailleurs servir de référent au signifié que le sujet doit trouver pour répondre à l'appel de ce signifiant particulier qu'est l'Idéal du Moi (défini comme "*lieu d'où le sujet se voit comme aimable, support de l'amour en tant que narcissique*"). C'est pour autant qu'il est exigé de l'enfant d'être "un" qu'il s'assujettira à cette image.
- L'illusion ne se maintiendra que si le regard de la Mère (qui à ce stade incarne le grand Autre, c'est-à-dire le réseau des signifiants, le lieu de la détermination signifiante du sujet) confirme l'enfant dans cette reconnaissance imaginaire.
- Dès lors, l'image spéculaire (Moi idéal) servira de modèle à la constitution du Moi du sujet, consacrant définitivement la confusion entre l'autre imaginaire (le semblable, le petit autre) que le sujet sera amené à rencontrer, et le grand Autre (trésor du signifiant) qui est le véritable moteur de la structure.

[52] LACAN Jacques, Le Séminaire XI, Les quatre concepts fondamentaux, Seuil, Paris, 1973, le schéma, 162 p.

[53] Extrait de la Thèse de médecine de J.-J. Pinto sur la notion de changement en psychiatrie. Cette thèse est intitulée *La notion de changement en psychiatrie*, Marseille, 1978. L'extrait porte sur "*les leurres de l'imaginaire*" et oppose la "géométrie imaginaire du Moi" (avec ses métaphores corporelles) et la "logique du signifiant" (avec sa topologie), irréductible différence de nature que la médiation du fantasme tentera de combler.

- Ceci se figure sur le schéma dit "schéma L" où la flèche de la relation imaginaire vient faire écran à "*l'avènement du sujet (S) au lieu de sa détermination signifiante (A)*".
- La prégnance de ce premier leurre permet de comprendre comment les détails constitutifs de l'image du corps vont être réutilisés et rationalisés par le Moi dans une réinterprétation mythique de la structure réelle : "*le mythe, c'est la tentative de donner forme épique à ce qui s'opère de la structure*" (Jacques LACAN - "Télévision"). Voir ci-dessous *La spatialité du moi*.

Image du corps

Le stade du miroir implique que le corps vaille comme signifiant. Un terme est pointé pour désigner ce corps et ce dernier sera pris dans la chaîne des signifiants, chaîne dans laquelle pourra s'intercaler un symptôme (lui aussi fait de signifiants).

La question de l'articulation du stade du miroir et de l'image du corps se pose avec l'observation maintenant bien connue et scientifiquement reproduite de l'existence du stade du miroir chez les primates supérieurs (démontrée chez les chimpanzés (pan troglodytes et pan paniscus) et les gorilles). Plusieurs expériences le prouvent : la plus simple fut le fait de peindre d'une couleur l'oreille d'un chimpanzé endormi qui, à son réveil, se regardant dans un miroir, se touche alors l'oreille, confirmant ainsi sa reconnaissance dans le miroir. Il est cependant difficile d'inférer de cette observation l'existence d'un moi comparable à cette entité chez l'humain, dans la mesure où nous ne communiquons pas avec les primates et que l'existence du moi ne peut être affirmée par le sujet (est-il d'ailleurs un sujet ?). Une solution nous a paru possible en postulant l'existence d'une conscience d'un « moi corporel » chez les grands primates, à défaut de l'existence du moi, qui n'est cependant pas une impossibilité (au sens où nous l'entendons). Ce serait alors notre définition de l'humain qui serait à revoir.

Nous reviendrons sur la question : l'image du corps des patients suicidaires telle qu'elle se trouve projetée sur le dessin, dans la partie clinique.

La spatialité du Moi [53]

Jean-Jacques Pinto dit que la spatialité du moi est en rapport avec l'espace où se meut le corps, non le corps réel étudié en Anatomie et en Physiologie, mais le corps tel qu'il est fantasmé par le sujet.

1. L'image du corps se résume schématiquement à celle d'une enveloppe sphérique, d'un "sac de peau" délimitant un intérieur et un extérieur. C'est une image tridimensionnelle, perçue dans l'espace tridimensionnel de la vision.

2. Elle est dotée d'un mouvement apparemment "autonome" : les points de l'image se déplacent solidairement et le déterminisme du mouvement (par exemple l'apport d'énergie venant du milieu) est masqué au profit d'une illusion *d'indépendance, d'autonomie, de liberté d'action*.
3. Elle paraît rassembler en elle des "morceaux de corps" dont l'éparpillement est redouté (angoisse de morcellement). Elle oppose son unicité à la multiplicité des parties dont elle se compose. Elle semble rester identique à elle-même, donc identifiable et repérable. C'est sur elle que s'appuiera la notion d'individu.

Comme elle se distingue par des caractéristiques morphologiques, des "signes particuliers", de l'image d'autres corps, elle pourra supporter la notion d'*originalité, de modèle unique, irremplaçable*.

La projection de cette image (devenue le référent du Moi) et de ses caractéristiques sur le Monde va déterminer le contenu de toutes les représentations anthropomorphiques qui jalonnent l'histoire des sciences. Il semble que de tous temps le narcissisme humain ait préféré le modèle explicatif qui se rapprochait le plus de son image, que ce soit dans l'animisme primitif, ou dans la persistance du modèle sphérique (avec intérieur et extérieur) dans les sciences humaines par exemple.

De façon plus générale, le langage atteste à chaque instant que les termes les plus abstraits du vocabulaire sont à l'origine empruntés au vocabulaire du corps ou à celui des trois dimensions de l'espace visuel où il évolue.

La notion de coïncidence de l'image du Moi et de la représentation du Monde se confirme aussi cliniquement : dans l'angoisse de dépersonnalisation, il y a à la fois l'impression de désomatisation et vécu catastrophique de fin du monde.

Toutes ces remarques expliquent qu'on puisse parler de "Géométrie du Moi" pour définir l'espace imaginaire où il situe ses actions et qu'il utilise pour ses raisonnements (en effet, la logique traditionnelle avec ses principes d'identité et de non-contradiction se réfère aussi au modèle de la sphère où l'intérieur et l'extérieur sont strictement séparés, où A et non-A s'excluent radicalement).

Les métaphores utilisant l'image corporelle vont venir masquer d'une familiarité rassurante tout ce qui ne peut se saisir par l'évidence, autrement dit par la vue : ainsi s'explique leur particulière fréquence dans la description des phénomènes psychiques. Les "facultés mentales" sont isolées et personnifiées, leur fonctionnement et ses perturbations sont décrits comme ceux d'un corps, tant dans le langage courant ("*une pensée féconde, une mémoire fidèle*") que dans le vocabulaire traditionnel de la psychologie. Lorsqu'un tel emploi ne reçoit pas de critique, l'Imaginaire utilise le Symbolique pour se signifier, l'illusion se maintient grâce à la "vraisemblance" du modèle utilisé, et l'on finit par oublier que c'est la fonction symbolique qui détermine dans ses moindres détails le psychisme humain. Or le Symbolique, lui, n'obéit pas à la "géométrie" imaginaire du moi.

Lorsqu'on cherche à décrire le fonctionnement du signifiant, on constate qu'il est constitué d'éléments caractérisés par des oppositions formelles (indépendamment de leur signifié). Ces éléments entrent dans une combinatoire que régit la grammaire, pour se disposer linéairement (axe syntagmatique). Ils quittent périodiquement leur place dans la chaîne signifiante pour la retrouver ensuite.

Si le nombre des éléments signifiants dans une langue donnée est limité, la combinatoire en est infinie (un locuteur est capable de constituer une infinité de phrases acceptables, grammaticales) mais non indéfinie (le locuteur peut reconnaître les combinaisons inacceptables).

Ce caractère fait du réseau des signifiants un champ qui ne peut s'inscrire dans une surface fermée (cercle ou sphère). Comme, d'autre part, il est impossible (si on ne confond pas le signifiant avec les organes phonateurs qui en sont la condition nécessaire mais non suffisante) de localiser s'il se situe dans les locuteurs ou entre eux, le modèle topologique le plus approprié à rendre compte de la "localisation" du signifiant est celui d'une bande de Mœbius, où l'extérieur et l'intérieur sont en continuité puisqu'il s'agit d'une surface à une seule face et un seul bord.

Ainsi se comprend mieux l'irréductible différence de nature qui sépare la "logique du signifiant" du "lieu du corps", et que l'imaginaire du Moi tentera de combler par la médiation du fantasme.

La temporalité du Moi

C'est avec la constitution du Moi qu'apparaît le temps vécu du parcours subjectif, l'Histoire du sujet avec ses repères de passé, présent et futur.

Les événements psychiques seront dès lors décrits comme des mouvements du corps, et le langage usuel ne permet pas de décrire autrement le temps : c'est le parcours d'un corps à travers l'espace qui mesure pour nous le temps. Seul le langage mathématique, utilisé dans la physique relativiste par exemple, parvient à une description non intuitive du temps : dans l'intuition commune, "Je" (le Moi) viens du passé et "Je" vais vers l'avenir.

Ceci masque que le futur n'est qu'un futur antérieur (j'aurai été), et que l'histoire que le sujet va porter au compte de sa volonté, de son libre arbitre est le développement déjà déterminé d'une inscription présente à son insu dans les signifiants de sa demande et de son désir.

Ici, il nous faut définir le concept d'acte, bien différent du comportement observé chez l'animal, car lié à l'existence, chez l'homme, de la dimension du langage.

Agir, c'est "retraduire la Logique (du signifiant) dans le Lieu (du corps)".

- Le corps existant dans le réel, il s'ensuit que tout acte fait apparaître du nouveau dans ce réel.
- Mais du fait que l'acte est une répétition liée à des signifiants, à du symbolique, il peut également être décrit comme réalisant de l'ancien.

Le Moi méconnaît qu'il n'est que le jouet de cette répétition signifiante. Il s'imagine exclusivement créateur de nouveau, agent de changement, architecte de l'univers subjectif. Il pense, au fil de ses actes, laisser le passé derrière lui, être en route vers l'avenir.

Dans la suite, nous serons amenés à reprendre cette distinction essentielle entre changement apparent (perçu dans la temporalité linéaire du Moi) et changement structural (celui qui met fin à la répétition). On comprendra alors mieux qu'un désir de changement (apparent) puisse n'être qu'une résistance de plus au changement (structurel).

La relation imaginaire

Le Moi du sujet, sitôt constitué, va entretenir avec l'image spéculaire (qui est aussi l'image du semblable, "l'autre imaginaire") des relations "d'agression érotisée" placées sous le signe de l'ambivalence : c'est le couple amour-haine.

Au fil des identifications, un certain nombre de signifiants sont considérés par le Moi comme ne faisant pas partie de lui-même (« Je suis ceci et pas cela ») et attribués à l'autre imaginaire. Si ces signifiants ont une connotation favorable, l'autre imaginaire en porte le mérite et devient digne d'amour. Dans le cas contraire, il est rendu coupable du "choix" des signifiants qu'on lui attribue, et devient alors le « bouc émissaire », celui qu'on ne veut surtout pas être et qu'il faut éventuellement détruire.

L'important est de noter que dans les deux cas la structure symbolique commune à tous les sujets se masque alors dans un théâtre manichéen de personnages rendus responsables de leurs actes, en "bien" comme en "mal". La notion de "faute", de culpabilité émerge alors.

Les rapports du Moi avec le discours

La constitution du Moi est dépendante à tous les niveaux du langage.

1. C'est le langage, à travers la demande des parents, qui conduit le sujet, pour trouver un signifié (le Moi) à ce signifiant particulier qu'est l'Idéal du Moi, à prendre comme référent l'image spéculaire (Moi idéal).
2. C'est ensuite le langage qui va fournir au Moi, instance imaginaire, tous ses mécanismes de défense, qui sont des figures de rhétorique, des tropes, exerçant sur le discours de l'inconscient (gouverné par les déterminations

signifiants du sujet) une censure au sens littéraire ou journalistique du terme.

3. C'est enfin dans et par le langage que le corps fantasmé va parler : à travers les métaphores mettant en jeu l'image et la géométrie du corps, les pulsions partielles vont se satisfaire dans le cadre du fantasme, le Moi du sujet gardant l'illusion de conduire l'opération.

Aussi est-ce le langage qui va nous permettre l'abord critique de la notion de changement : au fil du discours que tiennent les sujets qui désirent changer quelque chose, apparaîtront des signifiants métaphoriques, mettant en jeu l'image du corps fantasmé.

Lorsqu'une métaphore est énoncée, il importe de résister à la fascination qu'elle produit sur nous (effet de signifié, impression d'un sens plein, masquant le non-sens de toute figure de rhétorique). Il faut au contraire faire jouer l'effet de signification en considérant les associations qui s'y rattachent et qui peuvent rendre compte du surgissement de cette métaphore dans le discours. Ce point est développé dans l'article de Juan David NASIO [54] : "Métaphore et Phallus" (in "Démasquer le Réel" de Serge LECLAIRE, 1971).

L'important est alors de savoir que l'espoir de changement décrit en ces termes métaphoriques n'est qu'imaginaire et voué à l'échec, car la structure qui produit de tels fantasmes reste elle-même non modifiée quand ils cherchent à se réaliser sous forme d'actes.

LANGAGE ET INCONSCIENT

"L'inconscient est structuré comme un langage". Jacques LACAN.

Comme dans le langage, on aura affaire à un système de signifiants et de signifiés. Nous allons cependant faire quelques distinctions: le signifiant linguistique est un son, une graphie. Le signifiant psychanalytique est une trace dans l'inconscient. Cela peut être une odeur, une image, une cicatrice qui va renvoyer à un signifié. Ce signifié est le fait décrit dans le souvenir.

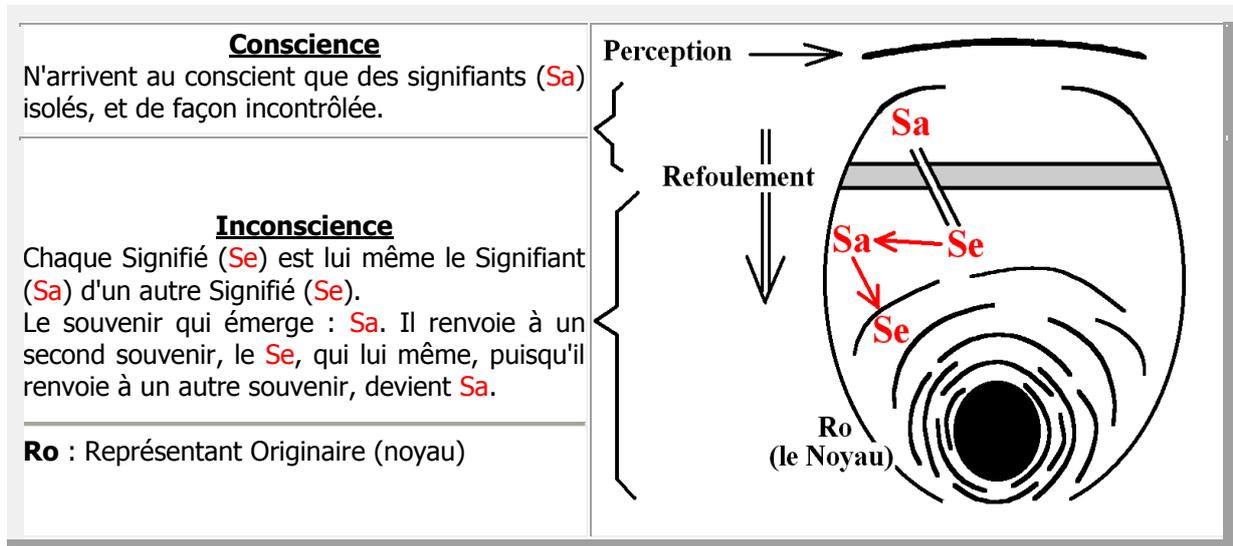
Le conscient est formé de représentations de mots. L'inconscient est formé de représentations de phonèmes et de choses. Ce sont des choses qui concernent notre corps, et qui souvent furent vécues avant la parole.

De même que le langage, l'inconscient utilise les rapports métonymiques et métaphoriques.

- Métonymie : c'est le rapport qui relie une représentation à l'autre, au sens de plus en plus éloigné de la représentation originale.

[54] NASIO Juan David, *Métaphore et Phallus*, contribution à *Démasquer le réel*, S. Leclaire, Seuil, 1971, 109 p.

- Métaphore : c'est l'association de 2 ou 3 images qui recèlent quand même une caractéristique commune pouvant être par exemple : même niveau de plaisir, même traumatisme ou même époque. Les métaphores sont liées entre elles par un rapport de similarité. Le rapport métaphorique se retrouve aussi dans la "condensation" du rêve.



- schémas présentés par D. GIFFARD, 1985 [55]

Le signe

- Sa, le Signifiant, est du domaine du symbolique. C'est la trace porteuse de sens.
- Se, le Signifié, est du domaine de l'imaginaire. C'est ce à quoi la trace renvoie (agressivité envers..., amour pour...).
- Le Référent est du domaine du réel. C'est ce qui s'est passé en fait.

Par exemple, après une chute de vélo, il y a formation d'une cicatrice. La cicatrice / Signifiant est une trace, au sens propre du terme, porteuse de sens au niveau symbolique. Le Signifié sera ce qui reste dans l'imaginaire, par exemple l'agressivité envers un camarade trop brutal et responsable de la chute. Le Référent est ce qui s'est passé en réalité, c'est-à-dire la chute de vélo.

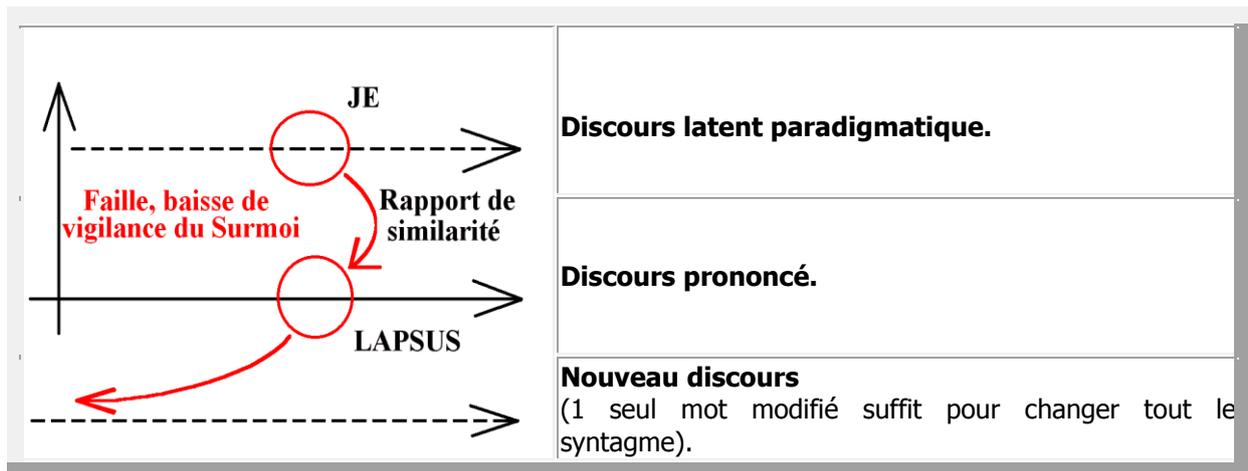
Autre exemple, la phobie des chiens : au niveau réel, il y a le chien (le référent). Au niveau imaginaire, il y a la pensée d'être mordu (le Signifié). Et au niveau symbolique, il y a l'angoisse d'être agressé par son Père (le Signifiant). Plutôt que d'avoir peur du Père, sentiment refoulé, la personne craindra les chiens. Elle aura fait un déplacement métonymique entre "chien" et "Père".

[55] langage et inconscient Lacan - formation pour Infirmier de Secteur Psychiatrique - cours et schémas présentés par Dominique GIFFARD : Programme de psychologie pour le site "Psychiatrie Infirmière", mars 1985, Sur : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/psychologie/langage-inconscient.htm>

Le désir et le "Je" de l'énonciation

L'important est la façon dont on parle car la structure est plus importante que le contenu même du lapsus.

Le développement de la personnalité passe par l'acquisition du "Je". Beaucoup de malades mentaux ne sont pas "sujet de leur discours".



- schémas présentés par D. GIFFARD, 1985 [55]

Quand on parle, on affirme un "Je", c'est-à-dire que l'on se distingue de l'Autre. Parler, c'est affirmer son individualité, c'est se poser comme sujet de son discours. Le discours véhicule à la fois le désir et la position du sujet face à son désir. C'est le point de croisement entre désir, énoncé et l'Autre. Le désir se matérialise dans le discours. Par le discours, le sujet s'identifie à lui-même. L'existence de la personne se joue dans son discours car ici se joue sa vie. Ainsi pour la personne obsessionnelle par exemple: c'est quelqu'un de très méticuleux, qui ritualise, a peur de l'imprévu. Son discours sera caractérisé par des phrases très longues, infinies, où tous les mots cherchent à préciser un peu plus le sens, mais en fait ne font que mélanger de plus en plus la signification. Son discours est très neutre, désaffectivé.

Le Moi, la mort et Narcisse

Que recouvre au juste ce concept de narcissisme utilisé de nos jours selon des acceptions les plus variées ? Notons tout d'abord l'usage courant et populaire du terme : être narcissique signifie être égoïste, ne penser qu'à soi, se montrer indifférent à l'autre. Or, ce n'est là qu'un aspect, à coloration moralisante, du s'aimer tel que le mythe de Narcisse le développe dans toute sa richesse.

Souvent mal connu, ce mythe mérite d'être rappelé et on peut en résumer ainsi l'essentiel, compte tenu de ses variantes les plus importantes :

▪ **Le mythe de Narcisse** [56]

L'histoire est notamment rapportée dans *Les Métamorphoses d'Ovide* : à sa naissance, le devin *Tirésias*, à qui l'on demande si l'enfant atteindrait une longue vieillesse, répond : « Il l'atteindra s'il ne se connaît pas. » Il se révèle être, en grandissant, d'une beauté exceptionnelle mais d'un caractère très fier : il repousse la nymphe *Écho* ainsi que de nombreuses autres prétendantes et prétendants amoureux de lui.

A Thespiés, en Béotie, naquit un garçon, fils du fleuve Céphise et de la nymphe Leiriopé. Dès son adolescence, sa beauté extraordinaire le fit aimé par de nombreux jeunes gens et jeunes filles. Mais son orgueil les lui fit tous mépriser. Son dédain provoqua le suicide de son amant Aminias (ou la disparition de la nymphe Echo). La vengeance du dieu Amour (ou de Némésis) ne tarda pas à se manifester. Dans une partie de chasse, pris d'une soif ardente, Narcisse rencontra une fontaine, dans laquelle, au moment de boire, il aperçut sa propre image ; et il tomba amoureux de ce reflet dans l'eau. Il se consuma de chagrin de ne pouvoir atteindre l'objet de son amoureux et mourut au bord de la source (où elle naquit de son sang).

▪ **Le concept du narcissisme**

Le concept de narcissisme a été créé par Havelock Ellis en 1894 [57]. Pour lui ; il s'agit d'un symptôme pervers dit plus tard automonosexualisme (narcissisme sexuel ou pervers) qui correspond au fait d'obtenir l'orgasme grâce au plaisir de s'observer soi-même.

Plus tard, Krafft-Ebing et Moll [58] distinguent l'automonosexualisme du narcissisme, ce dernier représentant une tendance à s'admirer et à s'aimer soi-même sans que le caractère sexuel soit toutefois nécessaire ou constant.

Le concept du narcissisme a été l'objet chez S. Freud (1856-1939) de multiples remaniements au fil du temps. Dans *Les trois essais* (1905) [59], le narcissisme comme fixation à l'amour de soi est considéré comme une perversion. En 1910, il parle de narcissisme pour rendre compte du choix d'objet chez les homosexuels. Ces derniers « se prennent eux-mêmes comme objet sexuel ; ils parlent du narcissisme et recherchent des jeunes gens qui leur ressemblent, qu'ils puissent aimer comme leur mère les a aimés eux-mêmes ».

[56] BOXUS Anne-Marie, POUCKET Jacques, *OVIDE - LES METAMORPHOSES*, Traduction nouvelle annotée, 2005-2009, III, 339-510 p. Sur : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Narcisse_\(mythologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Narcisse_(mythologie))

[57] HAVELOCK Ellis, *Man and woman : a study of human secondary sexual characters*, London, Csott, 1894.

[58] Krafft-Ebing et Moll, *Les perversions de l'instinct génital : étude sur l'inversion sexuelle basée sur des documents officiels* -- par A. Moll ; avec une préf. de R.V. Krafft-Ebing ; traduction de l'allemand par Pactet et Romme, Paris, G. Carré, 1893

[59] FREUD Sigmund, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Traduction de l'allemand par le Dr. Blanche Reverchon-Jouve, Paris, Nouvelle revue française, 1923, 189 p.

C'est en 1911 que Freud, dans son étude sur la psychose du président Schreber, pose pour la première fois l'amour narcissique comme stade normal de l'évolution sexuelle intermédiaire entre l'autoérotisme et l'amour d'objet. Le narcissisme n'est plus alors considéré comme une perversion.

- **Actuellement, la notion de narcissisme recouvre deux aspects indissociables et complémentaires :**

1. Le narcissisme comme stade normal du développement psychique de l'enfant

Cela désigne cette première étape de la vie de l'enfant où il ne se vit pas comme séparé de sa mère. Elle a été décrite en premier par Freud sous le nom de narcissisme primaire. D'autres auteurs ont parlé ensuite de phase symbiotique ou stade anobjectal. Freud distingue un narcissisme primaire et un narcissisme secondaire, mais leurs définitions varieront au fil du temps et seront source de controverses.

A. Freud, W.R.D. Fairbairn, M. Malher, H. Kohut et B. Grunberger prônent la théorie du narcissisme primaire : le Moi n'est pas à l'origine différencié de l'objet ; c'est-à-dire que le bébé ne se distingue pas comme séparé de la mère.

Pour les analystes qui suivent Mélanie Klein [60], le Moi et l'objet sont perçus dès la naissance, et la phase de narcissisme primaire n'existerait pas. Cependant, la confusion Moi-objet n'est pas absente des conceptions kleiniennes et la notion de narcissisme réapparaît avec l'introduction du concept d'identification projective qui permet d'inclure à la fois une relation d'objet (puisque le sujet a besoin d'un objet pour se projeter), et une confusion d'identité entre sujet et objet.

2. Le narcissisme comme structure

Le narcissisme chez l'adulte, contrairement aux idées reçues, n'est pas péjoratif mais correspond à la fois au sentiment d'exister et à l'amour que l'on se porte. Pour être schématique, nous pouvons considérer que c'est ce qui nous structure en tant que sujet.

L'utilisation du terme de narcissisme est paradoxale, ce qui contribue à la complexité de ce concept. Un narcissisme sain dépend de la qualité du passage du stade anobjectal (narcissique) au stade objectal.

En pathologie, on parle de sujet narcissique quand son narcissisme, en tant que structure, est défaillant, et que tout dans le comportement du sujet permet de croire qu'il a des difficultés à renoncer à l'illusion narcissique et à accepter l'altérité.

[60] KLEIN Mélanie, *The role of the school in the libidinal development of the child*. Internal, J. Psycho-Analysis. 1924, 5, 321 p.

○ **Le narcissisme comme investissement libidinal du Moi (Freud)**

Dans *L'introduction au narcissisme* (1914) [61], Freud développe la théorie de la libido. Rappelons que la libido est l'énergie psychique des pulsions sexuelles ; le sexuel pour Freud ne se limitant pas au sexe mais comprenant aussi le désir, l'envie (au sens positif du terme), l'amour ...

Freud parle alors du narcissisme comme d'un investissement libidinal du Moi ; il évolue donc parallèlement à la formation du Moi « A l'origine, tout était ça. Le Moi se développe à partir du ça sous l'influence persistante du monde extérieur. » le Moi s'approprie progressivement des quantités de plus en plus grandes d'énergie libidinale issue du ça qu'il va ensuite modeler au gré des processus identificatoires. Pour Freud, le Moi résulte de la « sédimentation des investissements d'objets ». Le Moi est comme un oignon formé par différentes couches d'identification à l'autre.

Le narcissisme dit secondaire par Freud est l'investissement libidinal du Moi constitué. Les deux aspects du narcissisme, structurel et chronologique sont ici intriqués. Ce narcissisme est dit secondaire car il succède à la phase anobjectale mais il fait partie intégrante de tout fonctionnement mental adulte normal.

« Le Moi doit être considéré comme un grand réservoir de libido d'où la libido est envoyée vers les objets, et qui est toujours prêt à absorber de la libido qui reflue à partir des objets. (...) Plus tard, une partie (de la libido) en sera cédée aux objets, mais, fondamentalement, l'investissement du Moi persiste et se comporte envers les investissements d'objet comme le corps d'un animalcule protoplasmique envers les pseudopodes qu'il a émis. » Alors qu'avec le narcissisme primaire, l'autre est soi ; à l'étape du narcissisme secondaire, on ne peut plus maintenant que s'éprouver à travers l'autre.

Sur le plan économique, il y a opposition entre libido investie dans le Moi et libido d'objet : « plus l'une absorbe, plus l'autre s'appauvrit. » Ainsi, chez un sujet qui souffre d'une maladie organique, l'investissement libidinal est retiré des objets extérieurs pour être déposé sur le Moi. « Le malade cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre ». Investissement dans la vie amoureuse, la surestimation de l'objet aimé absorbe l'intégralité de l'investissement libidinal : il y a retrait de l'investissement narcissique.

Le développement du Moi est paradoxal : il « consiste à s'éloigner du narcissisme primaire, et engendre une aspiration intense à recouvrer ce narcissisme. Cet éloignement se produit par le moyen du déplacement de cet idéal. » En effet, le Moi se trouve appauvri au bénéfice des investissements libidinaux d'objet et au bénéfice de l'Idéal du Moi. Puis, il s'enrichit à nouveau par les satisfactions objectales ainsi que par l'accomplissement de l'idéal.

[61] FREUD Sigmund, *L'introduire le narcissisme* (1914). La vie sexuelle. Paris : PUF ; 1995.

○ **Le Narcissisme et l'Idéal du Moi**

Selon Freud, ce sont les blessures infligées au narcissisme primaire qui vont permettre le passage au narcissisme secondaire ainsi que le passage du Moi idéal à l'Idéal du Moi.

On peut dire schématiquement que l'Idéal du Moi évolue parallèlement au développement psychique de l'enfant. Au stade initial du narcissisme primaire ou phase symbiotique, l'Idéal du Moi n'est pas encore formé. L'enfant se vivant comme omnipotent, il est lui-même son propre idéal. On parle alors de Moi idéal.

Puis avec la perception de plus en plus claire de l'objet (la mère d'abord), l'Idéal du Moi émerge. Visant d'abord à combler la mère, l'Idéal du Moi est dit (par certains auteurs) pré-génital.

Avec le complexe de castration s'opère la reconnaissance d'une incomplétude qui va susciter le désir de retrouver la perfection narcissique. En effet, quand l'enfant réalise que sa mère désire en dehors de lui, qu'il n'est pas tout pour elle, il va tenter de reconquérir son amour. Cela ne peut se faire qu'en satisfaisant à certaines exigences, celles de l'Idéal du Moi. Avec l'apparition de la triangulation, l'Idéal du Moi visera à combler les exigences des deux parents. L'Idéal du Moi correspond, à la fin de ce processus, aux représentations culturelles, sociales et aux impératifs éthiques tels qu'ils sont transmis par les parents.

Si le Surmoi résulte de l'intériorisation des interdits parentaux (et s'acquiert particulièrement lors du complexe de castration), l'Idéal du Moi résulte de l'intériorisation des exigences parentales (« tu devrais ou tu dois être comme cela ») : il représente un modèle auquel le Moi doit se conformer.

L'Idéal du Moi a pour visée l'être même du sujet auquel il propose une image parfaite de lui-même : il est donc intimement lié au narcissisme, et dépendant de l'image que les parents ont de leur enfant, ou du moins de l'image que celui-ci a perçue. Le fondement en sera l'intériorisation du regard de la mère sur son enfant, avec tous les aléas pouvant être liés à ce processus.

L'Idéal du Moi est donc le dépositaire du narcissisme infantile du sujet et de celui de ses parents, l'enfant cherchant inconsciemment à se mettre à la place de l'objet idéal qui viendrait combler ses parents. Il intervient à la suite de cette période où l'enfant a l'illusion de sa toute-puissance.

VII. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE

« *Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide* »

Albert Camus – le mythe de Sisyph

L'abord psychiatrique dans la clinique du suicide [62]

- Selon Esquirol

Esquirol se démarque des positions philosophiques qui, au cours de l'histoire, ont approuvé (Dénutrius, Zenon) ou désapprouvé le suicide en le condamnant (Pythagore) ou sont restés sans opinion tranchée (Platon, Cicéron).

Pour Esquirol, le suicide a toutes les caractéristiques des aliénations mentales, ce qui contribue à inclure ce comportement dans la clinique psychiatrique. L'opinion de ce clinicien est résolue dans le sens de considérer le suicide comme une maladie où prévaut le délire. En effet, Esquirol considère le suicide comme provoqué par les passions, qu'il s'agisse du délire, de la terreur, de l'amour, de la colère, de la jalousie ou du chagrin trahi.

De cet effort pour produire une clinique spécifique du suicidant (symptôme d'aliénation mentale), il ressort la notion d'irresponsabilité du suicidé au regard de la justice. Celui-ci se trouvant en état de délire, il ne peut donc être jugé comme auteur d'un acte criminel.

- Selon Delmas

Excluant la notion de sacrifice, de meurtre involontaire, inconscient, d'euthanasie, pour ne garder que le désir conscient de mourir, le suicide est donc, selon Achille Delmas, toujours pathologique, en rapport avec une anxiété qui relève de la constitution psychopathique. Il considère que 90% des suicidants seraient des cyclothymes et 10% des hyperémotifs. Cette constitution psychopathique, selon lui, intéresse plusieurs domaines comme l'émotivité et l'humeur, l'avidité, la sociabilité et le caractère.

Malgré cette orientation résolument psychiatrique du suicide, il reconnaîtra implicitement que l'acte suicidaire peut survenir chez un homme lucide, c'est-à-dire pouvant choisir de vivre, et qui en l'occurrence choisit de mourir sans qu'il n'y ait une nécessité éthique. Ce constat sera partagé par d'autres qui admettront de façon plus nette le suicide comme survenant chez un sujet sain.

[62] RACLE BARBIER Maëlle, *Evaluation de la prise en charge par le médecin d'unité d'un patient présentant une crise suicidaire*, Thèse de médecine, PARIS 5 DESCARTES, 2009, 23-24 p.

- **Selon Brière de Boismont**

Il considère le suicide comme une maladie, mais en distinguant deux formes : la première où la raison est conservée, tandis qu'elle se perd dans la seconde forme. En fait, pour cet auteur les suicides attribués à la folie atteignent à peine le tiers des cas, d'où l'introduction de la notion de suicide sain (qu'il évoque comme la possibilité d'un crime envers Dieu, envers la société ou l'individu).

- **Selon Henri Ey**

Pour Henri Ey, le suicide pathologique résulte de la dépression et de l'anxiété. Trois niveaux de troubles instinctivo-affectifs déterminent le suicide, et correspondent à trois variétés de réactions suicidaires :

1. le raptus suicidaire, à craindre au décours d'une mélancolie, dans l'épilepsie, l'alcoolisme aigu, l'hébéphrénocatatonie ...
2. les comportements suicidaires impulsifs, secondaires à une pathologie qui peut être soit démence sénile ou les états confuso-oniriques, soit la mélancolie mais aussi par des angoisses majeurs, des idées suicidaires, voire des hallucinations, avec le cas extrême du suicide collectif.
3. le suicide délirant, qui serait observé chez 12% des schizophrènes selon Deshaies. La tendance suicidaire serait brusque, soudaine et violente. Les suicides des délirants s'observent dans les différentes psychoses chroniques, paranoïdes, paranoïaques, rarement dans les psychoses hallucinatoires chroniques.

APPROCHE DU PHENOMEME SUICIDAIRE EN PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Aucun protocole, aucune évaluation de risque ne permet de prédire le comportement suicidaire d'un individu (Batt A. et coll 2007 [23], Oldham JM. 2006 [63]). L'épidémiologie se contente au mieux de décrire les différents facteurs de risque aux conduites suicidaires (Linehin MM. et coll 2000) [64].

Dans une population donnée, le phénomène suicidaire est influencé par différentes variables qui interagissent entre elles, indépendamment d'un diagnostic psychiatrique :

[63] OLDHAM J.M., *Borderline personality disorder and suicidality*. Am J Psychaitry, 2006, 163 : 20-26 p.

[64] LINEHAN MM., RIZVI SL., WELCH SS., PAGE B., *Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour : Personality Disorders*. In : HAWTON K., VAN HEERINGEN K Ed. *The international Handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester : John Wiley and Sons, 2000, 147-78 p.

- *les facteurs organiques*, à savoir les variables démographiques comme le genre, l'âge, l'ethnie ; des facteurs génétiques, biochimiques ; des variables culturelles.
- *Les facteurs comportementaux*, des facteurs physiologiques : affectifs ou somatiques ; des comportements tournés vers l'action, la motricité.
- *Les facteurs environnementaux*, sont en relation avec les précédents groupes de facteurs. Ce sont les événements de vie négatifs comme les situations de ruptures ; un faible soutien social ; un statut de minorité ou d'exclusion (homosexualité, détention) ; la présence de moyens suicidaires aisément disponibles, ainsi que des modèles suicidaires dans l'environnement proche (Batt A. et coll 2007 [23], Durkheim E. 2004 [65]).

Les liens entre troubles psychiatriques et suicidalité sont de plusieurs ordres, causales (directes ou indirectes), par la complication d'un trouble psychiatrique, ou par la co-existence de troubles suicidogènes (Mann JJ. Et coll 1999) [66].

- **La dimension causale**

- **dans les causes directes :**

La symptomatologie du trouble psychiatrique est suffisante pour expliquer le comportement suicidaire. Par exemple, des hallucinations chez les patients psychotiques peuvent produire des gestes suicidaires. Une perception altérée du temps avec une immédiateté du passage à l'acte après un stress est l'une des causes directes du comportement suicidaire. Le trouble borderline est en lui-même, pour certains auteurs, une cause directe de tentative de suicide.

- **dans les causes indirectes :**

Les mécanismes de protection sont défaillants. Tout sujet présente potentiellement des traits suicidaires avec un seuil de passage à l'acte plus ou moins élevé (voir figure 4). Le trouble psychiatrique peut soit diriger l'état de base du sujet vers une susceptibilité à l'acte suicidaire, soit diminuer le seuil de tolérance à différents facteurs de risque suicidaire. L'index de vulnérabilité est défini par la quantité de risque qui doit être accumulée entre l'état de base et le seuil de tolérance.

[65] DURKHEIM E., *Le suicide. 12^{ème} édition*. Paris : « Quadriges » Presses Universitaires de France, 2004

[66] MANN JJ., WATTERNAUX C., HAAS GL., MALONE KM., *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. Bipolar disorder, 2006 Oct ; 8(5 Pt 2) : 172, 586-95 p.

Il existe par exemple, dans le trouble de la personnalité borderline, des traits comme l'impulsivité et les éléments dysphoriques qui prédisposent au suicide. Les troubles de la personnalité peuvent léser la capacité d'adaptation aux événements stressants, accroître les résistances au traitement et la vulnérabilité aux troubles d'axe I.

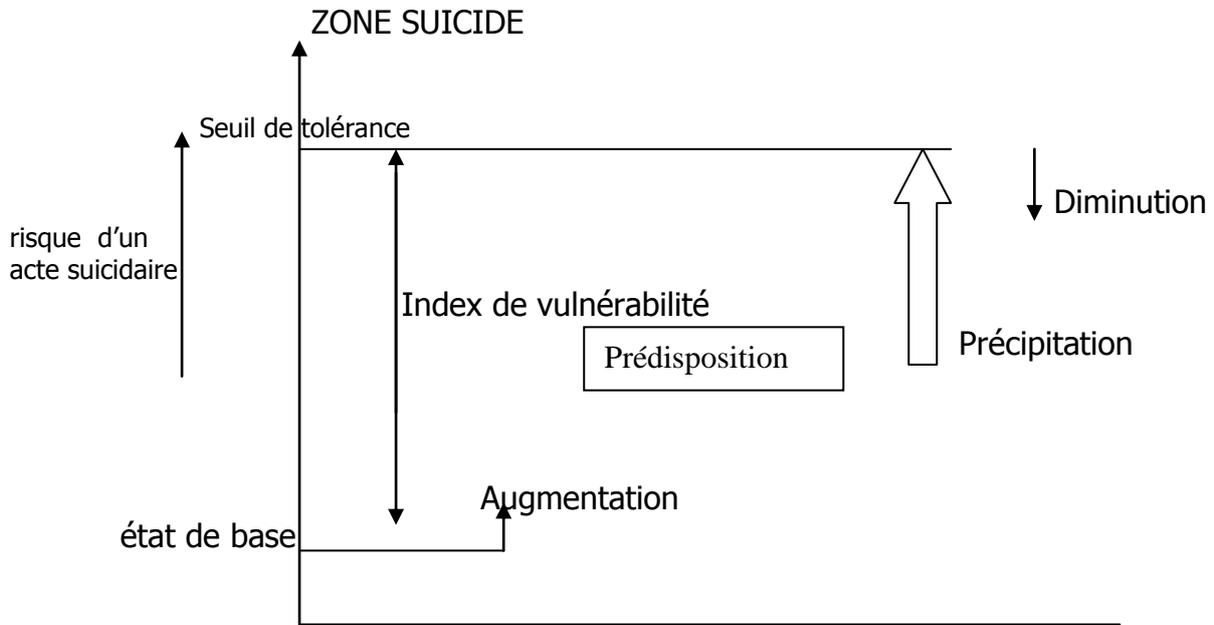


Figure 4 : schéma de la contribution d'un trouble psychiatrique à la réalisation d'un acte suicidaire (selon Tanney Bl. 2000) [67].

• Les complications du trouble psychiatrique

Les complications suicidaires d'un trouble psychiatrique peuvent être de deux ordres selon Tanney :

- *iatrogéniques*, par soins des inadaptés, par une sortie trop rapide d'un milieu hospitalier, ou la stigmatisation d'un trouble psychiatrique par exemple.
- *Une conséquence de la maladie* : Le geste suicidaire peut parfois être la seule solution devant les difficultés de la maladie, une ultime étape d'adaptation. Ces considérations prennent modèle de l'apoptose cellulaire ou du suicide rationnel, dont Shakespeare dans « Hamlet » a fait l'un de ses monologues les plus célèbres, qui apporte le repos au patient atteint d'une maladie chronique. Le suicide est vu comme un acte apaisant.

[67] TANNEY B.L., *Psychiatric Diagnosis and Suicidal Acts*. In : MARIS RW., BERMAN AL., SIL VERMAN MM Ed. *Comprehensive Textbook of suicidology*. New York : The Guilford Press, 2000, 311-41 p.

- **La co-occurrence et la co-existence de troubles**

- *certains troubles peuvent être considérés comme des équivalents suicidaires*, comme les abus de substance, les troubles du comportement alimentaire, fréquents chez les patients borderline.
- *Certains facteurs ont à l'origine de troubles psychiatriques et de gestes suicidaires* : les abus sexuels, par exemple, sont associés aux gestes suicidaires et au trouble de la personnalité borderline.

CONDUITES SUICIDAIRES ET PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

La place d'une pathologie mentale associée dans le comportement suicidaire a fait l'objet de nombreuses études. La majorité des suicidants souffrent de troubles mentaux au moment du passage à l'acte. Pourtant, les conduites suicidaires ne figurent pas au sein des classifications internationales des maladies mentales, ce qui témoigne de l'attention insuffisante accordée à ces conduites (Gavaudan G. et coll 2006) [68]. Cela atteste aussi du fait que les conduites suicidaires sont avant tout considérées comme un symptôme non spécifique de pathologie mentale. Pourtant, nous avons vu précédemment qu'il existe un risque familial de conduites suicidaires indépendamment de toute pathologie mentale (Goodwin RD. et coll 2004) [69], ce qui pourrait remettre en question leur statut de simple symptôme.

- **Troubles de l'humeur :**

Les troubles de l'humeur constituent la première cause psychiatrique de suicide (Batt a. et coll 2007) [23]. Globalement, les troubles de l'humeur (unipolaire ou bipolaire) sont considérés comme responsables d'environ deux tiers des décès par suicide. Le ratio bipolaire étant d'environ un sur quatre, on peut estimer la prévalence du suicide chez les patients bipolaires à 15%, soit environ 2000 mort par an en France (Rouillon F. 2008) [70].

Les patients présentant un trouble dépressif ont un risque accru de suicide et de tentative de suicide. Le taux de suicide serait de 20 à 30 fois supérieur dans la population présentant un état dépressif caractérisé par rapport à la population générale.

[68] GOODWIN RD., BEAUTRAIS AL., FERGUSON DM., *Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts : evidence from a general population sample*. Psychiatry Res, 2004, 126(2) : 159-65 p.

[69] ROUILLON F., *Epidémiologie des troubles psychiatriques*. Annales Médico Psychologiques, 2008, 166 : 63-70 p.

[70] GAVAUDAN G., BESNIER N., LANÇON C., *Suicide et schizophrénie : évaluation du risque et prévention*. Annales Médico Psychologiques, 2006, 164 : 165-75 p.

Les facteurs de risque de conduites suicidaires dans cette population seraient les comorbidités additives, l'impulsivité, la perte de plaisir et d'intérêt et l'absence de perspective. Les sujets déprimés qui se suicideraient le plus seraient les hommes âgés de plus de 50 ans. La période la plus à risque serait celle qui suivrait une hospitalisation en psychiatrie, dans les premières années de la maladie dépressive (Batt a. et coll 2007) [23].

Il est estimé que 25 à 50% des patients bipolaires font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et que 30 à 40% ont des idées suicidaires à un moment donné (Valtonnen H. et coll 2005) [71].

- **Schizophrénie :**

Les patients souffrant de schizophrénie sont particulièrement exposés au risque de suicide. Il s'agit de la première cause de mort prématurée dans cette population. Le suicide concerne 9 à 13% des sujets, ce qui représente un risque 20 fois supérieur à celui de la population générale (Casadebaig F. et Philippe A. 1999) [72] et un quart des décès par suicide sont attribuables à un trouble schizophrénique (soit 3000 décès par an en France) (Rouillon F. 2008) [70]. Trente à 50% de ces patients font au moins une tentative de suicide au cours de leur existence. Le ratio tentative de suicide-suicide est de 4 chez les sujets souffrant de schizophrénie ; dans la population générale, ce ratio oscille entre 10 et 20 (Gavaudan G. et coll 2006) [68].

Les facteurs de risque peu spécifiques sont classiquement décrits tels que le sexe masculin, le bon niveau intellectuel prémorbide, l'absence d'activité professionnelle ainsi que l'isolement social. Le sujet suicidé souffrant de schizophrénie est le plus souvent caucasien, socialement isolé, célibataire, sans emploi (Fenton WS. Et coll 1997) [73]. Dans 20% des cas, la raison invoquée pour justifier leur tentative de suicide est l'exposition à un événement de vie stressant. Certaines périodes sont plus à risque pour le passage à l'acte suicidaire comme les phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic et au cours des épisodes aigus de la maladie, surtout du premier épisode psychotique (Harkavy-Friedman JM. 1995) [74]. Mais la vulnérabilité serait maximale dans les semaines suivant une hospitalisation. Les modalités de suicide sont principalement la pendaison, la défenestration, l'arme à feu et l'intoxication médicamenteuse.

[71] VALTONNEN H., SUOMINEN H., MANTERE O., LEPPAMAKI S., ARVILOMMI P., *Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders*. J Clin Psychiatry, 2005, 66(11) : 1456-62 p.

[72] CASADEBAIG F., PHILIPPE A. (1999) *Mortality in schizophrenic patients. 3 years follow-up of a cohort*. Encephale,; 25(4) : 329-37 p.

[73] FENTON WS., McGLASHAN TH., VICTOR BJ., BLYLER CR., *Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders*. Am J Psychiatry, 1997, 154(2) : 199-204 p.

[74] HARKAVY-FRIEDMAN JM., RESTIFO K., MALASPINA D., KAUFMANN CA., AMADOR XF., *Suicidal behavior in schizophrenia : characteristics of individuals who had and had not attempted suicide*. Am J Psychiatry, 1995, 156(8) : 1276-8 p.

- **Troubles anxieux :**

Le nombre de décès attribuables aux seuls troubles anxieux est difficile à chiffrer car ils agissent plus en augmentant le risque suicidaire lié à d'autres troubles comorbides. Le trouble panique semble le plus incriminé par cinq (Rouillon F. 2008) [70]. Florequin et al. (Florequin C. et coll 1995) [75] ont mis en évidence dans une population de suicidants, une prévalence du trouble panique 10 à 20 fois supérieure à celle observée en population générale. Cependant, la forte comorbidité psychiatrique associée, dépressive en particulier, amène les auteurs à faire du trouble panique un cofacteur suicidogène. Cette question de l'indépendance de l'association entre les troubles anxieux et les conduites suicidaires a entraîné de nombreux travaux. Il a été retrouvé que le risque de tentative de suicide chez les patients présentant un trouble panique était lié à la présence d'une comorbidité dépressive ou addictive (Friedman S. et coll 1999) [76]. Sareen et al. (Sareen J et coll 2005) [77], quant à eux, ont mis en évidence que le risque de suicide était augmenté en cas de préexistence de troubles anxieux indépendamment de tout autre trouble mental, mais également qu'une comorbidité anxieuse augmente le risque de suicide chez des patients présentant des troubles de l'humeur.

- **Dépendance à l'alcool :**

La crise suicidaire est fréquente chez les patients alcoolodépendants, au point d'en constituer l'un des principaux risques évolutifs. Outre l'ancienneté et la sévérité de l'alcoolisme, les principaux facteurs de risque de crise suicidaire chez ces patients sont la dépression associée, le chômage, les séparations, les maladies somatiques et l'association à un trouble de la personnalité. Environ 18% des alcooliques vont mourir par suicide. Près de 90% des suicides dans cette population sont commis par des hommes (Maris RW. 2002) [78].

L'étude de McCloud et al., 2004 [79] sur l'association entre la consommation d'alcool et le comportement suicidaire met en évidence une corrélation positive entre les antécédents de conduite suicidaire et la gravité de la pathologie alcoolique.

[75] FLOREQUIN C., HARDY P., MESSIAH A., ELLRODT A., FELINE A., *Suicide attempts and panic disorder : a study of 62 hospitalized suicidal patients*. Encephale, 1995, 21(2): 87-92 p.

[76] FRIEDMAN S., SMITH L., FOGEL A., *Suicidality in panic disorder : a comparison with schizophrenic, depressed, and other anxiety disorder outpatients*. J Anxiety Disord, 1999, 13(5) : pp. 447-61.

[77] SAREEN J., COX BJ., AFIFI TO., de GRAAF R., ASMUNDSON GJ., TEN HAVE M., *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts : a population-based longitudinal study of adults*. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62(11) : 1249-57 p.

[78] MARIS RW., *Suicide*. Lancet, 2002, 360(9329) : 319-26 p.

[79] McCLOUD A., BARNABY B., OMU N., DRUMMOND C., ABOUD A., *Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population : in-patient prevalence study*. Br J Psychiatry, 2004, 184 : pp. 439-45.

- **Troubles de la personnalité :**

Les troubles de la personnalité, par les conséquences qu'ils engendrent, telles que les difficultés à se réaliser, puis maintenir un réseau social soutenant, sont un déterminant important des conduites suicidaire (Schneider b. et coll 2006) [80]. Les troubles de la personnalité sont le plus souvent associés à un geste suicidaire non létal plutôt qu'à un suicide accompli (Maris RW. 2002) [78].

Les troubles de la personnalité les plus en lien avec les conduites suicidaires sont ceux qui associent des traits d'impulsivité, d'abandonnisme, de dépendance (Oldham JM. 2006) [63]. Le trouble de la personnalité de type borderline est celui qui est le plus fréquemment retrouvé dans plusieurs études sur les tentatives de suicide (Gupta B et coll 1997 [81], Suominen K. et coll 1996 [82]). Le taux de suicide chez ces sujets varie de 3 à 9,5% et 7,5% de ces patients ont au moins fait une tentative de suicide dans leur vie (Brodsky BS. 1997) [83]. Le trouble de la personnalité antisocial est aussi fréquemment représenté chez les sujets suicidants, surtout chez les adolescents, et souvent associé à un trouble de la personnalité de type borderline (Lesage AD. et coll 1994) [84].

- **troubles de l'adaptation :**

Selon la *classification internationale des maladies, 10^{ème} édition* (CIM-10)(OMS 1994), le trouble de l'adaptation est « un état de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant le fonctionnement et les performance sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, séparation) ou son système global de support social ou de valeurs sociales (immigration, statut de réfugiés) ; ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant). Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude, un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien ».

A la différence du DSM-IV (1996) (qui requiert que les symptômes apparaissent au cours des trois mois suivant la survenue du facteur de stress), les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 précisent que les symptômes doivent survenir au cours du mois suivant l'exposition au facteur de stress.

[80] SCHNEIDER B., WETTERLING T., SARGK D., SCHNEIDER F., SCHNABEL A., *Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2006, 256(1) : 17-27 p.

[81] GUPTA B., TRZEPACZ PT., *Serious overdosers admitted to a hospital : comparison with nonoverdose self-injuries and medically ill patients with suicidal ideation*. Gen Hosp Psychiatry, 1997, 19(3) : 209-15 p.

[82] SUOMINEN K., HENRIKSSON M., SUOKAS J., ISOMESTSA E., OSTAMO A., *Mental disorders and comorbidity in attempted suicide*. Acta Psychiatr Scand, 1996, 94(4) : 234-40 p.

[83] BRODSKY BS., MALONE KM., ELLIS SP., DULIT RA., MANN JJ; (1997) *Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior*. Am J Psychiatry, 1997 ; 154(12) : 1715-9 P.

[84] LESAGE AD., BOYER R., GRUNBREG F., VANIER C., MORISSETTE R. LOYER M., *Suicide and mental disorders : a case-control study of young man*. Am j Psychiatry, 1994, 151(7) : 1063-8 p.

Plyakova et al. (1998) [85] ont comparé les caractéristiques des tentatives de suicide de patients présentant un épisode dépressif majeur à celles de patients présentant un trouble de l'adaptation. Des différences ont été observées entre les deux groupes sur des variables socio-démographiques, cliniques et sur les caractéristiques de la tentative de suicide. En effet, les patients présentant un trouble de l'adaptation ont un niveau d'éducation moindre, un niveau social inférieur et sont plus souvent célibataires comparés aux patients ayant un épisode dépressif majeur. Il n'a pas été observé de différence concernant la méthode de la tentative de suicide entre les deux groupes, mais les patients ayant un trouble de l'adaptation réalisent plus fréquemment leurs tentatives de suicide sous l'emprise de l'alcool. Dans ce même groupe, les tentatives de suicide sont moins planifiées. Les patients présentant un trouble de l'adaptation ont une vulnérabilité au stress plus importante. Cette vulnérabilité dépend des événements de vie du patient, du niveau d'adaptation et des expériences de stress passées. D'un point de vue cognitif, l'incapacité à faire face aux différents stressseurs conduit au comportement suicidaire ; l'agressivité, la dépendance prédominent dans le groupe des patients déprimés.

Les patients ayant un trouble de l'adaptation souffrent plus souvent de carences affectives dans l'enfance et ont eu une situation familiale plus souvent instable.

VIII. LES FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE

Comme le souligne la Conférence de Consensus de 2000, l'usage que l'on peut faire de cette notion doit tenir compte du fait qu'un facteur de risque ne se situe pas au-delà de la causalité individuelle. Il est en corrélation avec la survenue d'un phénomène suicidaire et concerne une population.

En outre, tous les auteurs s'accordent pour rapporter les phénomènes suicidaires à un modèle plurifactoriel impliquant des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques. Ces différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres, ce qu'indiquent certains auteurs en distinguant facteurs prédisposants ou de vulnérabilité, facteurs précipitants et facteurs de protection.

Il ne s'agit donc pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une somme des différents facteurs de risque mais d'un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments.

[85] POLYAKOVA I., KNOBLER HY., AMBRUMOVA A., LERNER V., *Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reaction*. J Affect Disord, 1998, 47(1-3) : 159-67 p.

Ainsi, les facteurs de risque peuvent être classés selon :

- **Les facteurs primaires** tels que les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'intention suicidaire ou une impulsivité. Ils sont en interaction, ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et surtout pourront être influencés par les traitements.
- **Les facteurs secondaires** tels que les pertes parentales précoces, l'isolement de vie négatif. De nombreuses études ont établi un lien temporel entre de tels événements de vie et les tentatives de suicide, cette liaison étant considérée comme l'effet de facteurs prédisposants et précipitants. En effet, les événements prédisposants les plus observés sont pertes précoces, la maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels et physiques. Les événements précipitants sont quant à eux illustrés par les conflits interpersonnels (violence, hostilité, déception sentimentale ou professionnelle ...)
- **Les facteurs tertiaires** appartenant au sexe (masculin), à l'âge (grand et jeune âges) et à une période de vulnérabilité (phase prémenstruelle). Ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires.

IX. REPRESENTATION DE LA MORT CHEZ LE SUICIDANT

Le suicide s'inscrit dans un rapport à la mort ou plutôt à sa représentation. Il ne s'agit pas d'une représentation directe : il est impossible psychiquement de se représenter sa propre mort, l'illusion partielle de son immortalité est un aménagement nécessaire à l'homme pour vivre face à l'angoisse de sa mort. Le réel de la mort fait partie du non représentable pour tout vivant. Il s'agit donc d'une représentation indirecte par les conséquences qu'on lui prête, les effets qu'on imagine sur soi-même et sur les autres (scénario des funérailles ...).

La représentation de la mort chez les suicidants ne tient pas compte de la dégradation réelle du corps. Aucune personne ne peut penser au cadavre qu'elle deviendrait éventuellement. La mort est plutôt considérée dans son sens métaphorique, à type de néantisation ou d'image du vide, ou encore mort hédonique assimilée à un sommeil prolongé. L'acte suicidaire semble plus sous-tendu par le désir d'une certaine mutation ou d'une sorte de renaissance que par celui d'une mort définitive, froide et concrète. Le suicide représente moins une relation claire et déterminée avec la mort qu'une relation ambivalente avec la vie. La problématique suicidaire se situe dans une relation d'ambivalence entre rompre avec la vie actuelle, vivre une autre vie et mourir. Le passage à l'acte va être un moment où se cristallisent ces deux expressions opposées de la dynamique du sujet.

UN MOMENT DE FOLIE ?

Le passage à l'acte s'opérerait dans un moment de rupture avec le fonctionnement psychique habituel. Il semble qu'il y ait une suspension transitoire des mécanismes psychiques habituellement opérants pour assurer la continuité psychique de l'individu et l'utilisation d'un système plus économique et efficace.

L'une des caractéristiques de la pathologie de crise est de réactiver les effets de clivage, de projection et d'identification projective qui, lorsqu'ils sont pris dans une organisation stable, marquent plutôt le champ de la psychose. Le passage à l'acte suicidaire, par de nombreux aspects qu'on retrouve dans le discours du suicidant, nous évoque un moment psychotique.

1. Immédiateté et absence d'altérité

Le passage à l'acte est souvent décrit comme un geste impulsif, ne pouvant être reporté. Même dans un certain nombre de cas où le geste a été planifié, le moment même du passage à l'acte s'inscrit dans un fonctionnement opératoire, quasi automatique. Les gestes viennent court-circuiter la pensée et s'enchaînent dans une logique froide où toute symbolisation est impossible. Les mots sont pris pour la chose même, plus aucun jeu n'est possible, la parole se fige. La dimension imaginaire de la parole semble éclipser.

Ce n'est qu'après le passage à l'acte que le patient se rend compte qu'il n'est pas seul. Les enfants, par exemple, sont une source de culpabilité importante pour le suicidant. Ils sont même parfois utilisés pour justifier une non intention suicidaire du geste : « ce n'est pas une tentative de suicide docteur, j'ai des enfants » ou encore « je ne le ferai plus, j'ai deux enfants ». Au moment du passage à l'acte, il n'y a pas plus d'enfants que de père et mère, pas d'Autre, seulement soi et l'instant présent. Le passage à l'acte se vit dans le maintenant et tout de suite. Le suicidant ne se projette pas dans l'après, ne se représente pas mort, ne se voit pas cadavre. Le sujet se trouve piégé dans une crise labyrinthique qui le coupe et l'isole de toute relation à autrui, le rend presque inaccessible. Il est alors livré à ce que FREUD (1900) [86] appelle « le processus primaire de l'inconscient ». A défaut des matériaux de construction de soi que fournit la relation à l'autre, ne subsistent plus que la folie d'un extrême repli sur soi et l'anéantissement.

La rupture de la crise provoque ainsi non seulement un vécu intense d'angoisse mais elle est également responsable d'un retour à une position de collage où nul n'est tiers. C'est bien cette place de porteur de la fonction séparatrice, de l'interdit, que le psychiatre devra occuper dans la prise en charge du patient en crise suicidaire.

[86] FREUD Sigmund, L'interprétation des rêves, Paris, PUF, 1900

2. Toute-puissance

Le passage à l'acte s'inscrit dans une toute-puissance absolue. Par le simple fait de son agir, l'individu acquiert le pouvoir de tout détruire et retrouve le droit de vie et de mort sur lui-même et sur l'autre.

Le passage à l'acte va représenter une sorte d'autoengendrement par la destruction du corps. Le sujet se réapproprie son corps dont il devient maître dans la destruction. Si succès et plaisir n'ont qu'un temps, sont aléatoires et dépendent largement des autres, au contraire, l'autodestruction est sans limite et toujours à disposition du sujet.

3. Régression narcissique

Toute crise suicidaire implique une régression à ce qu'il y a de plus infantile en chacun. L'hypothèse d'une régression narcissique transitoire peut être évoquée, avec le passage à l'acte venant rappeler ce paradis perdu où nous n'étions que deux (ou même qu'un !).

A l'origine de la plupart des gestes suicidaires, les patients évoquent souvent une incapacité à surmonter une situation ou conflit et le besoin de ne plus y penser. Ils se mettent alors hors-jeu, le sommeil devenant un refuge, une recherche d'apaisement et d'abaissement de tensions. Cet état recherché peut évoquer l'état de Nirvana, retour à l'état antérieur marqué par la sérénité, l'absence de conflits ou de menaces, retour à la vie inorganique, à l'inconscience originaire, au sein maternel. Le Nirvana se situe plutôt au commencement qu'à la fin de la vie.

Si le passage à l'acte permet la régression illusoire à une vie sans conscience, le soin s'envisagera donc comme une tentative de restauration d'une vie pleinement consciente qui permet le choix.

4. Symptomatologie psychotique

Dans la situation du suicide, réalité interne et externe ne sont plus différenciées mais confondues. Le sujet va être précipité dans une zone de confusion intime où il n'a plus de distance par rapport à lui-même, « précipité comme Narcisse dans son image » dira le Professeur ELCHARDUS (1999).

Un nombre non négligeable de patients décrit une réelle symptomatologie psychotique au moment du passage à l'acte : sensation de dépersonnalisation, angoisses de morcellement indicible, parfois même hallucinations visuelles ou auditives, syndrome d'influence avec automatisme mental.

A titre d'exemple, l'auteur cite le cas de Mr. K. Nous sommes appelés en réanimation pour un patient de 42 ans dont on nous apprend qu'il a fait une TS médicamenteuse accompagnée d'une défenestration du premier étage de son

appartement. Lorsque nous rencontrons le patient, il nous confirme les faits mais en nie immédiatement l'intention suicidaire. Mr. K n'a aucun antécédent psychiatrique et ne présente actuellement aucun signe de décompensation psychotique. Lorsque nous l'interrogeons sur le moment du passage à l'acte, Mr. K se souvient d'avoir entendu la voix de son père, mort par suicide quelques années auparavant, lui demandant de le rejoindre. Il ne se souvient pas d'avoir sauté par la fenêtre.

On retrouve dans ce discours un moment semblable à un moment psychotique bref avec hallucinations auditives et syndrome d'influence avec automatisme mental.

5. Transgression

Le suicide représente une forme de transgression psychique. La rencontre avec la mort est, comme dans le trauma, une forme de transgression. Ce qui fait acte, au sens propre, c'est que le sujet n'est plus le même après. S'opère une mutation, une transgression, le franchissement du code, du symbolique. L'homme, dans la mort qu'il se donne à lui-même, transgresse un interdit fondamental, celui de rompre sa référence à une instance tierce et donc celui de se confondre avec la divinité.

LA REVELATION D'UN SECRET ?

Comme l'écrivent SOREL et VEDRINNE (2003) [87], le suicide est un « thème universel travaillant les hommes dans le secret d'eux-mêmes et qui vient sur le devant de la scène révéler à chacun ce qui gît au fond de lui ». Le suicide semble en lien avec quelque chose qui s'impose à soi, comme une porte qui cède à la pression d'un élément trop difficile à contenir à l'intérieur. Le moment du passage à l'acte semble permettre à quelque chose de ressurgir l'espace d'un moment, comme à travers une brèche : un secret bien enterré, un événement traumatique mis de côté et jamais digéré. Il permet, l'espace d'une seconde, l'émergence d'une sorte de corps étranger contenu par le patient et bien caché, surtout de lui-même. Le passage à l'acte peut être considéré comme la traduction d'un passé oublié qui fait référence à une expérience traumatisante qui n'a pas pu être digérée sur le plan psychique et qui doit donc se répéter.

Le suicide est-il une façon d'anéantir des événements ou pensées inacceptables ?

A titre d'exemple, l'auteur cite le cas de Mr. P. Nous rencontrons ce patient de 35 ans alors qu'il est hospitalisé au SMU du CHLS suite à une TS par arme blanche dans un contexte d'alcoolisation aiguë. Mr. P a essayé de s'ouvrir la gorge ; heureusement, la coupure est restée superficielle. Mr. P n'a aucun antécédent psychiatrique ni suicidaire. Lors du premier entretien, le patient ne dit quasiment rien de son geste. Il décrit les faits précis comme ils se sont déroulés : il a été amené par

[87] SOREL Pierre et VEDRINE Jacque, *Le geste ultime : essai sur l'énigme du suicide*, Lyon Presses Universitaires de Lyon. 2003. 143 p.

sa femme aux urgences en raison d'un état ébrié avec agressivité verbale et agitation à domicile. Il a fugué des urgences, rentrant à pied à son domicile. Voyant la porte fermée, il est passé par le toit après en avoir démonté les tuiles et a pénétré dans la cuisine où il a saisi un couteau et a tenté de s'égorger. Il ne s'explique pas du tout son geste. Il se décrit comme un bon ouvrier, père comblé de deux enfants de 11 et 4 ans, heureux en ménage. On ne note dans son discours aucun élément clinique évocateur d'une psychopathologie particulière. Mr. P ne rapporte, comme facteur déclenchant, qu'une blessure au genou qui lui a déjà valu l'an dernier un arrêt de travail assez long et dont il semble avoir beaucoup souffert. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours d'hospitalisation que le patient évoquera en entretien le suicide de son propre père, il y a environ 15 ans, mort après s'être lui aussi ouvert la gorge. Le patient n'avait jamais parlé à quiconque de cet événement qui était resté le secret partagé par sa mère et ses deux frères cadets.

Dans quelle mesure le passage à l'acte suicidaire ne vient-il pas signifier au suicidant un événement soigneusement enfoui, secret, voire refoulé et inaccessible directement au champ du conscient ?

Le plus souvent, le patient ne prend pas conscience de ce resurgissement du passé, du trauma, de l'inconscient, de l'originaire. C'est bien pour cela que lorsqu'un suicidant nous parle de son passage à l'acte et de ses raisons souvent plates et rationnelles, il nous parle de tout sauf de cela.

A titre d'exemple, l'auteur cite le cas de Mme. D. La patiente est hospitalisée également au SMU, suite à une TS médicamenteuse. Il s'agit de son premier geste suicidaire. Elle évoque comme facteur déclenchant la situation de son fils qui ne cesse de « traiter mal » sa femme. Le discours de la patiente est empreint d'une confusion entre elle-même et sa belle fille, à laquelle visiblement l'identification est massive. La dimension incestueuse du discours ne fait rapidement aucun doute tant la confusion générationnelle est évidente depuis qu'ils sont devenus parents d'une petite fille. La patiente ne nous en apprendra pas plus au cours des différents entretiens sur ses motivations suicidaires, qui semblaient pour le moins incongrues et disproportionnées, et demandera rapidement sa sortie, s'indignant contre les psychiatres « qui sont toujours à questionner sur le passé alors qu'il n'y a rien à chercher ». Ce sont les révélations de la fille de la patiente, étrangement absente du discours de Mme. D, qui nous permettront d'y voir plus clair : le jour de la sortie de la patiente, sa fille nous apprend qu'elle a été victime d'abus sexuels de la part de son grand père, le père de Mme. D. N'y avait-il donc pas là plus qu'un concours de circonstances quand Mme. D tenta de mettre fin à ses jours alors que son fils, décrit comme un tyran conjugal, devenait lui-même père d'une petite fille ?

Le suicide ne sert pas à proprement parler de « révélateur » du secret, mais il semble que, lors du passage à l'acte, quelque chose échappe au patient et vienne prendre corps sur la place publique et notamment au sein de la famille.

En effet, les enjeux du suicide se manifestent aussi par rapport aux générations passées ou à venir et dépassent largement les conflits actuels mis en avant pour faire écran à des souffrances plus secrètes (inceste, naissances illégitimes

...). Le passage à l'acte suicidaire peut donc prendre la fonction d'une véritable dénonciation.

DANS LE CHAMP DU PULSIONNEL AGI

Le suicide est une crise agie. La crise suicidaire vient théâtraliser le chaos interne pour tenter de représenter le conflit intrapsychique devenu irreprésentable. Affect et représentation ne sont pas liés dans le passage à l'acte, l'agir suicidaire venant à la place de d'affect intolérable. L'acte a des rapports étroits avec l'inconscient. En tentant de se suicider, le sujet met en acte son conflit psychique interne puis va brutalement régresser. Souvent dans les premières heures après son réveil il laisse filtrer des éléments de ce monde interne qu'il « oubliera » souvent à distance.

Le passage à l'acte intervient lorsque nous sommes incapables de soutenir dans notre parole des éléments de notre discours inconscient. Nous agissons alors ce que nous ne pouvons pas dire.

Le suicide n'est pas le fait du Moi, cette instance dans laquelle la personne peut à peu près se reconnaître, mais d'un sujet, effet de la chaîne signifiante. C'est le fait d'une nécessité intérieure et du désir inconscient du sujet. Par son geste, le suicidant réalise un désir et s'en punit du même coup, ce pourquoi on a souvent mais en parallèle le symptôme « TS » et la conversion hystérique.

Ce sont les signifiants qui commandent la scène suicidaire, la créent de toutes pièces et réduisent, à ce moment là, la personne à n'être que le jouet de son propre inconscient. C'est ce qui fait que le passage à l'acte est inconnu de celui-là même qui va le commettre et le reste après qu'il l'ait commis. Une chaîne symbolique va ainsi directement de l'inconscient prendre figure dans le réel, indifférente à la vie et à la mort. Au cours du passage à l'acte, il y aurait donc confrontation et articulation entre réalité et fantasme dans le conflit intérieur que le sujet vit. Va naître une travaillée par le fantasme où fuit le réel, de part la mise en jeu d'une parole intérieure qui se répète, insiste, revient à la charge et ne plie pas devant les évidences que la réalité propose. L'homme va donc se retrouver pris à son insu dans le conflit inconscient entre des forces qui tendent à sa conservation et à la destruction de sa vie.

Le suicide est-il l'expression visible de ce que FREUD (1920) [44] a nommé pulsion de mort dans « au-delà du principe de plaisir », pulsion inhérente à chaque individu ?

La pulsion de mort s'oppose à la pulsion de vie qui est une pulsion de conservation, une poussée libidinale qui fait partie des forces développementales d'évolution, de progression. La pulsion de mort est, au contraire, une force d'involution, de régression, son but étant un retour à l'état antérieur, à l'inerte, à l'inorganique, à un repos absolu. Contrairement à la pulsion de vie, elle ne tend pas à la satisfaction sexuelle mais plutôt à l'anéantissement de tout éprouvé, l'éradication

pure et simple de toute excitation. La pulsion de mort et son pouvoir de négation permettent de se déconnecter temporairement, de se mettre hors-jeu de la réalité. Elle consiste à ramener l'animé à l'inanimé, mais dans un sens plus positif que l'anéantissement brutal : ramener le chaos de l'expérience existentielle à l'ordonnance du code, la précipitation des événements à l'inertie du système symbolique. On retrouve bien dans le passage à l'acte cette volonté inconsciente de mort, pas une mort physique mais bien une mort psychique, atteindre le néant, l'inertie, la réduction des tensions à zéro, le Nirvana. « Je ne voulais pas mourir docteur, je voulais juste dormir, ne plus penser, tout oublier ! » disent si souvent les suicidants au lendemain de leur acte.

L'autre fonction essentielle de la pulsion de mort est la déliaison. Si le but d'Eros est d'établir de toujours plus grandes unités, d'assurer la conservation et donc la liaison, celui de Thanatos est de briser les rapports, détruire les choses. Cette déliaison porte essentiellement sur les investissements significatifs liés à l'objet : la relation d'objet se trouve attaquée mais aussi l'investissement lui-même (fonction désobjectalisante). Dans la crise suicidaire, le suicidant ne peut plus faire appel à ses mécanismes régulateurs habituels car il y a désintringation pulsionnelle, la pulsion de mort jouant un rôle désorganisateur. Avec le concept d'instinct de mort, F. PASCHE(1964) reprend ces idées de désintringation, de destruction et de mort mais aussi celle de scission, séparation, distinction, individuation, ce qui a une connotation plus positive, voire vitale.

CONFUSION DES INDIVIDUS ET IDENTIFICATION

Comme l'écrit VEDRINNE (2003) [87], « il ne saurait y avoir de suicide en dehors de cette confusion permanente, profonde, structurale entre soi et l'autre ».

Le verbe « se suicider » est un terme redondant qui vient dire quelque chose, contrairement à sa traduction anglaise moins équivoque « to commit suicide ». Une des questions posées par le suicide peut se résumer ainsi : « dans le suicide, qui tue qui ? ». Et si se tuer était en réalité tuer l'autre en soi ? Mais alors qui est cet autre ?

A. RIMBAUD (1871) [88], écrivait « Je est un autre ».

FREUD dans « Psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine » écrivait « personne ne trouve pour se tuer l'énergie psychique si, premièrement, il ne tue pas du même coup un objet avec lequel il s'est identifié, et deuxièmement ne retourne pas par là contre lui même un désir de mort qui était dirigé contre une autre personne ». La tentative de se tuer serait donc une manière de se débarrasser de l'objet imaginaire auquel le sujet s'est identifié pour toujours. Face à cette équivalence (agressivité contre soi ou contre autrui), le sujet balance à travers ses représentations fantasmatiques entre une identification à la victime ou à l'agresseur. Il trouve dans le suicide un compromis singulier : être les deux à la fois.

[88] RIMBAUD Arthur, Lettres du voyant (13 et 15 mai 1871). Hrsg. von Gérald Schaeffer. [mit] Marc Eigeldinger: La Voyance avant Rimbaud. Genf u.a. 1975. – Text (diplomatische Umschrift des Manuskripts): S. 134-144; Kommentar: S. 145-190 p.

M. HANUS (2004) [89], dans « le deuil après le suicide », expose que le suicide satisfait le désir de l'homme : à la fois celui de tuer (sadisme), celui d'être tué (masochisme) et celui de mourir (pulsion de mort).

Le suicide peut être envisagé comme une réponse à un moment de vécu quasi paranoïaque. En effet, dans bon nombre de situations cliniques, on retrouve que le suicidant possède un ressenti extrêmement persécutoire notamment vis-à-vis des proches. A un moment, le suicide s'impose en terme de « c'est lui ou moi ». VEDRINNE (2003) [87] écrit que « le geste suicidaire est évoqué devant celui à qui il s'adresse sous la forme plus ou moins déguisée de cette question : est-ce vraiment ma mort que tu veux ? ».

On retrouve les notions de poussée instinctuelle de violence, dit aussi violence fondamentale, selon le concept de BERGERET (1989) [90], qui s'appuie à son origine sur des mises en scène très précoces telles que « l'autre ou moi », « lui ou moi », « survivre ou mourir », « survivre au risque de devoir tuer l'autre ». Dans ce concept d'instinct de mort, il ne s'agit pas de détruire spécifiquement cet autre. Il véhicule plutôt des idées de désintrication, de scission, de séparation, de distinction, d'individuation. Ceci est d'autant plus vrai que le suicidant se retrouve souvent dans une situation de dépendance narcissique à l'égard d'un objet qui vient à manquer. Le sujet est alors renvoyé à la problématique du deuil. VEDRINNE (2003) [87] écrit que « le suicide a une fonction substitutive : il se substitue à l'inimaginable perte, à l'impossible deuil de l'objet ». Dans le suicide, tout fonctionne comme si l'objet avait été perdu (très rarement perdu dans la réalité mais perdu en tant qu'objet d'amour). Souvent, on est même incapable de reconnaître clairement ce qui a été perdu. Bien évidemment la perte de l'objet est inconsciente.

FREUD (1915) [91], dans « *Deuil et mélancolie* », explique que le sujet fait un choix qui se porte vers l'objet, c'est-à-dire qu'il y a liaison de la libido à une personne déterminée. Sous l'influence d'un préjudice réel ou d'une déception de la part de la personne aimée, cette relation est ébranlée. Normalement, s'opère le retrait de la libido de cet objet et son déplacement sur un nouvel objet. Dans la mélancolie comme dans la crise suicidaire, la libido est retirée dans le Moi et sert à établir une identification d'une partie du Moi : une partie du Moi s'oppose à l'autre (le Moi modifié par l'identification), la prend comme objet et va jusqu'à décider de vie et de mort sur elle. L'hostilité éprouvée envers l'objet perdu va donc se retourner contre le sujet lui-même. Au moment du passage à l'acte suicidaire, haine et sadisme s'exercent donc sur le Moi identifié, considéré en position d'objet, ce qui permet au Moi de se tuer. Le sujet devient « l'auteur et la victime du meurtre de soi-même » comme l'écrit VEDRINNE (2003) [87]. Il y a dans le suicide ce fantasme inconscient qu'en le tuant, le self sera libéré à jamais de l'objet étranger.

[89] HANUS M., *Le deuil après suicide*, Paris, Maloine, 2004.

[90] BERGERET J., *La notion de pulsion de mort pour le clinicien*. Rev. Franç. Psychanal., 1989, (2), 577-591 p

[91] FREUD Sigmund, (1915) *Deuil et mélancolie*. In : Métapsychologie. Paris : Gallimard ; 1968.

Dans la théorie de M. KLEIN (1940) [92], très schématiquement, le bébé se représente le monde de façon dichotomique : le « bon » (lui et sa mère dans un rapport fusionnel) et le « mauvais » (le monde extérieur). On parle alors de position « schizoparanoïde ». Il réalise ensuite que le bon et le mauvais représentent en réalité le même objet. On parle alors de position « dépressive ». Il va devoir intégrer ceci, ce qui permettra d'acquiescer l'unité du moi, une identité propre, l'accès à l'ambivalence et à l'altérité. Dans le suicide, tout se passe comme si la personne n'avait pas intériorisé le bon et le mauvais objet, comme seul et même objet, sorte de régression à la position schizoparanoïde. Le suicide tue ainsi le mauvais objet en pensant préserver le bon, c'est pourquoi il semble peu évident que ce soit la mort réelle de tout l'être qui soit recherchée dans le passage à l'acte suicidaire.

De même, dans « le deuil originaire », RACAMIER (1992) [93] écrit que le bébé vit une « relation d'unisson narcissique » avec sa mère, un espace de fusion, de toute puissance, de jouissance immédiate. L'enfant devra se détourner de cette mère « indistincte et totale » et en faire le deuil pour s'individualiser, se distinguer, désirer, explorer le monde et investir l'objet. Tout se passe à nouveau dans la crise suicidaire comme si ce deuil avait raté. La perte devient alors impossible, la nostalgie de cette fusion narcissique inconsolable. La perte représente un danger de mort, synonyme d'annihilation. Le vécu devient alors proche d'une angoisse de morcellement et conduit au passage à l'acte comme solution pour faire taire, en tout cas momentanément, cette souffrance insupportable.

S. LECLAIRE (1981) [94], dans « *On tue un enfant* », nous explique que le geste suicidaire peut être considéré comme un moyen d'assouvir « le fantasme de meurtre de l'enfant idéal que nous portons en nous », cet enfant étant la « représentation du représentant narcissique primaire ». Mais le suicide représente également le moyen de séparation et de réunion avec l'enfant en nous au stade narcissique.

UNE PATHOLOGIE DU LIEN ?

L'équilibre psychique du sujet s'appuie sur deux piliers : son corps (pilier somatique) et son entourage (pilier environnemental).

L'étaillage objectal consiste en ce que tout sujet aménage ses relations affectives proches et durables en fonction de son économie personnelle, de son caractère, de la structure de sa personnalité ou de sa psychopathologie. Mais la notion d'étaillage objectal concerne surtout l'image que le sujet garde de lui-même, selon les relations qu'il établit. En effet, les liens interpersonnels se fondent sur une bonne part de rêve, parfois au détriment d'une saine perception de la réalité.

[92] KLEIN Mélanie (1940). *Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs*. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1968, pp. 341-369.

[93] RACAMIER Paul-Claude, *Pensée perverse et décervelage* Gruppo, N° 8 , Paris, Ed. Apsygée, 1992(2), 45-64 p.

[94] LECLAIRE Serge, *On tue un enfant*, 1975 (allusion à l'article de Sigmund Freud *On bat un enfant*), Ed. Seuil-points, 1981, ISBN 2-02-005808-1

Par exemple, il arrive qu'on choisisse un partenaire faible car on a besoin de se croire fort. Ici le rêve d'être fort se substitue à la réalité et c'est là qu'intervient le rapport entre fantasme et interaction : pour entretenir l'image que le sujet désire garder de lui-même, l'objet doit se comporter d'une certaine manière (ici, être faible) sinon l'équilibre narcissique du partenaire est menacé. La décompensation survient lorsqu'un événement quelconque met en cause l'image que le patient voudrait garder de lui-même.

Le suicidant apparaît souvent en proie à une carence de son développement, notamment en ce qui concerne l'étape de séparation-individuation. C'est peut être ce qui le rend plus sensible aux perturbations extérieures d'où son potentiel critique.

En effet, le grand risque de l'amour est qu'il est le successeur de la relation parent-enfant. Tout amour suppose qu'un autre vienne à la place occupée autrefois par les parents, c'est-à-dire à une place d'idéal. Il est nécessairement et par nature à la fois narcissique et anaclitique. Il est à prédominance narcissique si le maintien de la dimension de l'idéal est l'exigence la plus insistante. Un narcissisme encombrant, pathologique, vient faire injure à la relation et à l'autre en ce qu'il consiste à se prendre soi-même pour objet d'amour, dans une grande confusion entre soi et l'autre. C'est une part de nous-mêmes que nous aimons dans l'autre et la rupture entraîne donc une perte de cette part de soi-même. On peut donc se suicider par amour si quelque chose dans la relation permet le retour du choix d'objet à l'identification narcissique et qu'on en veut « à mort » à la personne aimée, au nom du lien indissociable entre suicide et homicide.

La crise est donc non seulement un effondrement des capacités de maîtrise psychique mais également une attaque des liens. Le geste suicidaire est une interpellation agressive de l'autre, tentative d'établir un lien relationnel avec un autre dont on attend une intervention, une réaction, une écoute. Ainsi, la reprise du contexte de la frustration et l'insuffisance des bénéfices du passage à l'acte en terme de réaménagement relationnel peuvent encourager la récurrence suicidaire et faire que le passage à l'acte et sa répétition deviennent une modalité relationnelle et de communication prioritaire.

La vie relationnelle du suicidant est paradoxale : alors que sa faiblesse narcissique le fragilise et le rend extrêmement vulnérable aux conflits, aux déceptions, aux séparations et aux variations de distance relationnelle, cette même faille induit une dépendance à l'objet et une idéalisation de son investissement. L'idéalisation de l'objet permet de maintenir l'illusion qu'il y a au moins une personne qui détient le pouvoir de combler le manque essentiel, c'est-à-dire le manque de l'amour maternel, ce que tout enfant peut attendre légitimement de ses parents. Apparaît le double besoin de la présence physique continue de l'objet, à la fois pour garantir la possibilité continue d'une externalisation, mais aussi pour assurer la fonction essentielle de Moi auxiliaire afin de préserver le sentiment de soi. Les relations doivent donc obligatoirement assurer le soutien narcissique interne défaillant. En cas de défaillance, on voit à nouveau se creuser ce manque. La relation vient alors pointer ce qui, au lieu de venir constituer son être, reste inclus dans la puissance d'un autre, dans son don ou son refus.

Seul l'acte peut alors encore donner forme et figure à la réalisation de l'impossible désir du suicidant. La TS devient alors un moyen d'éviter la dépendance, de reprendre un rôle actif, de rester maître de soi. Le geste suicidaire marque un désir d'affirmation et d'échappement à ce qui est ressenti comme l'emprise de l'autre sur soi. Il s'agit donc d'un processus défensif de sauvegarde de l'identité. Le passage à l'acte est donc à la fois une possibilité d'échapper à une situation intolérable et un ressort intime de l'action du sujet qui, par sa mort, va tenir son discours propre, poursuit son propos plein de contradictions, a le dernier mot, dévoile son dernier argument.

Le geste suicidaire peut représenter également une modalité de canalisation d'émotions et colère dans un contexte de conflits relationnels aigus menant à des sentiments de frustration affective, de trahison ou d'humiliation parfois non élaborés. Dans cette situation de crise où la valeur objective du conflit n'a pas de rapport évident avec l'intensité de la douleur affective ressentie, l'incapacité à élaborer des réponses alternatives fait émerger le passage à l'acte comme solution à ces problèmes relationnels. Par la mise en jeu de sa vie, le suicidant s'impose aux autres, force l'attention, la relation, l'intervention de l'autre en court-circuitant le temps et l'espace de la demande. Il fait en quelque sorte de l'autre son objet.

Parmi les facteurs déclenchants évoqués par les patients, il n'est donc pas surprenant que la « conjugopathie » soit la plus fréquemment citée. Les patients ont, en effet, tendance à incriminer dans la genèse de la crise actuelle l'attitude de leurs conjoints dont ils se disent victimes. Au sein d'un couple, toute modification interne (rupture, liaison extraconjugale, problème relationnel...) va provoquer des changements. L'équilibre des échanges au sein du système s'en trouve alors modifié et la crise surgit. Ainsi, tout couple affronte des crises et, heureusement, la plupart peuvent faire face à ces périodes.

Un nombre important de patients rapporte un conflit interpersonnel (dispute, rupture...) avec un personnage clé dans les 48 heures avant le geste suicidaire. Il s'agit souvent de jeunes femmes en conflit relationnel avec leur conjoint (violence physique, infidélité, indifférence affective...). Il existe en général une dépendance affective, ce qui pourrait indiquer des dispositions de personnalité particulière. Il semble que la majorité des suicidants souffrent d'une vulnérabilité narcissique particulière provoquant un trouble dans l'organisation et la cohésion de l'image de soi, une mésestime de soi, une insécurité interne, un manque de confiance en soi et donc en l'autre.

Ces patients affichent une incapacité à répondre aux traumatismes externes comme la perte et à l'émergence interne pulsionnelle (fantasme inconscient désorganisateur et difficulté à supporter et organiser la régression).

Une rupture pouvant en cacher une autre, l'actuelle peut être provoquée par une précédente selon les lois de la pulsion de mort qui sait si bien allier masochisme et répétition.

Le suicide peut représenter également, dans un couple pathologique, la première revendication sérieuse d'altérité. Ces patients qui passent à l'acte nous interpellent sur le risque qu'il y a à prendre la parole au sein du couple. C'est bien ce dysfonctionnement de la communication au sein du couple qui est agi dans la TS, la verbalisation des problèmes n'étant plus possible, voire dangereuse. La « conjugopathie » pose donc la question de l'altérité comme question de vie ou de mort.

Dans la crise suicidaire, il ne s'agit pas toujours d'un « problème de communication ». L'effondrement des fondations du couple et notamment de l'« illusion fondatrice », comme l'appelle HESSELNBERG (1985) [95] que sont l'idéalisation du lien du couple, du conjoint, mais surtout de soi-même, peut être à l'origine de la crise.

Enfin, une des questions essentielles du suicide est celle de son adresse. La TS met en scène le désir du sujet sans que celui-ci ne l'exprime réellement en son nom propre, une façon de se faire connaître sans se faire reconnaître. Ce geste adresse à l'autre une question non formulée, non élaborée. Il est fréquent, par exemple, que les personnes qui découvrent le geste soient choisies par le suicidant ou le suicidé. Dans cet instant de découverte, un message est livré. Ce même message peut être décrypté dans les lettres d'adieux, dans le geste lui-même, dans les moyens utilisés pour se tuer (à qui appartient le traitement médicamenteux ingéré...)

Il existe donc dans tout acte suicidaire un sens agressif contre le sujet lui-même mais aussi contre des personnes extérieures désignées. Cette agressivité peut se manifester par la violence physique que le sujet inflige à son corps, par le moyen choisi, par des actes d'automutilations préliminaires, par une colère importante en situation de soins...

X. ACTE SUICIDAIRE ET RISQUE DE RECIDIVE

- **Evaluation clinique du risque de passage à l'acte**

On définit la récurrence comme la répétition d'un geste suicidaire par une même personne, quel que soit le moyen utilisé, les circonstances du geste, ou les facteurs déclenchants concernant chaque tentative de suicide, les « multirécidivistes » étant les sujets qui répètent plus de deux fois leur geste suicidaire.

Plutôt qu'étudier l'ensemble des récidivistes d'une population donnée, certains travaux distinguent les récidivistes entre eux ; SMEETON et WILKINSON (1988) [96] proposent trois types de récurrences en fonction de la temporalité : ceux qui récidivent fréquemment, ceux qui présentent une série de tentatives de suicide répétées sur quelques mois, et ceux qui récidivent très rarement.

[95] HESSELNBERG M., *A propos d'un mythe des thérapeutes familiaux ou la transmission intergénérationnelle*. Dialogue, 1985, 89, 100-110 p.

[96] SMEETON N. et WILKINSON G., *The identification of clustering in parasuicide*, *The British Journal of Psychiatry*, 1988, 153: 218-221 p.

Dans une étude rétrospective, KREITMAN et CASEY (1988) [97] séparent les primo-suicidants des récidivistes mineurs (2 à 4 tentatives de suicide), et des récidivistes majeurs (au moins 5 tentatives de suicide).

Enfin, EUDIER et al. (1998) [98], dans une étude menée sur 632 suicidants, distinguent deux types de récurrences, à partir de critères cliniques décrits par BECK [99] dans son échelle d'intentionnalité suicidaire (SSI) : « la répétition vraie » pour un geste suicidaire qui se fonde sur la même intention et qui a la même fonction que la tentative qui a précédé ; « la reproduction non identique » pour un geste suicidaire dont la fonction et l'intentionnalité sont différentes de la tentative précédente.

La plupart des récidivistes ont moins de 25 ans ; l'augmentation actuelle du nombre de tentatives de suicide est en grande partie liée aux récurrences suicidaires ; paradoxalement il n'existe que peu de données spécifiques récentes dans la littérature internationale (CHASTANG et al., 1998) [100]. On estime actuellement que 37% des suicidants de 15-24 ans sont des récidivistes ; la récurrence est généralement précoce, survenant deux fois sur trois dans l'année qui suit le premier geste suicidaire.

- **Primo-suicidants et multirécidivistes**

Forman et coll. (2004) [101] se sont interrogés sur l'existence de 2 groupes différents de suicidants. D'un côté, il y aurait les personnes ne passant à l'acte qu'une seule fois, et de l'autre un groupe de multirécidivistes suicidaires (nombre de TS>2 à vie). Les deux groupes différeraient dans leurs caractéristiques. Pour cela, ils ont comparé les données cliniques de suivi de 39 primosuicidants à 114 multirécidivistes après sélection des patients venus consulter aux Urgences d'un hôpital général, ayant plus de 18 ans. Ils ont exclu toutes personnes ne pouvant comprendre le protocole de l'étude et ne pouvant donner leur consentement. Les patients touchaient 50 dollars pour accepter de remplir une série de questionnaires démographiques, d'auto-questionnaires et de subir des entretiens avec des psychiatres pour des passations d'échelles d'évaluations.

[97] KREITMAN N., CASEY P., *Repetition of parasuicide : an epidemiological and clinical study*. Br J Psychiatry, 1988, 153 : 792-800 p.

[98] EUDIER F., A. BATT, P. LEVAOU, *Les récurrences suicidaires précoces : suivi et analyse des précautions prises*. Ann Med Psychologique, 1998, vol 156 : 529-539 p.

[99] BECK dans son échelle d'intentionnalité suicidaire (SSI) : BECK AARON T., GREGORY K., BROWN and ROBERT A. STEER : Psychometric Characteristics of the Scale for Suicide ideation with psychiatric outpatients. Behav. Res. Ther., 1997 ; 35 (11) : 1039-1046 p.

[100] CHASTANG F., DUPONT I., *Le rôle de la dynamique familiale dans la récurrence suicidaire chez les adolescents et les adultes jeunes*. Annales de Psychiatrie, 1998, 13(4) : 248-254 p.

[101] FORMAN et COLL. (2004) *History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology*. Am J Psychiatry, 2004 March ; 161(3) : 427-43 p.

Leurs résultats indiquent, en effet, que les patients multirécidivistes auraient des pathologies psychiatriques plus lourdes, une intentionnalité suicidaire plus importante. Ils ont par ailleurs plus d'antécédents personnels et familiaux d'abus sexuels dans l'enfance, de pathologie mentale, de suicide et d'abus de substances que les primosuicidants. Les multirécidivistes seraient plus souvent sans emploi.

Il ne semble pas exister de différence significative dans l'âge, l'éducation, le sexe, ou le groupe ethnique. Ils précisent que ces différences ne peuvent pas être expliquées seulement par l'inclusion des personnalités borderline dans le groupe des multirécidivistes.

La sévérité des dépressions sur l'échelle Hamilton Dépression Scale et la perte d'espoir étaient significativement plus élevées chez les multirécidivistes (dépressions avec des symptômes psychotiques). Ils retrouvent aussi une plus faible capacité de résolution de problèmes chez les multirécidivistes.

Les auteurs concluent que les multirécidivistes suicidaires sont un sous-groupe à part avec une psychopathologie plus sévère et de sévères dysfonctionnements dans plusieurs domaines de leur vie.

Le variable « multirécidiviste suicidaire » leur semble une variable très informative, d'acquisition simple et devant présumer, en soi, une proposition thérapeutique adaptée à la gravité clinique. Sa seule présence doit nous amener à penser que le patient est un patient à haut risque suicidaire.

Rudd et coll. (1999) [102] ont comparé des multirécidivistes suicidaires (TS>1) et des primosuicidants. Ils ont inclus 332 adultes jeunes, hospitalisés pour idées suicidaires ou comportement suicidaires récents. Ils ont exclu les pathologies psychotiques, les abus importants de substances et les personnes plus âgées. Ils trouvent que le groupe des multirécidivistes suicidaires se caractérise par :

- Des idées suicidaires plus élevées
- Une dépression plus grave
- Une perte d'espoir plus souvent présente
- Une perception particulière du stress, associée à une plus faible capacité à résoudre les problèmes sociaux.

Ils ont plus souvent de multiples diagnostics de l'axe I et un développement plus précoce de leurs troubles psychiatriques.

Une étude réalisée par Owen et coll. (1994) [103] ont comparé les caractéristiques des suicidants ayant récidivé ou pas dans l'année (TS>1). Pour cela, ils ont pris les observations de 992 patients ayant fait une tentative de suicide et ayant été hospitalisés pour cela et ils ont collecté les données démographiques et

[102] RUDD et COLL., *Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behaviour*. Am J Psychiatry, 1999 Feb ; 156(2) : 181-189 p.

[103] OWENS et COLL., *Out of deliberate self-poisoning. An examination of risk factors for repetition*. Br J Psychiatry, 1994 Dec ; 165(6) : 797-80 p.

cliniques de ces derniers. Ils montrent que le groupe des récidivistes suicidaires avait plus souvent :

- Absorbé plusieurs médicaments
- Fait des épisodes de TS antérieurs à la TS index
- Avaient déjà bénéficié d'une hospitalisation en psychiatrie ou reçu des soins psychiatriques
- Étaient âgées de 25 à 54 ans.
- Ils avaient, moins souvent, écrit une note pour expliquer leur geste
- Étaient plus souvent sans emploi

Les auteurs concluent que les données prédictives des récurrences suicidaires sont trop peu précises. L'importance de la connaissance de ces données mériterait de conduire à de plus amples études pour en déterminer la portée.

De même, Reynolds et Eaton (1986) [104] au Canada ont montré que les multirécidivistes suicidaires (TS>3) avaient plus souvent des histoires familiales de suicide, des symptômes psychiatriques plus sévères et chroniques, des abus de drogue et d'alcool, un diagnostic de dépression, perte d'espoir importante et des passages à l'acte plus sévères et moins impulsifs. Ils trouvent aussi qu'ils sont plus souvent hospitalisés dans des unités de suicidants que les primosuicidants. Même dans une population d'adolescents, les différences entre les deux groupes se retrouvent. Pour cela, ils ont récolté les données et calculé les scores à l'échelle de dépression de Beck et à l'échelle « Intent Scale and Hopelessness Scale » de 747 personnes venant de réaliser une tentative de suicide et hospitalisées pour cela. Ils en concluent que les multirécidivistes suicidaires sont suffisamment différents des primosuicidants pour nécessiter une stratégie spécifique d'intervention.

Une autre étude de Pach et coll. (2001) [105] a étudié les caractéristiques des récidivistes suicidaires (TS>1) par rapport aux primosuicidants. Ils ont inclus 180 patients âgés de 18-79 ans et hospitalisés après avoir réalisé une tentative de suicide. Ils en arrivent eux aussi à la conclusion que le groupe des récidivistes suicidaires est différent de celui des primosuicidants par les caractéristiques suivantes :

- Ils font des TS plus graves (9.2%) que les primosuicidants
- Ils ont plus souvent de multiples addictions, dont l'alcool, et font souvent des tentatives de suicide en étant alcoolisés (38.8% / 26% pour les primosuicidants)
- Ils ont plus souvent des diagnostics psychiatriques traités en ambulatoire (25.9% / 6.3% pour les primosuicidants) ou en hôpital psychiatrique
- Ils ont plus souvent dans leur entourage des personnes qui ont fait des TS

[104] RAYNOLDS P, EATON, *Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department*. Can J Psychiatry, 1986 May ; 31(4) : 328-30 p.

[105] PACH et COLL., *A Trial the complex risk assessment of repeated suicide predictors in patients after suicidal poisoning attempts, hospitalized in the Department of Clinical Toxicology CM UJ in Krakow*. Clinical predictors, Przegl Lek.; 2001, 58(4) : 330-4 p.

Les multirécidivistes suicidaires seraient plus souvent sans emploi et rapportent plus souvent des événements délétères dans leur histoire personnelle comme des abus sexuels dans l'enfance, une histoire familiale de pathologie mentale ou d'abus de substances, une histoire personnelle d'abus de substances et des antécédents familiaux de suicide (Stanley et coll, 2001) [106].

DEUXIEME PARTIE : LE DESSIN

I. INTRODUCTION

Le travail du psychologue avec le test du dessin de la personne est de nature clinique. Il s'agit de parvenir, à travers lui, à décrire et comprendre une personnalité spéciale et essentiellement originale dans ses motivations, ses conflits et son mode d'existence.

Explorer les hypothèses théoriques du dessin de la personne, surtout en ce qui concerne l'image du corps et l'expressivité, et essayer de regarder à cette lumière les informations recueillies, nous est apparu comme un besoin actuel pressant et essentiel pour le développement du test

Le test qui m'intéresse est « le test du dessin d'une personne » (Draw A Person test ou D.A.P.). Il apparaît dans la littérature sous le nom de « test de Machover » ou « dessin de la figure humaine ». Le dessin d'une personne fait partie aussi du test du dessin de la maison, de l'arbre et de la personne (House, Tree, Person test ou H.T.P. ., ou test de BUCK [107]).

Kurt Lewin [108] a exprimé à plusieurs reprises l'opinion qu'au début de n'importe quelle recherche il faut déclarer explicitement sa propre tendance, sa position de base, sa croyance la plus subjective et la plus fondamentale relativement au domaine exploré. Pour ma part, je dois donc déclarer, malgré ce que j'ai découvert, chemin fait, qui infirmait ou confirmait ce que je pense, que je crois fermement à la nécessité impérieuse d'aboutir à une meilleure connaissance de l'esprit humain : la recherche dans le domaine de la création artistique est l'une des meilleures voies pour accéder à cette fin. Le travail du psychologue s'insère dans cette perspective ; c'est à lui pourtant d'être conscient du fait que la personnalité dont on recherche la définition et les contours restera toujours incomplètement éclairée, ou du moins dans une autre lumière que sa lumière propre. Je crois enfin que l'être humain tend à constituer une unité même si cette unité n'est pas possible. J'ajoute cependant que cette unité est impossible réellement. Elle ne demeure qu'une intention. Elle n'est pas réelle.

[106] STANLEY et COLL., *Are suicide attempters who self mutilate are unique population ?* Am J Psychiatry, 2001, 158 : 427-432 p.

[107] BUCK J., *The H.T.P. Technique : a qualitative and quantitative scoring manuel*, J. Clin. Psychol., 1948, 4, 317-396 p.

[108] LEWIN Kurt, *A dynamic theory of personality*, Selected paper, New York, 1935

II. LE DESSIN COMME METHODE PROJECTIVE

• HISTOIRIQUE DE LA PROJECTION

D'après Didier ANZIEU [109], il semble que le premier à parler de "méthodes projectives" fut L.K. FRANCK en 1939 [110], dans un article du "journal of psychology". Il a employé ce terme pour rapprocher trois épreuves psychologiques en vigueur :

- Le test d'associations de mot de JUNG (1904) [111].
- Le test des taches d'encre de RORSCHACH (1921) [112].
- Le TAT de MURRAY (Thematic Apperception Test, 1935).

Dans son communiqué, L.K. FRANCK [110] montrait que ces techniques permettent d'envisager la personnalité dans sa dynamique et sa globalité : « cette dernière (la personnalité) y est envisagée comme une totalité en évolution ».

D. ANZIEU [109] poursuit en disant que « Les techniques projectives se distinguent des tests d'aptitude essentiellement par l'ambiguïté du matériel présenté au sujet et par la liberté des réponses qui lui est laissée ».

La psychologie projective « s'intéresse aux rapports de l'homme aux autres en même temps qu'aux rapports de l'homme et de son vécu ».

Carl Gustav JUNG [111] crée alors une épreuve psychologique « où les associations du sujet sont interprétées comme révélatrices de ses tendances profondes et de ses complexes ».

RORSCHACH [112], ensuite, décide de ne plus utiliser les taches d'encre comme une épreuve d'imagination mais bien comme une épreuve de personnalité : « C'est en effet l'organisation individuelle de la personnalité qui structure la perception de telles taches ».

Tout comme D. ANZIEU rappelle que ce n'est qu'au début du siècle dernier que les psychanalystes élargissent leurs traitements aux enfants (Mélanie KLEIN, Anna FREUD).

Ces derniers n'ayant pas atteint le degré de maturité adulte, notamment en ce qui concerne l'expression verbale, les professionnels « recourent au dessin et au jeu libres comme substitut des associations libres ».

[109] ANZIEU Didier, Les méthodes projectives, PUF, 1960

[110] FRANCK L.K., *Projective methods for the study of personality*, The journal of psychology, 1939, 8, 389-413 p.

[111] JUNG Carl Gustav (1904), Champion, A. and Auriol, B.(2002) *Jungian Automated Word Association Test*, Research in parapsychology, Abstracts and Papers from the forty-fifth Annual Convention of the Parapsychological Association, 385-389 p.

[112] RORSCHACH Hermann (1921), *Psychodiagnostic*, PUF, 1993, ISBN 2130455611

Viendront alors les expériences du dessin, notamment avec C. KOCH [113] et R. STORA [114] pour le test de l'arbre, Karen MACHOVER [2] et son test : "Human Figure Drawing" ou encore BUCH [107] avec le H.T.P. (House-Tree-Person test).

Le dessin n'est alors plus utilisé comme un révélateur du développement intellectuel, un test d'aptitude (test d'intelligence de F. GOODENOUGH [1]) mais bien le révélateur d'une projection de la personnalité. Nous en arrivons donc au terme de « projection ».

• LA PROJECTION

D'après le nouveau petit Robert : « Action de jeter, de lancer en avant ». En ce sens, les épreuves projectives permettent à l'individu comme une « décharge pulsionnelle et émotionnelle ».

D. ANZIEU [109] rappelle que Sigmund FREUD a d'ailleurs désigné là « une action psychique, caractéristique de la paranoïa, qui consiste à expulser de la conscience les sentiments répréhensibles pour les attribuer à autrui. ».

En un autre sens, « action de projeter une image sur un écran », la projection peut aussi consister en la perception dans le monde extérieur d'états affectifs qui sont en fait intérieurs.

S. FREUD comparait le test projectif aux rayons X, « traversant l'intérieur de la personnalité, il fixe l'image du noyau secret de celle-ci sur un révélateur,..., le latent devient manifeste ; l'intérieur est amené à la surface ».

D. ANZIEU [109] rapporte que les méthodes projectives ont ceci de fondamentalement différent des tests psychométriques, qu'elles sont basées sur la liberté d'expression et la liberté de temps (« les techniques projectives, où les réponses sont libres mais le matériel est défini et standardisé » ; « les techniques d'adaptation, constituées par les tests psychométriques, où une seule réponse est correcte et où le matériel requiert une précision rigoureuse ».

En effet, avec les techniques projectives, il n'est pas attendu de réponse en particulier ; il n'y a pas de bons ou mauvais dessins.

Par contre, il y voit analogie avec la situation psychanalytique, même si ces deux principes de liberté se particularisent différemment.

La liberté d'expression de la situation projective se fait par l'intermédiaire de la consigne (par exemple « dessiner une personne ») qui renvoie à ses propres désirs. Dans la cure psychanalytique, le sujet est invité à parler ; aucun thème n'est lancé, aucune directive.

[113] KOCH Ch. Der Baumter – Der Baumzeichnenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel, Bern : Hans Huber, 1949 (trad. : *Le test de l'arbre*, Paris, Vitte, 1958., rééd Bruxelles, Editest).

[114] STORA René, *le dessin de l'arbre*, Bulletin de psychologie, 1963, 17, 2-7, 253-265 p.

La liberté de temps existe aussi dans ces deux situations. Le nombre de séances des méthodes projectives est généralement limité, contrairement à la durée de passation du test. Dans la cure psychanalytique, le nombre de séances n'est pas fixé à l'avance mais la durée de celles-ci l'est.

En rapport avec le potentiel informatif du dessin, GETIN-HORREARD C. [115] dit aussi que « l'interprétation d'un dessin fait appel à des connaissances théoriques, des capacités de synthèse mais d'intuition et d'imagination ». , « Cette subjectivité n'en est pas pour autant inutile et doit inciter à la prudence ».

Mais qu'en est-il du dessin du personnage à proprement parler ?

III. HISTORIQUE " TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE "

Bénéficiant de l'essor de la psychopédagogie, le dessin se vit offrir place privilégiée en psychologie dès la fin du XIX^{ème}. Siècle et surtout au début du XX^{ème}. Siècle.

En effet, les processus psychiques mis en œuvre au cours de l'enfance et leur développement pouvant être observés au travers de son expression picturale, celle-ci revêtit un attrait particulier à une époque où l'on commença à se préoccuper du développement psychomoteur normal et pathologique de l'enfant.

Le « Test du Dessin du Personnage » a été initialement utilisé par Goodenough (1926) [1] comme un test d'intelligence appréciant le niveau de développement intellectuel de l'enfant.

Selon elle, « la production graphique est d'autant meilleure qu'elle comporte plus de détails et que ceux-ci sont correctement figurés et agencés entre eux conformément à des critères objectivement établis ». Elle proposa une échelle d'évaluation (comportant 52 items) en terme de quotient intellectuel étalonné en fonction de l'âge.

Par la suite, nombreuses études remirent en question l'existence d'une liaison exclusive entre le système de cotation établi par Goodenough et le niveau de développement intellectuel (Machover, 1949 ; Bender, Brill, Hinrichs, Furfey, Gunzburg, Ochs,..., cités par Abraham, 1963 [116]). Le niveau de maturation générale (conditionné par des facteurs psychologiques liés notamment aux traits de la personnalité ainsi que par facteurs liés à la socialisation de l'enfant) influencerait tout autant sur le score que l'intelligence proprement dite. Il en serait de même pour des facteurs affectifs (Widlöcher, 1965) [117] et culturels. L'échelle de Goodenough mesurerait donc plutôt des traits de caractère.

[115] GETIN-HORREARD C., Pédiopsychiatre - Hôpital St Jacques - Service SHIP (44 Nantes). *Liens et liaisons en pédopsychiatrie* - Congrès de Nantes, 23-24 mai 2008.

[116] ABRAHAM Ada (1963), *Le dessin d'un personnage. Le test de Machover*. Ed. Scientifique et Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux, Deuxième Edition, 1^{er} Trimestre 1985, 31-163 p.

[117] WIDLÖCHER Daniel, *l'interprétation des dessin d'enfant*. Bruxelles, Dessart, 1965

En 1949, Machover [2] introduisit une dimension nouvelle dans l'approche du dessin du personnage.

En vertu de principes psychanalytiques trouvant leur origine dans les théories freudiennes, elle attribua au test les qualités d'un test projectif permettant l'évaluation de la personnalité du dessinateur.

Elle a proposé un système d'analyse prenant en compte d'une part le contenu du dessin (lequel reposait sur un système d'interprétation, d'inspiration psychanalytique) et d'autre part l'aspect formel et structurel du dessin (taille, disposition, ratures, parties omises ou au contraire soulignées, ...).

Les études ultérieures de validation ont, comme pour la méthode de Goodenough, apporté leur lot de controverses pour enfin suggérer qu'il était préférable de considérer le « Test du Dessin du Personnage » non comme un outil psychométrique mais comme faisant partie intégrante de l'entretien clinique.

IV. LE TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE (MACHOVER) :

On donne au sujet une feuille de papier du type A4, un crayon noir et une gomme et on lui demande de « Dessinez une personne ». L'examineur note le temps d'exécution du dessin (six à sept minutes en moyenne), les commentaires spontanés du sujet, l'ordre dans lequel il a dessiné les différentes parties. Une fois le premier dessin terminé, on demande au sujet de « dessiner une personne de l'autre sexe » sur une seconde feuille. L'examineur, le cas échéant, insiste pour obtenir le dessin d'une personne entière.

La deuxième partie, verbale, consiste en un questionnaire, administré successivement pour chacun des deux dessins et qui invite le sujet à inventer l'histoire du personnage qu'il a dessiné.

Le dépouillement porte sur les catégories suivantes.

Analyse formelle : taille du dessin, son emplacement sur la feuille, pression du trait, réalisme, degré de finition, symétrie, manière de traiter la ligne et la perspective, proportions, ombres, traits ajoutés ou effacés.

Analyse du contenu : thème (par exemple : soldat, bandit, tenue de soirée...), attitude du personnage, arrière-plan et sol, diversité et exactitude des différentes parties du corps, habillement, accessoires, expressions faciale et posturale.

L'idée directrice de l'interprétation est que le dessin d'une personne exprime l'image du corps (ses différentes parties, ses produits, ses besoins) du sujet. Par exemple, les formes rondes exprimeraient la féminité, la soumission, le narcissisme ; les formes anguleuses, l'agressivité, la masculinité, l'opposition. Sur la tête seraient projetés les besoins sociaux, les aspirations intellectuelles, la tendance au contrôle raisonné, l'élaboration imaginaire de la personnalité. L'image de soi projetée dans le

test subit des omissions et des déguisements en rapport avec les points vulnérables de la personnalité du sujet : l'interprétation clinique et symbolique s'efforce de repérer les détails significatifs de ce point de vue. (Didier Anzieu, Catherine Chabert, 2004 [118])

LES APPLICATIONS DU TEST

LE TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE PEUT :

- Permettre la mise à jour de symptômes parfois déterminants pour une prescription.
- Permettre d'aborder plus efficacement certains problèmes.
- Mettre l'accent, sur une sensibilité qui peut être le pivot de notre recherche homéopathique.
- Avoir un effet thérapeutique par lui-même.
- Venir en complément de nos observations.

V. TRAVAUX ANTERIEURS

Partant des travaux de Goodenough et Machover, le « Test du Dessin du Personnage » a fait l'objet de très nombreuses études chez des patients divers quant à leur âge et leur pathologie.

A. ETUDES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Les instruments psychométriques faisant appel à l'expression picturale examinent un moyen de communication.

En effet, le dessin fait figure de langage du corps par l'intermédiaire du geste graphique, de langage de l'Inconscient par sa valeur projective et de langage graphique car il existe un espace sémantique graphique obéissant à des lois de composition dont il est possible de dégager une structure.

Selon Widlöcher (1965) [117], l'interprétation du dessin suppose qu'il est possible de traduire dans le registre verbal un sens qui serait déjà présent dans le dessin.

Cela requiert donc l'exploration attentive de signes manifestes, insuffisante en elle-même et devant donc être complétée d'une interprétation symbolique qui permettra de distinguer des allégories conscientes et des allégories implicites, inconscientes, qui participent à la constitution du monde imaginaire de l'enfant. Ces considérations sont à rapprocher de celles d'Aubin (1970) [119] pour qui le « dessin

[118] ANZIEU Didier et CHABERT Catherine, *Les Méthodes projectives*, Ed.: Presses Universitaires de France, Quadrige, 2004, (ISBN 2130535364)

[119] AUBIN Henry, *Le dessin de l'enfant inadapté, Signification et Structures*, Edouard Rivat, Toulouse, 1970, 61-68 p.

du bonhomme » est la représentation projective de son auteur en tant qu'image de lui-même tel qu'il se sent être, qu'il voudrait être ou de ce qu'il refuse d'être, ou encore en tant qu'image justificative.

Au sujet de l'échelle de Goodenough, Widlöcher (1965) [117] souligne que la représentation du bonhomme dépend des aptitudes motrices et du schéma corporel, mais surtout qu'il semble bien que le caractère s'y exprime. Le « Test du Dessin du Personnage » semble pouvoir offrir une estimation valable des aptitudes intellectuelles proprement dites de son auteur lorsque la performance n'est pas suspectée d'être altérée par des facteurs affectifs et émotionnels défavorables ou par des traits de personnalité pathologiques.

Royer J.[120], en 1977, attribua au "test du Bonhomme" les qualités d'un test de personnalité. Elle imagina une échelle de notation en 3 parties appréciant la qualité de la tête, celle du schéma corporel et celle de la tenue vestimentaire.

Elle lui a également attribué une valeur pronostique en termes d'évolution favorable ou défavorable sur un plan psychologique.

A propos de l'aspect qualitatif des productions, elle remarqua que les sujets qui portent leur attention sur la représentation de la tête et du visage sont ceux qui recherchent essentiellement le contact humain, les échanges verbaux et le « mental » en général. La représentation du schéma corporel, à travers ses erreurs, donne lieu à des projections « psychosomatiques » très significatives. Ceux qui mettent l'accent sur les détails vestimentaires ont un comportement plus conventionnel, axé sur le « désir de paraître » plus encore que sur le « sentiment d'être ». « Ce comportement masque souvent une souffrance secrète dans le sentiment d'être » (Royer, 1977) [120].

A l'occasion de travaux sur le dessin du personnage chez des enfants entraînés à la perception et l'expression du schéma corporel comparés à une population témoin, Wallon a pu conclure que le « Test du Dessin du personnage » présentait un intérêt dans l'évolution de l'intégration du schéma corporel.

L'ÉVOLUTION DU DESSIN D'ÉCRITE PAR J. ROYER [121]

Jacqueline Royer isole des stades évolutifs en fonction de l'acquisition progressive de la notion de temps chez l'enfant et de sa traduction graphique. Selon l'auteur, la perception du temps étant plus arbitraire, davantage soumise aux apprentissages et aux connaissances, s'établit plus lentement que celle de l'espace. Les différents procédés décrits dans le *réalisme intellectuel* témoigneraient plutôt de

[120] ROYER Jacqueline, la personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme, Bruxelles, Editest, 1977

[121] ROYER Jacqueline cité par ANUSAKSATHIEN Narongdaj, *L'utilisation du test du dessin du personnage chez l'adolescent suicidaire*, Mémoire Master 2, Université de Poitiers, 2007, 37-39 p.

l'incapacité de l'enfant à cerner dans son rapport avec l'espace. A ce stade, pour chaque élément du dessin, l'enfant utilise la forme la plus caractéristique sans se soucier que ces formes ne peuvent être vues en même temps et au même moment. Progressivement, l'enfant représentera la concordance spatio-temporelle à travers la constitution d'un réservoir de nouveaux schémas pour chaque élément selon les différents angles de vue. J. Royer mentionne que parmi les différents procédés qu'utilise l'enfant pour être « réaliste » selon G.H. Luquet, le changement de point de vue semble être de loin le plus fréquent (notamment la représentation du bonhomme (personnage), pieds de profil et corps de face) contrairement à ceux du rabattement ou de transparence qui intéresseraient les enfants aux âges les plus bas ou porteurs d'un retard intellectuel ou de troubles affectifs. Ainsi, en faisant intervenir la notion de temps, l'auteur distingue 5 stades dont le troisième correspondrait sur le plan du développement affectif, à l'entrée dans la période de latence au cours de laquelle émergerait précisément « la perception du temps ». Ce sont successivement :

- **Le stade préliminaire du gribouillage moteur, de 1 à 3 ans**

Il correspond à la période du gribouillage et prend fin avec le début du graphisme intentionnel motivé par l'apparition de formes « reconnaissables » dans le dessin de l'enfant. Il s'agit le plus souvent du « bonhomme têtard » et de la maison « en forme de simple enclos » : forme arrondie ou angulaire très simplifiée.

- **Le stade du dessin éparpillé, concernant les jeunes enfants de 4 à 6 ans**

Le graphisme est intentionnel, représentatif : « un dessin devient préliminaire à un autre dessin ». Cependant, il n'y a pas encore de recherche de lieu, ni de temps ou même de sujet. En effet, au début du stade, le même graphisme est nommé le plus souvent rétrospectivement et peut être désigné successivement de façon différente. Il se caractérise par sa « versatilité thématique ». Les représentations « flottent » dans l'espace graphique, sans ordre apparent et ne sont pas parallèles aux bords de la feuille. La « verticalité » est acquise progressivement. Les représentations anthropomorphiques le plus souvent sont disproportionnées.

C'est au cours de cette période que les affects œdipiens se manifestent chez l'enfant et se traduisent graphiquement par la multiplication des thèmes, des symboles le plus souvent à caractère phallique.

- **Le stade du *dessin localisé* pour les enfants de 6 à 8 ans**

Il correspond sur le plan psychologique à l'âge de la raison, d'entrée dans la période de latence et d'accession à la scolarité.

L'unité du sujet est réalisée ; un thème unique est représenté. Si les motifs sont multiples, ils correspondent au sujet principal. L'unité de lieu se précise, bien que le phénomène de transparence puisse persister chez certains enfants jusqu'à

l'âge de 7 ans. La représentation du ciel et du soleil ou de l'arbre indique l'extérieur et témoigne de l'acquisition de la notation du « haut et du bas ». En revanche, la ligne d'horizon n'existe pas encore, c'est le vide entre le ciel et la terre. Les différents motifs sont bien verticalisés entre ciel et terre, encore « flottants » ou au contraire sur un support (bord inférieur de la feuille ou le sol figuré). L'écriture, graphisme conventionnel qui s'est détaché du gribouillage, semble influencer sur le dessin spontané de l'enfant au travers des règles d'orientation dans l'espace, de forme ou de dimension imposées au tracé. Les proportions respectives des éléments, ainsi que leur relation entre eux, sont petit à petit respectées. L'enfant utilise un crayon noir pour tracer d'un trait continu le contour de ses motifs avant de remplir le contenu de couleur (notamment entre l'âge de 7 et 10 ans). La notion de temps n'est évoquée que sous la forme du « temps qu'il fait » qui est confondue avec « celle du temps qui passe » : représentation de la nuit, ou des saisons, la perspective n'est pas appréhendée.

Pour J. Royer, la fréquence de la représentation du soleil est maximale entre 5 et 7 ans et conforterait l'idée de la signification œdipienne du soleil, représentatif du père. Après l'âge de 7 ans, il ne présente plus les caractères anthropomorphiques comme les autres motifs.

- **Le stade du *dessin* temporalisé à l'âge de 9, 10 et 11 ans**

C'est au cours de cette période que l'unité de temps apparaît véritablement et que disparaissent de ce fait les erreurs spatiales. L'enfant prend conscience que tout déplacement induit une déformation aux « bonnes formes » et qu'elles ne peuvent représenter des modèles fiables en toute circonstance. Il se construit de nouvelles formes qui prennent en compte la variation des dimensions des objets en fonction de leur éloignement et de leur rapport entre eux. Les essais de représentation de perspective se multiplient, notamment au travers du thème de la maison. Mais les effets de perspective ne sont pas tous perçus, la représentation du cube n'est pas totalement maîtrisée. Le vide entre la terre et le ciel se remplit et leur jointure est marquée par la ligne d'horizon. La notion de profondeur est appréhendée par la mise en place des différents plans mais également par la représentation des motifs de dimensions différentes pouvant être cachés partiellement en fonction de leur position. Pour J. Royer, la représentation de la perspective n'est pas le privilège de l'adulte qui n'y arrive que dans une faible proportion. C'est un système de convention du temps chez l'enfant qui induit d'autres changements dans son graphisme tel que la représentation du mouvement. Mais également les personnages, par des détails, sont représentés avec des âges différents où l'enfant utilise un contexte historique dans le dessin, mentionne l'heure de la journée.

Par ailleurs, le dessin de l'enfant s'enrichit. Les thèmes sont composites et se distinguent par leur originalité. Si le thème reste simple, il est personnalisé. La représentation du bonhomme (personnage) ou de la maison n'est plus générale ou quelconque et fait appel aux connaissances que l'enfant est en train d'accumuler.

- **Le stade critique au-delà de 12, 13 ans**

Le pré-adolescent, le plus souvent va se désintéresser du dessin. Ses productions graphiques perdent de leur spontanéité créative qui se voit remplacer par des stéréotypes empruntés aux B.D. ou aux médias. Cette évolution est en partie liée au système éducatif dans notre société, qui pour J. Royer tend « à développer l'activité de l'hémisphère cérébral gauche, celui de la raison, aux dépens de l'hémisphère droit, de l'affectivité et de l'intuition. Le dessin, l'art en général, y est considéré comme secondaire ». Seulement une minorité d'adolescents vont conserver un intérêt prononcé pour le dessin et vont le travailler. Les caractéristiques du stade 4 vont se renforcer en nombre et en qualité.

Pour H. Aubin, le déclin du graphisme correspond également à la prise de conscience par le jeune adolescent de ses propres limites à utiliser l'activité graphique pour exprimer pleinement ce qu'il veut dire. La remise en cause de ses capacités dans le dessin et l'investissement du langage verbal sont à l'origine de la régression du dessin. En effet, à travers les longues conversations, les pré-adolescents découvrent un moyen de communication qui les affranchissent de l'enfance, un moyen de s'affirmer dans les relations sociales et de se découvrir.

LE DESSIN DE LA PERSONNE HUMAINE CHEZ LES ADOLESCENTS

(L'ÉVOLUTION DU DESSIN D'ADOLESCENT DECRITE PAR A. ARBAHAM)

Abraham a étudié l'évolution du dessin du personnage chez l'adolescent en appliquant la méthode d'évaluation de Machover.

D'une manière générale, elle constate que chez l'adolescent "les personnages dessinés font l'objet de distorsions, d'imprécisions, d'une fuite des idées et de l'attention, d'aberrations ou d'omissions inattendues".

Le dessin du personnage connaîtrait l'achèvement de son développement à l'âge de 12 ans (ceci étant sous-tendu par l'idée que le dessin d'un corps complet comportant des détails fidèles à la réalité représente le summum de l'aptitude au dessin).

L'adolescence est la période d'un nouvel essor dans le développement du dessin, marquée par "la singularité et l'abandon des conventions".

- **L'âge de 13 ans**

Les dessins de la personne humaine à l'âge de 13 ans conservent les caractéristiques de ceux de l'âge de 12 ans. Ils gardent surtout l'intégrité du corps et l'harmonie intérieure résultant des proportions classiques entre les différentes parties du corps (par exemple, entre les dimensions de la tête et celles des autres parties du corps). Cependant, des changements spectaculaires interviennent pour d'autres caractéristiques. Il existe peu de dessins de l'âge de 13 ans où l'on voit les mains en

général, elles sont totalement absentes, dissimulées derrière le dos, enfouies dans les poches, parfois coupées d'un trait vigoureux ou encore inexistantes.

C'est donc la fin de la période du dessin minutieux des doigts qui comportaient même parfois les ongles. L'omission des mains est commune aux garçons et aux filles. Il semble également qu'au cours des années suivantes, les adolescents suppriment diverses parties du corps, de la façon qui leur est la plus commode pour masquer les angoisses et les sentiments de culpabilité qui sont directement ou symboliquement liés à ces parties du corps. La majorité des profils se trouvent chez le personnage mâle, et 95% d'entre eux sont orientés à gauche. On a constaté des différences culturelles à ce sujet. Les adolescents israéliens n'ont pas de tendances à orienter le profil à droite, comme l'ont observé ZAZZO (1950) [122] en France et OSTERRIETH et CAMBIER (1963) [123] en Belgique. Parfois, la tentative de se « cacher » se traduit par un personnage qui nous tourne carrément le dos.

L'emplacement choisi se modifie lui aussi : le centre reste dominant mais, de plus en plus d'enfants déplacent leurs dessins vers les marges. A cet âge, les garçons tendent davantage vers la droite (démarche vers autrui, extraversion, contrôle de l'intellect sur le sentiment) ; au contraire, les filles commencent à préférer la gauche (introversion, hyperémotivité, tendance régressive). (24% des filles et 12 % des garçons situent leur dessin dans la partie gauche de la feuille).

Garçons et filles « exhausent » leurs dessins, mouvement qui semble lié au renforcement de la vie imaginaire et à l'élévation du niveau des aspirations. A cet âge, 22% des garçons et 16% des filles situent leurs dessins au bas de la page.

L'emplacement, le choix du profil, les omissions témoignent d'une vie intérieure accrue, du besoin de s'isoler, de trouver refuge contre la contrainte et l'autorité dans une attitude réflexive.

Dans une partie des dessins, les personnages sont entourés d'un fond : la terre évoquée par quelques traits, une ébauche de ciel ou simplement des ombres encadrant le dessin. Des fleurs ou un paysage sont parfois ajoutés, ce qui rappelle les dessins d'enfants beaucoup plus jeunes.

En effet, tout comme l'enfant à cinq ans, l'adolescent investit les autres – êtres, objets ou idées abstraites de libido narcissique – c'est-à-dire qu'il s'y réfère comme à des « soi-objets » (KOHUT 1974) [124].

Ces « autres » sont reçus comme une partie de soi. Leur fonction économique est d'apaiser les anxiétés devant le morcellement et de contribuer à la cohésion du soi, à la liaison entre réalité intérieure et réalité extérieure.

[122] ZAZZO R., *Le geste graphique et la structuration de l'espace*, Enfance, 1950, 3-4, 204-220 p.

[123] OSTERRIETH P. et CAMBIER A., *Vers une utilisation plus rigoureuse et plus exhaustive du dessin en psychologie*, quelques jalons, Bulletin de psychologie, 1963, 17, 225, 2-7 p.

[124] KOHUT H., *Le soi: la psychanalyse des transferts narcissiques*, 1974, Presses universitaires de France.

Après l'effort héroïque d'adaptation à la réalité des autres pendant la latence, cet usage renouvelé de l'« espace transitionnel » (WINNICOT 1974 [125]) peut compenser la perte du sentiment de contrôle omnipotent sur la réalité, sur ce monde merveilleux découvert à l'âge de la latence.

Un autre phénomène commun à cet âge et à l'âge tendre est l'apparition spontanée de plusieurs personnes sur la même feuille, phénomène que nous avons interprété comme une difficulté à se séparer d'images premières d'identification. Cette régression bien connue chez les adolescents est liée aux problèmes de la confusion de l'identité propre face aux identifications antérieures.

Les dessins reflètent donc fidèlement l'état d'anxiété renouvelé dans lequel se trouvent les adolescents, ainsi que leur affrontement à travers un conflit aigu entre les besoins de dépendance et d'indépendance aux images intériorisées, des « mois abandonnés ».

Là aussi, les garçons se profilent différemment des filles. Ils manifestent davantage d'audace et de confiance en soi. Chez eux, la vie intérieure s'accompagne d'un effort vers les autres, vers la réalité, alors que les filles se complaisent surtout dans un univers fermé et isolé. Leur identification sexuelle s'intensifie alors que chez les filles elle faiblit.

Ainsi, nous constatons que les garçons choisissent de plus en plus le sexe masculin comme premier dessin (84% par rapport à 76% à 12 ans) ; en revanche, 78% seulement des filles choisissent leur propre sexe en premier par rapport à 92% à l'âge de 12 ans. Les valeurs « viriles » et leur insertion dans le moi « idéal » prennent la place des valeurs « féminines » qui dominaient jusque-là. Dans ce même contexte, on voit également changer le rapport des tailles entre personnages féminins et masculins. La fille dessine toujours une femme plus grande (en moyenne) que l'homme, mais la différence de taille entre eux diminue ; le garçon les dessine de même taille (12 cm environ). Les dessins courants de la période de latence où les garçons dessinaient une femme grande et forte et un homme petit et chétif vont disparaissant. Leurs personnages, surtout les hommes, sont en pleine activité sportive : saut, football, marche. On voit que les garçons sont contents de grandir physiquement et des signes virils qui se développent chez eux – ils reconnaissent la valeur du sexe et lui attribuent de l'importance.

- **L'âge de 14 ans**

Le négativisme, le refus de dévoiler aux autres s'aggravent. Les dessins sont tracés très vite, avec un mépris affiché – tous les moyens sont bons lorsqu'il s'agit de ne pas révéler l'image de soi. C'est par ce mépris, par cette dévaluation des autres, que l'adolescent se protège contre l'échec, contre toute critique ou relation qui ne viennent pas alimenter l'estime de soi. A cet âge, on observe des omissions de diverses parties du corps et beaucoup de caricatures.

[125] WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Editions Gallimard, 1971 (1975 pour la traduction française)

Par exemple, un des garçons a dessiné un lapin qu'il a appelé l'« examinatrice » ; sur notre demande renouvelée, il a dessiné en traits extrêmement faibles un adolescent difforme.

Et de fait, le négativisme et le mépris viennent cacher la grande confusion qu'éveillent chez l'adolescent les changements physiologiques et l'intensification des instincts sexuels. A l'omission des mains s'ajoute la disparition de la partie inférieure du corps. La présentation de la seule partie supérieure du corps est un phénomène courant de la période de l'adolescence. Le portrait est une forte caractéristique de l'âge de 14 ans et des années qui le suivent. Dans les personnages entiers, le besoin de contrôle se manifeste par l'insistance sur la ceinture qui sépare la partie supérieure de la partie inférieure du corps et par la raideur de la station debout. Nous trouvons aussi une insistance sur le cou, qui devient une zone de conflit – témoignage de la rupture d'équilibre entre la tête centre du moi et le corps centre des impulsions.

Al'âge de 14 ans, de même, maintenant les garçons sont satisfaits de leur virilité et la manifestent parfois avec une insistance accusée, en dessinant des athlètes aux muscles saillants et en mouvement. Pour la première fois depuis le début de la différenciation sexuelle (4-5 ans), on trouve chez eux un dessin du personnage féminin plus petit que celui de l'homme.

Cependant, le tableau n'est pas tellement simple. En même temps que le progrès et l'amélioration de l'image de soi se manifestent aussi beaucoup de doutes : les traits sont parfois brisés ou, au contraire, épaissis avec un regain d'énergie. Les détails du visage sont flous ou semblent tracés avec négligence (l'affaiblissement des traits du visage comme expression d'une absence de communication interpersonnelle se rencontre aussi chez les filles). L'arrière plan autour des personnes, qui est caractéristique de l'âge de 13 ans, disparaît, et le portrait lui-même est ombré, ainsi que les autres parties du corps. L'anxiété est directement liée à leur fonction ou à leur signification symbolique ; lorsque l'angoisse s'accroît exagérément, les parties du corps incriminées sont totalement omises.

Maintenant, la différenciation sexuelle est également bonne chez les garçons. La femme commence à apparaître davantage comme un objet d'amour sexuel – ses seins et son pouvoir de séduction sont accentués. L'expression de l'agressivité est plus forte et directe qu'à l'âge précédent – on la trouve surtout dans les mains qui sont de nouveau pourvues de doigts « clous unidimensionnels ».

Les omissions et la dégradation de la qualité du dessin, telles que nous les avons décrites, s'observent également chez les filles, l'« ascension » des personnages atteint chez elles un paroxysme (42%). Avec l'intensification de la vie imaginaire, l'affaiblissement de la valeur de soi et l'intensification de l'introversion, le besoin de dépendance augmente lui aussi : on voit à nouveau apparaître dans leurs dessins des boutons nombreux ou accentués.

- **L'âge de 15 ans**

L'intensité des conflits intérieurs, la sévérité du Surmoi chez un adolescent, l'éruption des pulsions sexuelles chez un autre, la submersion du moi par de fortes angoisses chez un troisième, telles sont les images que l'on trouve à cet âge.

Les dessins se différencient de plus en plus l'un de l'autre, ils portent plus nettement la marque individuelle du dessinateur. Le portrait est très courant, bien que les omissions se multiplient aussi dans la zone du visage : la bouche, le nez ou la pupille sont absents. Nous avons même trouvé quelques dessins avec le tracé de la tête, sans aucun autre détail du visage, phénomène que l'on rencontre chez des schizophrènes. Cependant, à l'âge de l'adolescence, lorsque les autres détails du dessin sont satisfaisants, nous pouvons le considérer comme l'expression d'un affaiblissement du moi et d'un sentiment d'isolement, qui peuvent témoigner d'un sentiment de vide, d'un défaut d'insertion sociale, de confusion dans l'identité propre. De ce point de vue, même un dessin d'une tête et de membres épars n'atteste pas à l'âge de l'adolescence un processus schizophrénique, mais plutôt des difficultés d'intégration et l'existence de forces destructrices qui ne sont pas obligatoirement morbides mais marquent un état pathologique transitoire.

Parfois, lorsque les traits du visage sont là ; ils s'accompagnent de ratures nombreuses qui salissent et noircissent véritablement le papier. La préoccupation et le souci de ce qui se passe dans le moi et à l'intérieur du corps s'expriment par la transparence du dessin : on voit apparaître les côtes qui, parfois, sont fortement accentuées.

Malgré l'existence d'importantes différences individuelles dans l'aptitude de l'individu à se mesurer à ces problèmes, des différences communes et spécifiques à chacun des sexes demeurent. Toutes les différences décrites jusque-là, telles que : hauteur du personnage, sexe de la personne dessinée en premier et choix de la partie gauche de la feuille, indiquent l'affaiblissement de la valeur du moi, la passivité et le repli de l'adolescent face au renforcement de l'adolescent.

La qualité du tracé est également très différente à cet âge : les traits des garçons sont brisés mais vigoureux, alors que ceux des filles sont faibles au point d'être indiscernables ou de donner au dessin une impression d'irréalité, de rêve. Ces traits rappellent la description de RIOUX (1951) [126] concernant les dessins de fillettes musulmanes, qui sont caractérisés, outre la faiblesse du tracé, par leurs petites dimensions.

Ce n'est pas uniquement la force du tracé, mais aussi l'usage de traits arrondis au lieu des traits anguleux des garçons qui confère aux dessins d'une fille une impression de « délicatesse » ou d'aptitude artistique raffinée. De fait, la « délicatesse féminine » se fonde dans une assez large mesure sur la passivité (les

[126] RIOUX Georges, *Dessin et structure mentale: contribution à l'étude psycho-sociale des milieux nord-africains*, 1951, Presses universitaires de France.

personnages dessinés sont parfois assis), l'hésitation, le doute, la rêverie et une intériorisation marquée. Cet isolement dans le soi s'exprime par le choix du côté gauche de la feuille (35% des cas par rapport à 16% chez les garçons).

- **L'âge de 16 ans**

La plupart des personnes dessinées sont amputées de bras ou de jambes, comme pour les âges précédents. Cependant, la tension intérieure de cet âge se traduit davantage par l'absence de symétrie et l'instabilité des parties qui structurent le corps. Nous avons par exemple une forte différence entre le côté droit et le côté gauche du personnage, une main peut être dessinée avec beaucoup de précision, l'autre restant inachevée. La même inconséquence apparaît également dans le tracé : pour le même personnage, les traits du visage sont marqués en appuyant fortement sur le crayon alors que les traits du corps sont pratiquement invisibles. L'asymétrie et la discontinuité qui apparaissent dans le dessin en font une œuvre très personnelle et originale dans ses déformations spécifiques. Comme si l'adolescent n'arrivait pas à intégrer, malgré ses efforts, et la poussée biologique et les changements psychosociaux, et le remaniement de ses identifications, et son identité déjà acquise. Ainsi, les oscillations cycliques d'humeur, l'instabilité, l'incohérence, les contradictions, renforcent l'incertitude de soi.

Les omissions sont plus fréquentes dans le personnage masculin chez le garçon et dans le personnage féminin chez la fille ; les deux sexes s'en servent avec la même fréquence. Si le contrôle était accentué dans l'enfance au moyen d'une grosse tête, il s'exprime maintenant par la posture raide du corps. On rencontre, surtout chez les garçons, un personnage de profil, les bras collés au corps, appelant un soldat au garde-à-vous ; les filles dessinent des silhouettes aux hanches accusées et en particulier aux jambes serrées. Les deux sexes sont préoccupés par le contrôle parfois obsessionnel qu'ils doivent exercer pour faire face aux pulsions et aux intérêts sexuels.

Un autre phénomène, déjà rencontré à l'âge de 15 ans, mais plus marquant maintenant, est celui de la grande ressemblance des deux personnes dessinées par l'adolescent, bien que la différenciation sexuelle puisse être indiquée : on a parfois l'impression qu'il s'agit de jumeaux de sexe différent. Dans certains cas, les deux personnages se ressemblent, mais avec une accentuation du caractère féminin chez les filles et du caractère masculin chez les garçons.

On peut considérer ces dessins de jumeaux comme un phénomène de la « diffusion bisexuelle » (ERIKSON E.H., 1954) [127] qui préoccupe l'adolescent en

[127] ERIKSON E.H., *Sex differences in the play configuration of American adolescents in Childhood in contemporary cultures*, Mead M., Wolfenstein M., 1965

quête de son identité sexuelle, mais aussi comme l'expression d'un narcissisme accru, narcissisme qui lui permet de lutter contre l'insécurité et la rapidité des changements caractérisant les conditions de son existence. Sans confondre ce narcissisme avec l'égoïsme, il faut lui reconnaître sa valeur positive dans l'économie de l'équilibre psychique.

Le visage est à nouveau accentué avec davantage de détails qu'à l'âge de 14 ou 15 ans (OSTERRIETH et CAMBIER, 1976, [123] trouvent eux aussi à cet âge une grande attention aux détails du visage). A l'encontre de ces signes qui suggèrent une aptitude renouvelée au contact social, nous observons une tendance inverse : au lieu d'être grands ouverts, les yeux apparaissent plutôt comme des points (bien que la démarche vers les autres soit de nouveau possible, le regard reste fermé, intériorisé).

MACHOVER (1949) [2] avance que les adolescents attribuent aux personnes dessinées un âge supérieur au leur, allusion à leur désir d'« être grand ». Dans les dessins que j'ai rassemblés, j'ai observé un autre phénomène qui témoigne peut-être des tendances régressives de l'adolescent, tendances qui sans conteste luttent avec celles de la maturité et de l'autonomie. Il s'agit de dessins qui représentent des enfants de 6 à 8 ans.

« Puisque je suis si petit », semble nous dire l'adolescente à travers ce dessin, « il n'est plus nécessaire de dissimuler ou de repousser les sensations et les sentiments ». Dans ce cas, elle se sent plus libre d'exprimer directement son incertitude du monde, son besoin de dépendance, ses préoccupations imaginaires ou ses angoisses spécifiques. En conséquence, elle se permet de dessiner avec précision, avec un tracé harmonieux et sans omissions.

A cet âge les garçons continuent de manifester une confiance en soi et une image de soi plus positives que les filles à beaucoup d'égards : taille des personnages, emplacement, premier dessin. Le pourcentage des garçons qui dessinent en premier la personne de leur sexe est de 85% par rapport à 71% chez les filles ; leurs personnages apparaissent davantage vers le haut et vers la partie droite de la feuille que chez les filles ; ils sont très souvent de profil et en mouvement.

La passivité des filles et leur repli dans une existence imaginaire transparaissent dans le caractère passif, flou et confus des personnages. Leurs femmes dessinées sont davantage tronquées que leurs hommes, allusion peut-être aux sentiments d'animosité et d'agressivité dirigés contre la mère, qu'Hélène DEUTSCH (1953) [128] qualifie de typiques de l'adolescente luttant pour l'affaiblissement de son identification à la mère archaïque, à moins qu'il ne s'agisse d'une agressivité accrue contre sa propre féminité ?

[128] DEUTSCH Hélène, *Homosexuality in women*, Internat, J.Psycho-Analysis, 1953, 14, 34 p.

B. ETUDES SUR DIFFERENTS TYPES DE DESSIN SELON LES PATHOLOGIES

• Etudes chez des adultes névrotiques

Berman et al. (1953) [129] recueillirent les dessins des personnages réalisés par 100 patients névrotiques et les soumirent à l'interprétation de psychologues. Des psychiatres apportèrent un jugement clinique sur les patients.

La confrontation des différentes données permit ainsi de proposer un certain nombre d'éléments observables dans le dessin, caractéristiques des patients névrotiques (ombrages, posture penchée, attaches accentuées, jambes reliées ensemble, ...). Une forme circulaire de la tête traduirait un infantilisme ou une régression, l'omission de la bouche une anxiété ou une réticence, celle des yeux le désir de ne pas voir.

• Etudes chez des adultes psychotiques

Les travaux les plus intéressants pour l'étude de la pathologie mentale du sujet âgé portent sur la régression psychotique.

Dès 1939, Fingert et al. [130] notaient une amélioration du score de Goodenough après le rétablissement d'un état régressif chez plusieurs sujets schizophrènes.

Modell (1951) [131] a étudié les modifications du dessin du personnage accompagnant le rétablissement des états de régression psychotique. Pour lui, ces modifications pouvaient être envisagées sous l'angle d'une maturation (de l'image corporelle et sexuelle). Dans la régression psychotique, on assiste à une disparition des limites corporelles et de la différenciation sexuelle du personnage dessiné, celle-ci traduisant le retour à un stade prégénital. Les « symptômes graphiques » de cette régression sont la présence de zones ouvertes dans le tracé de la tête ou du tronc, une désorganisation ou une rotation du corps, l'indifférenciation de certaines parties ou de la tenue vestimentaire, une minimisation ou même une disparition des caractéristiques sexuelles. L'amélioration de l'état régressif s'accompagne d'une réapparition de tous ces éléments.

Baldwin (1964) [132] observa quant à lui que la taille de la tête du personnage dessiné et le nombre de parties omises augmentaient avec le fonctionnement régressif des schizophrènes.

[129] BERMAN S., LAFFAL J., *Body type and figure drawings*. J. Clin. Psychol., 1953, 9, 368-370 p.

[130] FINGERT H., KOGAN J.R., SCHILDER P., *The Goodenough test in insulin and metrazol treatment of schizophrenia*, J. Gen. Psychol., 1939, 21, 727-365 p.

[131] MODELL A.H., *Changes in human figure drawings by patients who recover from regressed states*, Amer. J. of Ortho-psychiatry, 1951, 21, 496-584 p.

[132] BALDWIN I.T., *The head-body ratio in human figure drawings of schizophrenic and normal adults*, J. Proj. Techn. And Pers. Assess., 1964, 28, 393-397 p.

Les travaux de Burton & Sjoberg (1964) [133] avaient pour objectif de préciser l'intérêt du « Test du Dessin du Personnage » dans le diagnostic de la schizophrénie.

Comparant les dessins réalisés par 49 schizophrènes à une population-témoin d'adultes sains appariés, des psychologues ont pu retenir des critères évocateurs de la pathologie. Il s'agissait d'une distorsion de la représentation de l'image du corps, d'une bizarrerie de la posture, de l'expression et de l'ornementation, de la modification du tracé sans que soient effacées les erreurs, d'interruptions dans le tracé, d'un style artistique bizarre procurant une impression d'étrangeté, de disproportions dans les divers éléments constitutifs du corps (en particulier une distorsion dans la forme et la taille), de transparences, de dessins incomplets et enfin de traits d'anxiété importants.

- **Etudes sur la dépression**

Lewinsohn (1964) [134] suggéra que les dessins de petite taille sont des indicateurs de dépression.

Selon GRAY D. et PEPITONE A. (1964) [135], le dessin du personnage dépend, entre autres paramètres, de l'estime de soi.

Le dessin sera d'autant plus petit, incomplet, avec des contours flous, des traits hésitants et malformés, que le sujet éprouve un sentiment de dévalorisation, de dégradation. Il est excentré sur la page, il existe souvent un vide au niveau de la région sexuelle.

Avec l'amélioration de la dépression, les dessins deviennent plus grands, plus nets, mieux centrés et l'on observe une différenciation sexuelle.

- **Etudes sur l'anxiété**

Hoyt et Baron (1959) [136] ont effectué une étude dont l'objectif était de comparer la fréquence d'indices d'anxiété chez des patients souffrant de troubles psychiatriques, anxieux ou non.

Les indicateurs de l'anxiété étaient comparés à la M.A.S. (Manifest Anxiety Scale).

[133] BURTON A, SJOBERG B Jr, *The diagnostic validity of human figure drawing in schizophrenia*, J Psychol., 1964, Jan : 57 : 3-18 p.

[134] LEWINSOHN P.M. et NICHOLS R.C., *The evaluation of changes in psychiatric patients during and hospitalization*, J. Clin. Psychol., 1964, 20, 272-279 p.

[135] GRAY D. et PEPITONE A., *Self-Esteem and Human-Figure Drawings*, J. Counselling Psychol., 1964, 28, n° 5, 452-445 p.

[136] HOYT T.E. et BARON M.R., *Anxiety indices in same-sex drawing of psychiatric patients with high and low MAS scores*, Journal of Consulting Psychology, 1959, 23, 448-452 p.

Ces indices étaient ceux de Machover (trait renforcé, ombrage, ratures), ceux de Buck (ligne hachurée, emplacement sur la feuille) ainsi que d'autres indices dont la taille du personnage dessiné, la taille de la tête (proportion tête/corps), proportion des éléments du visage par rapport à la taille de la tête, les omissions et disproportions des différentes parties du corps. Sur 10 indices envisagés, seulement deux différaient de manière significative entre les sujets fortement anxieux et peu anxieux : l'emplacement en haut et à gauche de la feuille et la petite dimension du dessin.

En 1964, Handler et Reyher [137] ont recherché des indices d'anxiété apparaissant sur trois dessins (homme, femme, automobile) réalisés par des individus soumis à des conditions stressantes comparés à une population-témoin.

Sur les trois dessins, l'épaisseur du trait, les ratures et l'omission des détails étaient les trois indicateurs les plus discriminants.

Chez les sujets stressés, on retrouvait préférentiellement deux types de dessins. Il s'agissait d'une part de dessins « contractés », caractérisés par un tracé plus lourd, avec des ruptures, un manque de détails, des parties du corps plus ou moins détachées et une taille réduite, reflets d'une rigidité accrue en réponse au stress. D'autre part on observait des dessins « expansifs » plus marqués par une expansion des limites du personnage, des parties corporelles plus floues, un tracé avec des lignes mélangées ou bien clairsemées, une taille augmentée.

Handler & Reyher [137] examinèrent 51 études sur le « Test du Dessin du Personnage ».

21 indices d'anxiété étaient ainsi répertoriés. Certains étaient en accord avec l'interprétation clinique traditionnelle de l'anxiété (présence corrélative) et d'autres non (corrélation non significative ou présence opposée).

Selon eux, le mode de réaction à la situation stressante (affronter ou bien éviter) explique ces divergences.

Les ombrages, les renforcements ou les effacements peuvent être absents chez des sujets qui fuient ou abrègent la situation de test du fait de leur anxiété. Ils sont par contre présents chez ceux qui affrontent leur anxiété.

Concernant la difficulté de différencier les sources internes et externes d'anxiété, ils suggèrent de considérer le tracé qui, marqué ou à l'inverse effleuré, indique l'anxiété ; le premier traduisant une anxiété d'origine externe et le second d'origine interne.

Au sujet de la taille du personnage, les résultats apparaissent contradictoires de même que la présence de transparences qui semble plus en rapport avec des troubles de la personnalité.

[137] HANDLER L. et REYHER J., *The effects of stress on the Draw-A-Person Test*, J. Consult. Psychol., June 1964, Vol 28, n° 3, 259-264 p.

Pour l'emplacement du dessin sur la feuille, les auteurs affirment que l'anxiété a tendance à induire un déplacement du dessin de l'angle supérieur gauche de la feuille vers les autres emplacements.

Les omissions, le manque de détails et les distorsions semblent être de bons indices d'une anxiété qui néanmoins peut rester liée à la situation de test elle-même.

- **Etudes sur les troubles mentaux "organiques" ou non**

Goldworth (1950) [138], à l'aide d'un système de cotation comportant 51 items, compara les dessins du personnage réalisés par 4 groupes de sujets (normaux, névrotique schizophrènes, et « cérébro-lésés »). Il constata une différence significative pour 38 des 51 items.

La tête dessinée par les sujets normaux est bien proportionnée contrairement à celle des « cérébro-lésés » ou bien ces derniers omettent des détails. Celle réalisée par les névrotiques est de moins bonne qualité que celle des individus normaux et dans le groupe des schizophrènes on observe une grande fréquence de visages distordus ou bien présentant des omissions importantes.

En ce qui concerne l'expression des visages dessinés, les sujets névrotiques représentent des personnages dont le faciès est plus triste que celui de sujets normaux ; les « cérébro-lésés » font des visages exprimant eux aussi la tristesse ou bien parfois vides d'expression. Les schizophrènes réalisent plus fréquemment des visages de poupées.

Les bras et les mains sont mieux représentés par les sujets normaux qui peuvent aussi les cacher derrière le dos. Ceux des névrotiques sont plus rigides et volontiers ballants, comme ceux des « cérébro-lésés » qui, de plus, sont raturés et mal proportionnés. Les schizophrènes dessinent des bras disproportionnés et frêles.

Les jambes, le tronc, les épaules et les pieds sont mieux figurés par les sujets normaux, puis les névrotiques, les schizophrènes et enfin les « cérébro-lésés ».

Les patients névrotiques dessinent plus volontiers des personnages dont l'attitude générale est déséquilibrée. Ceux des schizophrènes ont une attitude plutôt « flottante ». Quant aux « cérébro-lésés », leur représentation mêle les deux caractères.

Les sujets normaux ont plus que les autres tendance à recourir à l'effacement et aux ombrages, surtout au niveau des épaules.

Vernier (1952)[139], dans un article sur les tests projectifs, a énuméré les indices fréquemment retrouvés dans les dessins de patients dits « organiques ».

[138] GOLDWORTH S.A., *A comparative study of the drawings of a man and women done by normal, neurotic, schizophrenic and braindamaged individuals*, Unpublis doct. Disser, Univ. Pittsburgh, 1950, in Brower Abt., v. II.

[139] VERNIER C.M., *Projective Test Productions* : I. Pro- jective Drawings. New York: Grune & Stratton, 1952

Il s'agit de personnages en position excentrée sur la feuille, aux membres contractés, dont les bras et les mains ont subi des effacements, avec des doigts « en pétale » ou bien griffonnés, avec des yeux figurés par des fentes. Le tracé est plus volontiers interrompu et esquissé que simple et appuyé.

L'auteur a aussi retenu des critères concordant avec ceux de Machover (1949) tels la largeur de la tête et du visage, des proportions erronées, une « pauvreté » d'ensemble du dessin, un manque de détails, un aspect « vide ».

VI. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

A. LE DESSIN DANS LA PSYCHANALYSE

Dessin et image (DEGORCE V. [140])

L'image n'est pas une représentation. La représentation dans la dynamique du développement est la condensation des multiples expériences dans la rencontre de l'endogène et de l'exogène, des perceptions et des fantasmes. Le moi les généralise, les réunit et les symbolise. Finalement, avec des clivages successifs, la représentation est remis en latence. Elle n'est donc pas consciente, même si elle peut à certains moments le devenir. Elle constitue le matériau sous-jacent à l'élaboration fantasmatique.

L'image qui est le matériau de la figuration est consciente. C'est la manière de se représenter. Elle fait souvent partie d'une conscience diffuse, parfois claire lorsqu'elle est investie. Son côté « conscience » fait que, bien que différente du langage, elle s'intègre dans le conscient, ce qui la rapproche du mot. Lorsque la conscience aura abandonné les premières formes du vécu et leurs matériaux essentiellement symboliques pour la langue qui les absorbe en partie, l'image demeure à côté du langage un élément important du conscient qui permet de « se représenter » le monde extérieur. Elle est parfois confondue avec la représentation inconsciente.

L'image, en présence de l'objet, est familiarisation de la chose, elle est rattachage aussi au sensoriel lorsque le monde extérieur est devenu plus rassurant que le monde interne. Elle apprête le Moi au fantasme et secondairement à l'action et fait cesser la passivité du Moi impuissant. En ce sens, par l'activité du regard, elle est déjà emprise sur ce qui est en dehors de la forteresse narcissique. C'est un hors limite qui redonne la maîtrise.

Il y a une distance plus ou moins grande entre l'image et la représentation sous-jacente souvent ignorée du créateur, leur rapport conduit pourtant l'agir de la

[140] DEGORCE Vanessa, *L'image du corps à travers le dessin chez les enfants psychotiques*. Mémoire de master 1, Département de psychologie, Poitiers, 2001, 8-9 p.

création. L'image qui a, par ses origines, un caractère symbolique peut se sursymboliser et acquérir par ce biais tous les caractères du symbole, signifiant par excellence, mais dans une dissimulation qui n'empêche pas complètement le transport d'affect.

Un « couteau figuré » ou suggéré contient coupure et pénétration. L'image « lit » est symbolique de tout ce qui s'y passe. On voit combien l'image, précurseur du fantasme, est révélatrice du fantasme inconscient. L'analyste resymbolise les images du dessin, se regardant affoler le Moi en révélant la pulsion primaire sans passer par le Préconscient sans travailler sur le Moi.

Par contre, l'expression possible de l'inconscient commun à l'analyste et au patient soulage le Moi en tant que révélant un Moi auxiliaire permissif, ce qui n'aboutit pas systématiquement à une déculpabilisation. N'oublions pas que le prégénital fait peur plus qu'il ne culpabilise, ce qui sera une reprise œdipienne, lorsque l'amour de l'objet total pèse de tout son poids. Il est donc maintenant possible d'affirmer que le dessin est une image.

B. DESSIN ET INCONSCIENT

DOLTO F. considère le dessin d'enfant comme un « autoportrait inconscient », un « instantané de l'état affectif » de l'enfant. Il permet d'entrer dans le vif des représentations du sujet, dans son activité, son comportement intérieur, sa façon de symboliser.

J. Royer ajoute qu'il contient non seulement les « préoccupations présentes du dessinateur, mais aussi en filigrane, son histoire passée, et, comme en pointillé, son devenir! ».

Winnicott, psychanalyste anglais, a également étudié le caractère privilégié du dessin comme voie d'accès à l'inconscient de l'enfant.

Observation et interprétation du dessin

Le dessin, compromis entre la parole et les actes, est un langage très personnalisé. Si pour cette raison il est difficile à interpréter, il est aussi plus riche de sens. Le trait révèle souvent plus et plus vite que la parole.

L'interprétation d'un dessin ne repose pas sur les capacités divinatoires de l'examineur. Elle nécessite rigueur et méthode, et repose sur trois "sources d'information".

- **Contenu manifeste du dessin**

L'orientation de la feuille, la place du dessin sur celle-ci, les caractéristiques du trait, sont autant d'éléments à prendre en compte.

Ensuite, on peut observer le contenu figuré, c'est-à-dire les objets reconnaissables ou dénommés du dessin, et notamment leur taille, leur forme, et leurs rapports réciproques.

Constituant son négatif, le contenu manquant est plus difficile mais tout aussi intéressant à repérer ; il peut s'agir de parties d'objets non représentées, par exemple un personnage sans mains ou sans yeux, une maison sans fenêtres, ... parfois, ce sont des éléments entiers qui manquent, comme un personnage absent dans un dessin de la famille.

Dans le même ordre d'idées, les « ratés » se montrent fréquemment riches de sens, se rapprochant des actes manqués décrits par Freud : le gribouillage ou la bavure accidentelle, le personnage abîmé lors d'une retouche, voire barré d'une croix car considéré comme raté, le perçage ou le déchirement de la feuille.

- **Registre symbolique du dessin**

C'est sans doute le registre qui a été le plus étudié dans les travaux sur le dessin, particulièrement depuis les découvertes apportées par les psychanalystes.

Le dessin nous montre la manière dont le sujet, à travers les choses, vit les significations symboliques qu'il leur prête. « Ce qu'il ne peut dire de ses rêveries, de ses émois en situation concrète, il nous l'indique par ses dessins ». C'est l'ensemble de son monde imaginaire qui s'y reflète, nous informant sur ses relations affectives au monde qui l'entoure, son rapport aux êtres et aux choses. Le dessin vient du monde intérieur du sujet, il est unique.

L'interprétation symbolique fait appel tant à des connaissances théoriques, qu'à des capacités de logique, d'observation, de synthèse, mais aussi d'imagination, d'intuition, ce qui étant tout à fait subjectif, ne relève pas du tout de ce qu'on appelle « vérité scientifique ». De la prudence et un faisceau d'arguments suffisant sont indispensables pour fonder des hypothèses. En effet, l'interprétation d'un dessin est un exercice périlleux. Celui-ci peut aussi bien représenter la réalité du sujet telle qu'elle est, mais aussi celle qu'il craint ou celle qu'il désire.

Ainsi, il est essentiel de rappeler l'importance des verbalisations du sujet. La plupart des auteurs s'accordent à dire que l'examen du seul dessin fini ne permet d'observer qu'une partie des éléments. Ce sont les associations d'idées faites par le sujet sur son dessin qui apportent la clé de sa compréhension et de son interprétation. Le contexte dans lequel le sujet dessine, et la répétition des dessins, sont également importants à prendre en compte. Il faut donc être vigilant à ne tirer de conclusions hâtives.

C. IMAGE DU CORPS EN PSYCHANALYSE (Pascal COUDERC [141])

Le corps a d'abord été regardé, vu, observé et même disséqué. La psychanalyse l'a entendu.

Le concept psychanalytique d'image du corps est très difficile à cerner et à définir. Il a d'abord été confondu avec celui de schéma corporel. Schilder, un des premiers auteurs à avoir travaillé la question passe lui-même d'un terme à l'autre sans distinction.

Schilder, Wallon, Piaget, Merleau-Ponty, Lacan, Dolto ont conceptualisé des notions aussi diverses que l'image du corps, le schéma corporel, l'image spatiale du corps, l'image de soi, l'image inconsciente du corps, etc. qui ne recouvrent pas les mêmes faits et qui se sont succédé depuis la fin du siècle dernier.

Ces différentes approches nous montrent combien il est difficile de tenir un discours univoque sur le corps. Tout d'abord, lorsque l'on parle de corps, de quel corps parle-t-on ? du corps physiologique, biologique ou du corps imaginaire, fantasmatique ?

Comment la Psychanalyse parle-t-elle du corps ? Pour répondre à cette question, je vais avoir besoin au préalable de poser quelques notions freudiennes qui nous permettront, je l'espère, de mieux comprendre ce rapport d'un sujet à son propre corps et au corps des autres. Je vous parlerai donc de pulsions partielles, de stades de développement, d'appareil psychique et bien sûr, du corps dans l'hystérie.

Ensuite, je vous présenterai la théorisation de Jacques Lacan sur le « stade du miroir », et, enfin, à partir des apports de Françoise Dolto, nous préciserons la différence entre schéma corporel et image du corps.

COMMENT REPÉRER CHEZ FREUD LA PLACE DU CORPS ?

Comme vous le savez peut-être, c'est l'hystérie qui est à l'origine de la psychanalyse. Freud, lors de son stage chez Charcot, a eu l'intuition de l'inconscient. Charcot a décrit avec une grande précision les différents symptômes hystériques, par exemple, les paralysies, la cécité hystérique, la surdité, les symptômes autour du cou, la toux hystérique, les modifications de la hauteur de la voix, la grossesse nerveuse. De tels symptômes ont une vocation signifiante, c'est-à-dire qu'ils servent à signifier quelque chose qui ne peut pas se dire autrement. A partir de cette clinique, Freud élabore la notion d'inconscient, d'un inconscient qui agit à l'insu du sujet.

[141] COUDERC Pascal, *L'image du corps en psychanalyse*, 2001,
Sur : <http://www.boulimie.com/fr/actualites/dossiers/limage-du-corps-en-psychanalyse.html>

Freud a beaucoup observé l'organisation sexuelle infantile. Il décrit l'évolution sexuelle infantile comme une succession de fonctionnements des différentes pulsions partielles. Les pulsions partielles correspondent à des objets partiels et ne sont pas nécessairement liées à la génitalité. Un certain nombre de stades correspondent à ces différentes pulsions partielles et donc à ces différentes zones érogènes. Citons-les rapidement :

- le stade oral (entre 0 et 2 ans)
- le stade anal (entre 2 et 3 ans)
- le stade phallique (entre 3 et 5 ans)
- le complexe d'Œdipe
- la période de latence
- le stade génital, la puberté où les pulsions partielles s'unifieraient sous le primat du génital. C'est à partir de la puberté que vont commencer discrètement à se cristalliser les organisations de symptômes (les fixations pulsionnelles entraînant des régressions).

Chez l'enfant, avant le stade génital, son corps n'est qu'une mosaïque de zones érogènes. D'ailleurs, Gilles Deleuze [142] définit le corps comme un habit d'Arlequin. On pourrait rajouter un « habit sur mesure », puisque chacun vit ces étapes différemment, c'est-à-dire que chaque enfant vit son corps selon la singularité de sa propre histoire avec ses expériences personnelles, ses frustrations, ses satisfactions et ses fixations.

Plaçons-nous maintenant dans la perspective de Jacques Lacan. Son travail sur le stade du miroir est un apport fondamental en ce qui concerne les théories sur le corps.

• LE STADE DU MIROIR CHEZ JACQUES LACAN

C'est d'abord Wallon qui décrit le stade du miroir. Lacan attribue une explication à cette observation de Wallon. (voir pages 37 à 40) [45]

Ce stade du miroir est une expérience que l'on peut observer chez l'enfant entre 6 et 18 mois. C'est la première expérience de son identification que l'enfant va y jouer, identification qui va s'effectuer progressivement comme une espèce de conquête qu'il va accomplir à partir de sa propre image projetée dans le miroir.

Précisons d'abord deux notions importantes :

- Le fantasme du corps morcelé
- L'identité du corps propre.

[142] DELEUZE Gilles, *L'anti-Œdipe*, Editions de minuit, Paris, 1972.

Le fantasme du corps morcelé

L'enfant ne vit pas son corps comme une totalité unifiée. Il n'arrive pas à distinguer son corps de ce qui lui est extérieur. Il le perçoit comme quelque chose de dispersé, de morcelé (comme dans la schizophrénie). C'est le stade du miroir qui va mettre un terme définitif à ce fantasme et qui va permettre à l'enfant d'accéder à un vécu psychique de son corps, une représentation de son corps comme une totalité unifiée.

La représentation du corps propre

C'est la représentation totale de son corps en une seule image pour l'enfant. C'est également une identité. L'enfant s'identifie à sa propre image.

On peut distinguer trois étapes dans le stade du miroir :

La première : Dans cette première étape, tout se passe comme si l'enfant percevait sa propre image dans le miroir non pas comme une image mais comme un être réel et il se comporte en face de son image, à cet âge-là, comme il se comporte en face de son semblable enfant. Cela prouve qu'il n'est pas encore capable de discriminer de façon très précise ce qui est lui de ce qui n'est pas lui, par exemple, il y a des enfants qui pleurent en voyant les autres tomber. Cela prouve aussi que c'est à travers l'image du miroir que l'enfant commence à se repérer, qu'il se vit lui-même, qu'il cherche à se situer.

La seconde : C'est ce moment où l'enfant finit, à force de répétitions, et surtout à force de maturation psychique, par comprendre que l'autre du miroir n'est qu'une image, c'est-à-dire que ce n'est pas un être réel. Là, on observe que l'enfant ne fait plus aucune tentative pour attraper l'enfant dans le miroir. Il a compris qu'il ne s'agit pas d'un autre réel.

La troisième : L'enfant finit par reconnaître que l'autre du miroir est une image, et que cette image est la sienne. De ce point de vue, on peut dire que l'enfant accède à un savoir qu'il n'avait pas. Cette reconnaissance c'est la preuve d'un savoir sur soi. C'est aussi la preuve que l'enfant finit par percevoir son corps comme un corps unifié. C'est une anticipation imaginaire.

Le stade du miroir se réalise antérieurement à l'acquisition du schéma corporel. Nous allons donc évoquer la différence entre image du corps et schéma corporel à partir de Françoise Dolto qui disait, à propos du stade du miroir, que l'enfant, par la répétition de l'expérience, s'approprie son propre corps et y piège son narcissisme. Le paraître se met à valoir, parfois à prévaloir sur le ressenti de l'être.

L'IMAGE DU CORPS CHEZ FRANÇOISE DOLTO [143]

L'expérience psychanalytique de Françoise Dolto avec les enfants la conduit à repérer, très tôt, dans les dessins et les modelages, ce qu'elle appelle « image du corps ».

Elle différencie de façon très précise le schéma corporel de l'image du corps. Elle dit que le schéma corporel est une réalité de fait, constituée à partir de perceptions. Nous pouvons préciser en disant que c'est un ensemble de processus perceptifs et organiques qui nous permettent de saisir l'unité de notre corps. Par exemple, c'est ce qui nous permet de pouvoir localiser à une partie très précise de notre corps, quelque chose qui lui arrive, que ce soit une excitation de type plaisir ou de type douleur.

Un schéma corporel sain peut coexister avec une image du corps perturbée. De même, qu'un schéma corporel troublé peut coexister avec une image du corps saine. L'exemple type du schéma corporel troublé est le « membre fantôme » de Schilder.

Le schéma corporel est le « même » pour tous les individus. L'image du corps est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire. Le schéma corporel est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient alors que l'image du corps est éminemment inconsciente.

L'image du corps est la conquête progressive de l'unité qui permet la maîtrise de la totalité de notre corps. Elle est avant tout imaginaire et composée non seulement des fantasmes de notre première enfance mais aussi de ceux de tous les conflits affectifs qui ont bouleversé et composé l'histoire de notre vie.

L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel.

« Tout contact avec l'autre, que ce contact soit de communication ou d'évitement de communication est sous-tendu par l'image du corps, car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le passé résonne dans la relation présente ».

L'acquisition de l'image de soi ne peut se faire que par la médiation de l'image et du regard d'autrui. Elle passe donc par le désir de l'autre et ne peut échapper aux pulsions de vie et de mort.

Françoise Dolto nous donne un exemple, celui d'une fillette seule avec elle qui dessine un très beau vase de fleurs épanouies avec les tiges trempant dans l'eau.

[143] DOLTO Françoise, Personnalité et image du corps, Société française de psychanalyse, P.U.F., Paris, 1961, v. 6, 59-93 p.

Ensuite, durant l'entretien avec la mère en présence de la fillette, celle-ci fait un deuxième dessin, celui d'un minuscule pot de fleurs avec un minuscule bouquet de fleurs fanées, sans eau. On voit la différence de l'image du corps de la fillette, telle que ressentie inconsciemment selon qu'elle est en présence de sa mère ou sans elle. Relativement à sa mère, elle se sent minable et fanée, tandis que lorsqu'elle est toute seule, interlocutrice de l'analyste qui l'écoute, elle se sent le droit de s'épanouir et d'être dans sa beauté séductrice narcissique. Le schéma corporel de cette fillette n'est pas modifié par la présence de la mère mais cette présence entraîne une modification dans l'image du corps. Cette modification permet de comprendre les relations actuellement perturbées mère-fille.

D. DESSIN ET IMAGE DU CORPS

Le dessin est donc un monde d'expression privilégié de l'inconscient chez un être humain. Il laisse transparaître le Ça, le Moi et le Surmoi, les trois instances psychiques de la théorie Freudienne. Selon Dolto, le médiateur de ces trois instances psychiques est « L'image du corps », qu'elle distingue du schéma corporel.

❖ Schéma corporel et image du corps

Le schéma corporel est la connaissance de la réalité physique du corps. DOLTO F. le définit comme « notre vivre charnel au contact du monde physique ». Il est identique pour tous les individus d'une même espèce, à la différence de l'image du corps, qui elle est propre à chacun, liée au sujet et à son histoire.

D'après Anzieu, la notion d'image du corps a été élaborée par le psychanalyste américain Schilder en 1968. [144]

L'image du corps est une image libidinale, qui existe dès la naissance de l'enfant. Selon Lefébure [145], « elle est ce qu'il ressent, ce qu'il éprouve ». Elle est à la fois faite de sécurité (présence rassurante de la mère qui donne à son bébé le sentiment d'être aimé), et de fonctionnement dynamique (la mère nourissante permet à son enfant de vivre).

L'image du corps est la mémoire inconsciente du vécu émotionnel de chacun. En même temps, elle est également vivante, actuelle, et elle apparaît dans toutes les formes d'expression libre, telles que le langage, le dessin, les gestes. C'est aussi elle qui nous permet de communiquer avec les autres, par l'intermédiaire de notre schéma corporel, qui en est le support, l'interprète.

[144] D'après Anzieu, la notion d'image du corps a été élaborée par le psychanalyste américain Schilder en 1968.

[145] LEFEBURE Fanchette, *Le Dessin De L'Enfant ; Le Langage Sans Parole*, Harman, 2006.

Comme l'explique F. Dolto, un enfant peut avoir un schéma corporel sain, c'est-à-dire indemne de toute lésion organique, mais dont le fonctionnement est perturbé par une image pathogène (archaïque ou incestueuse, par exemple) du corps. Inversement, un schéma corporel atteint peut cohabiter avec une image du corps intacte ; cela implique que l'infirmité soit expliquée à l'enfant, que la relation à ses parents ne soit pas trop empreinte d'angoisse, et qu'il puisse exprimer ses désirs et ses fantasmes à travers le langage.

❖ **L'image du corps dans le dessin**

F. Dolto a mis l'accent sur la qualité d'image projective du corps contenu dans le dessin. Selon A. Anzieu, quelques années son élève, « elle était capable quasiment magiquement de déceler, dans les détails du dessin, la souffrance de l'enfant et plus particulièrement les places de son corps où cette souffrance se manifestait ».

Abraham A. fait remarquer dans son ouvrage que l'être humain tient une place privilégiée dans les dessins libres des enfants. Elle s'appuie sur l'étude d'Anastasi, qui a montré que 71% des dessins appartenant à 41 pays différents avaient pour objet des être humains. Elle ajoute que c'est dans ce « paysage humain » que l'enfant trouve les repères de ses identifications de base.

Elle a étudié, par exemple, la hauteur des personnages dessinés, dimension soumise à un faible contrôle de la conscience, et donc sujette à moins de variabilité. Cependant certains facteurs semblent influencer cette dimension.

❖ **ETUDES SPECIFIQUES**

• **Etudes sur l'image du corps et la représentation de soi**

En 1953, Kotkov et Goodman [146] se sont intéressés à l'image corporelle véhiculée par le dessin du personnage chez une population de femmes obèses comparée à un groupe-témoin.

Leur personnage est généralement grand, large, avec une tête volumineuse et disproportionnée par rapport au reste du corps, les épaules sont larges et le dessin fréquemment localisé au tiers supérieur et à gauche de la feuille.

Selon Bodwin et Bruck (1960) [147], la conception de soi peut être définie au travers de 5 critères : la confiance en soi, la liberté d'exprimer des sentiments appropriés, une bonne estime de soi, la satisfaction de ses réalisations et le sentiment d'être apprécié par les autres. Dans leur étude, ils ont mis en évidence 13 caractéristiques représentatives du concept de soi au travers du dessin.

[146] KOTKOV B. et GOODMAN M., *The D.A.P. of obese women*, J. Clin. Psychol., 1953, 9, 362-364 p.

[147] BODWIN F.R. et BRUCK M., *The adaptation and validation of the Draw-A-Person test as a measure of self concept*, Journal of Clinical Psychology, October 1960, Volume 16, Issue 4, 427-429 p.

Il s'agit d'un tracé renforcé ou effleuré, d'une addition de détails ou au contraire d'un dessin incomplet, de la présence d'ombrages, de transparences ou d'effacements, d'une asymétrie ou de distorsions, de la coexistence d'éléments d'âges différents, d'un aspect « archaïque » du dessin, d'une « immaturité » et enfin d'identifications au sexe opposé.

LUDWIG D.J. (1969) [148], partant de l'hypothèse selon laquelle le dessin du personnage reflétait la conception qu'avait le dessinateur de lui-même, eurent l'idée de demander à plusieurs juges d'apparier une série de dessins du personnage avec la photographie de leur auteur et de comptabiliser le nombre de regroupements réussis. Le nombre moyen de regroupements réussis par les différents juges fut seulement de 1.24 sur 5, permettant aux auteurs de suggérer que certains individus ne se dessinaient pas mais réalisaient plutôt une image idéalisée d'eux-mêmes.

Millet, Micas-Joffre et Desclaux (1975) [149] utilisèrent le dessin du personnage chez l'hypocondriaque.

Pour ces auteurs, « le test graphique apparaît sensible au blocage affectif. L'épreuve du dessin du personnage offre au sujet testé un espace vide qu'il ne peut habiter et combler qu'en y projetant une évocation de l'image du corps qui lui est rigoureusement personnelle. Projection du Moi, le dessin de la forme humaine offre la possibilité d'expression des besoins personnels et des conflits du réalisateur. Le test du personnage a surtout une valeur d'orientation dans l'appréciation des tendances de la personnalité : on y retrouve l'agressivité, le narcissisme, la régression, l'infantilisme, l'anxiété ».

Dans leur étude deux caractéristiques sont fréquemment retrouvées : la décentration vers la gauche du personnage dans la zone liée à l'introversion et l'oubli, ainsi que l'imprécision de parties importantes du corps (pieds, bras, mains) témoignant d'une perturbation de l'image de soi.

L'hypocondriaque a une difficulté d'exécution des limites corporelles se traduisant sur le dessin par un contour esquissé, des solutions de continuité, voire un contour inexistant.

• Etude sur la personnalité

Lewinsohn (1965) [150] a étudié les corrélations existant entre l'aspect qualitatif des dessins du personnage réalisés à l'admission et à la sortie de 89 patients hospitalisés en service de psychiatrie (42 hommes et 47 femmes) et les résultats obtenus aux sous échelles du M.M.P.I.

[148] LUDWIG D.J., *Self perception and the Draw-A-Person test*, J. Proj. Techn., 1969, 257-263 p.

[149] MILLET L., Micas-Joffre M., Desclaux R., *Le dessin chez l'hypocondriaque. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXIIIe Session*, NTmes. In: Comptes Rendus, Paris, Masson, 1975, 14, 252-258 p.

[150] LEWINSOHN P.M., *Psychological correlates of overall quality of figure drawings*. J. Consult. Psychol., 1965, vol 29, n° 6, 504-512 p.

Pour les hommes, il a conclu à une corrélation significative aux échelles de Force du Moi, de Déviation Sexuelle et à l'échelle F.

Pour les femmes, la corrélation était significative pour les échelles, d'Anxiété, de Contrôle, de Mensonge, à l'échelle Psychopathique et à l'échelle de Féminité.

Il a également remarqué que la qualité globale du dessin était corrélée positivement avec un bon niveau occupationnel et négativement avec des traits d'irritabilité. Elle était aussi corrélée positivement avec une bonne adaptation à la sortie de l'hôpital.

- **Etudes sur l'emplacement du dessin sur la feuille**

Selon Buck J. (1948) [107], les dessins placés dans l'angle supérieur gauche de la feuille s'observent plutôt chez des sujets très anxieux ou régressifs.

Hammer (1958) [151], estime que le placement du dessin en haut de la page indique un effort de lutte ; au centre de la page il traduit un bon équilibre ; à gauche il suggère une impulsivité, impulsivité maîtrisée lorsque le dessin est réalisé à la partie droite de la feuille.

Abraham (1963) [116], à la suite de Buck (1948), affirme que l'emplacement sur la feuille est le témoin de la position dans laquelle le sujet se situe dans son environnement relationnel.

Selon lui, l'emplacement central demeure majoritairement utilisé.

La partie gauche de la feuille est le "côté de soi-même", l'orientation vers le passé, l'émotion pure et non soumise au contrôle de l'éducation. Un dessin situé à l'extrême gauche de la page traduirait des tendances régressives et/ou une anxiété, comme si le sujet se blottissait dans un recoin.

La partie droite de la feuille est la zone figurant l'apprentissage, le contrôle intellectuel, ce qui est « du côté des autres » et l'orientation vers le futur.

- **Etudes sur l'orientation du personnage sur la feuille**

Crowitz, en 1963 [152], observait que la grande majorité des dessins figuraient des personnages de face.

Le sexe du dessinateur influe sur l'orientation (plus de profils chez les hommes), comme la latéralisation (les droitiers dessinent plutôt à gauche et les gauchers indifféremment).

[151] HAMMER E.F., *The Clinical Application of Projective Drawings*, Charles C. Thomas, Springfield, III, 1958.

[152] CROWITZ H., *On Direction in D.A.P.*, J. Consult. Psychol., 1963, 26, 196-201 p.

Selon Abraham (1963), le recours à la représentation de profil permettrait l'expression du mouvement. La forme ronde (de face) représente la féminité. Le profil et la forme angulaire seraient par contre plutôt à mettre en relation avec le symbole « masculin-phallique ».

- **Etudes sur la taille du personnage**

Selon Golstein et Rawn (1957) [153], l'agressivité induite expérimentalement n'a pas tendance à provoquer une augmentation de la taille du dessin ni modifier le tracé.

Abraham, en 1963, émettait l'hypothèse selon laquelle la hauteur du dessin était conditionnée par divers facteurs dont l'image et l'estime de soi, l'idéal du Moi et le Moi idéal narcissique. Ces facteurs sont interdépendants, l'angoisse en étant le point nodal.

La taille du personnage dessiné serait un indice de l'estime de soi et, qu'elle s'exprime en surface ou en hauteur, sa réduction serait favorisée par l'anxiété.

Chez les personnes âgées, les dimensions diminueraient progressivement avec le vieillissement, ceci d'autant plus que l'autodépréciation est marquée.

Les dessins de très petite taille seraient fréquents chez les déprimés et les sujets ayant tendance à ce déprécier.

Lewinsohn (1964) [134] a montré que des dessins de petite taille étaient indicateurs de dépression.

Salzman et Harway (1967) [154] ont remarqué une différence significative dans la taille des dessins du personnage entre une population de sujets psychotiques dépressifs et une population-témoin, cette différence disparaissant après traitement des dépressifs par sismothérapie.

- **Etudes sur l'âge attribué au personnage**

Lehner et Silver (1948) [155] ont constaté que l'âge attribué au personnage dessiné augmentait avec l'âge du dessinateur jusqu'à l'âge de 25 ans. Au delà de cet âge il avait tendance à diminuer.

[153] GOLSTEIN A.P., RAWN M., *Agression in the drawings of the human figure*, J. Clin. Psychol, 1957, 13, 169-172 p.

[154] SALZMAN L.F. et HARWAY N.I., *Size of figure drawings of psychotically depressed patients*, Journal of Abnormal Psychology A., 1967, vol. 72, n° 3, 205-207 p.

[155] LEHNER G., SILER H., *Age relationships on the Draw-A-Person test*, J. Personal, 1948, 7, 199-209 p

L'étude réalisée en 1951 sur 188 patients hospitalisés pour des troubles psychiatriques divers par Giedt et Lehner [156] révéla que les sujets ayant moins de 35 ans avaient tendance à attribuer à leur personnage un âge supérieur au leur, alors qu'au delà de 40 ans c'était l'inverse.

D'après Abraham (1963), le dessinateur attribue en général au personnage son propre âge et des écarts importants sont en général l'indice de troubles divers.

Un personnage plus jeune témoigne de tendances régressives. L'attribution d'un âge relève donc de mécanismes projectifs qui, dans leur complexité, se posent en indices des désirs, des attitudes culturelles et des perspectives temporelles du sujet.

- **Etudes sur le choix du sexe du personnage**

Abraham (1963) observa qu'il était difficile d'identifier le sexe des personnages dessinés par les personnes âgées car les caractères graphiques exprimant la différenciation et la spécification du sexe sont particulièrement pauvres.

En 1966, Gravitz [157] étudia le choix l'identité sexuelle du personnage dessiné par des sujets « normaux » des deux sexes, d'âges (17 à 59 ans) et de catégories socioprofessionnelles très différents.

Elle a observé que 76% des individus avaient dessiné un personnage du même sexe que leur, surtout les hommes (85% contre 67% des femmes). 29% des femmes et 13 % des hommes dessinent un personnage du sexe opposé ; et l'absence de différenciation sexuelle s'observe deux fois plus sur les dessins réalisés par les femmes que les hommes.

En considérant les tranches d'âge auxquelles appartiennent les sujets, elle remarqua que la tendance à dessiner un personnage du même sexe augmente en fonction de l'avancée en âge chez les hommes, ce qui n'est pas le cas chez les femmes.

Pour Waehler et Zaback (1991) [158], une mauvaise estime de soi incite le sujet masculin à dessiner un personnage de sexe féminin. Par contre chez les femmes le rôle social plus que l'existence d'un conflit psychologique conditionne le choix de la réalisation d'un personnage de sexe masculin.

[156] GIEDT H., LEHNER G.J., *Assignment of ages on the D.A.P. test by male neuropsychiatric patients*, J. Personal, 1951, 19, 440-448 p.

[157] GRAVITZ M.A., *Normal adult differentiation patterns on the figure drawing test*, J. Proj. Techn., 1966, 30, 471- 473 p.

[158] WAEHLER C.A. et ZABACK T.P., *Sex of figure drawings and self-esteem*. Percept Mot Skills. 1991, Oct;73 (2): 683-8 p.

- **Etude sur le tracé**

D'après Hammer (1958) [151], l'épaisseur des traits reflète certains traits de caractère. Les individus agressifs et autoritaires produisent un tracé épais (traduisant leur volonté de se différencier du monde environnant) alors que les individus soumis et passifs (ayant des difficultés à s'en distinguer) feront des traits fins.

E. LA PERSONNE HUMAINE (Roseline Davido) [159]

❖ **Les personnages**

On retrouve chez eux les mêmes traits que dans les autres symboliques, mais ils sont peut-être encore plus révélateurs.

L'enfant projette tout son moi dans ses dessins ; sans doute, quand il dessine un « bonhomme », c'est lui qu'il dessine; mais la représentation des autres personnages a tout autant d'importance. Ceux-ci vont apparaître sous des aspects bien divers : soit ils sont intégralement représentés, soit il y a des manques (omissions) ou, au contraire, des éléments superflus.

- **Le corps fantôme** (Thomazi) [160]

Le corps fantôme est un aspect particulier du personnage en forme de « têtard »; il est en effet sans corps, si ce n'est un nombril ou un bouton, entre les deux pattes d'un « bonhomme » ! Ce stade correspond au phénomène de « remplissage », époque, nous l'avons vu, où l'enfant n'a pas encore assimilé la notion de « vide ».

- **Le ventre à l'air**

C'est une des représentations de la « transparence », sur laquelle nous reviendrons encore. Dans l'exemple proposé, il s'agira de la transparence du thorax et de l'abdomen.

❖ **Le portrait-robot**

Il comprend divers éléments : la tête, le corps, les membres, auxquels s'ajoutent des détails : il peut être nu ou habillé, fumer une cigarette, porter la barbe, une valise, un parapluie ...

[159] DAVIDO Roseline, *La découverte de votre enfant par le dessin*, L'Archipel, Paris, 1998

[160] THOMAZI J., *Le bonhomme et l'enfant*, Ed. Coquemard, Angoulême, 1962.

Le visage est l'élément essentiel du personnage, car c'est lui qui l' « humanise ». Il peut être bien proportionné ou énorme, au contraire, chez les très jeunes enfants, qui font souvent de grosses têtes à leurs personnages.

Plus tard, ces « grosses têtes » sont pathologiques et se rencontrent le plus souvent chez les paranoïaques, qui souffrent d'une hypertrophie du moi. En revanche, les petites figures sont fréquentes dans les dessins de déprimés, ou chez ceux qui ont tendance à se dévaloriser et qui souffrent d'un sentiment d'infériorité.

Ainsi, la tête, centre du moi, va révéler bien des aspects, par les implications diverses entre tous ses éléments.

- **Le nez**

C'est un équivalent phallique ; il est déformé dans la mesure où il y a des problèmes sexuels. Il est très long en cas d'angoisse de castration, par exemple.

- **Les yeux**

« Miroirs de l'âme », ils révèlent profondément le sujet et le regard qu'il porte sur le monde. Beaucoup de symboles peuvent y être associés, depuis la puissance magique « du mauvais œil » jusqu'à l'œil de l'hypnotiseur !

Mais l'œil assure aussi notre sécurité, en nous prévenant des dangers. C'est, d'autre part, avec lui que l'on fait du charme Ce côté esthétique apparaît surtout chez la fille et le garçon à tendance homosexuelle ; tous deux le dessinent souvent grand.

Les sourcils bien tracés accentuent encore cet aspect esthétique. En revanche, chez les enfants primitifs et chez les agressifs, ils apparaissent hirsutes.

- **Les cheveux**

Ils représentent un attribut sexuel certain et sont fréquemment coiffés et bouclés chez les narcissiques.

- **Les oreilles**

Elles sont faites pour apprendre et entendre. Elles sont grandes chez les enfants avides de culture. Elles peuvent être énormes chez l'enfant qui entend mal ; mais, le plus souvent, elles font défaut dans leurs dessins, marquant aussi l'incommunicabilité.

- **La bouche**

Elle symbolise la parole (moyen de communication), les aliments, ainsi qu'un certain érotisme. Symbole de la prise de nourriture, elle est liée à la mère ; car c'est à elle que revient le rôle de nourrice; pour le tout jeune enfant, la mère est nourriture; d'après les psychanalystes, l'enfant qui tète sa mère mange sa mère.

L'enfant qui omet de représenter une bouche à ses personnages peut traduire des problèmes sexuels ou relationnels (complexe d'Œdipe, mauvaises relations avec sa mère). Cette absence de bouche se rencontre aussi chez les enfants dont le foyer manque de chaleur communicative.

La bouche ouverte, qui « montre les dents », évoque l'agressivité. La langue représentée figure des problèmes sexuels mal résolus. Des lèvres épaisses se rencontrent chez les sensuels; les bouches fermées, aux lèvres pincées, sans sourire, traduisent un certain degré de tension.

La bouche « ronde » est fréquente dans les dessins des tout-petits ; chez les enfants plus âgés, elle peut être signe d'un retard intellectuel.

- **Le menton**

Le menton accuse la virilité du personnage, il n'apparaît que tard dans les dessins. Il est à remarquer que l'agressivité de l'auteur du dessin lui en fait accuser les détails; les enfants très agressifs représentent parfois leurs personnages de profil.

- **Le cou**

Forme de passage entre la tête et le corps, il n'apparaît que tardivement dans les dessins d'enfants (huit-neuf ans).

- **Les mains**

Elles peuvent revêtir plusieurs aspects : balayettes, râtaux, ronds ; mais les mains à cinq doigts existent aussi !

Bien marquées, elles traduisent la sociabilité de l'enfant. Mais elles peuvent aussi être absentes (dans les poches ou réellement mutilées), lorsqu'il existe des problèmes sexuels (masturbation) ou sociaux (voleurs, prédélinquants).

- **Les bras**

Ecartés moyennement du corps, ils évoquent la sociabilité. Collés au corps, sans énergie, ils tradiraient plutôt un sentiment de défaite. L'omission des bras est souvent liée à la masturbation.

- **Les jambes**

Supports du personnage, elles peuvent être repliées chez les sujets déprimés et frêles; elles traduisent parfois une déficience physique ou psychique.

- **Les seins**

Ils traduisent des préoccupations sexuelles et mettent aussi l'accent sur les relations mère-enfant. Quand aux fesses, elles sont accentuées chez les petits garçons ayant des tendances homosexuelles.

❖ **Les vêtements**

- **Nu comme un ver**

Que l'enfant de moins de sept ans dessine des personnages nus, cela est tout à fait normal; mais à partir de dix ans, le personnage habillé, l'être social doit faire son apparition. Si l'enfant persévère dans la représentation de personnages nus, cela reflète un comportement asocial, voire une attitude pathologique.

La nudité revêt un sens ambigu, elle peut être naïveté, candeur, pureté, mais aussi humiliation (souvenez-vous du sens qui lui était attribué dans les camps de concentration).

La personne qui dessine ses personnages nus peut user de cette arme pour les dévaloriser. S'il se dessine nu, il révèle ainsi son sentiment d'infériorité.

- **L'habit fait le moine**

Lorsqu'un enfant dessine un personnage, il peut le vêtir à son goût; grâce au style des vêtements, on pourra déjà comprendre à quelle catégorie sociale appartient le personnage. Si son costume est en haillons, il y a de grandes chances pour qu'il soit dévalorisé.

Les vêtements chauds apportent des nuances particulières; pour Flugel, ils représentent la nécessité de se protéger d'un certain type de froid : la tiédeur des

sentiments ! Ils symbolisent aussi la mère en tant que « matrice protectrice ». Ces vêtements peuvent en effet rappeler la chaleur affectueuse de la mère. L'enfant qui se dessine avec un grand nombre de vêtements chauds serait un enfant déprimé, qui ne se sentirait pas aimé (Flugel). L'enfant qui se dessine couvert se sent bien protégé; mais cette chaleur est bien souvent en fait, elle aussi, une compensation.

Chez les femmes, les vêtements peuvent servir de compensation à l'envie du pénis, répondre au besoin de changer l'image du corps, pour plaire ou être acceptées par les autres, traduire leurs tendances exhibitionnistes (Ada Abraham).

Les vêtements sont lourds de sens, mais d'autres objets renferment des symboles phalliques : la cravate, la pipe, le chapeau pointu, la cigarette, le parapluie, la canne, etc. pour Flugel, le sujet qui représente une pipe ou une cigarette exprime le réconfort qu'il ressent, car cette représentation le protège de la crainte de perdre l'organe phallique.

- **Les poches et les boutons**

Les poches et les boutons valorisent les personnages et leur confèrent une certaine importance. Quand ces personnages portent des vêtements où boutons et poches sont en trop grand nombre, l'auteur du dessin marque par là un sentiment de dépendance.

Il est à noter que le premier « bonhomme » est vêtu, généralement, d'un bouton. L'enfant habille ses personnages comme il le désire et les déprécie ou valorise selon ses sentiments profonds, voire inconscients.

F. Le symbolisme anatomique de K. Machover [119]

« Qui sait faire l'homme, Sait faire l'universel »

Léonard de Vinci.

La méthode de Machover consiste à faire dessiner successivement deux personnages. La consigne est simple : « Dessinez une personne » et après le premier dessin : « Maintenant, dessinez une personne du sexe opposé ». L'auteur estime que la première représentation ainsi obtenue est le dessinateur et que le papier représente l'environnement. Les aspects structuraux et formels (format, ligne, composition) sont moins sujets à variation que le contenu (détails du corps, habillement, accessoires); le style d'un dessin se perpétuerait autant qu'une signature. Cependant, le dessin reste un reflet fidèle de l'humeur et serait donc une projection authentique de la personnalité, tant dans ses éléments conscients que dans ses éléments inconscients. L'épreuve serait utilisable dès l'enfance et tout au

long de l'existence, compte tenu, ajouterions-nous, de la détérioration habituelle du dessin chez l'adulte, du milieu culturel, de l'environnement, etc ...

Les deux dessins sont habituellement exécutés dans un laps de temps variant de 10 à 20 minutes ; on peut compléter le protocole en demandant au dessinateur, soit d'inventer une histoire au sujet du personnage, soit de répondre à un petit questionnaire.

On considère comme pathologique, au moins chez l'adulte, certaines bizarreries ou invraisemblances telles que la transparence des vêtements ou du corps, la confusion de la face ou du profil, l'hypersymbolisme, etc. ...

L'étude de Machover est centrée sur le symbolisme des organes et accessoirement des détails vestimentaires. Elle fait cependant une large place à l'interprétation des aspects structuraux et formels.

❖ **Le corps et les organes.**

La tête représente le centre du moi, du pouvoir intellectuel, de la domination sociale, du contrôle des impulsions. Les jeunes enfants font de grosses têtes. En principe, cette partie du corps est valorisée tout spécialement par les sujets ayant à exprimer une hypertrophie du Moi ; les paranoïaques, les narcissiques, les déprimés, les sujets socialement exclus. Elle peut prendre une allure grimaçante et simiesque chez certains obsédés.

La face est souvent dessinée seule. Parfois elle n'est, au contraire, représentée qu'en dernier lieu : ce serait le cas des sujets présentant des troubles au point de vue des relations interhumaines. Les détails sont accentués chez les agressifs qui recourent volontiers à la vue de profil ; les timides et les repliés assombrissent souvent les détails significatifs, alors qu'ils accentuent le contour de la tête. L'expression du visage correspondrait habituellement à l'état émotionnel du sujet : haine, peur, agressivité, douceur, sérénité.

La bouche, avec sa double signification alimentaire et érotique, prend une valeur particulière, lors de tous les problèmes d'oralité (jeunes enfants, sujets frustes, alcooliques)

La représentation des dents soulignerait dans certains cas les mêmes tendances sexuelles, ainsi que la langue.

Une bouche serrée, linéaire, exprimerait un état de tension. Une bouche épaisse et dure est en relation avec l'agressivité, un orifice concave et circulaire avec l'infantilisme et un état de dépendance.

L'oubli de la bouche signifierait une culpabilité orale.

Les lèvres, tout particulièrement, expriment les tendances sensuelles, et leur développement se rencontre chez les garçons efféminés et chez les filles à sexualité précoce.

Les yeux, « fenêtres de l'âme », révélant le plus profond du sujet, participent essentiellement au contact social. Les paranoïaques les accentuent souvent en leur donnant un aspect féroce, car l'œil signifie la puissance, la domination hypnotique, le mal (légendes concernant le mauvais œil) ; il joue un rôle important dans notre sécurité, nous renseigne sur les sentiments d'autrui. Il est, enfin, un élément esthétique capital ; les filles le dessinent donc plus grand que les garçons normaux, de même que les garçons homosexuels.

Les sourcils, bien dessinés, se rattachent aux préoccupations esthétiques, tandis que les personnalités primitives les représentent en broussaille. L'élévation du sourcil exprime le dédain.

Les oreilles sont faites pour entendre et pour savoir. Les paranoïaques et les hallucinés les soulignent donc, tout comme les sourds et les enfants avides de savoir.

Les mauvais élèves débiles, à force de s'entendre traiter d'ânes, arrivent parfois à dessiner un immense pavillon.

Les cheveux et le système pileux en général, constituent un attribut sexuel que les adolescents mettent souvent en évidence dans les deux sexes : les narcissiques et les jeunes prostituées les représentent volontiers bouclés et ondulés.

Le nez est un équivalent phallique bien connu qui devient le prétexte de déformation lors des divers problèmes sexuels ; en particulier, culpabilité masturbatoire, impuissance, crainte de castration, etc. ...

Le cou est le chaînon entre le corps (image de la vie instinctive et impulsive) et la tête (siège de l'intelligence et du contrôle rationnel du moi et du sur-moi). Les sujets qui souffrent d'un manque de contrôle sur leurs impulsions l'allongent démesurément. La brièveté et l'épaisseur du cou, le cou de taureau, se rencontrent chez les sujets renfrognés ou les sujets guidés surtout par leurs instincts. Les colliers et autres ornements auraient pour but de détourner l'attention de cette région ; une ligne coupant le cou peut signifier une castration symbolique.

- **Signes de contact.**

Le contact est réalisé par les membres supérieurs qui signifient surtout les relations interhumaines, alors que les membres inférieurs expriment plutôt la sécurité. Le mouvement décroît avec l'âge, comme le comportement de l'individu lui-même.

Les mains et les bras qui, dès la première enfance, permettent l'exploration du monde ambiant, schématisent le développement du moi et l'adaptation sociale.

Les mains sont souvent omises ou vaguement dessinées, lorsque le sujet manque de confiance dans les contacts sociaux ; elles sont vigoureusement ombrées dans les cas de culpabilité (sexuelle surtout), mais celle-ci peut également s'exprimer par des mains placées dans les poches (surtout chez les délinquants), ou derrière le dos. Rappelons que pour d'autres auteurs (Maurice Porot, Mlle S. Cotte) [161], l'oubli des mains traduit aussi la culpabilité des jeunes voleurs (scaevolism, châtement dans les sociétés primitives).

Les membres supérieurs écartés du corps et tendus vers l'environnement exprimeraient la sociabilité ; pendus mollement le long du corps, ils suggèrent une attitude de démission. Le dessin des bras, par un simple trait, correspond à un schéma infantile ou à un sentiment d'impuissance.

L'omission des bras, dans le premier dessin, a la même signification que l'omission des mains. Les garçons qui les oublient, dans le deuxième dessin, auraient vécu une situation de rejet de la mère ; de longs bras symboliseraient l'ambition ; le frôlement de régions génitales par la main, pourrait correspondre à des préoccupations auto-érotiques.

Les doigts, points de contact par excellence, peuvent être aussi des griffes agressives utilisées par des paranoïaques, ou au cours d'anomalies caractérielles agressives mineures. Le poing serré, c'est la rébellion.

Les jambes et les pieds permettent la marche et supportent le corps ; les sujets déprimés ou repliés peuvent montrer une certaine résistance à les dessiner ou préfèrent représenter les personnages assis. Des jambes frêles ou ombrées se retrouvent dans des états de déficit physique (sénilité) et psychique.

Les cuisses représentent une signification spéciale, celle des équivalents phalliques (un peu comme le nez) ; par narcissisme, les filles les dessinent plutôt petits. Les orteils, tout comme les doigts, sont en rapport avec des sentiments agressifs que l'on peut considérer comme réprimés si une ligne les entoure dans leur ensemble.

Le tronc, omis chez les enfants très jeunes (stade du têtard), s'arrondit ou s'ovalise plus ou moins harmonieusement chez les filles, devient massif et angulaire lorsqu'il s'agit d'affirmer la virilité. Le tronc indiqué par deux lignes parallèles avec un vide au milieu se trouve chez les sujets en régression, dissociés, ou primitifs. Un corps très mince veut dire que l'on est mécontent de son corps ou que l'on a peur de grossir, de vieillir, ou que l'on désire rester enfant ; chez d'autre, il peut correspondre à une faiblesse réelle.

[161] POROT Maurice, *le dessin de la famille*, Pédiatrie 1952, 359-381 p. et Revue de Psychologie appliquée, Paris, 1956, 179-192 p.

La poitrine, des garçons, ainsi que les épaules, signifient la force ; dans le sexe féminin, le sein rappelle les préoccupations orales (mère nourriture), ou traduit des préoccupations sexuelles : adolescente narcissique, adolescent commençant à se préoccuper de l'autre sexe.

Les hanches et les fesses sont renforcées chez les hommes à tendances homosexuelles.

Le bassin, chez la femme, symbolise la fécondité. Machover attache une grande importance à la taille, à la ceinture. Souvent, c'est le seul détail vestimentaire sur lequel on insiste. Chez l'homme, la ceinture sépare la poitrine (c'est-à-dire la puissance) de la région sexuelle. Chez la femme, elle sépare la poitrine, dont nous avons vu le symbolisme variable, de la zone génitale et des membres inférieurs, celle-là polarisant souvent l'intérêt des adolescentes. Un blocage peut être observé au moment où le sujet la dessine ; chez d'autres, ce détail est valorisé par des ornements supplémentaires. Une taille exagérément fine correspondrait à un contrôle précaire de la sexualité avec un risque d'explosion.

Le schéma corporel peut s'étendre à des représentations viscérales, dont la signification, du moins chez les adultes, est toujours pathologique (schizophrénie, manie). Les articulations seraient très marquées chez les sujets ayant une préoccupation sur l'intégrité et le bon fonctionnement du corps. Ils représentent ainsi des bonshommes ayant un aspect mécanique ; les schizoïdes, les narcissiques et, ajouterons-nous, les hypocondriaques, appuient sur ces détails pour chasser les sentiments de désorganisation du corps ; ce peut être également un signe d'immaturation sexuelle.

❖ Les vêtements

En règle générale, dans notre société, ils sont représentés automatiquement chez l'enfant sans que le dimorphisme sexuel soit spécifié nettement, chez les très jeunes, ou dans certains cas que nous étudierons plus loin. Chez l'adolescent au contraire, ce dimorphisme est accentué : en particulier, les seins sont nettement suggérés dans la représentation féminine. Le narcissisme du corps et le narcissisme du vêtement s'expriment visiblement en certains cas ainsi que les tendances à l'exhibitionnisme et l'étalage de soi. Les boutons marqués très soigneusement correspondraient à un état de dépendance infantile, les poches également, lorsqu'elles sont très marquées, du moins chez les garçons ; si elles servent à dissimuler les mains, ce peut être une façon d'exprimer la culpabilité manuelle chez les voleurs. Chez les filles, les poches sur un vêtement garçonnié peuvent signifier le désir d'indépendance ; la cravate est considérée comme un symbole phallique ainsi que les souliers, le chapeau et ces accessoires classiques que sont la pipe, la cigarette, le fusil, la canne.

Comme la plupart des auteurs, Machover tient largement compte des aspects formels du dessin, mise en page, graphisme, ratures, ombres. Elle insiste tout

particulièrement sur la position des pieds serrés l'un contre l'autre chez les inhibés craintifs, largement écartés chez le sujet sûr de lui.

Un dessin de profil indiquerait l'introversion ou une attitude d'évasion, l'excès de symétrie correspond à une certaine rigidité mentale ; l'accumulation des détails soulignant l'axe médian du corps, se trouverait en relation avec immaturité émotionnelle. Enfin la succession, l'ordre dans lequel sont dessinées les diverses parties du corps, l'excès de rapidité ou l'excès de minutie, le fait de revenir sur une partie antérieurement dessinée, tout cela peut être interprété d'une manière fructueuse.

Ce rapide aperçu de l'ouvrage de Machover évoque l'expression des principaux dynamismes (agressivité, culpabilité, narcissisme, immaturité, etc. ...).

TROISIEME PARTIE : METHODOLOGIE

I. INTRODUCTION

De septembre 2008 à août 2009, j'ai pratiqué mon stage de psychologie clinique pour approfondir mes recherches au pavillon Von GOGH au Centre Hospitalier Henri LABORIT à Poitiers.

Durant cette période, j'ai rencontré des patients qui avaient différents problèmes de maladies mentales.

Pour la pratique de ma recherche, j'ai rencontré des dizaines de sujets suicidaires. Ces personnes hospitalisées pour une ou plusieurs tentatives de suicide sont admises pour une période d'observation et acceptent de passer le Test du dessin du personnage à travers des entretiens.

Parmi mes cas cliniques, j'ai choisi huit cas qui me semblent intéressants pour ma recherche.

Notre choix s'est porté sur le dessin du personnage chez le sujet suicidaire. L'hypothèse de ma recherche consiste à vérifier par le test du dessin du personnage la présence ou non d'indices susceptibles de révéler des idées suicidaires.

Mon objectif est donc d'essayer de prouver qu'à partir de l'étude du dessin du personnage on peut peut-être limiter le risque suicidaire et que cette étude du dessin du personnage peut être un des éléments contributifs à la prévention du suicide.

II. A PROPOS DE L'ENCADREMENT

DESCRIPTIF DE L'ETABLISSEMENT

Le Centre Hospitalier Henri LABORIT est un établissement public de santé dont la mission est de répondre aux besoins en Santé Mentale de la population résidant dans la Vienne. Il est issu de l'Hôpital général de Poitiers, dont l'origine remonte au début du 13^e siècle.

- **AUTONOMIE**

L'émergence progressive d'une prise en charge spécifique des malades mentaux a conduit en 1970 à séparer juridiquement le C.H.U. et le Centre Psychothérapique de la Vienne, qui devenait un établissement public départemental autonome comptant à l'époque environ 1000 lits d'hospitalisation.

Au fil des années suivantes, l'établissement, qui a pris en 1995 le nom d'Henri Laborit, scientifique renommé à l'origine de l'invention des neuroleptiques, a diversifié ses structures (hôpitaux de jour, centres de consultations et autres structures spécifiques) et ses implantations géographiques, en créant des unités à Châtelleraut, Loudun et dans diverses agglomérations du département.

LE PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER

• LES EFFECTIFS MEDICAUX

Les effectifs médicaux représentent 59.50 postes (y compris les internes), auxquels s'ajoutent 36 vacances rattachées.

Les médecins travaillant à l'hôpital dépendent de statuts particuliers variables selon leur catégorie ; certains sont chefs de service et, à ce titre, ils assument la responsabilité médicale d'un service de soins.

De plus, un service de Psychiatrie Adultes et un Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sont universitaires ; certains praticiens sont à ce titre chargés de l'enseignement de la Psychiatrie aux étudiants de la Faculté de Médecine de Poitiers.

• LE PERSONNEL NON-MEDICAL

En l'an 2000, le personnel non-médical est composé de 1028.90 emplois autorisés (10.30% personnels administratifs, 8.85% personnels ouvriers et techniques, 80.85% personnels soignants et éducatifs, dont 47% d'infirmiers).

L'établissement participe également à l'effort national pour la réinsertion en employant des personnes en Contrat Emploi Solidarité, Contrat National Consolidé et emplois Jeunes.

• LES SERVICES DE SOINS

Dans les services de soins sont affectés des personnels :

- Cadres infirmiers
- Aides – soignants
- Agents du service hospitalier
- Psychologues
- Infirmiers
- Orthophonistes et Psychomotriciens
- Secrétaires médicales
- Socio- éducatifs

Ces équipes sont placées sous la responsabilité technique du médecin chef de service et de ses collaborateurs praticiens hospitaliers.

Par ailleurs, la Direction du Service de soins infirmiers a pour mission de promouvoir et de garantir la qualité des soins infirmiers.

- **LES SERVICES ADMINISTRATIFS**

Dans les Services Administratifs, les adjoints des cadres, adjoints et agents administratifs préparent les budgets, passent les commandes de matériel, liquident les factures, gèrent les carrières, les congés et les rémunérations des employés.

- **LES SERVICES LOGISTIQUES**

Dans les Services logistiques, l'établissement dispose pour la maintenance de ses équipements de maîtres ouvriers et d'ouvriers plombiers, menuisiers, jardiniers, magasiniers, mécaniciens.

- **LES STAGIAIRES**

Enfin, l'hôpital accueille un grand nombre de stagiaires en cours d'études, notamment des étudiants en soins infirmiers, psychologues, éducateurs, secrétaires médicales, ainsi que quelques étudiants en médecine et en pharmacie.

LA SECTORISATION

Afin d'assurer un meilleur suivi de la population en matière de santé publique, la réglementation a prévu le découpage des départements en secteurs géographiques.

Chaque secteur dispose d'un équipement diversifié de structures de soins et d'une équipe pluridisciplinaire composée de personnels médicaux et soignants, de psychologues, de personnels sociaux et de rééducation, d'agents d'entretien.

Le secteur est placé sous la responsabilité d'un Praticien, Chef de service et d'un Cadre Infirmier Supérieur.

La responsabilité d'une unité de soins est généralement déléguée par le chef de service à un praticien hospitalier, et son fonctionnement confié à un cadre infirmier

- **UNITE A : TOURNESOLS**

Unité d'accueil et d'urgences de 16 lits : pour des patients présentant

- des troubles du comportement
- des troubles dépressifs à risque suicidaire
- des états maniaques
- des états d'agitation de toute étiologie
- des pathologies addictives (toxicomanie, intoxication alcoolique aiguë, 3 lits sont réservés aux cures de sevrage)
- des sujets médico-légaux sous l'article D 398 du Code pénal

Cette unité devra s'orienter vers l'accueil des patients hospitalisés sous contrainte pour une évaluation et une orientation adaptées à leur situation mais également pour les patients agités et perturbateurs.

• UNITE B : IRIS

Unité de 18 lits, dont 2 places d'hospitalisation de nuit éventuellement pour des patients pouvant bénéficier d'une réinsertion le jour dans le tissu social.

Cette unité sera plus ouverte avec un bon niveau de sociabilité et un confort d'hospitalisation serein et calme où ne seront hospitalisés que des patients ne présentant pas de troubles de convivialité, :

- des troubles névrotiques en phase aiguë
- des états dépressifs
- des pathologies bipolaires
- toutes pathologies autres (anorexie...)

• UNITE C : OLIVIERS

Cette unité de 23 lits plus une chambre de contention est destinée à recevoir des patients aux pathologies chroniques, décompensées sur un mode aigu, nécessitant un environnement contenant : psychotiques déficitaires, psychotiques délirants, personnes âgées avec troubles du comportement, souffrant d'une pathologie démentielle et/ou pathologie organique grave surajoutée, des patients présentant des pertes de repères tempo-spaciaux et des troubles du comportement (Koraskoff, encéphalopathie).

Le projet thérapeutique est alors orienté vers :

- une stabilisation des troubles délirants et des troubles du comportement
- la resocialisation, une préoccupation principale de l'équipe soignante.

Les prises en charge sont organisées dans une dynamique participative et une alliance thérapeutique avec le patient et son environnement :

- chimiothérapie

- thérapies de groupe de paroles soignants/soignés, groupes d'information
- prescriptions d'activités thérapeutiques dispensées par les soignants du Centre d'activités.

Un milieu plus spécifique fermé est localisé au sein de cette unité comprenant 7 lits. On y effectue la prise en charge des patients présentant des troubles liés à leur désorientation temporelle spatiale et/ou à un état dépendant nécessitant une surveillance particulière. Cet espace doit constituer un lieu d'évaluation et permettra l'élaboration d'orientations ultérieures.

• **UNITE D : DU BLE**

Le Centre d'activités est destiné à prendre de plus en plus d'importance dans la mesure où il est une réelle prise en charge thérapeutique des patients. Il s'agit d'une activité fonctionnelle à part entière, unité de lieu, unité de personnel. La prise en charge des patients venant des trois unités du secteur se fait en groupe ou en individuelle, :

- activités physiques et sportives
- piscine
- approches thérapeutiques par médiation corporelle
- hydrothérapie
- activités socio-éducatives
- ateliers mémoire

III. **L'HYPOTHESE**

L'hypothèse de ma recherche consiste à vérifier dans le test du dessin du personnage la présence ou non d'indices susceptibles de révéler des idées suicidaires.

IV. **L'OBJECTIF**

Mon objectif est donc d'essayer de prouver qu'à partir de l'étude du dessin du personnage on peut peut-être réduire le risque suicidaire et que cette étude du dessin du personnage peut être un des éléments contributifs à la prévention du suicide.

V. **LA POPULATION**

Il s'agit de rencontrer les personnes suicidaires âgées de plus de 18 ans et hospitalisées au centre Henri LABORIT dans le pavillon Van GOGH. Ces personnes hospitalisées pour une ou plusieurs tentatives de suicide sont admises pour une

période d'observation et acceptent de passer le Test du dessin du personnage à travers des entretiens.

Mon souhait est de rencontrer des dizaines de patients en vue de me restreindre à l'étude de 8 cas cliniques intéressants.

VI. LA METHODE

La première partie consistera à recueillir le maximum d'informations au cours d'une série d'entretiens.

La deuxième partie consiste à demander au patient, s'il en est d'accord, de dessiner un personnage. On lui donne alors une feuille de papier du type A4, un crayon noir et une gomme et on lui demande de « dessiner une personne ». Une fois le premier dessin terminé, on demande au sujet de « dessiner une personne de l'autre sexe » sur une seconde feuille. Ces dessins étant terminés avec la rigueur demandée, on l'interroge sur les détails qui sont représentés avec leur signification symbolique et leurs propriétés concrètes.

VII. LE MATERIEL

1. Deux feuilles de papier blanc du type A4.
2. Un crayon noir.
3. Une gomme.
4. Les entretiens.

VIII. ETUDES DE CAS

- Mme B
- Mme F
- Mme M
- Mme P
- Mr D
- Mr S
- Mr T
- Mr Y

Mme B.

*« Je me suis fait du mal, peut-être, pour ne plus sentir que je suis là »
« C'est la goutte d'eau qui a tout fait déborder ».*

L'entretien de Mme B.

J'ai rencontré la patiente, en juin 2009, lors de deux entretiens pour avoir des informations cliniques et en vue de passer le test du dessin.

Les entretiens se déroulent facilement. La patiente s'exprime clairement et spontanément, et a un bon contact. Elle est très sensible en racontant les événements de sa vie douloureux. Elle avoue une profonde solitude en disant : « Je me suis fait du mal, peut-être, pour ne plus sentir que je suis là ».

Le passage à l'acte

Mme B. connue de la psychiatrie en 2005 pour trouble bipolaire et alcoolisme chronique. Elle est entrée à l'hôpital pour une tentative de suicide par la phlébotomie aux 2 poignets qui a nécessité des points de sutures.

Le jour du passage à l'acte : La fin d'un week-end, elle ne se sent pas soutenue dans l'organisation d'un week-end avec ses enfants. Mme B. se sent seule. Sous l'emprise de l'alcool, elle ne se souvient plus si elle doit travailler ou non. Elle passe à l'acte. Ayant une semi-conscience de la gravité de la situation. Elle essaye d'appeler ses enfants et même une autre personne, hélas absents. Ensuite elle dit : « J'ai un gros trou noir ». Une collègue lui téléphone et engage les secours par le SAUM.

Mme B a fait 2 fois des tentatives de suicide.

- 1^{er} : Quand elle avait 26 ans, elle était chez elle. « Après avoir marié, j'avais beaucoup de problème, j'en avais marre de la vie. ». Mme B a fait une première tentative de suicide médicamenteuse. Cependant personne ne l'a su. Elle n'a pas fait intervenir des secours.
- 2^{ème} : en juin 2009, Elle est entrée à l'hôpital pour une tentative de suicide par la phlébotomie aux 2 poignets qui a nécessité des points de sutures.

Biographie

Mme B est une femme de 51 ans. Elle a 2 enfants de 30 ans et 26 ans (2 garçons). Son mari est mort brutalement d'un cancer traumatique du pancréas en juin 2008 : " Au début, J'ai fait des cauchemars, il y a sa présence partout ". Son beau-père est décédé d'un cancer 10 mois avant le décès du son mari. Dans l'approche de la date anniversaire du décès de son mari, le passage à l'acte s'est produit.

Mme B a eu une enfance difficile : " Mes parents se disputaient tout le temps. Ma mère avait beaucoup d'amants ". De 13 à 18 ans, Mme B. a fait des études secondaires à Poitiers, elle dépendait d'une famille d'accueil. Dans cette famille, des amis de ses parents, le monsieur a abusé sexuellement d'elle lorsqu'elle avait de 16 à 17 ans. Malheureusement, elle s'est tu, vis à vis de ses parents, de son mari sur ce passé douloureux. "Je suis quelqu'un très réservée "

Mme B. est auxiliaire puéricultrice à la maternité de Châtellerauld. A 18 ans, il a commencé à travailler, grâce à son diplôme de CAP d'auxiliaire. Mme B a rencontré son mari dans un petit bal de village. Elle s'est mariée à l'âge de 19 ans.

Mme B. rencontre par ailleurs de nombreuses difficultés familiales, beaucoup de problèmes avec son fils cadet depuis son adolescence. Son fils cadet a commencé à utiliser de la drogue quand il avait 14 ans (cannabis). Il a des problèmes scolaires. Il a souvent de grandes discussions avec son père à cause de la drogue et de son comportement. A 19 ans, ce fils a été incarcéré pendant 4 mois pour avoir hébergé un trafiquant de drogue.

En 2002, Mme B. est auxiliaire puéricultrice à la maternité de Châtellerauld, travaille de nuit. Elle a un conflit avec le mari à propos de son travail (doit travailler la nuit du 24 décembre). A ce mal-être déjà existant est venu se greffer un autre événement qui l'a fait « craquer » : elle devait être en RTT le 24 décembre, et au dernier moment on l'informé qu'elle va devoir travailler ce qui déclencha une violente réaction de la part de son mari « C'est la goutte d'eau qui a tout fait déborder ».

Le test du dessin du personnage

Mme B. accepte bien de faire du dessin du personnage.

- Le premier dessin est un homme en référence à son fils
- Le deuxième dessin est une femme en référence à la patiente elle-même.

A propos du premier dessin, un garçon :

- A : Quel âge a-t-il ?
Mme B : On va dire, 30 ans.
A : Qu'est-ce qu'il est en train de faire ?
Mme B : Il marche.
A : Qu'est-ce qu'il est en train de penser ?
Mme B : (long silence) Il pense qu'il va faire une promenade parce que j'ai dit qu'il marche.
A : Comment se sent-il ?
Mme B : Bien.
A : Pourquoi bien ?
Mme B : Parce que je lui ai fait une belle bouche, en sachant qu'il va bien.
A : Où est-il allé ?
Mme B : Il va acheter son journal.
A : Qu'est-ce qu'il y a dans le journal ?
Mme B : Il y a les nouvelles, le sport. Il va lire les faits divers : des annonces, des accidents sur la voie publique, moi, je regarde le programme de la télé etc. ...
A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)
Mme B : Les cheveux courts, les boutons de la chemise, les mains et les doigts, la ceinture, le pantalon. Le pauvre, il va faire ses courses pieds nus, il a mis ses claquettes.
A : C'est qui ?
Mme B : C'est mon fils.

A propos du deuxième dessin :

- A : C'est une dame ?
Mme B : Oui.
A : Quel âge a-t-elle ?
Mme B : Elle a plus de 40 ans.
A : Qu'est-ce qu'elle est en train de faire ?
Mme B : Ce qui me vient à l'esprit elle va faire les boutiques, son centre d'intérêt est les colliers.

A : Qu'est-ce qu'elle pense ?

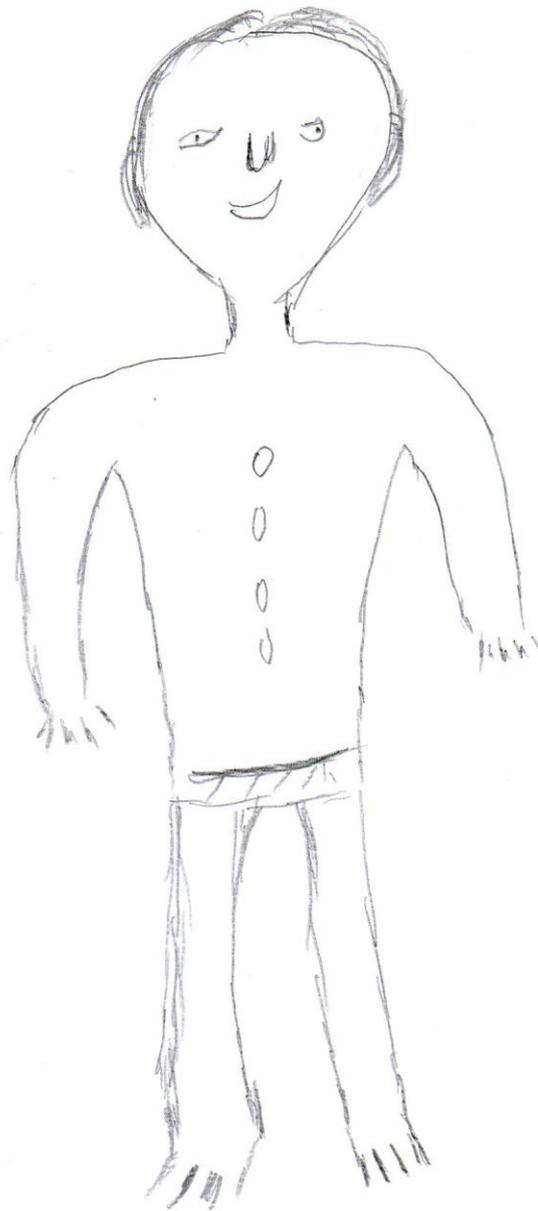
- Mme B : Elle est contente parce qu'elle allait faire des achats.
A : Comment elle se sent ?
Mme B : Ah, elle est très contente de faire des achats, elle a trouvé des petits trucs qui font plaisir.
A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)
Mme B : C'est les cheveux courts et frisés, le collier, les bracelets, elle vient en claquettes, (rires ...) il faudra que j'apprenne à dessiner des chaussures.
A : C'est qui ?
Mme B : Oui, c'est moi.

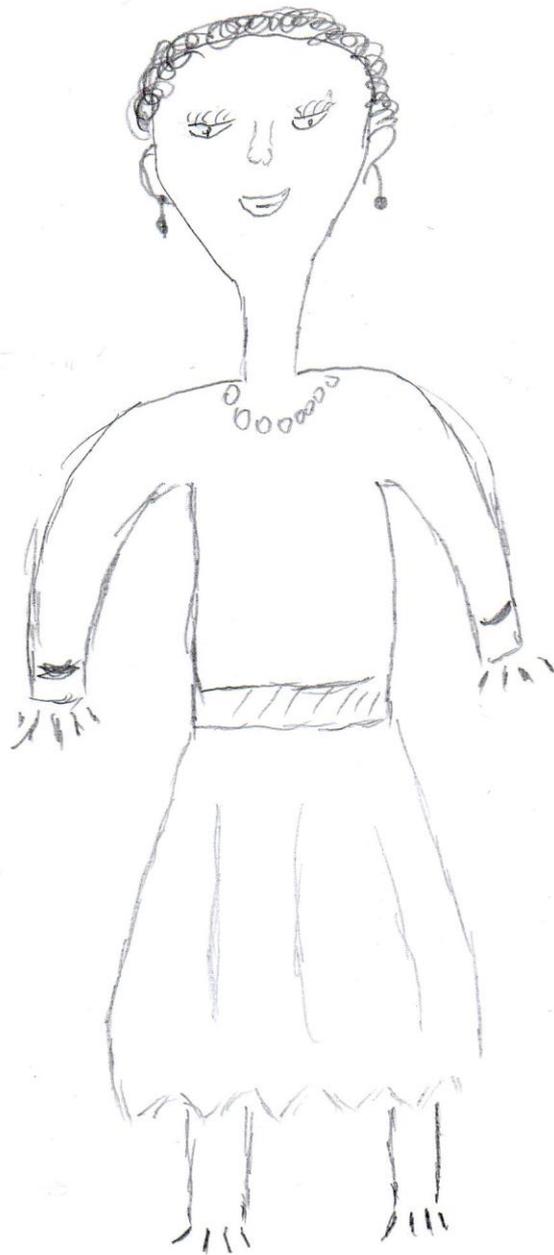
Les observations de (1) à (7) constatées sur le premier dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente son fils.
- (2) Le dessin est très simple et comporte peu de détails sur le vêtement.
- (3) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (4) Les doigts au niveau des pieds et des mains sont pointus comme des aiguilles.
- (5) La ceinture est mise en valeur par des hachures et dont le contour est renforcé.
- (6) L'axe médian du corps est renforcé par une rangée de boutons tout au long du corps.
- (7) Le trait du dessin est double au niveau de membres inférieurs.

Les observations de (1) à (7) constatées sur le deuxième dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente elle-même.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) Les doigts au niveau des pieds et des mains sont pointus comme des aiguilles.
- (4) La ceinture est mise en valeur par des hachures.
- (5) Les accessoires féminins sont bien présentés.
- (6) Les bracelets sont particulièrement mis en valeur par un trait renforcé.
- (7) Le trait du dessin est double au niveau des épaules, des bras et des avant bras.





Mme F.

- « En fait, je ne veux pas mourir. ... »
- « On prend ça parce qu'on veut dormir plus longtemps pour oublier des choses. »
- « On n'espère pas vraiment mourir. ... »
- « C'est un appel au secours, qu'on dit aux autres »

L'entretien de Mme F.

J'ai rencontré la patiente, en février 2009, lors de deux entretiens pour avoir des informations cliniques et en vue de passer le test du dessin.

- Lors de la première rencontre. Mme F. est d'humeur triste, des éléments dépressifs sont évidents, elle se dévalorise, elle se sent coupable. Elle pleure plusieurs fois lors de notre entretien. Elle n'a aucune énergie. Notre entretien est très délicat.
- Pour le deuxième entretien, j'ai l'occasion de m'entretenir avec ses parents et sa fille. La présence de la patiente est plus soutenue.

Le passage à l'acte

Mme F est rentrée à l'hôpital via le SMUR pour une tentative de suicide médicamenteuse. Elle aurait pris du Loxapac et du lexomil en quantité inconnue. C'est son ami qui l'aurait trouvée dans son appartement, inconsciente dans son lit avec des blisters vides autour d'elle. Il a appelé immédiatement des secours.

Biographie

Mme F est une femme de 38 ans, divorcée avec 2 enfants : un garçon de 13 ans et une fille de 11 ans. La patiente est une malade bipolaire, connue du service depuis 1999. Actuellement, elle est dans un état dépressif majeur.

Cette patiente décrit une enfance heureuse auprès de ses parents et de sa sœur aînée de 2 ans. Mme F. a eu un CAP de comptabilité. Elle a travaillé 2 ans, ensuite elle a rencontré son mari, avec lui elle aura 2 enfants, son mari divorcera plus tard notamment à cause de l'état psychiatrique de Mme F.

La patiente vit actuellement chez ses parents et a un compagnon qui vit lui-même avec une autre femme. Elle dit : « ne pas être dérangée par cette situation » au contraire, elle y trouve un bénéfice : celui de ne pas s'installer avec cet homme car elle veut à tout prix garder son indépendance et elle n'a pas envie de reconstruire sa vie. Elle se dit très proche de sa mère et entretient une excellente relation avec sa sœur.

En 1999, elle sera hospitalisée, puis fera des séjours de quelques semaines en psychiatrie, elle arrêtera son traitement progressivement en 2006, lors de sa dernière sortie de l'hôpital le moral se dégradera : anhédonie, aboulie, clinophilie, manifestations décrivant des angoisses quant aux gestes simples de la vie quotidienne.

Les relations avec sa famille semblent bonnes. La famille est un soutien efficace pour elle. Elle parle de son ami qui est décrit comme une personne aidant également : « heureusement qu'il est là ». La garde de son fils a été confiée à son ex-mari cet été.

Sa mère lors d'un contact, évoque un versant dépressif en lien avec des problèmes divers, sa fille vivrait sous son toit depuis sa sortie du CHL. Son fils vit avec son ex-mari. Son père, retraité, vu en entretien, évoque les mêmes symptômes.

Le test du dessin du personnage

Mme F. accepte bien de passer le test du dessin du personnage. Cependant quand elle finit son dessin, elle est un peu gênée à propos de ses représentations. « C'est un dessin de bébé ... (rires) ». Quand elle explicite ses dessins, elle pense à ses enfants et à sa maladie, ce qui provoque des pleurs de sa part.

- Le premier dessin est une fille en référence à sa fille.
- Le deuxième dessin est un garçon en référence à son fils.

Entretien à propos du premier dessin :

A : Qui est-ce ?
Mme F : Je ne sais pas.
A : Quel âge a-t-elle ?
Mme F : 10 ans.
A : Qu'est-ce qu'elle va faire ?
Mme F : Elle va à l'école.
A : Qu'est-ce qu'elle pense ?
Mme F : Je ne sais pas.
A : Comment elle se sent ?
Mme F : bien

A : Pourquoi ?
Mme F : Je ne sais rien (silence). Parce qu'elle joue à l'école avec ses copines

A : Qu'est-ce que c'est (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés).
Mme F : C'est la bouche, le nez, les yeux, les pieds, la robe.
A : Qu'est-ce qu'elle regarde ?
Mme F : Moi.
A : Elle vous regarde ?

Mme F : Oui, je ne sais pas ce qu'elle pense de moi (silence).
 A : Qu'est-ce qu'elle pense de vous ?
 Mme F : Elle doit me trouver triste. ... Comme ma fille, ma fille me trouve triste.
 A : Qu'est-ce qu'elle peut faire pour vous ?
 Mme F : Elle est gentille, elle a bien travaillé à l'école.
 A : Et vous, Qu'est-ce que vous pouvez faire pour elle ?
 Mme F : Guérir, il faut trouver un bon moral.
 A : Pourquoi êtes-vous triste ?
 Mme F : Parce que je n'ai pas le moral, je n'ai aucune joie de vivre. J'ai envie de rien faire. Il n'y a rien qui me rend la vie gaie (silence).
 A : C'est qui cette fille ?
 Mme F : C'est ma fille.

Entretien à propos du deuxième dessin :

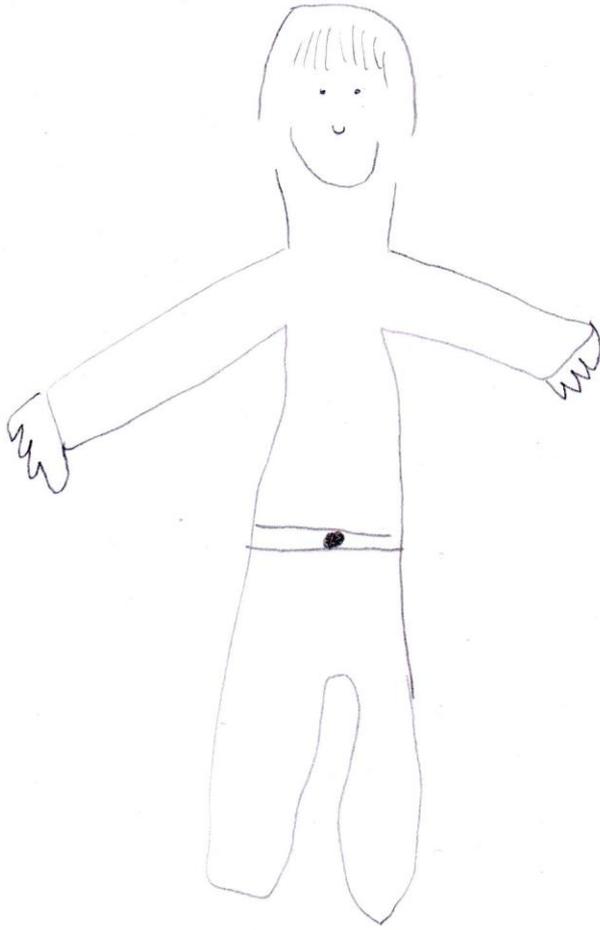
A : Qui est-ce ?
 Mme F : C'est mon fils. Il pense la même chose que ma fille (silence).
 A : Vous pouvez expliquer un peu plus
 Mme F : Mon fils veut que je guérisses vite. Quand je lui parle au téléphone, il m'a demandé quand je vais sortir (silence, pleurs ...).
 A : Qu'est-ce qu'il a envie de vous dire dans ce dessin ?
 Mme F : de guérir
 A : Qu'est-ce que c'est (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés).
 Mme F : C'est la bouche, le sourire, les cheveux, les mains, une ceinture, le pantalon
 A : Pourquoi sourit-il ?
 Mme F : Parce qu'il me voit, il est content de me voir. ... Mais, maintenant, je suis triste. Je crois que je leur ai fait du mal.
 A : Comment ?
 Mme F : Mon suicide, ça leur a fait de la peine.
 A : Pensiez-vous que vos enfants allaient être tristes ?
 Mme F : Le fait que j'ai avalé des cachets, ça rend triste, de me voir dans cet état. Ils sont tristes. ... (pleurs ...) Je dois guérir vite ... Même moi, je me fais du mal en même temps. (long silence) ... En fait, je ne veux pas mourir. On prend ça parce qu'on veut dormir plus longtemps pour oublier des choses. On n'espère pas vraiment mourir. ... C'est un appel au secours, qu'on dit aux autres. (pleurs ...).

Les observations de (1) à (8) constatées sur le premier dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente sa fille.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage se situe en haut à gauche de la feuille.
- (3) Le dessin est très simple.
- (4) Le dessin ne comporte pas de détails de vêtements.
- (5) Omission des mains.
- (6) Les yeux vides : yeux sans pupilles. Seul le globe de l'œil est dessiné.
- (7) L'entretien est souvent marqué par des silences.
- (8) Le trait du dessin est fin schématique.

Les observations de (1) à (8) constatées sur le deuxième dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente directement sa fille.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage se situe en haut à gauche de la feuille.
- (3) Le dessin est très simple.
- (4) Le dessin ne comporte pas de détails de vêtements.
- (5) Omission des pieds et des doigts des mains (il n'y a que 4 doigts).
- (6) Extériorisation de la tristesse : La patiente pleure en expliquant les dessins.
- (7) La ceinture est mise en valeur par un trait renforcé.
- (8) Le trait du dessin est fin.



Mme M.

« J'ai fait quatre tentatives de suicide dans un mois,
C'est pour ça qu'on m'a hospitalisé »

L'entretien de Mme M

J'ai rencontré Mme M en novembre 2008, lors de nos entretiens pour avoir des informations cliniques et en vue de passer le test du dessin.

Lors des deux rencontres, Mme M est calme. Ses discours ne sont pas toujours cohérents. Elle n'a pas de critique autour de son passage à l'acte. Elle dit vouloir mourir, car elle se considère comme une mauvaise mère malgré les propos rassurants de sa fille. Elle se dévalorise, elle se culpabilise, porte l'autoaccusation, se disant mauvaise mère, mauvaise épouse en instance de divorce.

Le passage à l'acte

Mme M est connue du service pour schizophrénie. Mme M est déjà venue aux urgences dans les mêmes circonstances le 3 octobre 2008. Elle a été amenée aux urgences de Châtelleraut à la suite d'une tentative de suicide médicamenteuse (dépanamide). Mme M dit « je suis une mauvaise mère, une mauvaise épouse ».

Elle vit en maison relais. Mme M a une fille de 23 ans qui vit avec un compagnon depuis 2 ans. Mme M est donc seule au domicile. Elle a pris une dose importante de médicaments qu'elle avait reçus de l'hôpital.

Il s'agit de sa troisième tentative de suicide en trois semaines. Lors d'une sortie autorisée de l'hôpital en octobre, Mme M a voulu s'empoisonner en consommant des champignons sauvages.

Biographie

La patiente est âgée de 49 ans. Elle est née à Paris. Mme M est l'aînée de 3 enfants. Elle décrit son enfance heureuse. Elle n'a plus aucune relation avec son frère depuis le décès de son père. La petite sœur habite avec sa mère à Paris.

Mme M et sa mère se voyaient une à deux fois par an, quand elle n'avait pas encore de problèmes de santé. Depuis 8 ans, Mme M n'a plus vu sa mère : " je ne sais pas trop me débrouiller dans un hall de la gare alors je ne peux pas y aller ". Cependant, elles se téléphonent régulièrement.

Mme M a eu son CAP de comptabilité, quand elle avait 18 ans. Ensuite, elle a commencé à travailler comme caissière dans un grand magasin à Paris.

A l'âge de 24 ans, elle a rencontré son mari. Ils se sont mariés au bout de trois mois : "On ne se connaissait pas très bien ... et j'étais enceinte ... ". Mme M a accouché d'une fille 6 mois après son mariage. Elle a quitté Paris pour vivre à Châtellerauld, son mari ayant obtenu un poste à Poitiers.

Mme M a en premier des idées de culpabilité, qu'elle élabore davantage : Elle regrette d'avoir pu mettre sa fille en danger lorsqu'elle a fait des tentatives de suicide. Un événement revient à sa mémoire : alors que sa fille n'avait que 6 ans : « elle aurait pu prendre un briquet, se faire du mal, je ne sais pas ce qu'elle a pu faire comme bêtise pendant que j'étais endormie ».

Autre chose, son rôle de mère est absent et elle se soustrait à la relation mère-fille en buvant de l'alcool : « quand je me mettais à boire de la bière, je me suis couché. Et ma fille je ne sais pas ... comment que je l'ai trouvé par miracle parce que elle aurait pu s'échapper plus loin ... ou ... je ne savais pas ce qu'elle faisait. Je ne surveillais plus ... ».

Le test du dessin du personnage

Mme M. accepte de passer le test du dessin du personnage malgré quelques réticences « je ne sais pas dessiner ». Mais la patiente accepte facilement par mon encouragement « essayez de le faire ». La patiente s'exprime avec discontinuité et quelques manques de cohérence.

Le premier dessin est une fille en référence à sa fille.

Le deuxième dessine est un homme en référence à son marie.

Entretien à propos du premier dessin :

A : Qui est-ce ?

Mme M : C'est ma fille avec les fleurs à coté. Elle sourit.

A : Quel âge a-t-elle ?

Mme M : Elle avait 2 ans.

A : Qu'est-ce qu'elle a fait ?

Mme M : Elle a commencé aller à l'école.

A : Qu'est-ce qu'elle était ?

Mme M : Elle était propre alors ben on pouvait la mettre dans une crèche. Moi, j'ai travaillé aussi. J'ai fait du stage quand elle avait 2 ans. Alors bon ... pour éviter ... moi je n'avais pas de voiture, je n'avais rien pour l'emmener dans une crèche ... bon je la mettais à l'école parce qu'elle était propre On avait encore quelques difficultés on la prenait quand même comme l'école est juste en face de la maison ça tombait bien.

A : Vous m'avez dit qu'elle est train de sourire ?

Mme M : Oui, parce qu'il y a des roses. Elle est dans son jardin.

- A : Comment se sent-elle ?
- Mme M : Elle est heureuse d'avoir un petit endroit à elle Et puis après ... j'ai tout cassé. (long silence) ... c'est toutes les histoires que j'ai fait
- A : Qu'est-ce que c'est (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés).
- Mme M : C'est la bouche, le nez, les yeux, les pieds, le rob.

Entretien à propos du deuxième dessin :

- A : Qui est-ce ?
- Mme M : C'est mon mari.
- A : Qu'est-ce qu'il en train de faire ?
- Mme M : Il est préposé à la poste de Poitiers. Il triait le courrier. Poitiers, c'est là qu'il s'était fait muté c'est pareil ... après on l'a mis du tri du soir, il a quitté le travail après. sur Poitiers, sur Biard ... Il travaillait de nuit, voire 3-4 nuits par semaine ... échelonné par des coupures ... mais bon ... il ne pouvait pas dormir le matin ... et puis ... il y avait des travaux dans notre immeuble ... on était à ce moment là à Poitiers. On a vécu sur Poitiers vers Bel Air ... et puis bon ... un jour je me mettais à chercher des boules Quies à la pharmacie parce qu'il me disait qu'il ne pouvait pas dormir ... et puis le soir ... ben ... je ne sais pas ce qu'il y avait ... je buvais de la bière ... voilà ... bon bien ...et puis je buvais de la bière ... Ma fille m'a laissé trainer dans la maison ... je ne sais pas ce qu'elle faisait ... je ne sais pas ...
- A : Que s'est-il passé ce soir là ?
- Mme M : Ah ... c'est pendant un mois à peu près.
- A : Je sens que vous avez l'air de regretter quelque chose?
- Mme M : Oui j'ai passé d'une petite chose. Je ne sais pas ... quand je me mettais à boire de la bière, je me suis couché. Et ma fille je ne sais pas ... comment que je l'ai trouvé par miracle parce que elle aurait pu s'échapper plus loin ... ou ... je ne savais pas ce qu'elle faisait. Je ne surveillais plus ...
- A : Qu'est-ce que c'est cette histoire ? Je ne comprends pas, vous pouvez m'expliquer.
- Mme M : Mon mari partait le soir pour aller travailler. Quand mon mari partait travailler, je buvais de la bière ... un litre de bière.
- A : Que s'est-il passé ?
- Mme M : j'allais me coucher le soir à sept heures jusqu'au lendemain matin ... et puis ça a duré à peu près un mois ou deux.
- A : Et votre fille ?
- Mme M : C'est là que mon mari a quitté son travail ... parce qu'il savait très bien que je buvais de la bière ... et lui, ben ... il a voulu compatir aussi à ma souffrance ... et ma fille, je ne sais pas où elle était ... est-ce qu'elle était descendu en bas avec les autres petits enfants ... je ne peux pas vous dire ... moi je n'étais plus de mon monde ... en buvant

un litre de la bière ... je ne suis pas bien ... je me suis endormie et puis je ne me suis pas levée jusqu'au matin.

A : Dans le dessin de votre mari, quel âge a-t-il ?

Mme M : Il a 26 ans.

A : Comment se sent-il ?

Mme M : Comment il se sentait ? Il se sentait bien parce qu'il avait des copains ... il avait des relations avec ses collègues ... moi, des fois, j'allais les voir aussi. Je prenais le train de Châtellerauld à Poitiers il venait avec moi au bureau. On disait « bonjour » rapidement. Je disais toujours « tu regarde les femmes, tu regarde les femmes moi, je regardais les hommes aussi».

A : Qu'est-ce que c'est (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés).

Mme M : C'est la bouche, le nez, les yeux, les pieds.

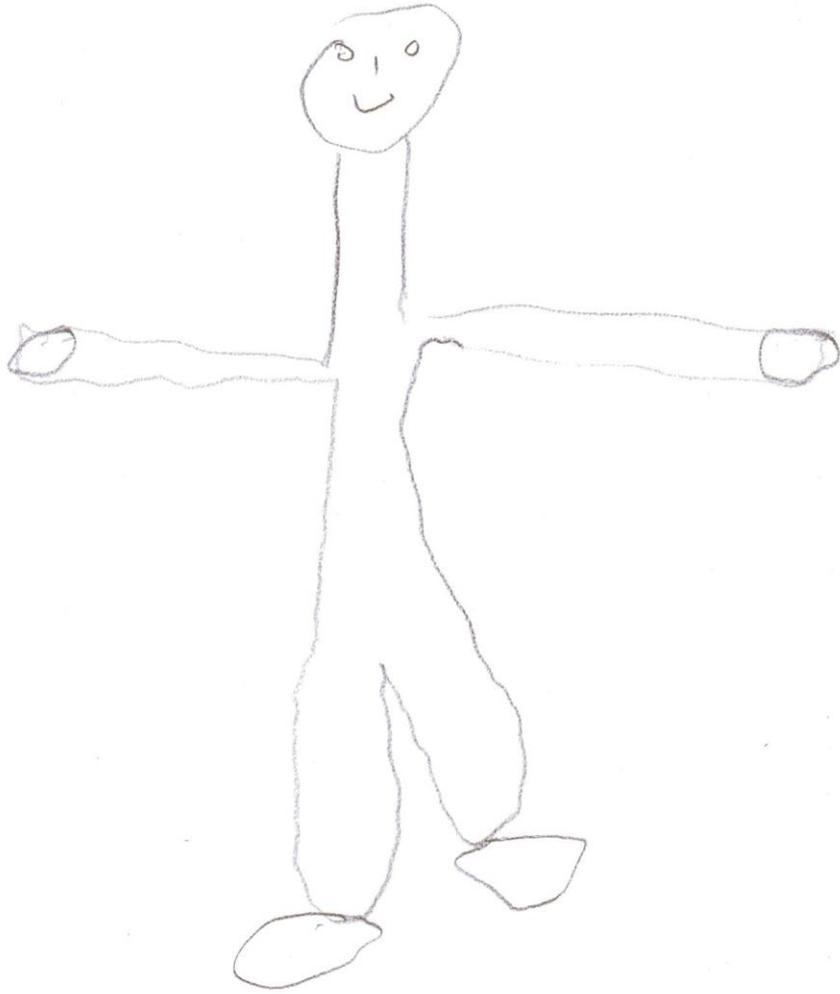
Les observations de (1) à (9) constatées sur le premier dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente sa fille quand elle avait 2 ans.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) Le dessin est très simple et enfantin.
- (4) Le dessin ne comporte pas de détails de vêtements.
- (5) Omission des mains, des doigts et des pieds.
- (6) Distorsion d'un élément du corps : le cou.
- (7) Les yeux vides : yeux sans pupilles. Seul le globe de l'œil est dessiné.
- (8) La bouche est mise en valeur par un trait renforcé.
- (9) Le trait du dessin est ondulé.

Les observations de (1) à (9) constatées sur le deuxième dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente directement son mari.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) Le dessin est très simple et enfantin.
- (4) Le dessin ne comporte pas de détails de vêtements.
- (5) Omission des épaules, des doigts.
- (6) Distorsion d'un élément du corps : le cou.
- (7) Le cou est mis en valeur par sa longueur et un trait beaucoup plus appuyé.
- (8) Les yeux vides : yeux sans pupilles. Seul le globe de l'œil est dessiné.
- (9) Le trait du dessin est fin.





Mme P.

« Ma place n'est pas ici »
« Ma fille, elle était la seule à me comprendre »

L'entretien de Mme P.

Je rencontre Mme P en mars 2009, lors de notre entretien pour avoir des informations cliniques et en vue de passer le test du dessin.

La patiente connue du service depuis 2003 pour syndrome dépressif avec alcoolisation. Mme P a fait plusieurs fois de tentative de suicides (médicamenteux).

La patiente est épuisée, en larmes et peu disponible pour un entretien. Elle critique son geste (être allée acheter une bouteille de vodka après la dispute avec sa fille), regrette son hospitalisation : " ma place n'est pas ici ...".

Lors de la rencontre. Mme P. est d'humeur triste, des éléments dépressifs sont évidents, elle se dévalorise, elle se sent coupable. Elle pleure plusieurs fois lors de notre entretien. Elle n'a aucune énergie. Notre entretien est très délicat.

Le passage à l'acte

Mme P a été amenée aux urgences de Châtelleraut à la suite d'une dispute avec sa fille de 16 ans qui lui reprocherait son laisser aller : la dévalorise dit qu'elle est une mauvaise mère, bonne à rien Après laquelle Mme P aurait ingéré de la vodka de manière impulsive, à visée cathartique. Son amie s'inquiétait de la voir apragmatique et aboulique depuis deux semaines.

En effet, il semble que depuis une dizaine de jours, Mme P ne fait plus rien à la maison, reste en pyjama toute la journée, couché et s'est alcoolisé 3 fois chose qu'elle ne fait pas habituellement. Elle a aussi tendance à augmenté seule son traitement (son traitement d'un mois peut lui faire seulement 10 jours).

Biographie

La patiente âgée de 47 ans. Elle est issue d'une fratrie de sept. Son père est décédé en 1996 d'un cancer du colon. Sa mère est toujours vivante. Mme P décrit une relation difficile avec cette dernière depuis quelque temps, notamment depuis décès de son frère.

En effet, le frère de la patiente est décédé il y a 3 ans en cancer de la prostate. La patiente n'a pas été invitée par sa mère au repas des funérailles, dès lors, elle ne parle plus à cette dernière.

Mme P a quatre enfants. Elle a eu un enfant, une fille, d'une première union. Puis trois autres avec son deuxième compagnon qui était alcoolique et violent.

Les quatre enfants sont :

- La première, 25 ans, ayant une fille, vivant avec son compagnon.
- Le deuxième, 20 ans, décrits comme isolé socialement, passant son temps sur internet, vivant la nuit pour cela, n'étant plus scolarisé.
- La troisième, 16 ans
- Le quatrième, 10 ans

Le couple s'est séparé il y a 10 ans. Elle le décrit violent physiquement, infidèle. Ils n'étaient pas mariés et à la séparation il y a eu arrangement à l'amiable. Son ex-compagnon a eu les enfants pour le week-end et à refusé de les rendre à Mme P Elle a donc fait appel au commissariat qui n'a rien pu faire puisque légalement rien n'était prévu. Pour se venger Son ex-compagnon. Il a porté plainte contre Mme P pour mauvais traitement à enfant (ce que la fille aînée nie). Elle a été convoquée devant le tribunal (en décembre 2002) ce qu'elle a très mal à supporté. Depuis elle ne va pas bien : perte d'appétit, trouble du sommeil, ruminations anxieuses.

Elle vit ainsi actuellement avec deux de ses enfants. Dit qu'elle est dépassée par les événements familiaux (départ du père, difficulté relationnelles avec ses enfants sauf l'aînée de 25 ans avec qui elle était fusionnelle. "Elle était la seule à me comprendre").

Elle ne travaille plus depuis 23 ans, ayant décidé d'élever ses enfants. Elle touche actuellement le RMI.

Le test du dessin du personnage

Mme P. accepte de passer le test du dessin du personnage. La patiente explicite ses dessins avec la voix basse, et il y a souvent des passages de silence.

Le premier dessin est une fille en référence à une personne imaginaire
Le deuxième dessine est un garçon en référence à une personne dans son imaginaire.

Entretien à propos du premier dessin :

- A : Qui est-ce ?
Mme P : C'est une fille.
A : Vous la connaissez ?
Mme P : Non
A : Quel âge a-t-elle ?

Mme P : Oh (silence) ... je dirais 30 ans.
A : Qu'est-ce qu'elle est en train de faire ?
Mme P : Rien (silence).... Elle regarde.
A : Qu'est-ce qu'elle regarde ?
Mme P : Moi.
A : Pourquoi ?
Mme P : (silence).... Parce que c'est moi qui la dessine.
A : Qu'est-ce qu'elle pense ?
Mme P : (silence) rien ... , je n'ai pas, peut-être, très bien dessiné.
A : Comment se sent-elle?
Mme P : Bien ...(silence)....
A : Pourquoi bien ?
Mme P : Parce qu'elle est calme, ...(silence).... calme, elle attend
A : Qu'est-ce qu'elle attend ?
Mme P : Elle attend qu'on arrête de parler d'elle.
A : Comment elle s'habille ?
Mme P : Oh .. Je n'ai pas fait des vêtements
A : Vous pouvez imaginer.
Mme P : Oui ...(silence)...., je crois (silence)... qu'elle est habillée en combinaison de ski
A : Qu'est-ce qu'elle est en train de faire avec ses mains ?
Mme P : Je ne sais pas ..., je fais les bras et les mains comme ça. Je les dessine en l'air, c'est plus facile qu'en bas. Je n'ai pas réfléchi
A : Qu'est-ce que c'est (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés).
Mme P : C'est les mains, le visage, le nez, les yeux, la bouche et les cheveux.

Entretien à propos du deuxième dessin :

A : Qui est-ce ?
Mme P : C'est un garçon.
A : Quel âge a-t-il ?
Mme P : C'est pareil, il a 30 ans ... je ne sais pas ... , je n'arrive pas trop à donner de date.
A : Qu'est-ce qu'elle est en train de faire ?
Mme P : Rien ... , C'est pareil que la fille. Je ne sais pas, il attend
A : Qu'est-ce qu'il attend ?
Mme P : Il attend (silence) ... qu'on arrête de le regarder aussi ... qu'on le laisse tranquille
A : Qu'est-ce qu'il regarde ?
Mme P : Moi.
A : Pourquoi il vous regarde ?
Mme P : Parce qu'il est en face de moi et c'est moi qui l'ai dessiné.
A : Comment se sent-il ?
Mme P : Bien ... moi aussi (rires).
A : Bien comment ?
Mme P : Bien Normal ...(silence)...., il est calme, c'est pareil que la fille.

- A : Ce dessin est-il en référence à quelqu'un de votre vie ?
- Mme P : Non, c'est vraiment dans mon imaginaire.
- A : Que pense-t-il ?
- Mme P : Rien , parce que je ne pense pas déjà qu'il pense
- A : Qu'est-ce que c'est (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés).
- Mme P : C'est les mains, le visage, le nez, les yeux, la bouche, les oreilles et les cheveux.
- A : Comment il s'habille ?
- Mme P : Je ne sais pas ce que je fais. Je ne sais pas du tout (silence).... Ça peut être un tablier. Ça peut être un boucher ou un restaurateur ... c'est quelqu'un qui a un tablier. Ça peut être aussi ... un médecin, un tablier comme ça. Je pense ... C'est bon.

Les observations de (1) à (9) constatées sur le premier dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente une fille imaginaire.
- (2) La taille de personnage est très petite.
- (3) Concernant la mise en page : Le dessin est situé en haut à gauche de la feuille.
- (4) Le dessin est très simple et enfantin.
- (5) Le dessin ne comporte pas de détails de vêtements.
- (6) Omission des doigts (il n'y a que 4 doigts).
- (7) La tête est grosse.
- (8) Les cheveux sont très marqués.
- (9) L'entretien est souvent marqué par des silences.

Les observations de (1) à (9) constatées sur le deuxième dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente un homme imaginaire.
- (2) La taille de personnage est très petite.
- (3) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage se situe en haut à gauche de la feuille.
- (4) Le dessin est très simple et enfantin.
- (5) Le dessin ne comporte pas de détails de vêtements.
- (6) Les mains et les doigts fondus ensemble forment une sorte de grande fleur.
- (7) Omission des bras et des doigts (il n'y a que 4 doigts).
- (8) Les cheveux sont mis en valeur par des hachures et des surcharges de traits.
- (9) L'entretien est souvent marqué par des silences.





Mr D.

« Je voudrais me suicider, je n'ai plus de médicament, il ne reste que les feu »

L'entretien de Mr D.

J'ai rencontré Mr D., en décembre 2008, 2 fois pour passer le test du dessin et pour avoir des informations cliniques. Le patient est d'un bon contact, ses réponses sont courtes, spontanées, mais relativement sèches. Son humeur est triste avec des idées suicidaires qu'il rapproche du décès de son amie.

Le passage à l'acte

Mr D. est connu dans notre service depuis 1996, mais la dernière hospitalisation date depuis décembre 2008, Mr D est amené par les pompiers en fin de nuit : a ouvert le gaz chez lui dans un but suicidaire, puis a prévenu les secours comme il lui avait été suggéré, n'a pas éteint le gaz pour autant.

« J'ai fait des tentatives de suicide avec des médicaments, mais maintenant il ne m'en donne plus, car avant j'ai essayé de prendre les médicaments avec de l'alcool, et je me suis trouvé en réanimation plusieurs fois ».

Il n'a aucune critique de son geste, dit vouloir mourir, il n'y a pas d'autre solution à envisager ou alors se faire enfermer. « Je voudrais me suicider, je n'ai plus de médicament, il ne reste que le feu », « Je veux mettre le feu chez moi. Je ne peux plus vivre », « quand je vais retourner chez moi, je fous le feu ».

Dans un contexte d'alcoolisation avec des idées suicidaires, un état dépressif en lien avec le décès de son amie en 2006. « L'idée suicidaire, elle me vient en buvant. Quand je ne bois pas il n'y en a pas ».

Biographie

Mr D a 57 ans. Il est chômeur depuis 1980. Il est divorcé. Il a une fille de 32 ans qui vit en Région parisienne. De 6 à 12 ans, le patient a subi des viols par le fils adoptif de sa nourrice. Il a obtenu un CAP de maroquinerie. Il a travaillé 6 ans dans une maroquinerie et 15 ans dans une usine. Il est revenu à Paris pour s'occuper de sa mère et de sa cousine pendant 10 ans. Il recommence à boire après le décès de sa cousine (en 1995) et de sa mère (survenu en 1996). A partir de 1996, le patient était très connu dans le service (plus de 10 hospitalisations) pour son alcoolisme et pour sa tentative de suicide. En 1999, Mr D a rencontré son amie à l'hôpital psychiatrique de Chalons à Poitiers. Son amie est décédée en 2006. Depuis cette date, Mr D a fait plusieurs autres tentatives de suicide et il est toujours alcoolique.

Mr D. a eu une enfance difficile marquée par de nombreux placements en familles d'accueil. Sa mère a dû travailler à Paris. Elle a laissé Mr D. jusqu'à l'âge de 12 ans, avec une amie faisant fonction de nourrice.

A 5 ou 6 ans, Mr D. a subi des premiers sévices sexuels avec le fils adoptif de la nourrice. Ces sévices ont duré jusqu'à l'âge de 12 ans. Durant ces 6 années, personne n'a rien su. Quand le patient avait 12 ans, sa mère est venue le rechercher chez la nourrice. Mr D. a décidé de raconter de l'histoire de viol à sa mère. Cependant sa mère n'a rien fait ni porté plainte.

A 14 ans, il a commencé à travailler, grâce à son diplôme de CAP de maroquinerie. Il a décrit sa première ivresse à l'armée, ce qui lui a déclenché une dépendance à l'alcool.

Il s'est marié un an après sa sortie du service national. Il travaille dans une usine près de Châtelleraut. Mr D. décrit son épouse très dépensière et ne s'occupant de rien, ils ont une fille. Le divorce intervient 3 ans après le mariage : « J'ai divorcé en 1979, quand ma fille avait 8 mois, j'ai tout perdu par la suite et ... j'ai beaucoup repiqué, l'alcool a fait partie intégrante de ma vie ».

Puis, Mr D est reparti en région parisienne (96). Il s'est occupé d'une cousine malade de la maladie d'Alzheimer et de sa mère (la maladie de persécution) pendant 10 ans. « Je m'en suis occupé de 6 heures du matin à 21 heures tous les jours », « Ma cousine est comme ma 2^{ème} mère. Quand j'étais tout petit ma mère me laissait avec elle à Paris ».

Sa mère et cette cousine sont décédées à un an d'intervalle, puis il s'est retrouvé seul, est allé en foyer d'accueil et l'alcool lui a permis d'oublier : « J'ai recommencé à boire après la mort de ma mère et de ma cousine. ... Je n'avais plus rien, je n'avais pas de famille. ». Il décrit cependant des troubles de comportement graves sous l'emprise de l'alcool.

Mr. D a donné sa maison à sa fille et il est venu à Châtelleraut. Il a très peu de contact avec sa fille. Dans son parcours, on trouve des périodes d'abstinence sur l'alcool durant plusieurs années « je ne bois pas lorsque je m'occupe de ma mère et de ma cousine ».

A Châtelleraut, il était hospitalisé à Châlons pour le problème d'alcool. Là-bas il a rencontré une patiente. Elle y est venue pour un problème d'alcool et la dépression. Après être sortie, elle est devenue sa petite amie, « on vit ensemble, je dors dans son appartement et quelquefois elle vient dans mon appartement ».

Son amie est morte en 2006 « Elle était alcoolique. Elle buvait tout le temps et elle a fait une chute mortelle dans un escalier ». La mort de sa copine a très touché Mr D., il dit ne pas avoir le moral depuis le décès de son amie il y a 2 ans. : « J'en ai marre de la vie, je m'intéresse à plus rien », « L'autre fois, quand je suis rentré dans mon appartement, j'ai vu un couteau, je voulais me trancher la gorge. Je suis seul ».

Mr D. a toujours l'idée de mettre le feu à son appartement, il dit ne plus supporter d'y vivre car il est envahi par le souvenir de son amie « Elle est présente partout ».

Mr D. explique sa situation sur l'alcool et sur la nourriture : « j'ai 30 euros pas semaine pour 2 paquets de cigarettes, je ne mange pas dans la journée, peut-être 1-2 kebabs par semaine. Tout ce qui reste, je l'ai mis dans l'alcool ». « J'ai des bons de nourriture. L'UDAF me les envoie, mais je les revends pour boire ».

Le test du dessin du personnage

Mr D. accepte de passer le test du dessin du personnage. Après avoir dessiné une femme, son amie, je lui ai demandé de dessiner un homme. Mr D. a dit « Ah ! alors là je n'ai pas souvenir d'homme. », Néanmoins le patient continue à dessiner.

- Le premier dessin est une femme en référence à sa copine qui est décédée en 2006.
- Le deuxième dessin est un homme en référence au patient lui-même, quand il avait 6 ans. A cet âge, il était victime d'un viol.

Entretien à propos du premier dessin :

A : C'est qui ?

Mr D. : Là, c'est ma copine qui est décédée. J'ai des photos d'elle.

A : Quel âge a-t-elle ?

Mr D. : Elle est décédée à 52 ans, elle est décédée en 2006.

A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)

Mr D. : C'est un pull-over, ses mains, elle avait les cheveux plus longs que ça encore.

A : Qu'est-ce qu'elle voit ?

Mr D. : Elle ne voyait pas grande chose, parce qu'elle était tout le temps sous l'alcool. Elle avait des crises d'épilepsie.

A : Qu'est-ce qu'elle fait ?

Mr D. : Elle a bu tout le temps ..., tous les jours.

A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)

Mr D. : C'est la poitrine, un nombril. Elle porte des lunettes.

A : A-t-elle les yeux vides ?

Mr D. : Non, elle a les yeux bleus, j'ai oublié de les dessiner.

Entretien à propos du deuxième dessin :

- A : Qui est-ce ?
Mr D. : Je ne sais pas
A : Qu'est-ce qu'il est en train de faire ?
Mr D. : Il pense (silence).
A : A quoi il pense ?
Mr D. : Il pense (silence). Il pense à la mort.
A : Comment ?
Mr D. : Ben ... c'est difficile la mort.
A : Pourquoi est-elle difficile ?
Mr D. : Ça ne fait pas comme ça, on ne peut pas faire du mal aux voisins. Si je fous le feu à l'appartement, je fous le feu à l'immeuble (silence).
A : Si vous mettez le feu, pensez-vous que c'est une bonne solution ?
Mr D. : Il ne me reste que ça, autrement je n'ai pas d'arme, j'ai rien. L'autre fois, quand les flics sont venus chez moi, j'ai arraché le pistolet du policier pour me foutre une balle dans la tête. Il me la reprit aussitôt.
A : Et ensuite ?
Mr D. : Ils m'ont envoyé à l'hôpital une nuit, et après je suis rentré chez moi.
A : Tout à l'heure, vous m'avez dit qu'il pense à la mort.
Mr D. : Oui.
A : Qu'est-ce qu'il regarde ?
Mr D. : Il regarde la mort.
A : Comment ?
Mr D. : La mort qui vient tout doucement (silence). Je ne veux pas souffrir.
A : Avez-vous peur de souffrir ?
Mr D. : Oui (silence). C'est pour ça, je vais bien boire avant. Je vais boire beaucoup beaucoup beaucoup, comme ça je ne sentirai pas la souffrance. Parce que le feu ça fait mal.
A : Qu'est-ce c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)
Mr D. : C'est une veste, un blouson quoi.
A : Et là ?
Mr D. : Ce sont les oreilles.
A : Qu'est-ce qu'il entend ?
Mr D. : (silence).. rien, parce que j'écoute rien..... .
A : Et la bouche ?
Mr D. : La bouche ne sourit jamais..... .
A : Au début, vous m'avez dit que vous ne savez pas qui est cette personne. Et maintenant, pouvez vous me dire qui est-ce monsieur ?
Mr D. : Ça je ne peux rien dire là-dessus (silence).
A : Et ce monsieur ?
Mr D. : (long silence) Ça c'est plutôt moi, quand j'étais plus jeune, j'ai eu des sévices. Quand j'avais 5-6 ans.
A : Finalement, c'est vous, quand vous aviez 5-6 ans.
Mr D. : Oui, j'étais mal traité quand j'étais jeune, J'étais en nourrice.

- A : Qu'est-ce qu'elle a fait avec vous comme maltraitance ? Avez-vous été frappé ?
- Mr D. : Non, c'est sexuel
- A : Y a-t-il eu un viol ?
- Mr D. : Non ... , il n'y avait pas de viol il y a eu attouchement..... fellation et tout ça quoi.
- A : Qui l'a fait avec vous ?
- Mr D. : C'était un jeune, qui était le fils adoptif de la nourrice.
- A : Quel âge avait-il ?
- Mr D. : Ce moment là, moi, j'avais 6 ans, et lui, il avait 21-22 ans.
- A : Y avait-il quelqu'un qui savait ?
- Mr D. : Personne n'a su jusqu'à l'âge de 12 ans, quand ma mère m'a cherché. Je lui ai dit, mais elle n'a rien fait, ni porté plainte.
- A : N'avez vous rien oublié de cette histoire ?
- Mr D. : Ça oui, je m'en suis toujours souvenu. Moi, j'avais envie de le tuer. En 1990, je suis revenu chez la nourrice. Je ne l'ai pas retrouvé, la maison est vendue, la nourrice, c'est sa mère adoptive, elle est décédée. Il n'y avait plus de trace. Et lui, je ne sais pas où il est parti.

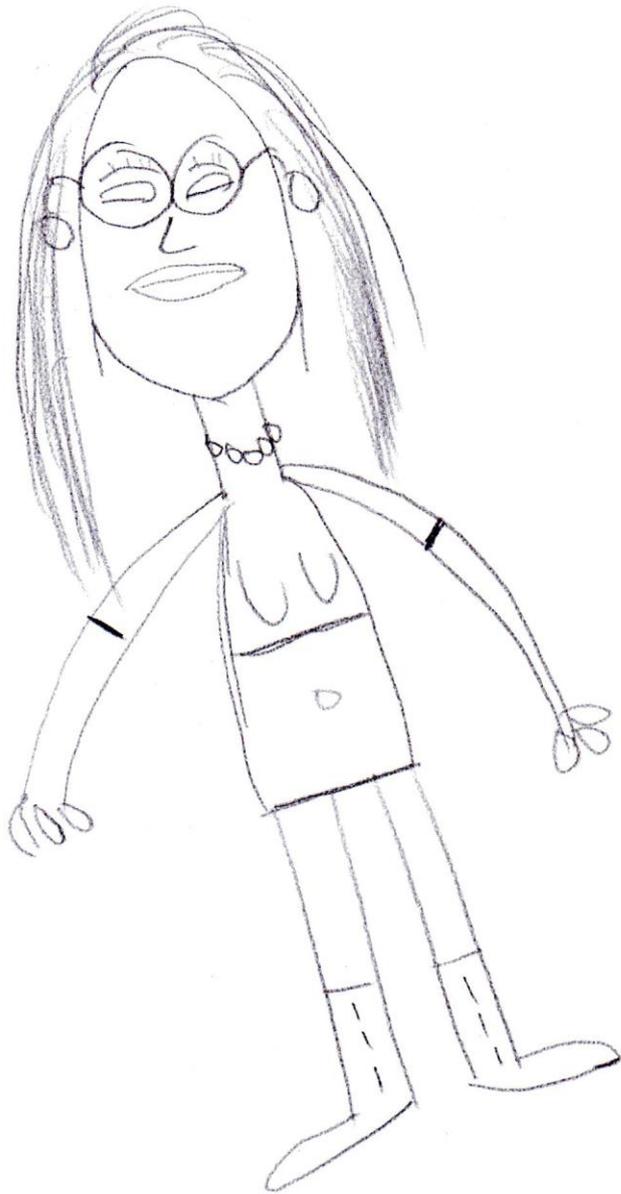
Les observations de (1) à (9) constatées sur le premier dessin sont les suivantes :

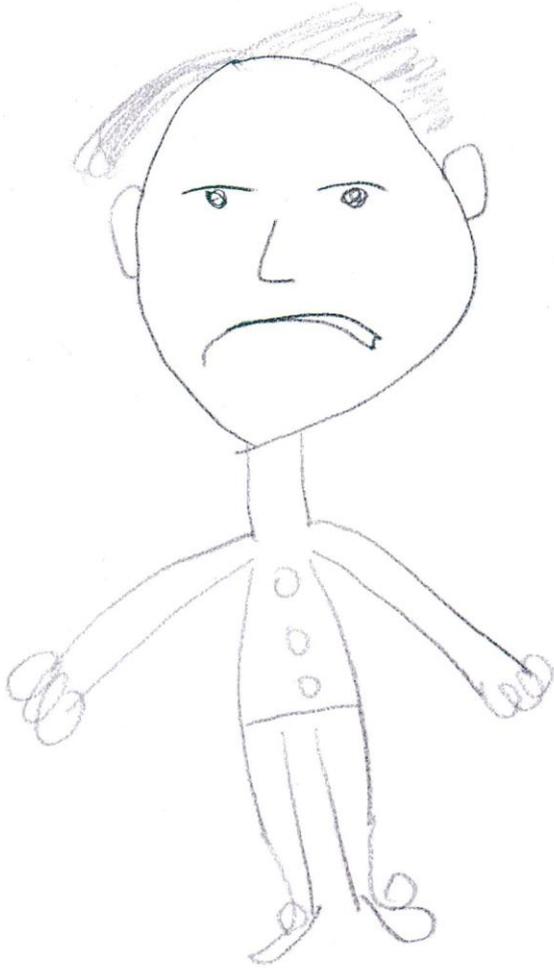
- (1) Le dessin représente directement sa copine qui est décédée en 2006.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est incliné en haut à gauche de la feuille.
- (3) Le dessin comporte peu de détails de vêtements.
- (4) Les yeux vides : yeux sans pupilles. Seul le globe de l'œil est dessiné.
- (5) Les mains et les doigts fondus ensemble forment une sorte de grande fleur.
- (6) Omission de s'épaules, des mains, des doigts (il n'y a que 3 doigts).
- (7) La tête est grosse.
- (8) Les cheveux sont très marqués.
- (9) La transparence du corps marquée par le nombril.

Les observations de (1) à (11) constatées sur le deuxième dessin sont les suivantes :

- (1) Personnage enfantin : le dessin représente le patient quand il avait 6 ans.
- (2) Le dessin est très simple et comporte peu de détails de vêtements.
- (3) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est situé en haut à gauche de la feuille.
- (4) Les mains et les doigts fondus ensemble forment une sorte de grande fleur.
- (5) Omission de épaules, des mains, les doigts (il n'y a que 3 doigts).
- (6) L'axe médian du corps est renforcé par une rangée de boutons tout au long du corps.

- (7) La tête est grosse.
- (8) L'expression d'un personnage menaçant, méchant ou repoussant sous-entend une extériorisation de haine et d'agressivité.
- (9) Le visage est mis en valeur par un trait renforcé : La bouche ne sourit pas. Les oreilles n'écoutent pas. Les yeux regardent la mort.
- (10) Concernant l'entretien : Les idées suicidaires sont répétitives.
- (11) L'entretien est souvent marqué par des silences.





Mr S.

« quand j'étais passé à l'acte, j'avais un coup de colère. ».

L'entretien de Mr S.

J'ai rencontré Mr S. 2 fois pour avoir des informations et en vue de lui faire passer le test du dessin. Le patient a un contact difficile, un regard fuyant, des réponses courtes. Il a une distance de contact, et il est peu enclin au discours. Il évite de parler de la relation conjugale et une problématique du couple est à l'origine du suicide « je n'ai pas envie de parler parce que je vais être en colère. ... Je ne sais pas. Je n'ai jamais posé de question à ma femme».

Le passage à l'acte

Mr. S est entré à l'hôpital pour une tentative de suicide, une prise médicamenteuse (1/2 boîte de lexomil). Il dit avoir envie de mourir, dans un contexte de conflit conjugal : sa femme ne l'écoute plus, remet en question tout ce qu'il fait, le critique, surtout depuis qu'il est retraité.

Biographie

Mr S a 63 ans et il est retraité depuis 3 ans. Il est marié. Il a 3 enfants et 5 petits-enfants. Sa famille est bien présente, ses fils sont venus souvent à l'hôpital avec ses belles-filles. Le patient peu enclin au discours. Pendant l'entretien, les yeux sont absents.

Evoquera une grande lassitude et une problématique de couple. Il mettra cela en lien avec le fait de son départ en retraite, dans un 1^{er} temps avec prise d'un temps partiel qui lui permettait d'être plus présent à la maison et l'émergence des conflits à ce moment là.

Plus de relation intime dans le couple, ils font chambre à part. Ne partagent plus rien « Ma femme n'est pas dans la maison, je ne sais pas où elle est. Je n'ai jamais posé la question à ma femme ». Mr S. disant que sa femme ne veut pas sortir ou voyager bien qu'il ait le temps désormais.

Il pense que sa femme a quitté le domicile, ne conçoit pas de vivre seul, dira qu'il regrette « d'être encore là », dira qu'il ne sait pas s'il referait une tentative de suicide.

Mr S s'occupe au jardinage, chasse et a des amis.

Le test du dessin du personnage

Mr S. accepte bien de passer le test du dessin du personnage. D'un ton clair et ferme « le dessin, ce n'est pas mon fort ». Quand il finit le dessin. Il a l'air satisfait de son dessin « ce n'est pas si mal que ça ».

- Le premier dessin est une femme en référence à sa femme.
- Le deuxième dessin est un homme en référence à lui-même.

Entretien à propos du premier dessin :

- A : Quel âge a-t-elle ?
Mr S. : On peut dire que c'est ma femme. ... Ce n'est pas ma maîtresse, je n'en ai pas ... (rires). Ça peut être ma belle-fille ... (rires).
A : Qu'est-ce qu'elle est en train de faire ?
Mr S. : (Le patient répète la question) Alors là (rires) ... je ne sais pas qu'est-ce qu'elle est en train de faire en ce moment ... (rires) ... C'est une drôle de question ça. Peut être le ménage ... je ne sais pas.
A : Qu'est-ce qu'elle est en train de penser ?
Mr S. : Elle a pensé, peut être Je ne sais pas ... peut être à moi, je n'en sais rien ... (rires).
A : Elle pense à vous ?
Mr S. : Je ne sais pas... (rires). Je ne peux pas vous dire. Qu'est-ce que vous voulez que je dise là-dessus, je ne peux pas. Elle pense à moi ou à un autre. Je n'en sais rien.
A : Pourquoi à un autre ?
Mr S. : (rires) Je ne sais pas, je ne sais pas (silence).
A : Comment se sent-elle ?
Mr S. : Je ne sais pas (silence).
A : Qu'est-ce qu'elle va faire ?
Mr S. : Ah ... (rires) ... ça, c'est une autre histoire. Le mardi, je sais qu'elle faisait des courses. Aujourd'hui, Je ne sais pas, je ne sais pas qu'est-ce qu'elle va faire.
A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés).
Mr S. : Les doigts, la main, le vêtement, le visage.

Entretien à propos du deuxième dessin :

- A : C'est qui ?
Mr S. : On peut dire que c'est moi (rires).
A : Qu'est-ce qu'il est en train de faire ?
Mr S. : (Le patient répète la question) Ah ... il peut faire beaucoup de choses. Pour l'instant, je suis avec vous... (rires). Peut être dans le jardin, j'ai mes poules, mes lapins. Ça peut être, je peux avoir un rendez-vous avec un copain pour boire un café
A : Qu'est-ce qu'il est en train de penser ?

Mr S. : S'il est avec ses animaux, il est en train de soigner des lapins et des poules. Il pense au chien. S'il est chez un copain, en train de boire un coup, un café avec les copains. Il discute de choses et d'autres.

A : Comment se sent-il ?

Mr S. : Ah il faut lui demander.

A : Pardon ?

Mr S. : (rires) ... il faut lui demander. Comment il se sent ?, je ne sais pas.

A : Je suis en train de demander, comment il se sent ?

Mr S. : Moi, en ce moment, pour moi, je me sens bien.

A : Et lui (sur le dessin) ?

Mr S. : Pour lui, je n'en sais rien ... (rires). En principe, s'il est en train de faire tout ce que je vous ai dit. Il se sent bien.

A : Que regarde-t-il ?

Mr S. : Peut être, il est en train de regarder son jardin, les pommes de terre poussent. Peut être, il est en train de regarder les voitures qui passent. On peut tout imaginer.

A : Qu'est-ce qu'on va faire après ?

Mr S. : Ah quand tout est fini, on mange. C'est le déjeuner ... (rires).

A : Est-ce qu'il regarde à côté ?

Mr S. : Oui.

A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)

Mr S. : C'est les yeux, le vêtement, les boutons, la main, le nez, la bouche, le menton, sa veste.

Les observations de (1) à (11) constatées sur le premier dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente sa femme.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) Les yeux sont vides : yeux sans pupilles. Seul le globe de l'œil est dessiné.
- (4) La tête est grosse.
- (5) La taille du personnage est grande.
- (6) Distorsion des bras, des mains, des doigts.
- (7) Les doigts des mains sont pointus.
- (8) Le corps est mis en valeur par des hachures.
- (9) L'axe médian du corps est renforcé par une rangée de boutons.
- (10) Le trait de dessin est double et discontinu.
- (11) L'entretien est souvent marqué par des silences et des rires.

Les observations de (1) à (13) constatées sur le deuxième dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente le patient-même.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) La présentation du personnage est de profil
- (4) Les yeux vides : yeux sans pupilles. Seul le globe de l'œil est dessiné.
- (5) Distorsion des bras, des mains, des doigts.
- (6) Les doigts des mains sont pointus.
- (7) La tête est grosse.
- (8) La taille du personnage est grande.
- (9) Le corps est mis en valeur par des hachures.
- (10) La limite inférieure de la feuille est utilisée comme base.
- (11) L'entretien est souvent marqué par des rires.
- (12) L'axe médian du corps est renforcé par une rangée de boutons.
- (13) Le trait de dessin est double et discontinu.





Mr. T

« Je veux mourir, je pensais à partir au fin fond de la mort ».

L'entretien de Mr T.

J'ai rencontré Mr T. 2 fois. Il s'agit d'un patient de bon contact, au regard fuyant, parfois absent. Son discours est quelquefois incohérent, parfois inadapté, ses réponses sont courtes. Son attitude est négligée.

Le passage à l'acte

Mr. T était chez son copain « il y a mon copain à côté de moi, il ne dit rien. Je le connais à peine, il y a 2 mois». Le patient a fait une tentative de suicide médicamenteux associée à une prise d'alcool. « J'ai bu de la bière, j'en avais marre de la vie ». C'était plus une volonté « Je veux mourir, je pensais à partir au fin fond de la mort ».

Mr T a fait 3 tentatives de suicide.

- 1^{ère} tentative : Quand il avait 16 ans, il était chez ses parents à l'époque. « je travaillais trop, j'en avais marre de la vie ». les idées suicidaires sont apparues, et une semaine après il est passé à l'acte. Mr T. avait pris les médicaments de son père. Il a été hospitalisé 3 semaines.
- 2^{ème} tentative : I : avait l'âge de 18 ans : Il dit qu'il n'y avait rien de particulier si ce n'était qu'il en avait marre. Mr T. a pris alors du tercian qu'il lui avait été prescrit car il était très nerveux, dit-il.
- 3^{ème} tentative : Dernièrement, Il était chez un copain. Mr T. a pris le traitement du copain (valium 10 + tercian 25) avec de la bière. C'était plus une volonté « J'en avais marre de la vie, je pensais à partir au fin fond de la mort ».

Biographie

Mr T est un homme de 23 ans, célibataire et sans enfant. Il est sans domicile fixe. Sa mère s'est remariée. Elle a 2 filles de son deuxième mariage. Mr T. n'a jamais connu son père. Son beau-père est décédé il y a 5 ans d'une embolie pulmonaire. C'était un grand consommateur de cannabis.

Le patient ignore où vivent ses sœurs cadettes et sa mère, qu'il n'a pas vues depuis 4 ans. Il a quitté le domicile familial à cette époque pour un parcours d'errance. Il parle d'une extrême violence intrafamiliale dans son enfance difficile. Son beau-père le battait, mais le patient supportait de travailler avec lui.

A partir de 9 ans, il a dû aider son beau-père à la boulangerie, et ce jusqu'à l'âge de 17 ans.

Le patient a obtenu un CAP en boulangerie en 2004. (C'est un métier qui lui plaisait, dit-il). Il a eu une petite amie pendant 3 ans. Celle-ci est décédée à la suite d'un accident sur la voie publique quand lui avait 19 ans. Six mois plus tard, Mr T s'est mis à boire : c'était le début de son alcoolisme. La même année, sa mère l'a mis à la porte à cause de la drogue.

Il a consommé les drogues suivantes : le cannabis à 14 ans, la cocaïne à 16 ans, l'héroïne à 20 ans. Quelquefois, il en a revendu.

Le patient vit au foyer Sylvain Drault depuis janvier 2009. Avant, il avait vécu d'abord chez ses parents, ensuite dans la rue durant 4 ans (surtout en Bourgogne) et enfin à la communauté d'Emmaüs au Blanc

En janvier 2009, il s'est blessé et il a dû être hospitalisé : « j'ai mis un coup de bois dans une vitre, et le verre m'a coupé la veine. Ce n'est pas un coup de suicide, c'était un coup d'énervement. Au lieu de taper sur quelqu'un, je préfère taper dans une vitre ».

Mr T. a eu une enfance difficile marquée par la dureté de son beau-père et de nombreux déplacements en raison du travail professionnel de son beau-père. Le patient est né à Autun (0-5 ans). Ensuite, il a habité à Roalle jusqu'à l'âge de 8 ans. Entre 8 à 13 ans, il a déménagé pour habiter à Charente sur Saône. Ensuite de 13 – 17 ans, il a habité à Redon en Bretagne.

En évoquant son enfance : le fait de ne pas avoir connu son père, mais a été reconnu par son beau-père, ne connaît pas les raisons du départ de son père biologique « quand j'en parlais à ma mère elle pleurait et puis mon beau-père a toujours dit que j'étais un accident », très jeune son beau-père lui demande de travailler dans sa boulangerie. A 5 ans, il se levait à 5 heures du matin « ma mère, elle disait rien sinon mon beau-père lui mettait une baffe ça fonctionnait comme ça à la maison », ne décrit pas de moments de joie, d'insouciance durant son enfance, mais une enfance douloureuse, difficile, il remarquera une différence dans l'éducation

que le beau-père avait pour ses propres filles et celle qui lui était réservée « elles étaient privilégiées par rapport à moi, ... en même temps j'étais pas son vrai fils ».

Il commencera à consommer du cannabis de façon festive après en avoir trouvé chez lui « j'ai compris que mon beau-père en fumait beaucoup il y avait toujours une tablette sur la table de la maison quand j'étais petit je croyais que c'était du chocolat, à 11 ans j'ai compris ». Puis le festif deviendra quotidien, « grâce au cannabis j'oubliais les soucis à la maison, et en même temps j'ai commencé à me renfermer sur moi même déjà qu'il n'y avait que très peu de communication à la maison là pour le coup, il n'y avait plus rien ».

A l'âge de 16 ans, j'ai rencontré une jeune fille qui lui apporte beaucoup de moments de joie partagée « C'était génial. Cette période était sublime, je consommais le cannabis juste pour assumer la pénibilité du travail ». La mort tragique 2 ans plus tard de cette jeune fille est encore très douloureuse pour Mr T. « je n'ai plus jamais eu d'autre histoire sérieuse depuis. Elle était tout ».

A 19 ans sa mère le met à la porte à cause de sa consommation de cannabis (il n'a toujours pas de contact avec sa mère depuis). Il se retrouve SDF à la rue et tombe dans la consommation d'alcool « C'était plus facile à avoir que du cannabis ». Il tentera de chercher du travail mais son statut de SDF le disqualifiera à chaque fois.

Il perdra son beau-père il y a 4 ans et malgré les relations difficiles qu'ils entretenaient cette perte reste douloureuse.

A ce jour, Mr T. garde une vision très pessimiste de son avenir. Il a une angoisse qui persiste quant à son avenir. Il a peur de retomber dans la rue, de ne pas trouver d'emploi, de perdre la fonctionnalité de sa main droite accidentée par la vitre « si j'avais l'assurance de trouver un foyer et un job, je serai tellement soulagé ».

Le test du dessin du personnage

Mr T. après un premier refus « Je ne sais pas dessiner », « Ce n'est pas facile », accepte de passer le test du dessin du personnage.

- Le premier dessin est une femme en référence à sa mère.
- Le deuxième dessin est un homme en référence à lui-même.

Entretien à propos du premier dessin :

A : Quel âge a-t-elle ?

Mr T. : Je ne sais pas je dirais 45 ans.

A : Qu'est-ce qu'elle est en train de faire ?

Mr T. : Elle regarde ses enfants.

A : Qu'est-ce qu'elle est en train de penser ?

Mr T. : Elle est contente.
A : Pourquoi ?
Mr T. : Parce que ses enfants ont des bonnes notes.
A : Comment elle se sent ?
Mr T. : Elle se sent bien dans sa peau.
A : Qu'est-ce qu'elle va faire après ?
Mr T. : Après, elle doit retourner dans sa maison pour faire la cuisine.
A : C'est qui ?
Mr T. : C'est ma mère.
A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)
Mr T. : Les cheveux ... (rire..), le visage, le nez, les yeux, la bouche, les seins, les mains, une jupe.

Entretien à propos du deuxième dessin :

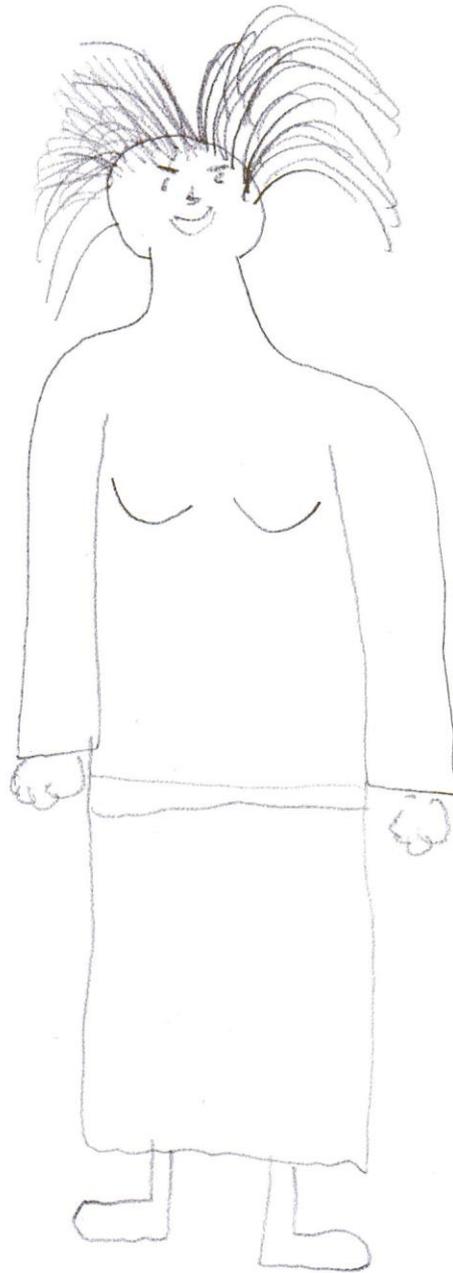
A : C'est qui ?
Mr T. : C'est moi.
A : Qu'est-ce qu'il est en train de faire cet homme ?
Mr T. : Je regarde d'une plage.
A : Pourquoi la plage ?
Mr T. : Parce que c'est la mer, j'aime bien.
A : Vous étiez à la mer de temps en temps ?
Mr T. : Oui.
A : Qu'est-ce qu'il est en train de penser ?
Mr T. : Que c'est beau. La mer.
A : Comment se sent-il ?
Mr T. : Il se sent bien dans sa peau , parce qu'il y a de l'air pur, et puis ça fait du bien.
A : Qu'est-ce qu'il va faire après de regarder de la mer ?
Mr T. : Il va rentrer chez lui à Redon, en Bretagne.
A : Y a-t-il quelqu'un là-bas ?
Mr T. : Il y a ses parents.
A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)
Mr T. : C'est les pieds, les jambes, entre les deux jambes, les mains, les cheveux, les sourcils, les yeux, le nez, la bouche. Les oreilles.
A : Qu'est-ce que c'est ?
Mr T. : c'est le cou, mais il est gros. (rises ...)

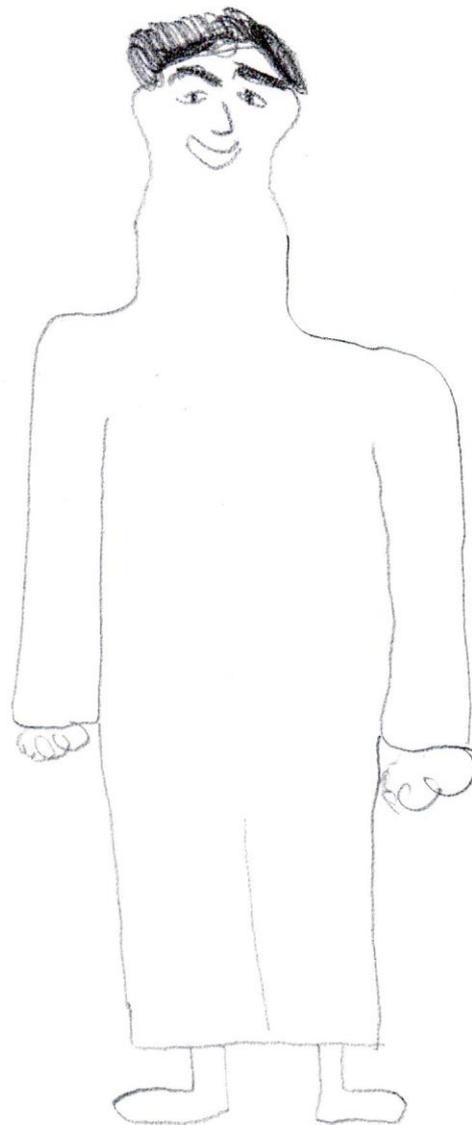
Les observations de (1) à (7) constatées sur le premier dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente sa mère.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) Le dessin est très simple et ne comporte pas de détails.
- (4) Le corps est statique.
- (5) Les bras sont figés.
- (6) Les mains et les doigts fondus ensemble forment une sorte de grande fleur.
- (7) Les cheveux sont mis en valeur par des traits forts.

Les observations de (1) à (8) constatées sur le deuxième dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente le patient-même.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) Le dessin est très simple et ne comporte pas de détails de vêtements.
- (4) Distorsion des membres, des parties du corps comme le cou et les bras.
- (5) Le corps est statique.
- (6) Les bras sont figés.
- (7) Les mains et les doigts fondus ensemble forment une sorte de grande fleur.
- (8) Le visage est mis en valeur par des traits renforcés : les cheveux, les sourcils, les yeux.





Mr Y.

« Je n'étais pas bien. Je n'ai pas pensé aux autres, je ne pensais qu'à moi. Je voulais mettre fin à cette souffrance ... ».

L'entretien de Mr Y.

J'ai rencontré Mr Y. , âgé de 20 ans, trois fois (une fois avec son père, deux fois seul avec le patient). Je rencontre Mr Y. seul dans le 1^{er} entretien et le 3^{ème} entretien. Dans notre entretien, Mr Y. parle la voix basse, prend de la distance, est angoissé. Néanmoins le contact est de bonne qualité même si on trouve toujours une grande inhibition. Le patient répète souvent : « je ne sais pas ... , je ne sais rien ... »

L'entretien avec son père est assez difficile : autoritaire, rigide, borné, hermétique à tout, s'arrogeant le droit de tout gérer. Il se donne le droit d'interrompre son fils fréquemment. Il a interdit à son fils de voir sa mère actuellement.

Le passage à l'acte

Mr Y. est amené aux urgences par son père pour une tentative de suicide poly-médicamenteuse importante. Il est passé un week-end chez sa grand mère où il s'est fait un stock de médicaments. En rentrant chez son père chez qui il vit depuis 2 mois. Il aurait pris plusieurs poignées de comprimés. Son père a été alerté par des vomissements de Mr Y. qui a avoué son passage à l'acte.

Il explique qu'il en avait marre par rapport à tout, il voulait réellement en finir, au cours des années, accumulé beaucoup de choses et n'en pouvait plus. « Je n'étais pas bien. Je n'ai pas pensé aux autres, je ne pensais qu'à moi. Je voulais mettre fin à cette souffrance ».

Mr Y a fait deux tentatives de suicide.

- 1^{ère} tentative : il était chez ses grands parents à l'époque. « J'en avais marre de la vie ». Mr. Y a fait une tentative de suicide poly-médicamenteuse grave nécessitant une intubation en mars 2008.
- 2^{ème} tentative : en novembre 2008, il a fait une nouvelle tentative de suicide poly-médicamenteuse. Il a passé tout le week-end chez sa grande mère où il s'est fait un stock de médicaments. De retour chez son père, Mr Y. est passé à l'acte.

Biographie

Mr Y est un homme de 20 ans. Il est célibataire et il est titulaire d'un CAP de restauration. Ses parents ont divorcé alors qu'il avait 10 ans. Son père, routier par intérim, s'est remarié. Sa mère, qui travaille comme femme de ménage, a très rapidement trouvé un nouveau partenaire après son divorce.

La grand-mère maternelle est dépressive depuis longtemps et elle est sous antidépresseurs. Mr Y est l'aîné d'une fratrie de 4 garçons : 1 frère de 16 ans qui vit chez sa mère, 1 frère de 13 ans qui vit chez son père et un demi-frère de 2 ans qui vit chez sa mère.

Mr. Y., jeune patient de 20 ans, présente une anxiété sociale. Il a une personnalité introvertie avec des traits sensitifs. Mr Y. a fait une tentative de suicide médicamenteuse en mars 2008. Il avait absorbé le traitement psychotrope de sa grand-mère chez laquelle il vit. Et pour la dernière, en novembre 2008, Mr Y. a refait encore une tentative de suicide médicamenteuse.

Mr Y est l'aîné de 3 frères, son père est routier. Il décrira sa mère comme tendre, garde comme seul souvenir de son enfance un traumatisme à l'école où dans la cour de l'école « sa » différence (il comprendra plus tard que cette différence est issue de son homosexualité) était mise à mal par ses camarades de classe : « j'ai toujours été isolé, rejeté ».

A l'âge de 10 ans, il surprendra sa mère embrassant un autre homme que son père. En fait, sa mère avait une relation extra conjugale (il a vu sa mère embrasser un autre homme que son père), elle a divorcé rapidement pour vivre avec cet homme. Au début, la garde de l'enfant était alors de 3 semaines chez sa mère et 1 semaine chez le père, mais devant les propos dévalorisant et très peu affectueux de son « beau-père ». Mr Y. demandera rapidement à vivre avec son père.

Sa mère fait des ménages. Elle s'est séparée du beau-père en septembre 2008. Elle vit actuellement avec un nouvel ami que Mr Y. décrit comme gentil. Mais depuis le déménagement de la mère, il n'a plus de contact avec elle.

Mr Y. décrit une enfance plutôt solitaire. Il garde comme souvenir de son enfance, des moqueries à l'école, il était toujours en compagnie des filles. Mr Y. disait : « Je me suis senti isolé et rejeté ». Mr Y. est rapidement en échec scolaire, il redouble le CM2, il avait des difficultés de compréhension selon lui. Il a aussi échoué au lycée. C'est à cette période qu'il a découvert son homosexualité.

Puis, il a ensuite vécu chez ses grands-parents durant 2 ans pour se rapprocher d'un lycée professionnel « j'étais toujours dans l'isolement et j'avais une forme de rejet de la part de ses camarades ». Il a obtenu le diplôme de BEP de restauration, et a effectué quelques extras en tant que serveur. Mais l'angoisse d'intégrer la vie active et de ne pas être à la hauteur génère un mal être grandissant chez Mr Y. « J'ai toujours besoin de savoir ce que pensent les autres sur moi de peur qu'ils ne me disent du mal ».

Mr Y. a du mal à parler précisément de ses difficultés. Il dira qu'il est très sensible au regard des autres, il craint la critique et le jugement. Il est en demande de s'affirmer. Il dira qu'avec certaines personnes, il n'arrive pas à dire « Non » et il a le sentiment qu'on se sert de lui.

Sur le plan professionnel, il envisage de reprendre de nouvelles études dans le soin aux personnes âgées.

Il dit assumer son homosexualité depuis quelques années, ses parents ont accueilli la nouvelle sans grande difficulté « dans tous les cas s'ils n'avaient pas accepté mon homosexualité je me serai tué », « je ne supporterai pas de ne pas répondre aux attentes de mes parents ». Ses grands parents ont été les premiers à connaître son homosexualité et l'ont bien accepté, sa mère aussi, son père beaucoup moins.

Le test du dessin du personnage

Mr Y. n'accepte pas bien de passer le test du dessin du personnage.

- Le premier dessin représente un homme imaginaire.
- Le deuxième dessin représente une femme dont la référence est une amie imaginaire.

Entretien à propos du premier dessin :

A : Quel âge a-t-il ce monsieur dans le dessin ?
Mr Y. : Il a 28 ans.
A : Qu'est-ce qu'il fait ?
Mr Y. : Il est maçon (silence), il est célibataire.
A : ;, C'est qui ? Vous le connaissez ?
Mr Y. : Non, je ne sais pas (silence).
A : Quand vous dessinez, vous avez pensé à qui ?
Mr Y. : J'ai pensé dans mon imagination Je ne pense à personne (silence).
A : Qu'est-ce qu'il pense ?
Mr Y. : je ne sais pas à s'amuser à faire la fête (silence).
A : Avec qui ?
Mr Y. : Ses amis (silence).
A : Où ?
Mr Y. : en boîte (silence).
A : Comment se sent-il ?
Mr Y. : Il se sent très bien.
A : Par rapport à quoi ?
Mr Y. : Par rapport à sa vie. Il a tout pour être heureux.
A : Connaissez-vous quelqu'un qui est comme lui ?
Mr Y. : Non (silence) ah ... si ... mon père.

A : Vous parlez de votre père ?
 Mr Y. : Il a tout ce qu'il faut (silence). Il vit sans se marier, avec une nouvelle femme, il a un travail qui lui plait.
 A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)
 Mr Y. : Ce sont ses chaussures, le basket, la chemise. Il met ses mains dans la poche.
 A : Qu'est-ce qu'il a dans la poche ?
 Mr Y. : C'est les clés de la voiture, de la maison.
 A : Qu'est-ce qu'il est en train de regarder ?
 Mr Y. : Dans le vide (silence).
 A : Qu'est-ce qu'il trouve dans le vide ?
 Mr Y. : Il est en train de penser à son avenir (silence).
 A : Qu'est-ce qu'il attend ?
 Mr Y. : de trouver l'âme sœur, sa future femme.

Entretien à propos du deuxième dessin :

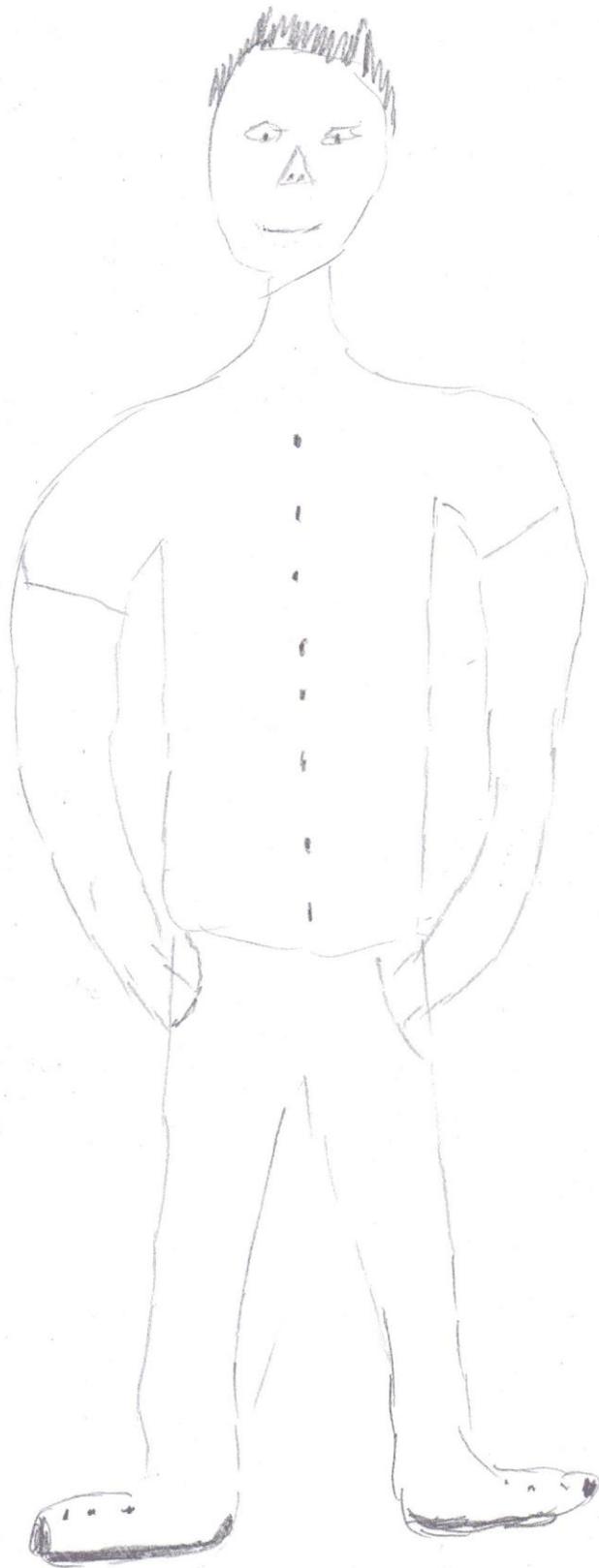
A : Quel âge a-t-elle ?
 Mr Y. : Elle a 23 ans.
 A : Que fait-elle ?
 Mr Y. : Elle fait des études d'infirmière.
 A : Où ?
 Mr Y. : Au CHU de Poitiers.
 A : Comment s'appelle-t-elle ?
 Mr Y. : (silence) Astride.
 A : Vous la connaissez depuis combien de temps ?
 Mr Y. : 3 à 4 ans.
 A : Comment se sent-elle ?
 Mr Y. : Ça peut aller
 A : Ça veut dire qu'elle a eu des difficultés ?
 Mr Y. : Elle s'est séparée de son copain.
 A : Pourquoi avez-vous choisi de la dessiner ?
 Mr Y. : C'est imaginaire (long silence).
 A : Qu'est-ce qu'elle est en train de regarder ?
 Mr Y. : Elle regarde les vitrines des magasins.
 A : Qu'est-ce qu'il y a dans les vitrines ?
 Mr Y. : Des vêtements.
 A : Qu'est-ce qu'elle est en train de faire ?
 Mr Y. : Immobile, elle regarde les vêtements à travers la vitrine.
 A : Qu'est-ce que c'est ? (en lui montrant des détails du dessin qui sont représentés)
 Mr Y. : Ce sont ses chaussures, des bottes, le vêtement, le visage. Elle met les mains dans les poches.
 A : Qu'est-ce qu'il y a dans les poches ?
 Mr Y. : Il n'y a rien (silence).

Les observations de (1) à (10) constatées sur le premier dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente un homme imaginaire qui correspond à son père.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) Le dessin comporte peu de détails de vêtements.
- (4) La taille du personnage est grande.
- (5) Les bras sont longs.
- (6) Les mains se cachent dans les poches.
- (7) L'axe médian du corps est renforcé par une rangée de boutons tout au long du corps.
- (8) Les chaussures mis en valeur par un trait renforcé.
- (9) L'entretien est souvent marqué par des silences.
- (10) le trait du dessin est discontinu et fin.

Les observations de (1) à (6) constatées sur le deuxième dessin sont les suivantes :

- (1) Le dessin représente une amie imaginaire.
- (2) Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est centré sur la feuille.
- (3) Les mains sont dans les poches.
- (4) la bouche, la poitrine et les chaussures sont mises en valeur par des traits renforcés.
- (5) L'entretien est souvent marqué par des silences.
- (6) le trait du dessin est discontinu et fin.





DISCUSSION

LES INDICES DU PERSONNAGE CHEZ LE SUJET SUICIDAIRE

Parmi les données remarquables des cas cliniques étudiés auparavant, nous observons donc :

- Un équilibre dans la parité des cas : 4 femmes, 4 hommes.
- La tranche d'âge des sujets suicidaires de 20 à 63 ans.
- Tous les sujets ont fait une tentative de suicide au moins une fois.
- La situation professionnelle souvent précaire avec une grande fréquence du chômage et des professions manuelles dans la plupart des cas.
- Des situations maritales marquées par une séparation suivie d'une grande solitude.
- Des antécédents psychiatriques dans 40% des cas dont une forte proportion de sujets ayant une dépendance à l'alcool, et des récives de tentative de suicide entraînant fréquemment des hospitalisations en psychiatrie et des suivis.
- Le lieu familial du geste du suicidant est le plus souvent son domicile.
- Un évènement déclenchant est rapporté dans 7 cas sur 8, dont 3 cas sur 8 correspondaient à des ruptures conjugales.

En faisant une lecture détaillée des dessins de cas cliniques étudiés auparavant, nous observons donc que de tels dessins peuvent par exemple représenter un personnage, parfois de taille réduite dont le tracé peut être flou avec un manque de détails évidents ou bien un trait renforcé sur une partie du corps, certaines parties parfois ombrées ou hachurées. Parfois le dessin peut remplir toute la feuille ou au contraire être rejeté dans un coin, marquant une inhibition. Une personne liée à un environnement triste peut représenter un personnage micro céphalique, sombre, et dont certaines parties du corps sont hachurées.

Par exemple :

- Mme B a renforcé le trait de crayon au niveau des poignets.
- Mme F n'a pas représenté les extrémités des membres et dessine peu de détails. On trouve des omissions au niveau des mains et des pieds. Le dessin est enfantin.
- Mme M a renforcé le trait de crayon au niveau de la bouche et la figure est peu détaillée. Le dessin est enfantin.
- Mme P a isolé ses personnages de taille très réduite dans le haut du coin gauche de la feuille.
- Mr D représente un personnage enfantin : ce dessin représente le patient quand il avait 6 ans avec la marque de la tristesse en rapport

avec l'histoire de son passé. La tête du personnage est grossie. L'expression d'un personnage menaçant, méchant ou repoussant sous-entend une extériorisation de haine et d'agressivité.

- Mr S a marqué des hachures sur tout le corps de ses personnages et la taille du personnage est grande.
- Mr T a noirci la partie supérieure de la tête. Le corps du personnage est représenté comme un bloc et sans détails. Il y a une distorsion des membres, des parties du corps comme le cou.
- Mr Y a marqué la base des pieds de ses personnages. La taille du personnage est grande. Le dessin représente un homme imaginaire qui correspond à son père. Les mains se cachent dans les poches.

Parmi les données remarquables des cas cliniques étudiés précédemment, nous recherchons les points communs des indices qui apparaissent souvent.

- Dans la plupart des cas, un des deux dessins représente le sujet lui-même ou un membre proche de son entourage.
- Concernant la mise en page : Le dessin du personnage est souvent centré dans la feuille. Cependant on trouve qu'il y a trois cas sur huit où le dessin du personnage se situe en haut et à gauche de la feuille.
- En majorité les dessins sont représentés simplement.
- Les mains et les doigts sont : soit fondus ensemble formant une sorte de grande fleur, soit les doigts au niveau des pieds et des mains sont pointus comme des aiguilles.
- On observe des distorsions et des omissions des parties du corps comme les éléments du visage, les mains, les pieds.
- Les yeux sont souvent vides : yeux sans pupilles. Seul le globe de l'œil est dessiné.
- Dans plusieurs dessins, l'axe médian du corps est renforcé par une rangée de boutons.
- La mise en valeur d'une partie du corps est marquée par des hachures ou un trait renforcé.
- Le trait de dessin est fin, double et discontinu.
- L'entretien est souvent marqué par des silences.

A propos du dessin du personnage Machover apporte les significations suivantes :

1. Les hachures ou le trait renforcé signifient que les sujets sont préoccupés par une obsession, un conflit ou une anxiété.
2. L'axe médian du corps étant révélé par une rangée de boutons tout au long du corps exprime un sentiment de dépendance.
3. Une longueur importante du cou se réfère à un manque de contrôle sur les impulsions du sujet.

4. L'expression du visage du personnage est un reflet des émotions actuelles du sujet.
5. Une augmentation ou une diminution d'une partie du corps par exemple une grosse tête, des extrémités de membres absentes exprime une préoccupation voire une frustration. Par exemple la représentation d'une grande oreille est liée à une préoccupation d'audience.
6. Les parties du corps non représentées prouvent que les fonctions de ces parties sont mal acceptées par le sujet.
7. La taille du personnage petite ou grande exprime l'amplitude d'une évaluation de soi, du sujet sur lui-même.
8. Le trait du dessin du personnage exprime une impulsion latente du sujet par exemple chez la personne dépressive le trait est fin, chez la personne agressive le trait est épais.

Les indices trouvés chez les patients souffrant de dépression, ont les propriétés suivantes.

1. La taille du personnage est petite.
2. Le trait du dessin est soit fin, soit renforcé.
3. Les lignes tracées sont doubles, discontinues ou courbes.
4. Des hachures ou des ombres apparaissent dans certaines parties du dessin.
5. Le dessin n'a pas ou peu de détails.
6. Le personnage est représenté comme un bloc, et manque d'énergie.
7. Le dessin est situé vers la gauche.
8. Le visage du personnage exprime une insatisfaction.
9. Les cheveux sont en désordre.
10. Les yeux vides prouvent un contact difficile avec le monde extérieur.
11. L'omission des bras et des mains révèle une inadaptation, une inadéquation.
12. Les distorsions d'une partie du personnage reflètent une inquiétude ou un conflit intériorisé dans cette partie du corps.
13. Les jambes et les pieds ne sont pas représentés.
14. La bouche est représentée par un seul trait.
15. Le dessin est enfantin.

En référence aux identifications de l'enfant à travers son dessin, Ada Abraham apporte dans son travail les indices suivants concernant l'agressivité :

1. Bouche agressive : la bouche est dessinée par un trait droit horizontal, les dents sont visibles, la langue est tirée.

2. Doigts agressifs : Les doigts sont pointus comme des aiguilles, les ongles sont mis en valeur. Les mains et les doigts sont fondus ensemble et forment une sorte de grande fleur.
3. Pieds agressifs : les pieds sont particulièrement grands et sont pointus, les doigts de pieds sont dessinés. Les pieds sont démesurément grands ou extrêmement petits.
4. Extériorisation de la haine et de l'agressivité : l'expression d'un personnage menaçant, méchant ou repoussant.

Ces critères concernant l'agressivité apparaissent chez les sujets suicidaires étudiés auparavant :

- Dans le dessin de Mme B, les doigts sont pointus comme des aiguilles.
- Dans le dessin de Mme F, les doigts sont pointus.
- Dans le dessin de Mme P, les mains et les doigts sont fondus ensemble et forment une sorte de grande fleur.
- Dans le dessin de Mr D, l'extériorisation de la haine et de l'agressivité apparaît dans la représentation d'un personnage menaçant.
- Dans le dessin de Mr S, Les doigts sont pointus comme des aiguilles.
- Dans le dessin de Mr T, Les mains et les doigts sont fondus ensemble et forment une sorte de grande fleur.

LE SEXE DU PERSONNAGE

Dans ma recherche, un sujet suicidaire sur deux a choisi de représenter en premier un personnage qui correspond à son propre sexe dans le test du dessin. Dans ce cas, le processus de projection est mis en évidence.

Le sujet suicidaire peut donner les différenciations sexuelles qui apparaissent clairement. Le personnage de sexe féminin a les cheveux bien plus longs que ceux du sexe masculin. Le personnage féminin se distingue par une poitrine. De nettes différences sont remarquées sur les habits des deux personnages masculin et féminin. La féminité peut être suggérée par des détails tels que : des cils ou bien des lèvres plus charnues.

Le choix de représenter en premier un personnage du sexe opposé au sujet est souvent associé à une proche personne importante dans sa vie. Le signe d'un grand attachement, d'une anxiété, d'une inquiétude, provoque de la culpabilité. Tel fut le cas de :

- Mme B qui dessine un homme en référence à son fils qui a des problèmes de drogue.
- Mr D qui dessine une femme en référence à sa copine décédée en 2006.

- Mr S qui dessine sa femme. Ils ont une problématique de couple.
- Mr S qui dessine une femme en référence à sa mère. Celle-ci lui manque beaucoup.

L'EMPLACEMENT DU DESSIN SUR LA PAGE

- **L'espace graphique**

L'utilisation de l'espace graphique de la page est en étroite relation avec la position que l'individu pense occuper dans le monde. Comme si la feuille du papier qui lui est présentée, symbolisait pour lui « l'espace de vie » (life space, d'après K. Lewin) dans lequel il se situe.

On peut considérer l'emplacement du dessin comme un aspect structural de base du dessin, riche en significations de l'image du corps. L'emplacement est étroitement lié à la hauteur du personnage dessiné, à sa position, à son expansion dans le cadre graphique.

Pourtant, on peut bien isoler la dimension de l'emplacement pour étudier ses caractéristiques propres.

Lorsqu'on regarde un dessin, la place du personnage nous renvoie directement à l'atmosphère dans laquelle le sujet a construit sa position existentielle dans le monde.

Cette position est en étroite relation avec les désirs, les conflits, les anxiétés qui marquent les processus de réalisation de soi. Ceux-ci sont gravés dans l'image du corps.

La mise en page du dessin n'est pas en relation avec l'organisation de l'espace « d'en dehors », de l'environnement réel, objectif, dans lequel on vit. Par l'intermédiaire de l'image du corps, le dedans et le dehors s'unissent dans un mouvement qui détermine « l'espace vécu » de chacun.

C'est le corps vécu (*locus nascendi*) où jaillit la spontanéité libérée. Cette notion spatiale n'est pas géométrique mais psychologique, subjective : l'espace dans lequel peut s'épanouir le moi, ses activités, ses projets de vie.

La construction de l'espace est due à des synthèses, à des mouvements qui intègrent des sensations kinesthésiques, visuelles, proprioceptives, tactiles, auditives. Toutes ces sensations sont tributaires des relations affectives du moi envers les autres, des autres envers le moi. C'est une organisation spatiale unitaire du moi dans le monde. Dans la dépersonnalisation, c'est, ensemble avec d'autres indices, la sensation de flottement dans l'air qui domine. L'espace n'est plus, dans ce cas, sous l'emprise d'un moi qui peut l'organiser et construire ; au contraire, il envahit le corps lui-même.

- **L'emplacement vertical**

D'après Machover, l'utilisation de l'axe vertical exprime la position de l'individu par rapport à la dimension optimisme-dépression. Buck voit aussi dans l'emplacement de la partie supérieure de la feuille un témoignage d'optimisme, des aspirations amitieuses, des satisfactions qu'on tire plutôt de l'imagination que de la réalité. Dans l'observation des dessins de Mme F, Mme P et Mr D, on constate un déplacement vers le haut des personnages.

Du point de vue du dynamisme de la personnalité, on peut interpréter cette tendance comme l'intensification de l'imagination et de l'assurance d'un soi capable de fixer des niveaux d'aspiration plus élevés.

Au contraire, un dessin placé dans le bas de la page sera interprété comme une tendance vers le concret ou comme un manque d'assurance qui peut aller jusqu'à la dépression. Il nous semble que l'axe vertical est étroitement lié au sentiment du poids du corps. Dans l'observation des dessins de Mr S, on constate un déplacement vers le bas des personnages.

Dans une humeur d'optimisme, de rêverie, d'aspiration, le corps s'élève comme dégagé de son poids réel. Au contraire, dans une humeur dépressive, le corps devient « lourd de son poids », proie à un mouvement de chute en bas. L'image symbolique de « en haut » et « en bas » dans les traditions et dans les religions est liée à la survie et à la mort.

- **L'emplacement horizontal**

L'emplacement horizontal témoigne de la relation de la personnalité vers soi-même et vers les autres : elle est davantage sous l'emprise de l'éducation et de l'évolution de l'individu. Machover interprète le choix de la partie droite de la feuille comme témoignage d'une personnalité tournée vers les autres, tandis que l'usage de la partie gauche indique une personnalité tournée vers elle-même. Buck introduit la dimension temporelle : la partie droite est orientée vers l'avenir, la partie gauche indique l'impulsivité et la satisfaction émotionnelle. C'est ainsi que la référence temporelle s'installe dans la dimension spatiale car c'est la vie elle-même, les projets, les dessins du sujet suicidaire qui s'étendent dans un espace organisé ainsi par la virtualité de l'être. Recherche et collecte des données : nous constatons qu'il existe trois cas où les dessins sont déplacés vers la partie gauche, ceux de Mme F, Mme P et Mr D. Nous pouvons également constater dans le cas de Mr S, le personnage de profil regardant vers la gauche.

Un personnage bien centré dans la feuille correspond à une maturité. Cette interprétation s'accorde avec le symbolisme de la droite et de la gauche. La main droite est la main éduquée, socialisée. La main gauche est plus sous l'emprise de la spontanéité, du naturel de la personnalité. Mais peut-être pouvons-nous trouver des interprétations beaucoup plus significatives.

Rappelons-nous que le centre de la page n'est pas le centre géométrique mais il est légèrement déplacé vers la gauche comme on peut le constater souvent sur les dessins de Mme M et Mr Y. Cette tendance si générale découle peut-être d'une préférence profonde de l'être humain pour le côté gauche.

Plusieurs études établissent un lien entre l'emplacement du dessin à gauche et l'anxiété et appuient ainsi notre interprétation.

Handler et Reyher constatent dans leurs recherches que l'emplacement à gauche va de pair avec l'anxiété.

Johnson trouve que les étudiants qui sont bien notés dans leur étude, révèlent une anxiété, et préfèrent placer leur personnage dans la partie gauche en haut de la page.

Différentes perturbations psychologiques influencent directement le choix de représenter le personnage dans une extrémité de la page. Les personnes inhibées, ayant des difficultés sociales ont tendance à choisir le déplacement du personnage dans une extrémité de la page, ce qu'on peut constater dans le cas de Mme P.

LA TAILLE DES PERSONNAGES DESSINÉS ET SES VARIATIONS.

- **La signification de la taille des personnages dessinés.**

Sans doute, dans l'analyse du dessin, la taille du personnage ne peut pas être reliée uniquement à un trait donné de la personnalité. D'autre part la même taille des personnages peut recevoir des significations différentes chez le sujet-femme, et chez le sujet-homme. La taille du personnage dessiné détermine beaucoup la première impression qui engage le psychologue dans son observation.

Il semble que des facteurs divers influencent la taille du personnage. La taille moyenne de tous les personnages représentés est environ de 14,6 centimètres. Les différentes dimensions de la taille sont en rapport avec l'évaluation de soi, l'image corporelle, l'idéal du moi, le narcissisme du sujet.

- **Taille du personnage et évaluation de soi**

Machover et Buck ont été les premiers à avoir lié la taille du personnage à l'évaluation de soi. On trouve souvent chez les patients dépressifs atteints d'une évaluation de soi illusoire, une silhouette très petite. Cela apparaît particulièrement dans le cas de Mme P.

Selon Hammer, la taille du personnage dessiné recèle des implications quant à l'évaluation de soi de celui qui dessine ou à l'expansivité qui le caractérise ou encore à l'égard de « l'inflation du moi imaginaire ». Les petits dessins sont observés chez

des sujets qui éprouvent des sentiments d'inadaptation et qui ont tendance à l'introversion.

En revanche on trouve également des personnages très agrandis chez le sujet qui a une méfiance vis-à-vis de son entourage et une surestimation de soi. Cela apparaît dans deux cas : ceux de Mr S et Mr Y.

- **Taille du personnage et image du corps**

Si l'on se réfère au dessin d'une personne comme à un autoportrait, peut-on déceler une relation directe entre la taille du dessinateur et celle du personnage dessiné ?

Pour répondre à cette question, il faut délimiter rigoureusement les notions de l'image du corps et du corps réel. Sans doute, le dessin d'une personne est une projection de sa propre personnalité, qui n'est rien d'autre qu'un corps qui vit dans son milieu.

Pourtant, ce n'est pas le corps lui-même qui est projeté dans le dessin, mais l'image subjective parfois fantasmée qui se construit de lui. La taille du personnage n'est pas liée à la taille physique du sujet qui dessine mais à l'environnement dans lequel il « vit » cette taille.

- **Taille du personnage, idéal du moi et moi idéal**

En analysant les dessins du sujet suicidaire, nous avons trouvé que les hommes comme les femmes ont tendance à dessiner le personnage féminin plus grand que le personnage masculin. On observe ce fait dans tous les cas sauf celui de Mr S et Mr Y.

Chez les hommes, cette différence est minime, chez les femmes, elle est évidente. Il est remarquable que la taille de l'homme, en général, soit plus grande que celle de la femme. Cependant pourquoi, le sujet masculin ou féminin amplifie-t-il la taille du personnage féminin ?

Nous pouvons donc essayer de mieux comprendre ce phénomène en se référant au processus de formation du moi idéal et de l'idéal du moi.

Il est difficile de dégager des textes de Freud une différence entre les termes : surmoi, idéal du moi, moi idéal. Seule la nature structurale du surmoi est clairement affirmée.

Lagache établit des distinctions précises entre les instances : surmoi, idéal du moi et moi idéal. L'idéal du moi apparaît comme une fonction du surmoi. Il correspond à la façon dont le sujet doit se comporter pour répondre à l'attente de l'autorité du surmoi.

Le moi idéal est lié aux expériences d'affection et d'amour avec la mère qui agrandit ainsi le bien-être et le narcissisme corporel de tout être humain : homme ou femme. C'est par ce moi idéal « maternel » que l'enfant est délivré de l'angoisse de son impuissance et qu'il arrive à se sentir corporellement agrandi et libéré du sentiment de la faiblesse de son moi.

Ne serait-ce pas ce narcissisme (moi idéal) qui expliquerait la prédominance donnée à la taille du personnage féminin chez les deux sexes, spécialement chez la femme ?

Nous sommes d'accord pour attribuer ce phénomène au fait que les tendances narcissiques primaires et secondaires sont liées, chez chaque individu, quel que soit son sexe, à l'image maternelle et, à travers elle, au composant féminin de sa personnalité. Ce narcissisme est en général plus développé chez les femmes. Dans cette perspective, nous ne pouvons plus nous étonner de trouver ce narcissisme projeté sur le personnage féminin.

La taille des personnages masculin et féminin au cours des âges peut varier éclairées par le développement de l'idéal du moi.

La taille renforcée du personnage féminin pourrait être en relation avec l'influence exercée par l'autorité féminine sur l'enfant. L'idéal du moi durant l'enfance correspond à une soumission passive, un refoulement des pulsions, une restriction de l'activité, de l'initiative. Durant l'adolescence, la représentation du personnage masculin gagne relativement au niveau de la taille, dans les dessins des deux sexes à la fois.

LA SIGNIFICATION DU PROFIL

La communication humaine est essentiellement une communication de face à face. Il est naturel de trouver des dessins des personnages représentés de face. Or, la fréquence des dessins de profil est faible dans notre observation, nous trouvons un cas sur huit. C'est le cas de Mr S. l'image masculine serait du fait que le sujet projette sur lui ses propres tendances actives, notamment celles de manipulation du milieu. Mr S choisit le profil pour cacher son vrai soi. Dans la situation de l'examen, cette tendance est, sans doute, renforcée en raison de l'anxiété que cette situation déclenche.

Le profil est considéré comme le signe d'un besoin d'évasion ou d'une tendance à cacher les désirs ou les conflits propres du sujet.

Le fait qu'on trouve le dessin de face plus fréquemment dans les dessins des femmes, témoigne d'une ouverture au contact social caractérisant davantage leur sexe dans notre civilisation. Parfois le personnage dessiné de profil est une projection de l'idéal du moi du sujet. Le sujet s'identifie au niveau de l'idéal du moi, identification qui sert à la fois à renforcer le moi, et à préserver l'estime de soi-même.

CONCLUSION

Parmi les tests de personnalité en usage dans la pratique psychologique, le test du dessin du personnage est utilisé fréquemment chez l'enfant beaucoup moins chez l'adulte. L'idée directrice de l'interprétation est que le dessin offre une représentation de l'image du corps du sujet. L'image de soi se projette dans le test. A travers cette projection, on peut déceler grâce à l'interprétation clinique, les failles de la personnalité du sujet.

- En premier lieu, c'est un test à la fois rapide et facilement applicable.
- En second lieu, le test du dessin de la personne a une valeur clinique. Il s'agit de parvenir à travers lui, à décrire et à comprendre une personnalité essentiellement originale dans ses motivations, ses conflits et son mode d'existence.

Nos conclusions basées sur les données que nous avons esquissées nous permettent d'explicitier l'intérêt du test du dessin du personnage chez le sujet suicidaire.

Nous avons beaucoup insisté sur la valeur des indices du test du dessin du personnage. Il est aussi important d'isoler des indices très caractéristiques mais spécifiques à des patients que de rechercher des indices communs en vue de réduire le risque suicidaire.

Nous pouvons évaluer les résultats de notre recherche selon deux niveaux :

Premier point spécifique à chaque cas :

Une lecture détaillée des dessins des cas cliniques étudiés auparavant, nous permet de mettre en relation les indices trouvés, tels que la bouche renforcée, le poignet marqué, les mains pointues, les yeux vides, avec les conflits psychiques.

Deuxième point commun à tous les cas :

A travers les données observées des cas cliniques étudiés précédemment, nous recherchons des indices des points communs qui apparaissent fréquemment. Dans la plupart des cas, on constate des omissions, des distorsions, des traits fins et discontinus, des parties du corps mises en valeur et dessinées en trait renforcé.

Enfin rappelons des conditions pour que le test soit valable.

En premier lieu il convient de choisir le moment convenable pour pratiquer le test du dessin du personnage pour favoriser une concentration correcte du sujet.

Il aurait été souhaitable de procéder à une deuxième passation six mois après la première administration pour comparer les résultats.

Les premiers éléments apportés sont des indices suffisants dans les dessins les plus révélateurs.

L'entretien est un complément indispensable. Lors de l'entretien, l'observation du dessin libère la parole du patient.

Il est souhaitable d'associer le test du dessin du personnage avec d'autres tests projectifs tels que celui de Rorschach ou TAT.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM A. (1978) *Le dessin d'un personnage. Le test de Machover*. Ed. Scientifique et Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux.

ABRAHAM A. (1985) *Les identifications de l'enfant à travers son dessin*. Ed. Privat.

ANTOON LEENAARS. (2002) *LE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS*. L'Association canadienne pour la prévention de suicide,
<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp236-f.htm>

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (1996) *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française par JD. GUELFY et al. 4^e éd. Paris : Masson

ANDRIEU Claire (2005) *La représentation de la relation entre le médecin généraliste et l'enfant à travers le dessin enfantin*. Thèse de médecine, RENNES

ANAES (2002) *Prise en charge des suicidants*.

BAECHLER J. (1975), *Les suicides* Ed. Calmann Lévy, Paris, 650 p.

BATT A., CAMPEON A., LEGUAY A., LECORPS P. (2007) *Epidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention*. Encycl Med Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie 2007 ; 37-500-A-20 p.

BEDNAREK Stéphanie (2004) *Le Dessin, un outil thérapeutique : réflexions à propos d'un cas d'évolution favorable de psychose infantile précoce* Thèse de médecine, GRENOBLE

BERGERET J. (1989) *La notion de pulsion de mort pour le clinicien*. Rev. Franç. Psychanal. (2), 577-591 p.

BOCHEREAU D. (1998) *Tentatives de suicide à répétition chez l'adolescent*. Rev. Part., Paris, 48 : 1431-1434 p.

BRAUNSTEIN N. (1992) *La jouissance : un concept lacanien*. Paris : Point hors-ligne.

BRIERE DE BOISMONT A. (1856) *Du suicide et de la folie suicide considérés dans leurs rapports avec la statistique, La médecine et la philosophie*, Baillière.

BRODSKY BS., MALONE KM., ELLIS SP., DULIT RA., MANN JJ; (1997) *Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior*. Am J Psychiatry, ; 154(12) : 1715-9 p.

CASADEBAIG F., PHILIPPE A. (1999) *Mortality in schizophrenic patients. 3 years follow-up of a cohort.* Encephale,; 25(4) : 329-37 p.

CATHERINE CHABERT, DIDIER ANZIEU (2004) *Les méthodes projectives.* Paris : PUF.

CHASTANG F., DUPONT I. (1998) *Le rôle de la dynamique familiale dans la récurrence suicidaire chez les adolescents et les adultes jeunes.* Annales de Psychiatrie, 13(4) : 248-254 p.

CHOQUET M., LEDOUX S. (1994) *Adolescents : enquête nationale.* Ed. INSERM, Paris, 346 p.

CONFERENCE DE CONSENSUS 19 ET 20 OCTOBRE (2000) *La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge.* Fédération Française de Psychiatrie. Ed. John Libbey eurotext, Paris, 446 p.

CONGRES DE PSYCHIAITRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE (1997) *Les conduites suicidaires et leur devenir.* Tour : Masson, 201 p.

COUDERC Pascal (2001) *L'image du corps en psychanalyse*
<http://www.boulimie.com/fr/actualites/dossiers/limage-du-corps-en-psychanalyse.html>

DAVIDSON et PHILIPPE (1986) *Suicide, tentatives de suicide aujourd'hui.* Etude épidémiologique. INSERM / Doin, Paris,.

DEBOUT M., *Les suicidants.* In : Le suicide. Ed. Ellipses, Paris, 1996, 48-63 p. et 127 p.

DEGORCE Vanessa (2001) *L'image du corps à travers le dessin chez les enfants psychotiques.* Mémoire de master 1, Département de psychologie, Poitiers.

DELMAS A. (1932) *Psychologie pathologique du suicide.* Paris : Alcan

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques, *Suicides et tentatives de suicide en France.* Etudes et Résultats, 2006, N°488, Mai 2006.

DORSNER BINARD Marie (2006) *Apport du dessin dans la douleur chronique : évaluation de la douleur et de la personne souffrante.* Thèse de médecine, BREST

DURKHEIM E. (2004) *Le suicide. 12^{ème} édition.* Paris : « Quadrige » Presses Universitaires de France

DURKHEIM E. (1990) *Le suicide, étude de sociologie.* d. Rééd. Collection Quadrige, Paris, PUF, pp. 463.

ESQUIROL E. (1938) *Des maladies mentales considérées sous des rapports médico-hygiéniques et médico-légales*. Baillière

EUDIER F., A. BATT, P. LEVAOU (1998) *Les récives suicidaires précoces : suivi et analyse des précautions prises*. Ann Med Psychologique, vol 156 : 529-539 p.

EUROSTAT. (2009) *L'Europe en chiffres : L'annuaire d'Eurostat 2009*
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-09-001/FR/KS-CD-09-001-FR.PDF

FENTON WS., McGLASHAN TH., VICTOR BJ., BLYLER CR. (1997) *Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders*. Am J Psychiatry, 154(2) : 199-204 p.

FLOREQUIN C., HARDY P., MESSIAH A., ELLRODT A., FELINE A. (1995) *Suicide attempts and ânic disorder : a study of 62 hospitalized suicidal patients*. Encephale, 21(2): 87-92 p.

FORMAN et COLL. (2004) *History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology*. Am J Psychiatry, 2004 March ; 161(3) : 427-43 p.

FREMOUW et COLL. (1990) *Suicide risk : assessment and responses guidelines*. New York : Pergamon Press

FREUD S. (1920) *Au-delà du principe de plaisir*. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot éd ; 1981.

FREUD S. (1915) *Deuil et mélancolie*. In : Métapsychologie. Paris : Gallimard ; 1968.

FREUD S. (1923) *Le Moi et le ça*. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot éd ; 1981.

FREUD S. (1914) *Pour introduire le narcissisme*. La vie sexuelle. Paris : PUF ; 1995.

FREUD S. (1915) *Pulsions et destins des pulsions*. Métapsychologie. Paris : Gallimard ; 1968.

FREUD S. (1895) *Esquisse d'une psychologie scientifique*. In : La naissance de la psychanalyse. Paris : Gallimard ; 1968.

FRIEDMAN J.P. (2005) *Le suicide*. Communication à la Société psychanalytique de Paris.

FRIEDMAN S., SMITH L., FOGEL A. (1999) *Suicidality in panic disorder : a comparison with schizophrenic, depressed, and other anxiety disorder outpatients*. J Anxiety Disord, 13(5) : 447-61 p.

GAVAUDAN G., BESNIER N., LANÇON C. (2006) *Suicide et schizophrénie : évaluation du risque et prévention*. Annales Médico Psychologiques, 164 : pp. 165-75.

GIBAUD LARQUE Caroline (2005) *Dessin et hyperactivité de l'enfant*. Thèse de médecine, année, LIMOGES

GOODWIN RD., BEAUTRAIS AL., FERGUSON DM. (2004) *Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts : evidence from a general population sample*. Psychiatry Res, 126(2) : pp. 159-65.

GRILL-CALVANO ANNE-LAURE (2003) *L'enfant et la mère médecin généraliste à travers le dessin de la famille*. Thèse de médecine, NANTES

GUILLEMARRE-ALZIEU D., SABATINI J., VEDRINNE J. (1986) *Le suicide, le praticien et la nosologie*. In : Suicide et tentative de suicide aujourd'hui. Ed. INSERM : 144-157 p.

GUPTA B., TRZEPACZ PT. (1997) *Serious overdosers admitted to a hospital : comparison with nonoverdose self-injuries and medically ill patients with suicidal ideation*. Gen Hosp Psychiatry, 19(3) : 209-15 p.

HARKAVY-FRIEDMAN JM., RESTIFO K., MALASPINA D., KAUFMANN CA., AMADOR XF. (1995) *Suicidal behavior in schizophrenia : characteristics of individuals who had and had not attempted suicide*. Am J Psychiatry, 156(8) : 1276-8 p.

INSERM, Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. (2001) *La Crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. Paris : Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext, 446 p.

INSERM (2009) *Le suicide chez les personnes âgées*
<http://www.ifr69.idf.inserm.fr/article.asp?id=649>

JEAMMET Ph. (2002) *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. CHU Paris.

JOUGLA E. et COLLI. (2002) *La qualité des données de mortalité par le suicide*. Revue Epidémiologique de Santé Publique, Vol 50, Janvier n° 1, 49-62 p.

KREITMAN N., CASEY P. (1988) *Repetition of parasuicide : an epidemiological and clinical study*. Br J Psychiatry, 153 : 792-800 p.

LACAN J. (1964) *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, Séminaire, Livre XI*. Paris : Seuil.

LACAN J. (1964) *Écrits*. Paris : Seuil.

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. (1994) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.

LEE SAIK. (2002) *LE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS*. La Faculté de médecine de l'Université Cornell (BP-236f).

<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp236-f.htm>,

LESAGE AD., BOYER R., GRUNBREG F., VANIER C., MORISSETTE R. LOYER M. (1994) *Suicide and mental disorders : a case-control study of young man*. Am j Psychiatry, 151(7) : 1063-8 p.

LINEHAN MM., RIZVI SL., WELCH SS., PAGE B. (2000) *Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour : Personality Disorders*. In : HAWTON K., VAN HEERINGEN K Ed. *The international Handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester : John Wiley and Sons, 147-78 p.

MANN JJ., WATTERNAUX C., HAAS GL., MALONE KM. (2006) *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. Bipolar disorder, 2006 Oct ; 8(5 Pt 2) : 172 p., 586-95 p.

MARCELLI D., BRACONNIER A. (1992) *Les tentatives de suicide*. In : Psychopathologie de l'adolescent. Ed. Masson, Paris, : 100-117 p. et 567 p.

MARIS RW. (2002) *Suicide*. Lancet, 360(9329) : 319-26 p.

MARIE-CLAUDE MOUQUET et BELLAMY (2006) *Suicides et tentatives de suicide en France*. DREES., n° 488, mai 2006.

McCLOUD A., BARNABY B., OMU N., DRUMMOND C., ABOUD A. (2004) *Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population : in-patient prevalence study*. Br J Psychiatry, 184 : 439-45 p.

MECHRI et COLL (2005) *Repeat suicide attempts : characteristics of repeaters versus first-time attempters admitted in the emergency of a tunisian general hospital*. Encephale, 2005 Janv-Feb ; 31(1 Pt 1) : 65-71 p.

MINOIS G. (1995) *Histoire du Suicide*. Fayard, Paris

MOSCICKI EK. (2001) *Epidemiology of completes and attempted suicide toward a framework for prevention*. Clinical Neuroscience Research, 310-323 p.

MORON P. (1975) *Le suicide*. Ed. PUF collection " Que sais-je ", Paris, 126 p.

NASIO J.D. (1992) *Cinq leçons sur la théorie de J. LACAN*. Paris : Rivages.

OLDHAM JM. (2006) *Borderline personality disorder and suicidality*. Am J Psychaitry, 163 : 20-26 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1994) *Troubles mentaux et du comportement critères diagnostiques pour la recherche*. Traduction de l'anglais coordonné par CB. PULL. Paris : Masson.

OMS. (2007) *Suicide prevention*.

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/,

OMS. (2008) *Suicide rates per 100,000 by country, year and sex*.

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html,

OWENS et COLL. (1994) *Out of deliberate self-poisoning. An examination of risk factors for repetition*. Br J Psychiatry, 1994 Dec ; 165(6) : 797-80 p.

PACH et COLL. (2001) *A Trial the complex risk assessment of repeated suicide predictors in patients after suicidal poisoning attempts, hospitalized in the Department of Clinical Toxicology CM UJ in Krakow*. Clinical predictors, Przegl Lek.; 58(4) : 330-4 p.

POLYAKOVA I., KNOBLER HY., AMBRUMOVA A., LERNER V. (1998) *Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reaction*. J Affect Disord, 47(1-3) : 159-67 p.

RAYNOLDS P, EATON (1986) *Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department*. Can J Psychiatry, 1986 May ; 31(4) : 328-30 p.

Roseline Davido (1976) *Le langage du dessin d'enfant*. Presses de la Renaissance boulevard de Saint-Germain Paris, 2001.

ROUDINESCO E., PLON M. (1994) *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Fayard.

ROUILLON F. (2008) *Epidémiologie des troubles psychiatriques*. Annales Médico Psychologiques, 166 : 63-70 p.

RUDD et COLL. (2000) *Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behaviour*. Am J Psychiatry, 1999 Feb ; 156(2) : 181-9 p.

SAREEN J., COX BJ., AFIFI TO., de GRAAF R., ASMUNDSON GJ., TEN HAVE M. (2005) *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts : a population-based longitudinal study of adults*. Arch Gen Psychiatry, 62(11) :1 249 - 57 p.

SCHNEIDER B., WETTERLING T., SARGK D., SCHNEIDER F., SCHNABEL A. (2006) *Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256(1) : 17-27 p.

SEGUIN M.,HUON Ph. (2000) *Le suicide. Comment prévenir*. Ed. Logiques, 193 p.

STANLEY et COLL. (2001) *Are suicide attempters who self mutilate are unique population ?* Am J Psychiatry. 158 : 427-432 p.

SUOMINEN K., HENRIKSSON M., SUOKAS J., ISOMESTSA E., OSTAMO A. (1996) *Mental disorders and comorbidity in attempted suicide.* Acta Psychiatr Scand, 94(4) : 234-40 p.

SURAUULT P. (1995) *Variations sur les variations du suicide en France.* Population, juillet-octobre : 983-1012 p.

TANNEY BL. (2000) *Psychiatric Diagnosis and Suicidal Acts.* In : MARIS RW., BERMAN AL., SILVERMAN MM Ed. *Comprehensive Textbook of suicidology.* New York : The Guilford Press, 311-41 p.

TERRA J-L., SEGUIN M. (2004) *Intervention de crise suicidaire : Epidémiologie* .Manuel du formateur, 1-7 p.

VALTONNEN H., SUOMINEN H., MANTERE O., LEPPAMAKI S., ARVILOMMI P. (2005) *Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders.* J Clin Psychiatry, 66(11) : 1456-62 p.

VIEBAN FRANCOIS (1999) *L'utilisation du test du dessin du personnage chez le sujet âgé : stabilité temporelle, sensibilité au changement sous traitement antidépresseur et prédictivité du risque démentiel.* Thèse de médecine, LIMOGES.

USING THE DRAW-A-PERSON TEST IN SUICIDAL PATIENTS.

Abstract : The Draw-A-Person Test aims to reveal psychological characteristics which make it possible to predict suicidal tendencies in adults. It consists in drawing first one person and then a second person of the other sex. The patient's verbal description of the drawing during the interview is essential, it can give me invaluable and complementary information that will help me better understand the patient's problems. The study focuses on eight clinical cases and provides key data for the interpretation of the Draw-A-Person test.

We can evaluate the results of our research on two levels:

First point specific to each case : A detailed interpretation of the drawings in the clinical cases studied enables us to link the evidence found - such as a reinforced mouth, marks on the wrists, pointed fingers, eyes without pupils - with the psychological conflicts.

Second point common to all cases : Through the observed data in the clinical cases studied, we seek the most frequently occurring points in common. In most cases, there are omissions, distortions, faint or broken lines, or parts of the body that are particularly highlighted and drawn with heavy lines.

Keywords : Draw-A-Person Test, drawing test, suicidal patients, case study, interpretation of data, interview.

LE TEST DU DESSIN DU PERSONNAGE CHEZ LE SUJET SUICIDAIRE.

Résumé : Il s'agit à l'aide du test du dessin du personnage de trouver certains indices pouvant laisser prédire les risques de tentative de suicide chez l'adulte. Le test consiste à faire dessiner une personne et ensuite, une deuxième personne de l'autre sexe. Les paroles du sujet suicidaire pendant les entretiens sont essentielles : elles peuvent me donner des indications complémentaires indispensables. La recherche de l'étude porte sur huit cas cliniques de sujets suicidaires.

Nous pouvons évaluer les résultats de notre recherche selon deux niveaux :

Premier point spécifique à chaque cas : Une lecture détaillée des dessins des cas cliniques étudiés nous permet de mettre en relation les indices trouvés - tels que la bouche renforcée, le poignet marqué, les doigts pointus, les yeux vides - avec les conflits psychiques.

Deuxième point commun à tous les cas : A travers les données observées des cas cliniques étudiés, nous recherchons les indices de points communs qui apparaissent fréquemment. Dans la plupart des cas, on constate des omissions, des distorsions, des traits fins et discontinus, des parties du corps particulièrement mises en valeur et dessinées à traits renforcés.

Mots clés : Test du dessin, personnage, sujet suicidaire, cas clinique, interprétation des données, entretien.