

*Université Abderrahmane Mira Bejaia*  
*Faculté des sciences humaines et Sociales*  
*Département : Science Sociale*

**MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**

**En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique**

# **Le vécu psychique des mères ayant un fils suicidé**

**Etude clinique de (03) cas au niveau de l'association IKHOULAF à  
AKBOU**

**Réalisé par :**

**BACHA SORAYA**

**AINENNAS NABILA**

**Encadré par :**

**Dr GACI KHELIFA**

**ANNÉE UNIVERSITAIRE :**

**2019- 2020**

# Remerciement

Ce travail n'a pu être mené à bien qu'avec le soutien de plusieurs personnes que je voudrais, à travers ces quelques lignes, remercier du fond du cœur.

Tout d'abord, je remercie le seigneur de nous avoir mis sur la voie du savoir et d'avoir préservé le peu qu'on connaît

Nous voudrions présenter nos remerciements à notre encadreur «Gaci Khelifa» Pour ses précieux conseils, son disponibilité, ses encouragements et ses orientations qui nous ont été précieux afin de mener notre travail à bon port.

Je tiens à remercier, toutes les mères qui ont accepté de faire partie de cette étude, de nous partager une partie de leurs histoires, et de permettre la réalisation de cette étude, nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez témoignée, nous espérons en être digne.

On remercie les membres du juré qui ont accepté d'examiner et de juger Notre modeste travail.

Enfin, On tient à témoigner toute la gratitude à toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

# Dédicace

*Gloire soit rendu au seigneur tout puissant le très  
miséricordieux pour tous ses bienfaits dont il m'a comblé et  
de m'avoir donné le courage et la force pour réaliser ce  
modeste travail que je dédie à :*

*Mes chers parents pour leurs sacrifices, leurs soutiens et  
leurs encouragements m'ont permis d'avancer dans ce  
travail, malgré les obstacles et leurs conseils me seront utiles,  
au-delà de ce mémoire, et spécifiquement à mon âme sœur  
Yemma Salema.*

*A mes chères frères Omar, Ramy et mon très cher frère  
Bacha LOUCIF, repose en paix, on t'oubliera jamais.*

*J'adresse avec émotion, ma reconnaissance à mon futur  
mari Kaci Mohammed*

*Je souhaite aussi exprimer ma profonde gratitude à mon  
encadreur Dr Gaci Khelifa*

*Enfin, que toutes les personnes qui ont permis que ce travail  
voie le jour soient assurées de ma profonde reconnaissance.*

***B .Soraya***

## **SOMMAIRE:**

<b>Introduction .....</b>	<b>01</b>
Cadre général de la problématique	
<b>1-Problématique.....</b>	<b>09</b>
<b>2-hypothèses.....</b>	<b>13</b>
<b>3-Opérationnalisations des concepts .....</b>	<b>14</b>

## **Partie théoriques**

### **Chapitre I: Le suicide**

#### **Préambule**

<b>1-Historique .....</b>	<b>14</b>
<b>2-Définitions.....</b>	<b>15</b>
2-1Le suicide.....	15
2-2-La tentative de suicide.....	16
2-3-La crise suicidaire .....	16
2-4- L'idée suicidaire.....	16
2-5- Para-suicide .....	17
<b>3-Les types de suicide.....</b>	<b>17</b>
3-1- Les types de suicide selon Freud .....	17
3-2- Les type de suicide selon Durkheim .....	18

<b>4- Les facteurs de passage à l'acte suicidaire.....</b>	<b>19</b>
<b>4-1-les facteurs individuelles .....</b>	<b>19</b>
<b>4-2-Les facteurs familiaux.....</b>	<b>19</b>
<b>4-3-Les facteurs psychosociales.....</b>	<b>20</b>
<b>5- La personnalité suicidaire.....</b>	<b>20</b>
<b>5-1-Ambivalence.....</b>	<b>20</b>
<b>5-2- Impulsivité.....</b>	<b>20</b>
<b>5-3-Rigidité.....</b>	<b>20</b>
<b>6-Aspects nosographiques.....</b>	<b>21</b>
<b>6-1-Le suicide chez les névrotiques.....</b>	<b>21</b>
<b>6-2- Le suicide chez les états limite .....</b>	<b>22</b>
<b>6-3- Le suicide chez le psychotique .....</b>	<b>23</b>
<b>6-4-Le suicide et d'autres organisations pathologiques .....</b>	<b>24</b>
<b>7- Les différentes approches du suicide .....</b>	<b>25</b>
<b>7-1- L'approche psychanalytique du suicide .....</b>	<b>25</b>
<b>7-2- L'approche comportementale du suicide .....</b>	<b>27</b>
<b>7-3- L'approche cognitive du suicide .....</b>	<b>28</b>
<b>7- 4- L'approche psychiatrique.....</b>	<b>29</b>
<b>8-La prévention de suicide .....</b>	<b>30</b>
<b>-Conclusion du chapitre .....</b>	<b>31</b>

## **Chapitre II : Le vécu psychique et investissement maternel**

### **Préambule**

#### **I -Vécu psychique :**

**I-1-Définition de vécu psychique.....**34

**I-2-Définition de la mère .....**34

I-2-1-Définition de la mère selon Freud.....	34
I-2-2-Définition de la mère selon Lacan .....	35
I-2-3-Définition de la mère selon Winnicott.....	35
<b>II- La résilience :</b>	
II-1-L'origine de concept de résilience.....	35
II-2- Définition de la résilience.....	35
II-3-Les formes de la résilience .....	37
II-4- Les critères de processus de résilience .....	37
II-5- Les facteurs de protection .....	39
II-6- Les facteurs de risques .....	42
II-7-Résilience et trait de personnalité .....	43
II-8-Résilience à court terme et à long terme .....	44
II-9-Résilience comme processus psychique.....	44
<b>III-Le deuil :</b>	
III-1- Définition de deuil .....	45
III-2-Les formes de deuil .....	45
III-2-1-Le deuil difficile .....	45
III-2-2- Le deuil compliqué.....	46
III-2-3-Le deuil pathologique.....	47
III-3-A- Les étapes de deuil normal.....	48
III-3-B- La durée du processus de deuil « normal » .....	50
III-4 -Le deuil selon Sigmund Freud.....	51
III-5-Le deuil selon Otto Fenichel .....	51
III-6-Aspects psychologiques du deuil .....	52

III-7-Répercussions du deuil chez les parents de suicidant.....	53
-Conclusion du chapitre.....	54

## **La Partie pratique**

### **Chapitre III : Méthodologie de la recherche :**

#### **Préambule**

1-La pré-enquête .....	57
2-La méthode clinique .....	60
3-L'étude de cas .....	61
4-Présentation de Groupe d'étude.....	62
5-Présentation de lieu de recherche .....	63
6- Présentation des outils de recherche.....	64
6-1-L'entretien clinique .....	64
6-2-Le guide d'entretien.....	65
6-3-Le test de RORCHARCH .....	65
7-Le déroulement de la recherche .....	71
Conclusion du chapitre.....	72
-Conclusion .....	74
-Bibliographie.....	77
-Les annexes.....	81

## La liste des tableaux :

<b>Numéro de tableau</b>	<b>Titre de tableau</b>	<b>Page de tableau</b>
N° : 01	Quelques réponses de passation de test de Rorschach	59
N° : 02	Les caractéristiques du Groupe d'étude	63





**INTRODUCTION**

### **Introduction :**

Il n'existe pas, sans doute, d'acte plus difficile à comprendre que le suicide. Quel que soit l'âge de celui qui meurt, quelles que soient les causes explicites ou secrètes de la mort qu'il se donne, quelle que soit la manière dont il se donne la mort, le suicide reste, pour ceux qui y sont confrontés, un acte dont le caractère définitif, irréversible, total, le rend insaisissable. Nous essayons de comprendre mais le suicide, finalement, résiste à notre tentative, à notre interprétation, il nous échappe, reste mystérieux ...

Le suicide, acte infligé par le sujet lui-même et ayant conduit à sa propre mort, ne représente en réalité qu'une partie d'un spectre plus large de comportements. Ainsi, les tentatives de suicide, actes réalisés avec une certaine intention de mourir mais n'ayant pas conduit à la mort sont 10 à 20 fois plus fréquentes que le suicide abouti, et dans le même temps, le facteur de risque clinique le plus fort de décès ultérieur par suicide.

Le suicide touche les hommes comme les femmes (avec toutefois 3 fois plus de suicides aboutis chez les hommes, et 3 fois plus de tentatives chez les femmes, en partie en lien avec un choix de moyens suicidaires différents) et tous les âges, essentiellement à partir de l'adolescence.

On retrouve le plus grand nombre absolu de suicides chez les adultes d'âge moyen, les plus forts taux de suicide chez les personnes âgées de plus de 75 ans, et le suicide est la seconde cause de mortalité après les accidents chez les adolescents et les moins de 25 ans dans le monde.

Chaque suicide est un drame humain, une perte tragique et incompréhensible pour la mère, une mort couteuse et évitable pour l'entourage. En effet, c'est difficile pour une mère d'accepter qu'un de ses membres la quitte en lui signifiant qu'il ne s'y sent pas bien... Cette réalité entre négation et rejet perturbe le processus de deuil à mener après un suicide, le rendant particulièrement complexe et difficile.

Pour réaliser cette recherche, on a choisi d'adopter l'approche psychanalytique qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils qu'on a décidé d'utiliser. On a constaté que l'approche

## Introduction

---

psychanalytique permet de mieux appréhender « le vécu psychologique des mères ayant un fils suicide »

Dans le but de réaliser cette recherche, nous avons choisi, comme terrain d'étude, l'association « Ikhoulaf » au niveau d'Akbou, On a pu sélectionner 03 cas, Ou nous nous sommes tournés vers ces mères, et nous avons cherché à écouter leurs histoires et leur vécu, pour pouvoir répondre à nos questionnements. Afin de répondre à notre question et vérifier notre hypothèse formulée à l'aide d'une pré-enquête et de la revue des différentes théories.

Pour enrichir et éclairer le thème que nous avons abordé précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui est subdivisé en deux grandes parties :

**La partie théorique** : qui comporte deux chapitres, le premier chapitre qui aborde le suicide et le deuxième chapitre qui intitule le vécu psychique et investissement maternel.

**La partie pratique** : est juste consacré pour la méthodologie de la recherche et pour la partie qui concerne la présentation, analyse et discussions des résultats, on n'a pas pu effectuer à cause de la crise sanitaire COVID 19.

Afin de terminer notre étude de recherche, nous présentons la conclusion, la liste bibliographique et les annexes.



# La Problématique et les hypothèses

### **Problématique :**

Tout au long de notre évolution, la vie nous apprend à perdre. Cela commence dès l'enfance, avec la séparation de la mère, et cela va se poursuivre au fil d'une existence jalonnée de pertes plus ou moins importantes: perte de ses rêves et de ses illusions, perte d'un amour ou d'une amitié, perte d'un animal, d'un emploi, de la santé...

Le deuil qui suit chacune de ces pertes nous permet d'aller de l'avant, de progresser dans notre processus de maturation personnelle.

Il nous oblige à solliciter nos représentations intérieures et nos souvenirs de satisfaction pour anticiper et supporter la réalité frustrante de l'absence et du manque.

Inconsciemment, ces pertes et renoncements successifs nous préparent à assumer la perte majeure que constitue la mort d'un proche. Car si les pertes font partie intégrante de notre condition humaine, il en est de plus cruel que d'autres et la perte d'un être cher se révèle indubitablement une des épreuves les plus difficiles de l'existence surtout s'il s'agit de se donner la mort volontairement ! Par le suicide.

Le suicide est une action volontaire de se donner à soi-même la mort, le plus souvent pour se libérer d'une situation devenu intolérable. Le suicide constitue la réaction antisociale la plus fréquente de la Pathologie mentale. (Sylami, 2008, p903)

Freud considère certains suicides comme des suicides inconscients, ou la mort n'a aucune représentation inconsciente propre. Et d'autres sont des actes manqués susceptibles. Il parle aussi de suicide mi-intentionnel, inconscient qui se présente comme un accident, l'inconscient qui parvient à ses fins. Qui qualifie un suicide caché. (G. Morel, 2004, p14)

Le phénomène du suicide connaît une évolution inquiétante dans la société algérienne et semble toucher surtout la catégorie la plus fragile des jeunes âgés de 18 à 30 ans, généralement sans profession. En effet, 28 Algériens se suicident chaque mois dont la plupart sont des chômeurs. ([www.liberte-algerie.com](http://www.liberte-algerie.com))

## La problématique et les hypothèses de recherche

---

Le bilan alarmant des cas de suicide durant le premier semestre de l'année en cours en est l'illustration. Les chiffres obtenus sont effrayants et les causes demeurent souvent mystérieuses ou insondables.

Par contre, les méthodes de suicide sont multiples : sont surtout la pendaison pour les hommes, les médicaments et produits ménagers pour les femmes. Les médicaments sont le moyen le plus utilisé dans la tentative de suicide, à hauteur de 65 % tels que les hypnotiques et les tranquillisants. D'autres médicaments s'ajoutent à la liste, les psychotropes notamment chez les toxicomanes, et les produits ménagers qui occupent la deuxième place tels que l'acide, le décapant, l'eau de javel, etc. (Mimouni, 2002, p.37)

Le nombre des personnes qui tentent de se suicider connaît une augmentation effrayante dans notre pays.

Les tentatives de suicide, qui sont un signe de détresse, sont encore plus nombreuses que les suicides qui aboutissent. 274 tentatives de suicide ont été recensées durant la même période.

L'étude de la gendarmerie fait ressortir que "les femmes ont été beaucoup plus nombreuses à tenter de se suicider, avec 196 tentatives contre 78 pour les hommes". Paradoxalement, les femmes tentent mais les hommes réussissent.

Selon ce rapport, les troubles psychiques sont généralement la cause directe du suicide avec 38 cas, le rapport enregistre cependant 26 cas de suicide à cause des dépressions nerveuses et 22 autres à cause des problèmes familiaux, 3 cas à cause du désespoir et 3 autres liés aux problèmes sociaux. Alors que dans 72 cas, les causes restent toujours mystérieuses. . ([www.liberte-algerie.com](http://www.liberte-algerie.com))

La Kabylie reste la plus touchée par le suicide, La répartition géographique des suicides fait apparaître que la Kabylie demeure la région la plus touchée par ce phénomène social. 29 cas ont été enregistrés dans la wilaya de Tizi Ouzou durant ce premier semestre, suivie de Béjaïa avec 13 cas, Bouira et Alger avec 12 suicides. Ce rapport reste alarmant d'autant qu'il ne concerne que les statistiques de la Gendarmerie nationale. ([www.liberte-algerie.com](http://www.liberte-algerie.com))

Il est difficile pour l'entourage proche d'accepter qu'un de ses membres se donnât la mort, surtout pour la mère. Ces difficultés sont d'ordre affectif, familiale, social, religieux...

## La problématique et les hypothèses de recherche

---

De nombreuses études et recherches ont été faites sur l'impact du suicide sur l'entourage et spécifiquement sur la mère, on trouve l'étude effectuée par l'UNPS avec la SOFRES en 2001. Ce sondage, permet d'estimer la part de la population concernée par le geste suicidaire d'un proche.

Si le suicide demeure un événement rare, avec 2% des décès en France, les personnes directement touchées sont nombreuses : 35% des Français ont eu à connaître la douloureuse expérience de la mort par suicide d'un proche. Pour 18%, c'est un membre de leur famille et pour 5%, il s'agit de leur famille directe (père, mère, frère, sœur ou enfant), événement qui les a fortement marqués (effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien)

Selon Hanus évoque la honte qui marque le vécu psychique des mères après le suicide d'un proche, conduisant à une diminution de l'estime de soi déjà affaiblie. Cette honte existe sur un plan interne, pour soi, à travers des auto-reproches et des ruminations ; mais également sur le plan externe, par rapport à l'autre et la société. Honte personnelle et sociale engendre une augmentation des sentiments de culpabilité, ce qui peut entraîner des conduites autopunitives pouvant conduire le sujet jusqu'à s'exécuter lui-même en se suicidant. Le deuil après suicide n'est pas un deuil comme les autres. (Hanus.2004, p 355)

Le suicide d'un fils provoque une rupture radicale chez la mère ; il balaie tous ses repères et le deuil qui lui fait suite s'avère un long chemin fait de tristesse profonde, de questionnement(s) et de douleur.

Le perdre de cette manière, non seulement l'ampute d'une partie d'elle-même, la culpabilise, soulève sa colère contre lui qui n'a pas compris combien il était important et contre elle-même qui n'a pas « su lui donner » l'envie de vivre. La blessure narcissique est encore renforcée par le sentiment d'échec dans sa fonction essentielle qui est de renforcer son enfant et de le préparer à la vie.

Les psychologues parlent à son propos de deuil aggravé tant sont difficiles à refermer les blessures qu'il inflige à la mère. Génératrice de culpabilité, l'onde de choc se propage bien au-delà du premier cercle. Chaque suicide suscite des interrogations qui resteront sans réponse, il produit de l'angoisse, des dépressions, voire des mesures d'autopunition qui peuvent aller jusqu'au suicide. (Christian, 2009, p129)

C'est en nous référant aux expériences passées, aux apprentissages nés des pertes antérieures que nous pourrions traverser la tourmente et mener à bien notre

## La problématique et les hypothèses de recherche

---

éprouvant travail de deuil. Un travail qui nous est propre, car chaque deuil est unique, dépendant de notre histoire personnelle, de notre relation au défunt, mais aussi des circonstances du décès. (Christian, 2009, p129)

Ont comparé deux groupes d'endeuillés des mères, l'un après suicide, et l'autre après mort naturelle, et ont observé chez les premiers des scores de dépression significativement plus élevés que dans les sujets du second groupe.

Hanus cite différents travaux qui confirment l'existence de ces manifestations de honte et de culpabilité intense :

Les études de Barrett et Scott (1990), de Clark et Goldney (1995), Kovasky (1989), Reed et Greenwald (1991) et Seguin et al. (1995) corroborent ces constatations.

Barrett et Scott (1990) comparent quatre catégories des mères endeuillés (par accident, par mort naturelle anticipée, par mort naturelle non anticipée, et par suicide), et constatent, chez les mères après suicide, une très forte présence de symptômes somatiques, mais également d'un large éventail de manifestations dépressives chez les mères après suicide : leur réactions sont dominées par des sentiments de désespoir, de colère, de culpabilité, de honte. (Hanus.2004, p337)

Les réactions à un deuil après suicide peuvent se distinguer en : mobilisation de certains mécanismes de défense comme le clivage et le déni, réactions psychologiques comme la culpabilité, la honte, l'agressivité et la pulsion épistémophilique et troubles psychiatriques comme la dépression, le suicide et la psycho traumatisme. (Delage, 2001, p23)

Mais en revanche, pour certain mères, en remarque que, malgré cette épreuve, la plupart des mères continuent à fonctionner et développent une certaine mobilisation importante d'énergie. Le concept de résilience familiale qui fait référence à la capacité d'une famille de rebondir face à une situation de crise peut expliquer ce phénomène.

Plusieurs études démontrent que les endeuillés mères qui suivis en groupes vont mieux que ceux qui restent livrés à eux même.

Michael Rutter précise deux aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi peut-on être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres. Ensuite la résilience n'est pas



## La problématique et les hypothèses de recherche

---

une force innée il s'agit donc d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs protecteurs permettant aux sujets de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale. (Bouteyre, 2004, p104)

En tant que jeunes étudiantes initiatrices à la recherche scientifique, nous nous sommes interpellées par ce phénomène, et souhaitons, grâce à ce travail d'établir une discussion sur « le vécu psychique des mères ayant un fils suicidé »

Et Pour réaliser cette recherche on a choisi d'adopter l'approche psychanalytique, qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils qu'on a opté d'utiliser.

Enfin à partir de cette présentation, qui nous ramène à posé les questions suivantes :

- Est- ce que les mères ayant un fils suicidé sont résilientes ?
- Quels sont les facteurs de résilience qui sont présentés dans la vie des mères qui ayant un fils suicidé ?

### **II-1-L'hypothèse de recherche :**

- 1- La résilience chez ces mères face à ce trauma de suicide se manifeste par la capacité de surmonter le deuil.
- 2- La disponibilité familiale et la solidité individuelle sont des critères de la résilience d'une mère traumatisée par le suicide de son fils.

### **I-2-Opérationnalisation des concepts :**

**II-2-1-le suicide** : C'est un acte de se donner soi-même la mort, parfois il est accompagné d'une dépression et des troubles de personnalité, qui consiste à un moment d'une perturbation et à une souffrance psychique intense.

**II-2-2-Le vécu psychique** : Vécu psychique regroupe les symptômes tels que les symptômes dépressifs, une faible estime de soi, une période de deuil pathologique et le déni de la réalité. Il intègre aussi des sentiments de honte et de culpabilité, et des blessures narcissiques que la mère a vécu lors de suicide de son fils.

**II-2-3-Les mécanismes de défenses** : Les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui se présentent chez les mères qui ayant un fils suicidé et qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, comme le clivage et le déni.

**II-2-4-La résilience** : C'est la capacité de la mère d'un fils suicidé à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable et la capacité de surmonter le traumatisme de suicide et de deuil .la résilience réfère donc à un processus complexe résultant de l'interaction entre la mère et sa environnement.

**II-2-5-Le deuil** :C'est une état de perte d'un fils par suicide chez la mère qui s'accompagne d'une période de détresse et de douleur morale, pouvant entraîner une véritable réaction dépressive et nécessitant un travail intrapsychique, dit « travail de deuil»

### **II-3-les Objectifs de la recherche :**

Nous avons choisi ce thème « le vécu psychique chez les mères ayant un fils suicidé »

Dans le but de comprendre plus profondément ce phénomène et vouloir apporter des nouvelles connaissances sur cette énigme qui n'est pas encore résolue. Et pour cerner la problématique du « vécu psychique chez les mères ayant un fils suicidé » On va essayer de déterminer la nature du vécu psychologique chez les mères ayant un fils suicidé, à travers l'investigation de leurs états psychiques actuels.

**La**

**Partie**

**Théorique :**

***CHAPITRE I :***

***LE SUICIDE***

**Préambule :**

Le suicide reste aujourd'hui encore un tabou particulièrement puissant. Le suicide existe dans tous les pays du monde et touche tous les groupes d'âge, toutes les classes sociales, de même que tous les groupes ethniques et culturels, mais plus particulièrement les personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

**I-1-L'histoire de suicide :**

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. (Minois, 1995, p20)

A l'antiquité, Aristote condamna le geste suicidaire, qualifié d'acte de lâcheté face aux difficultés de la vie, assimilant le suicide à un soldat déserteur. Platon avait une position plus nuancée, admettant des exceptions comme le cas de la maladie douloureuse et incurable. Platon 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, donc la définition est assez vaste.

Dans la Rome antique, même s'il était loué, l'acte suicidaire devait obéir à des critères compatibles avec la morale stoïcienne, sous peine d'être condamné. Il est confié au soin du législateur de décider si tel acte suicidaire est licite ou s'il doit être puni. Les causes légitimes étaient dûment précisées dans le cas du citoyen (douleur physique, perte d'un être cher, fureur, folie...) mais les esclaves et les soldats étaient exclus de ces dispositions et l'acte suicidaire conduisait légalement chez eux à une mesure répressive : confiscation des biens, suppression des rites funéraires. (Micro, 1987, p1028).

Dés le moyen-âge, l'église catholique adopta une position très ferme en interdisant le suicide. Pour justifier cette décision, l'évêque saint-augustin reprit le cinquième commandement de moïse « tu ne tueras point ». toute vie humaine appartenant à dieu, c'était un crime, un péché de la supprimer. saint-augustin condamna sans exception toute personne qui se donna la mort volontairement.

Le caractère sacré de la vie devient le paradigme essentiel. Faisant du suicide un attentat contre la nature, contre la société, et contre Dieu. (Micro, 1987. P1028)

Durant les deux derniers siècles, le suicide est progressivement devenu objet d'études scientifiques. Deux types de conception et d'interprétation se sont opposés :

-Les théories sociologiques Durkheim (Le suicide, 1897) et Halbwachs (Les causes du suicide, 1930)

- Les théories psychopathologiques avec S.FREUD, Menninger, et Saubier.

Nous pouvons donc conclure qu'autrefois le suicide était non seulement interdit mais aussi condamnable.

## **I-2- Les Définitions :**

### **I-2-1- Définition de suicide :**

Acte de se donner soi-même la mort. Le suicide est soit un acte rationnel exécuté en fonction de considération morales, sociales, religieuses, philosophiques ou personnelles, soit au contraire un acte pathologique survenant alors au cours de l'évolution de diverses affections mentales (dépression, délire chronique, démence, confusion, etc.) ou d'une crise existentielle aigüe sous forme d'un passage à l'acte anxieux auto agressif, très différent du suicide prémédité de certains mélancoliques ou délirants. (Sylami, 2008, p903)

**Selon l'OMS :** Le suicide c'est l'acte par lequel l'individu cherche à s'autodétruire du point de vue physique, ayant l'intention plus ou moins authentique de perdre sa vie, tout en étant plus ou moins conscient de ses raisons.

**Selon Lemperrière :** « Le suicide est acte par lequel le sujet met sa vie en jeu et la prise en compte de l'intentionnalité du geste pose le problème de la définition du suicide .Soit l'on considère tout acte d'autodestruction quelque soit le degré de conscience qui l'anime, soit l'on se limite aux comportements où existe une intention délibérée de mourir. »( Lemperrière, 2000, p3)

Les décès par suicide sont souvent caractérisés par la dénomination « suicide complété » dans le vocabulaire de la recherche contemporaine en suicidologie. On utilise parfois le mot «suicide »tout cours pour référer aux personnes

décédées par suicide. On définit habituellement une mort par suicide ou « suicide complété » comme étant une mort intentionnelle causée par soi-même (Mishana, 2004, p32).

### **I-2-2-Tentative de suicide :**

Les tentatives de suicides sont des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutissent pas à la mort. Les tentatives de suicides varient en intensité, et vont, par exemple, de la « tentative de grave » d'une personne qui se tue une balle dans la tête et qui survit aux blessures, jusqu'aux tentatives dites parfois « mineuses », par exemple, une personne qui se coupe un peu les veines que cela cause des dommages importants, ou encore une personne qui prend une overdose de quelques comprimés d'un médicament. (Mishana, 2004, p33).

En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit la tentative de suicide comme « un acte à l'issue non mortelle dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure, aux doses thérapeutiques prescrites ou généralement admises, et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues ». (Inserm, et Libbey, 2001, p446).

Pour MARCELLID D ET BARACONNIER A, la tentative de suicide est « l'échec d'un suicide quelle que soit la cause de cet échec ». (Marcellid, et Braconnier, 1992, p567).

### **I-2-3-La crise suicidaire :**

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance des mécanismes de défense et de vulnérabilité, met la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire. (Darcourt, 2001, p46)

### **I-2-4-L'idée suicidaire :**

L'idée suicidaire concerne les individus pensant au suicide. Parmi eux, un certain nombre passera à l'acte et d'autre non. Mettant leurs vies en jeu, c'est



aussi de penser à un geste auto agressif d'une manière régulière, caractérisé par un plan suicidaire précis ou non. (Abbé, 2011, p53).

#### **I-2-4-1 Les sources des idées suicidaires :**

- Circonstances d'apparition (facteur déclenchant)
- Climat psychologique :
- Difficulté affectives pathologie de couple.
- Contexte de deuil de séparation
- Difficulté professionnelles.
- Difficultés scolaires.

#### **I-2-4-2- Les caractéristiques des idées suicidaires :**

- Intensité intentionnalité, caractère obsédant de l'idéation.
- Fréquence d'apparition.
- Degré d'élaboration, moyens envisagés : plan suicidaires précis.
- Réaction du sujet face à ses idées.
- Impact sur sa vie affective, social, professionnelle. (Piere, 1994, p354)

#### **I-2-5-Para-suicide :**

Selon Dieskstre ET Gutlbinat en 1993 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 ». (Dieskstre et Gutlbinat 1996, p 68).

### **I-3-Les formes de suicide :**

#### **I-3-1-Les formes de suicide selon S. Freud :**

Sigmund. Freud évoque deux formes de suicide :

- un suicide conscient et intentionnel.
- un suicide mi-intentionnel provoqué par une intention inconsciente.

Cette intention est bien cachée et se présente comme un malheur accidentel.

les différencie alors de la sorte : « ceux qui ont l'intention consciente de se suicider choisissent , eux aussi, leur moment, leurs moyens et leur occasion ;de son côté, l'intention inconsciente attend un prétexte qui se substituera à une

partir des causes réelles et véritables et qui, détournant les forces de conservation de la personne, la débarrassera de la pression qu'exercent sur elle ces causes. il est possible de repérer quelques prémisses d'éléments d'évaluations du risque suicidaires à travers les propos de S. Freud : choisissent leurs moyens et leur occasion. Selon S. Freud : certains suicides sont des suicides inconscients, d'autres des actes manqués susceptibles de menacer la vie, la santé de sujet. (Freud, 2001, p 228.)

On observe que dans notre société contemporaine, il peut exister une corrélation entre rupture affective et passage à l'acte suicidaire. Effectivement, la rupture sentimentale peut déclencher un écroulement narcissique, une estime de soi délogée, la problématique de dépendance ainsi que l'abandon peuvent être réactivés.

Il est parfois difficile d'établir, lors d'un accident de la route, par exemple, si la mort est accidentelle ou non.

Sigmund Freud a parlé de suicide mi-intentionnel, inconscient qui se présente comme un accident l'inconscient parvient à ses fins, attend le moment pour passer à l'acte, le moment qui fera penser à un accident chute, accident de la route...). il a qualifié de suicide caché.

La tentative de suicide n'est pas forcément une fin mais aussi représenter un renouveau, une renaissance.

Le comportement du sujet peut amener une reconstruction et rétablissement de l'image de soi, et du soi. L'inconscient parvient parfois donc à faire d'un acte manqué un acte réussi. Le suicide comme message. (Morel, 1998, p 14-15)

### **I-3-2-Les formes de suicide selon Durkheim :**

Emile Durkheim, il a consacré en 1897 une étude exhaustive au suicide estimant que cet acte à première vue intime par excellence, s'avérait en réalité un fait social, c'est à-dire consécutif à l'évolution de la société.

Il discriminait alors trois formes majeures de suicide : le suicide égoïste, le suicide anémique, le suicide altruisme, ainsi qu'une quatrième, moins importante, le suicide fataliste (suicide d'esclave ou de jeune hommes trop mariés par exemple :

- **Le suicide égoïste** : il touche des individus qui se trouvent livrés à des désirs infinis, qui s'enlèvent la vie lorsqu'une force extérieure ne les conduit pas à la modération, c'est -à-dire lorsque l'intégration au groupe social s'affaiblit.
- **Le suicide altruiste** est caractéristique d'un individu si fortement insérés et confondus avec leur groupe d'appartenance comme les militaires qu'ils sont incapables de résister à un coup du sort
- **Le suicide anémique** constitue pour Durkheim la catégorie privilégié de suicide du monde dont il est le contemporain. il advient lorsqu'il existe un dérèglement social qui se répercute directement sur le volume de suicides. L'anomie a été définie par Durkheim comme un phénomène régulier et spécifique des sociétés modernes, dans la mesure où elle s'explique par un délitement de la coutume qui n'encadre plus étroitement l'activité sociale. Puisque les forces intégratives se délittent, les individus ne peuvent plus limiter leurs désirs, et en viennent à vouloir supprimer cette vie dont ils attendent trop. (Morasz., 2008, p 47)

#### **I-4-Les facteurs de passages à l'acte :**

##### **I-4-1-Les facteurs individuels :**

- Antécédents suicidaires de l'individu.
- Problèmes de sante mentales (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de personnalités, etc.)
- Estime de soi déficiente.
- Impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité ou, au contraire rétention des émotions, peu d'expression verbales de celles-ci (alexithymie, pensée opératoire).
- Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap).
- Tendances addictives et toxicomaniaques.

##### **I-4-2-Des facteurs familiaux :**

- Violences, abus physiques psychologiques ou sexuels.
- Relation conflictuelle entre les parents et l'individu.
- Pertes et abandons précoces.
- Toxicomanie, alcoolisme chez les parents de l'individu.
- Négligence de la part des parents.
- Conflit conjugal majeurs.

- Antécédents de suicide ou tentatives chez l'un ou les deux parents.
- Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents.

#### **I-4-3-Des facteurs psychosociaux :**

- Difficultés économiques persistantes.
- Isolement social, culturel et affectif de l'individu.
- Séparation et perte récente de liens important, deuil.
- Placement dans un foyer d'accueil, en centre de détention.
- Difficultés scolaires ou professionnelles.
- Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche).
- Anomie sociale. (Pirlot et Cupa, 2012, p 112,113)

#### **I-5-La personnalité suicidaire :**

Trois particularités psychologiques caractérisent la personnalité suicidaire :

##### **I-5-1-Ambivalence :**

La plupart des personnes ont un sentiment ambigu quant à la décision de suicide. Il existe un sentiment partagé entre le désir de mourir et le désir de vivre. Il s'exerce une pression intense pour échapper à une douleur de vivre et un courant interne de désir de vivre. La majorité des suicidants ne souhaitent pas véritablement mourir. Ils éprouvent un mal de vivre. Si ce sentiment ambivalent est abordé dans le sens du désir de vivre, le risque de suicide est réduit.

##### **I-5-2 Impulsivité :**

L'acte est un phénomène impulsif. Comme tout comportement impulsif, il est transitoire, ne dure que quelques minutes ou quelques heures. Il est généralement déclenché par les événements négatifs de la vie quotidienne. En désamorçant ces crises et en gagnant du temps, le professionnel de santé aidera à réduire le fantasme de suicide.

##### **I-5-3 Rigidité :**

Il existe une construction de la pensée, de l'humeur et de l'action chez le patient suicidaire. La pensée, l'idée de suicide demeure constante et unique et ils sont incapables de concevoir d'autres solutions au problème. Le mode de pensée est radical.

Une majorité de personnes suicidaires communiquent leurs idées de suicide et leurs intentions, ils envoient souvent des signaux et font des déclarations telles que désir de mourir sentiment d'inutilité etc.

Toutes ces demandes d'aide ne doivent pas être ignorées par l'interlocuteur.

Quels que soient les problèmes, les sentiments et les pensées exprimées par la personne suicidaire semblent identiques sur tous les continents. (Sourbrier, 2002, p15, 16).

## **I-6- Aspects nosographiques :**

### **I-6-1-Le suicide chez les névrotiques :**

Les tentatives de suicide s'inscrivent en général dans un contexte où la structure névrotique est encore instable, facilement déséquilibrée à l'occasion de la perte d'un objet réel ou imaginaire ou par le surgissement de conflit intrapsychique et relationnel dont la futilité apparente est sans commune mesure avec leur perception subjective : une légère déception, une frustration anodine, une parole maladroite deviennent des traumatismes destructeurs, parce qu'elles viennent confirmer un phantasme d'insatisfaction, d'infériorité et d'incomplétude et mesurer l'écart par rapport à l'image idéalisée de soi.

(Srael.. 1977, p145).

#### **I-6-1-1-Les modalités du suicide hystériques :**

La tentative de suicide se fait généralement par une intoxication médicamenteuse et une phlébotomie, qui laissent une chance aux secours d'intervenir d'autant que la tentative a souvent été annoncée ou a été organisée de façon à être découverte avant qu'il ne soit trop tard .le théâtralisme de la tentative de suicide de l'hystérie fait souvent méconnaître la profondeur du conflit sous-jacent, ou de la dépression. (Pierre, 1994, p 355).

#### **I-6-1-2-Chez les obsessionnels :**

Le passage à l'acte est rare car il est souvent très grave et s'apparente à celui du mélancolique. Ces tentatives souvent déclenchées par un propos jugé offensant, réactivant une culpabilité grandiose, doivent être distinguées des phobies d'impulsions où le malade lutte par des évitements compulsifs contre son attirance pour la fenêtre ou des objets coupants par exemple. Ces impulsions donnent très rarement lieu à des passages à l'acte car elles restent généralement à l'état d'idée et sont métabolisées à l'intérieur du psychisme de l'obsessionnel.

(Lévy, 1994. p 355).

**I-6-1-3-Chez les phobiques :**

La tentative de suicide est souvent réactionnelle à une situation phobogène immédiate. (Lévy, 1994. p355)

**I-6-2- Le suicide chez le psychotique :**

Le passage à l'acte chez le psychotique se caractérise par l'emploi de procédés bizarres ou symboliques parfois accompagnés d'automutilation avec une mise en scène impressionnante par son étrangeté ou son horreur (castration, décapitation...). Certains scénarios font parfois suspecter une origine criminelle.

Dans ces phases processuelles, on invoque plusieurs « explications » au passage à l'acte : soumission à un ordre hallucinatoire, rationalisme morbide, raptus au cours d'un accès de dépersonnalisation, panique devant l'étrangeté du vécu délirant, fuite devant des persécuteurs imaginaires. (Racle, 2009, p84).

C'est au cours des phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic, que les patients se suicident le plus souvent]. Le suicide survient plus volontiers au cours des épisodes aigus de la maladie, surtout au cours du premier épisode psychotique. Mais la vulnérabilité serait maximale dans la semaine et dans les trois mois qui suivent la sortie des unités d'hospitalisation psychiatrique. (Morel, 1998, p88)

**I-6-2-1- Le suicide chez les schizophrènes:**

La schizophrénie est une psychose débutante chez l'adulte jeune qui affecte 1 à 1,5 % de la population. Elle se caractérise par des troubles du cours de la pensée, des idées délirantes, des hallucinations et une discordance affective.

C'est une pathologie d'évolution bien souvent chronique, au pronostic lourd, source de désinsertion socioprofessionnelle et d'isolement affectif.

Les suicides des schizophrènes sont assez fréquents. Classiquement, il s'agit de passage à l'acte imprévisible, irrationnel et incompréhensible dont la violence et par conséquent l'issue sont souvent fatales. En fait, on peut distinguer les suicides qui se produisent en phase aiguë, au cours d'épisodes délirants, hallucinatoires. Les patients souffrant de schizophrénie ont volontiers recours à des moyens violents dans leurs tentatives de suicide, parfois atypiques (défenestration, recours à une arme à feu...). Ceci explique qu'elles aboutissent plus fréquemment que les tentatives de suicide médicamenteuses. (Pirlot et Cupa, 2012, p112)

La létalité des moyens employés traduit une plus forte intentionnalité Suicidaire :

- Défenestration, saut dans le vide [40 %] ;
- Intoxications médicamenteuses volontaires [27 %] ;
- Noyade [13 %] ;
- Pendaison [7 %] ;
- Automutilation par arme blanche [7 %] ;
- Blessure par arme à feu [7 %] ;
- Autres : immolation, empoisonnement, interposition sur la circulation [1 %].

### **Caractéristiques cliniques d'un schizophrène :**

- Idées de persécution, ordres hallucinatoires... [34 %] ;
- La description de symptômes dépressifs [50 %] ;
- Plaintes au sujet d'effets secondaires des traitements psychotropes ;
- Abus de substances et d'alcool ;
- Désir d'attirer l'attention [18 %]. (Pirlot.et. Cupa, 2012. p113)

### **I-6-2-2-Le suicide chez le paranoïaque :**

Le paranoïaque se suicide le plus souvent :

- Soit au titre d'accident dépressif par le fait de l'aboutissement de la rancœur et de la revendication.
- soit par association à des conduits alcooliques.

Il utilise en revanche, souvent la menace suicidaire, revendication contre le monde extérieure dont le but n'est pas de s'auto agresser mais d'agresser l'autre. (Lafay.et. Manzarena.2002, p56)

### **I-6-3- Le suicide chez les états limite :**

Le diagnostic de psychopathie, de déséquilibre caractériel, de personnalité borderline, derrière lesquels chacun mettrait certainement des nuances significatives, figure très fréquemment sur les observations des suicidaires.

Ce qui n'étonne pas puisque l'impulsivité, l'instabilité, l'intolérance aux frustrations, les conduites déviantes, tous traits comportementaux ou caractériels pouvant être rattachés à l'immaturation et à la dysharmonie dans le développement psychoaffectif. (Andier., 1994, p212).

**I-6-3-1-Le suicide chez l'alcoolique et le toxicomane :**

Lorsqu'un alcoolique se suicide, c'est très souvent parce que l'alcool ne remplit plus son office de médicament antidépresseur ou anxiolytique, Cette réflexion renvoie le suicide de l'alcoolique, à celui du dépressif et du psychopathe en situation de deuil (réel ou imaginaire).

Le passage à l'acte est parfois masqué sous la forme d'accidents (de circulation notamment) survenu au cours de paroxysmes éthyliques sans qu'on sache exactement la part du hasard et celle de la volonté suicidaire en raison de l'état d'agitation confuse du sujet. (Ingold, 1987, p184)

Pour le toxicomane, la mort est une éventualité toujours présente : quelle soit délibérément provoquée ou simplement défiée dans un flirt répétitif, elle fait intensément partie de sa vie.

Tous les moyens sont utilisés avec un recours fréquent à des méthodes violentes. Un point doit être cependant brièvement discuté, celui de l'overdose. Non pour son importance numérique, mais à cause de son impact émotionnel sur le public comme sur le toxicomane lui-même.

C'est dans ce sens que la toxicomanie rejoint la tentative de suicide qui est souvent une conduite ordalique, un non-choix fondamental, un abandon au destin. Cette ambivalence primordiale qui est au cœur de la problématique toxicomaniaque dérive du dualisme des instincts de vie et de mort. (Lévy, 1994, p354).

**I-6-4-Maladie somatique : exemple de SIDA :**

Plusieurs auteurs observent que certaines pathologies somatiques augmentent le risque de suicide. C'est le cas de pathologies graves ou chroniques, comme un cancer, un traumatisme crânien ou un ulcère gastrique (Mackenzie, 1987, p98).

C'est également le cas pour l'infection par le VIH lors de la découverte du diagnostic et de l'entrée dans la phase de SIDA.

Dans cette dernière phase, on note selon les études une augmentation de la fréquence des morts par suicide de 16 à 36 fois par rapport à la population générale. Cependant, parmi la population de personnes atteintes de maladie somatique, y compris le VIH, le suicide survient rarement en l'absence d'une comorbidité psychiatrique (Marzuk, 1991, p68).



**I-7-Les différentes approches de suicide :****I-7-1-Approche psychanalytique :**

En psychanalyse, La question se pose s'il faut définir l'acte suicidaire dans un conflit pulsionnel ou un conflit du Moi propre à son affirmation.

**Sigmund Freud** a parlé de suicide et de la pulsion de mort dans ces travaux : « deuil et mélancolie », « considérations actuelles sur la guerre et sur la mort.

**- Le suicide et l'acte manqué :**

En 1901, Freud évoque l'automutilation et le rapport entre actes manqués, accidents inopinés et suicide, il classe ce dernier sous la rubrique de la psychopathologie de la vie quotidienne .Le suicide s'intègre donc dans le large éventail des actes manqués, lapsus, maladresse.

L'acte manqué est un acte par lequel un sujet substitutive malgré lui, à un projet ou à une intention qu'il vise délibérément une action ou une conduite totalement imprévue .L'acte soi-disant manqué est finalement réussi, cette notion résulte du désir inconscients. L'acte manqué a un sens et représente l'équivalent dans l'agir au lapsus dans le langage. (Morel, 2004, p14)

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

Freud 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, 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. (Freud, 1920, p110).

Dans la seconde topique, Freud explique la tendance au suicide par un processus pulsionnel différent. Ce qui est dangereux pour le moi est la déliaison des pulsions de vie et de mort, normalement intriquées. Toute transposition de la libido d'objet en libido du moi provoque une « désunion pulsionnelle », une « désexualisation » qui libère la pulsion de mort en « tendance à l'agression et à la destruction ». Or, une telle transformation se produit lors de la sublimation ou à chaque fois que l'on renonce à un objet d'amour en s'identifiant à lui, un mécanisme que Freud considère maintenant comme banal.

Le surmoi, qui résulte d'une telle identification à partir de l'amour des parents, devient alors le réservoir des pulsions de mort qui peuvent s'acharner sur le moi. Celui-ci peut, dans certains cas dont la mélancolie fournit encore le paradigme, s'abandonner lui-même à la férocité du surmoi, puis, se sentant haï et persécuté, dépouiller son investissement libidinal narcissique et enfin se laisser mourir (Morel ; 2004, p12)

### **-Deuil et mélancolie :**

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 » (Freud, 1984, p183).

En 1915, dans « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort » Freud avait précisé que la mort est toujours la mort de l'autre, car rien de pulsionnel 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. (Freud, 1915, p235).

La vision de **Jack Lacan** est complètement différente de celle de Freud, Lacan considère que le suicide : appartient à la problématique de l'acte, développe surtout dans les années 1960, d'abord avec l'opposition, devenue classique, entre l'acting out et le passage à l'acte, puis avec une élaboration du concept d'acte dans le séminaire inédit de 1967-1968.

Où « l'acte analytique » est pris comme le paradigme des autres actes. Outre la séparation, l'acte à deux autres références freudiennes : d'une part l'acte manqué, d'autre part l'agieren articulé par Freud à la répétition. (Morel, 2004, p13)

Lorsque on parle de **Karl Menninger** on remarque que ses écrits c'est une suite d'une pensée freudienne.

Le récit le plus approfondi sur le sujet a été établi par Karl Ménéninge, célèbre psychiatre américain, dans son livre « man against himself », publié en 1938.

Le suicide est le résultat de l'instinct de mort ou de la tendance à l'autodestruction de l'être humain. Tend à dire que cette tendance suicidaire se retrouve à divers degrés dans différents comportements et états pathologiques. Voici des exemples :

La psychose est en réalité une maladie où la personne, par déni, refuse la réalité du monde.

L'alcoolisme serait un geste d'autopunition pour ôter sa culpabilité engendrée par des gestes agressifs et calmer sa souffrance morale.

Enfin, les gestes d'automutilation seraient les formes les plus visibles de ce désir de se donner la mort. Certains auteurs voient en la mort l'expression du désir d'une réunion narcissique sur le plan des fantasmes, une espèce de fuite en avant à la recherche d'un paradis perdu. (Menninger, 1938, p441).

Et pour **Otto Fenichel** Développera l'idée de la révolte du moi envers le surmoi, dans l'intention, inconsciente, évidemment, de détruire une figure d'autorité. (.Pirlot. et .Cupa, 2012, p110)

Dans la réalisation de ce travail on a choisi d'adopter l'approche psychanalytique, qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche. On a expliqué le phénomène de suicide selon l'approche psychanalytique mais on va essayer aussi d'expliquer le phénomène de suicide selon plusieurs approches pour mieux comprendre ce phénomène.

### **I-7-2-La théorie de comportementales sur suicide :**

L'approche comportementale assimile le suicide à un comportement de résolution de problèmes. La tentative de suicide apparaît comme une ultime solution pour se soustraire à une situation intolérable que le sujet ne sait pas maîtriser et dont il a la conviction de ne pouvoir échapper par un autre moyen d'adaptation pathologique qui traduit la perte de contrôle du milieu.

L'approche comportementale a cherché à cerner le déterminisme à la fois dans la nocivité du milieu et dans la détresse acquise par Seligman et par celui de la diminution relative des renforcements Lewinshon. La défaillance des

capacités d'adaptation renvoient à la déficience des processus de maîtrise et à l'insuffisance des habilités sociales.

Cependant dans l'étude de Gosalvez et Coll (1984) le lieu de contrôle n'a pas permis de différencier des adolescents suicidaires d'un groupe contrôle.

La déficience de l'aptitude à la résolution des problèmes a été objectivée chez les adolescents suicidant par Livenson et Neuringer (1971). Cette déficience renvoi principalement à une rigidité de la pensée dont on a pu dégager quelques aspects de rétrécissement du champs de la conceptualisation à la pensée dichotomique (Livencen, 1972, Neuringer) Le rôle de l'insuffisance des habilités sociales et de résolution des problèmes interpersonnels, a été souligné dans le déterminisme des difficultés rationnelles et de l'isolement des suicidant (Lieberman et Eckman, 1981)

Ces éléments concourent à démunir l'adolescent face à une situation de crise que ces cognitions négatives lui font dramatiser. En l'absence de possibilité de réponse plus adéquate, la tentative de suicide va s'imposer comme la solution dernière pour modifier une situation insupportable. Cette issue peut être faillite si l'adolescent a été exposé dans son entourage à un modèle de comportements suicidaires (Chabrol, 1992, p82)

### **I-7-3-La théorie cognitive sur suicide :**

Du suicide n'est pas nouvelle. Elle prend son origine dans les modèles cognitifs développés par Ellis (1962), d'zurilla et Goldfried (1971), Abramson, Seligman et Teasdale (1978), Bech, Rush, Shaw et Emery (1979) et dans les travaux de Shneidman (1960, 1961, 1969) sur la pensée constrictive ou rigide du suicidé.

Dans cette perspective, le suicide d'un individu est conçu comme la conséquence d'un dysfonctionnement dans sa façon d'interpréter les événements intérieurs et extérieurs (Chabrol, 1984).

Chez les jeunes, Lennigs (1993) trouve qu'un dysfonctionnement cognitif dans la façon d'interpréter les événements intérieurs et extérieurs peut entraîner des conduites suicidaires. (Dufresne, 2001, p6).

La théorie de Beck repose sur la notion de schéma cognitive. Le schéma représente des comportements cognitives constitués de l'ensemble des connaissances engrangées par un individu. Ces structures réagissent avec l'encodage, le stockage et le rappel de nouvelles informations. En guidant les

différents processus tels que l'attention, la perception, l'interprétation et la mémoire.

Selon Beck les individus à risque de développer une dépression en acquies des structures ou schéma dysfonctionnels, construit dans l'enfance qui s'adapte à certaines expériences liées à la perte ou à l'échec.

Au moment où ces individus sont exposés à des situations négatives semblables à celles passées, les structures à contenu négatives sont réactivées. Cette réactivation exerce alors une influence négative sur le traitement de l'information, l'individu dirigeant ses ressources vers les éléments de l'environnement qui concordent avec ses schémas acquis.

Ainsi le schéma déprimé montre une attention plus grande aux stimuli à caractère dépressif, il résout une situation ambiguë par une interprétation négative et témoigne un rappel facilité pour les informations dépressogènes .

Par ce schéma dysfonctionnel provoque chez le sujet déprimé se perçoit comme une personne sans valeur, inadéquate, envisage le monde actuel et futur comme un monde rempli d'obstacles sans espoir.

Lorsqu'il est activé, le schéma dysfonctionnel provoque chez le sujet un enchaînement de pensées automatiques négatives et non un raisonnement logique .Il représente un facteur de vulnérabilité pour le développement de la dépression .Le sujet peut en arrivant à être convaincu du caractère désespère de sa situation, il croit qu'il ne peut pas supporter sa souffrance et qu'il ne peut pas trouver de solution à ses problèmes.

Le suicide représente la seule issue à son désespoir .Le désespoir joue un rôle de catalyseur, alors que le trouble de la pensée à d'avantage un rôle déterminant dans la conduite suicidaire.

Ainsi l'association entre dépression et suicide dépend du facteur désespoir. La corrélation entre intensité du désir suicidaire et perspective négative du futur est plus élevée qu'entre dépression et intensité du désir suicidaire. (Lemperière, 2000, p56)

**I-7-4-Approche psychiatrique dans la clinique du suicide :**

**Pour Esquirol**, le suicide a toutes les caractéristiques des aliénations mentales, ce qui contribue à inclure ce comportement dans la clinique psychiatrique. Il considère 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. (Racle, 2009, p 23).

**Selon Delma :**

Excluant la notion de sacrifice, de meurtre involontaire, inconscient, d'euthanasie, pour ne garder que le désir conscient de mourir, le suicide est donc, toujours pathologique, en rapport avec une anxiété qui relève de la constitution psychopathique. (Racle, 2009, p 110).

**Selon Brière de Boismon :**

Il considère le suicide comme une maladie, il distingue deux formes :

La première où la raison est conservée, tandis qu'elle se perd dans la seconde forme. La raison n'est pas conservée, 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). (Racle, 2009, p110)

**Pour Henri Ey :**

Le suicide pathologique résulte de la dépression et de l'anxiété. Deux niveaux de troubles instinctivo-affectifs déterminent le suicide, et correspondent à deux variétés de réactions suicidaires

1. le raptus suicidaire, à craindre au décours d'une mélancolie, dans l'épilepsie, l'alcoolisme aigu.
2. les comportements suicidaires impulsifs, secondaires à une pathologie qui peut être soit démence sénile ou les états confus-oniriques, soit la mélancolie mais aussi par des angoisses majeures, des idées suicidaires, voire des hallucinations, avec le cas extrême du suicide collectif. (Racle, 2009, p 114).

**I-8-La prévention de suicide :****I-8-1-L'impossible prédiction du suicide :**

L'identification de plus en plus précise et étendue de facteurs de risque suicidaire ne permet cependant pas de pouvoir prédire un suicide. Si les différents facteurs de risque ont une utilité en pratique clinique, leur connaissance permet d'envisager deux catégories d'actions préventives : l'une vise à mieux traiter certains facteurs de risque curables, tels les troubles psychiatriques, en particulier les dépressions, l'autre consiste à identifier des populations à haut risque suicidaire, de manière à leur appliquer des mesures préventives. La rareté statistique du suicide s'accompagne d'un nombre très élevé de faux positifs. Il faut donc limiter cette prévention à des mesures peu contraignantes, tant sur le plan individuel que sur le plan économique, si l'on ne veut pas voir leur coût et leurs inconvénients excéder les bénéfices qu'on peut en attendre. (Hardy, 1997, p17)

**La nécessaire prévention médicale :**

Quatre types d'interventions médicales peuvent cependant permettre de prévenir utilement le suicide :

- Le repérage et l'intervention lors de situations de crise suicidaire
- La prise en charge des suicidant.
- L'amélioration du diagnostic et du traitement des troubles mentaux, en particulier des dépressions.
- La prévention du suicide auprès des sujets à hauts risques que sont les malades hospitalisés en psychiatrie. (Hardy, 1997, p17)

### **Conclusion :**

Le suicide est un problème complexe, aussi les efforts de prévention nécessitent-ils une coordination et une collaboration entre de multiples secteurs de la société, dont le secteur de la santé et d'autres secteurs, tels que l'éducation, l'emploi, l'agriculture, l'industrie, la justice, le droit, la défense, la politique et les médias. Ces efforts doivent être complets et intégrés car aucune approche utilisée seule ne peut avoir un impact sur une question aussi complexe.



***CHAPITRE II :***

***LE VECU***

***PSYCHIQUE***

**Préambule :**

Si le suicide est avant tout un acte de violence contre soi-même, c'est aussi un acte de violence extrême contre l'autre, Il nous rappelle que la mort existe, que vouloir mourir existe. Il met ainsi en question les valeurs de la vie. Cette réalité entre négation et rejet perturbe le processus de deuil à mener après un suicide, le rendant particulièrement complexe et difficile.

Pour la mère, l'enfant est une partie d'elle-même et quel que soit son âge, il est et restera son enfant, un morceau de son foie. Il est difficile pour la mère d'accepter qu'une partie d'elle-même, et qu'un de ses membres se donnait la mort de cette manière.

**I- Le vécu psychique :****I-1- Définition de vécu psychique :**

1- Le vécu se dit de « ce que s'est passé ou qui aurait pu se passer réellement; qui fait référence à la vie elle-même, à l'expérience que l'on en a, cette expérience ». (Labro.2010, p.1682).

Nous allons aborder dans ce volet tous ce qui est en relation avec le vécu du traumatisme et le processus de deuil ainsi que la résilience chez la mère.

**I-2-Définition de la mère :**

**I- 2-1- selon le dictionnaire HACHETTE** La mère se définit, comme : « femme qui a donnée naissance à un ou plusieurs enfants ». (Labro.2010, p.1028).

Pour les psychanalystes, la mère ne modèle pas l'enfant .Elle lui transmet des éléments de sa propre histoire et de l'environnement, souvent sans s'en rendre compte

**I-2-2-selon Sigmund Freud :** la mère est plutôt l'objet d'un clivage, l'objet d'un jugement, qui sépare les attributs de cet autre primordial d'avec une structure imposante du fait de son irréductibilité à toute qualité et que Freud appelle la chose (More, 2004, p84)

**I-2-3-selon Jean Lacan :** la mère entérine dans le stade du miroir l'image intégrale que son enfant lui montre dans le miroir mais elle ne saurait garantir cette intégralité de l'image du corps car celle-ci n'est qu'une illusion. La mère désirante dans l'œuvre lacanienne des années 1950 n'est certainement pas « assez bonne » (Morel ; 2004, p84)

**I-2-4-selon Donald Winnicott :** « dans son environnement, c'est graduellement que des parcelles de la technique des soins, des visages vus, des sons entendus et des odeurs senties seront juxtaposées pour composées un seul être qu'on appellera la mère » (Morel ; 2004, p84)

## **II-La résilience :**

### **II-1-Origine du concept résilience :**

La résilience est un terme français, issu du latin *resilientia*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner la « résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre ».

D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme résilier est étymologiquement constitué de (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) résilier signifie donc littéralement sauter en arrière, se rétracter. Ainsi, la résilience est l'acte par lequel on met fin à un engagement, à une promesse, à un contrat. la résilience se situe donc dans le processus de désengagement. (Marie, 2005, p. 34)

### **II-2-Définition de la résilience :**

La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologique et socio-psychologique) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapyschique) et externes (environnement social et affectif), permettant d'allier une construction psychique adéquate et l'insertion sociale. (Marie, 2005, p. 34)

**Selon Peter Fonagy (1994) :** la résilience peut être considérée comme un développement normal face à des circonstances difficile. Cet auteur relie la résilience avec les théories de l'attachement.

Alors que nous verrons que le psychanalyste **Lemay (1999)** : qui propose également une approche assez transversale de la résilience, fait d'avantage le lien avec la théorie psychanalytique.

**Selon Boris Cyrulnik(1999)** : rappelle que la résilience en psychologie est souvent définie comme : la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative. la résilience réfère donc à un processus complexe résultant de l'interaction entre l'individu et son environnement.

**Boris Cyrulink** :(2001) précise que pour qu'il y ait résilience, il faut qu'il y ait eu confrontation à un traumatisme ou à un contexte traumatogène, ce qui rejoint le point de vue des chercheurs d'orientation psychanalytique qui considèrent que le traumatisme est l'agent de la résilience.

**Claude de Tychey** : (2001) indique qu'un consensus semble établi pour définir la résilience comme la capacité de l'individu de se construire et de vivre de manière satisfaisante malgré les difficultés et les situations traumatiques auxquelles il peut se trouver confronté.

**Pour les psychanalystes et cliniciens** : se référant à la métapsychologie freudienne les atteintes traumatogènes sont donc le préalable à l'émergence du processus résilient qui réfère avant tout à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme.

La définition de la résilience en tant que processus psychique peut être formulée ainsi : Capacité à maintenir une homéostasie endopsychique intersubjective dans les conditions traumatogènes.(Bessoles,2001).

Une définition transversale de la résilience proposée en commun par Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulink (2001) : la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères. (Marie, 2005, p. 34)

**II-3 -les formes de la résilience :**

**II- 3-1-La résilience conjoncturelle :** est la résultante de la confrontation à un traumatisme extrême, massif et unique.

**II-3-2-la résilience structurelle :** correspondrait à une résilience en lien avec des souffrances (ordinaires) plus quotidiennes et serait la résilience de tout un chacun.

La définition de la résilience s'apparente à la prise en compte du développement des mesures défensives des individus non confrontés à des événements traumatiques mais plus ordinairement confrontés aux stress de la vie et laisse supposer que tout individu serait résilient. Ainsi le développement de la résilience correspondrait à un processus normal de développement chez les êtres humains sains. Cependant, cette question continue à diviser les chercheurs et les praticiens.

D'autres distinctions apparaissent dans l'approche de la résilience individuelle, on peut notamment citer celles qui se fondent sur le caractère actif ou passif du comportement de résilience.

Ainsi, l'expression active de la résilience renvoie à une attitude combative, alors la forme passive suppose la survie au prix d'une certaine résignation. Sachant qu'un même individu pourrait tour à tour faire preuve de résilience active ou passive à différents moments de son existence, ou face à des événements différents, cette distinction peut apparaître comme peu pertinente, en tout cas essentiellement d'ordre descriptif. (Marie, 2005, p. 49)

**II-4-Les critères du processus résilient :**

**Michael Rutter (1985 ; 1996) :** a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. Il considère que ces personnes, face à des situations d'impuissance et d'absence d'aide qui accompagnent habituellement des situations de stress et d'adversité, mettent en place d'autres formes de comportements qui font appel à des modes de fonctionnement spécifiques qui prennent appui sur des mécanismes d'élaboration de la pensée.

Selon Rutter, la personne résiliente concilie trois caractéristiques :

**II-4-1-la conscience de son auto- estime (ou auto- appréciation) et du sentiment de soi :**

Cet aspect renvoie à l'estime de soi, c'est-à-dire aux caractéristique par les quelles le sujet peut se définir et avoir le sentiment de sa propre valeur. Rutter considère comme nécessaire l'existence d'un bon développement de l'estime de soi chez les individus résilients.

L'estime de soi pouvant se définir comme l'image que l'individu se forge de lui-même et le sentiment de sa propre valeur se traduisant à travers un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur.

L'estime de soi recouvre une disposition mentale qui prépare l'individu à réagir selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelle. Elle indique dans quelle mesure l'individu se croit capable, valable, important.

Selon André et Lelord(1999) l'estime de soi comporte trois dimensions.

1- L'amour de soi.

2 -la vision de soi.

3- la confiance en soi.

Cette appréciation de l'estime de soi pourra être affectée par les événements de la vie et les expériences individuelles. Elle est donc sujette à variations chez un sujet au cours de son développement. Mais l'amour de soi aidera l'individu à se reconstruire après un échec. (Marie, 2005, p52)

**II-4-2- la conscience de son efficacité :**

Cette caractéristique correspond chez un sujet, à la croyance et à la confiance dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. L'individu résilient aurait donc tendance à voir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence. Le sentiment d'auto- efficacité permet l'anticipation et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir les capacités requises pour réussir une tâche déterminée. Ce sentiment rejoint pour partie la confiance en soi. (Marie, 2005, p52)

**II-4-3-un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux :**

Ce dernier point se réfère à l'expérience et à la capacité pour l'individu résilient de s'appuyer sur des expériences personnelles, familiales ou extra familiales (dans l'entourage proche de l'individu) suffisamment positives, ou reconnues comme telles socialement. (Marie, 2005, p52)

Un ces trois caractéristiques, qui font référence à la description d'un processus psychique et comportemental, apparaissent intimement liées dans le fonctionnement du sujet résilient. Rutter souligne le rôle fondamental des ressources internes de l'individu face à des conditions extérieures défavorables et sa capacité à tirer profit des potentiels environnementaux extra-familiaux, lorsque la famille est défaillante. Dans cette perspective certains auteurs considèrent que la résilience réside plus dans l'appartenance d'une personne à un contexte social et relationnel sur lequel elle prend appui, plutôt que dans ses caractéristiques individuelles en tant que telles.

Les travaux de Rutter et al. (1985 ; 1996) En prenant en compte les capacités pour le sujet résilient de trouver des ressources en liaison avec le réseau social vont dans le sens de l'importance accordée à l'adaptation et à l'autonomie dans le processus de résilience. Nous retrouvons tout ou partie de ces caractéristiques dans les observations faites par d'autres auteurs dont nous proposons un aperçu de littérature , dans le but d'esquisser une approche des mécanismes mis en jeu par les sujets pour s'ajuster aux situations traumatiques ou plus exactement traumatogènes et les dépasser. (Marie, 2005, p53)

**II-5-Les facteurs de protection :****II-5-1- facteurs de protection individuels :**

Les facteurs de protection sont nécessaires au bon fonctionnement du processus de résilience .Il y a résilience « lorsque les facteurs de protection prennent le dessus sur les facteurs de vulnérabilité et permettent de tempérer le danger de désorganisation psychique et d'atténuer l'impact du traumatisme » (Anaut, 2012, p 69).

- **Plusieurs traits de personnalités :** sont des facteurs de protection. Mentionnons, entre autres, les traits suivants : charisme, compréhension de soi , détermination, empathie, estime de soi (amour de soi, vision positive, confiance en soi), flexibilité, humour, indépendance, initiative, optimisme, persévérance,

responsabilité, robustesse, sociabilité ainsi qu'un tempérament actif, doux, ouvert (Rousseau, 2010,p78)

Parmi ces traits, l'estime de soi implique de se connaître, de s'accepter tel que l'on est (forces et faiblesses) et d'être honnête envers soi-même. C'est assumer ses défauts, améliorer des aspects qu'on voudrait changer, et éviter de se mentir en reconnaissant et en assumant nos émotions. Passer à l'action en étant fidèle à soi-même et accumuler des expériences positives (réussites) et des défis relevés permettent de gagner en confiance en soi et en estime de soi (Rousseau, 2010, p79).

Le sentiment de contrôle, d'efficacité personnelle et émotionnelle, permet aussi de gagner en confiance (Rousseau, 2010; Manciaux, 2001). Cela permet de prendre davantage d'initiatives, de maintenir les efforts et d'augmenter les chances de réussir. Cela fera alors augmenter le sentiment de confiance et l'estime de soi. Il faut toutefois prendre garde à un sentiment d'efficacité personnelle qui serait supérieur aux capacités réelles, car cette surévaluation pourrait avoir des effets nuisibles (Rousseau, 2010, p80).

**-Les habiletés sociales et aptitudes relationnelles :** sont elles aussi des facteurs de protection. Elles impliquent l'habileté à communiquer, à s'affirmer avec respect (tact, diplomatie, courtoisie), d'être capable d'entrer en contact aisément avec les gens et de demander et de recevoir de l'aide (faire confiance aux gens comme ressources). C'est aussi l'entraide, la réciprocité, la solidarité, s'ouvrir aux points de vue différents et savoir régler les conflits

**-Les croyances et les valeurs :** incitent à faire confiance à l'avenir malgré l'adversité, s'appuient sur la possibilité de nous en sortir et mettent l'accent sur la bonté de l'être humain. Elles renforcent la résilience car elles ont un impact sur nos relations, notre conduite avec les autres.

Les croyances et les valeurs conduisent aussi à la recherche de sens, un autre facteur de protection. Trouver un sens à la vie ou à ses blessures permet de métamorphoser la souffrance en engagement, de s'impliquer, d'aider les autres. Une autre façon de dépasser ses souffrances vient des aptitudes artistiques et de la créativité. Le dessin, la peinture, le théâtre permettent d'exprimer ce qu'on n'arrive pas nécessairement à dire d'une autre façon (Rousseau, 2010,p90).

**-Les émotions positives :** sont elles aussi des facteurs de protection, puisqu'elles aident à rétablir le bien-être. Éprouver des émotions positives en



situation de stress permet de profiter de ces émotions pour régler avec succès les effets émotionnels négatifs. La capacité de représenter ses émotions et de contrôler efficacement sa vie émotionnelle permet de gérer plus efficacement ses émotions lors de situations stressantes. Ainsi, les émotions positives participent positivement au processus d'adaptation et une attitude positive aide à trouver une signification positive aux circonstances négatives.

**-Les stratégies d'ajustement :** sont des facteurs de protection, du moins celles centrées sur le problème, sur les émotions ou le coping proactif. Se centrer sur le problème permet de planifier nos actions pour ensuite agir et tenir bon pour tenter de régler le problème. Se centrer sur les émotions permet d'avoir une certaine prise sur les événements, de faire face à l'anxiété de façon constructive.

**-Les mécanismes de défense :** sollicités pour faire face à des situations d'adversité, bien que souvent inconscients, sont eux aussi des facteurs de protection.

Selon Boris Cyrulnik, les mécanismes de défense les plus utilisés chez l'adulte sont « la sublimation, le contrôle des affects, l'altruisme et l'humour. Il faut toutefois prendre garde au fait que certains mécanismes de défense soutiennent la résilience, alors que d'autres peuvent la retarder.

Dans les stratégies pouvant favoriser la résilience, l'humour permet de trouver des éléments amusants et ainsi de libérer des tensions. La sublimation permet de transformer la blessure en actions créatives et il est possible d'utiliser son vécu pour aider les autres. L'anticipation permet de diminuer le risque d'un trauma, en explorant des scénarios potentiels et en se préparant mentalement et émotionnellement. Il peut toutefois y avoir une différence entre les scénarios imaginés et la réalité (Rivest, 2011, p249).

Parmi les mécanismes qui retardent la résilience, on trouve l'hyperactivité, l'intellectualisation, le déni et la banalisation. En étant hyperactif pour éviter de penser à ce qui s'est passé, on ne fait que retarder le moment où il faudra gérer les émotions qui risquent fortement de revenir. L'intellectualisation aussi, en généralisant pour éviter un affrontement personnel, ralentit le processus de résilience en coupant de l'émotion vécue. En étant dans le déni, en niant la réalité de la crise, on amorti temporairement la souffrance, mais cela ne permet

pas de régler concrètement les problèmes. Il en est de même de la banalisation, qui consiste à diminuer la gravité de la crise (Rivest, 2011, p250).

Les auteurs mentionnent plusieurs autres facteurs de protection individuels : l'absence de maladie grave ou d'accident, un attachement sécurisant, l'engagement, une identité forte et positive, un lieu de contrôle interne, ainsi que l'orientation vers la réussite, vers un but (Manciaux, 2001, Waller, 2001).

Il est aussi question d'un bon fonctionnement intellectuel (QI élevé, capacité à planifier, stratégies de coping, mécanismes de défense, résolution de problème) et émotionnel (Intelligence émotionnelle, régulation émotionnelle), de la capacité à prendre une certaine distance face aux événements subits, à confronter ses pensées erronées et à les remplacer par des pensées réalistes, ainsi que de faire une évaluation réaliste de l'environnement (Rousseau, 2010, p95).

#### **II-5-2- facteurs de protection familiaux :**

- parents chaleureux et soutien parental.
- bonne relation parents / enfants.
- Harmonie parentale (entente).

#### **II-5-3-facteurs extra- familiaux :**

- réseau de soutien social (grands – parents, pairs...).
- Expériences de succès scolaires.

Nous pouvons remarquer que les facteurs de protection répertoriés sont de nature différente ; certains sont internes au sujet et concernent ses ressources propres, alors que d'autres dépendent l'interaction avec l'environnement (famille, groupe ou communauté) ; enfin les sujets ne disposent pas des mêmes facteurs de protection ni de même usage en fonction de leur âge (ou stade de développement). (Anaut, 2005, p40)

#### **II-6- les facteurs de risque :**

La définition des facteurs de risque peut être empruntée à Marcelli (1996) qui considère comme facteur de risque : « toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité supérieur à celui que l'on observe dans la population générale à travers les

enquêtes épidémiologiques » les facteurs de risque comprennent différentes dimension : biologique, relationnelles et sociales.

Selon Garmezy(1996) un facteur de risque pourra être « un événement ou une condition organique ou environnementale qui augmente la probabilité des problèmes émotifs ou de comportements ».

**-Les facteurs de risque peuvent être regroupés selon deux catégories :**

**II- 6-1- les facteurs liés à la configuration familiale :** la séparation parentale, la mésentente chronique, la violence, l'alcoolisme, la maladie chronique d'un parent (somatique ou psychique), le couple incomplet (mère célibataire), le décès d'un proche.

**II-6-2- Les facteurs sociaux-environnementaux :** la pauvreté et la faiblesse socio-économique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, l'isolement relationnel ...

A noter que c'est le plus souvent une constellation de facteurs de risque qui peut devenir source de risque et non un des risques pris isolément. Garmezy (1991) a démontré que le risque de vulnérabilisations s'accroît exponentiellement avec l'accumulation des facteurs de risque. Par ailleurs, la valeur de nocivité attribuée aux indices de risque peut dépendre de la proximité ou non du facteur de risque et des intermédiaires qui interviennent soit pour les minimiser, soit au contraire pour amplifier leur nocivité. (Anaut.2005, p 23-24)

**II-7- résilience et traits de personnalité :**

Selon block y block (1980) ont défini une forme de résilience, appelée ego-résilience, en ces termes : « la capacité d'adaptation aux circonstances variables et aux contingences environnementales, l'analyse du niveau de correspondance entre les exigences situationnelles et les possibilités comportementales, et l'utilisation souple du répertoire disponible de stratégies de résolution de problèmes »

Cette définition trouve des liens de parenté avec les approches qui mettent l'accent sur l'origine génétique des différences de comportements.

Cependant, il ne s'agit plus de rechercher l'existence d'un trait de personnalité appelé résilience, mais d'étudier un ensemble de caractéristique stable de la personnalité susceptibles de participer à la résilience.

A l'heure actuelle les travaux sur la résilience ont abandonné l'idée d'isoler un trait de personnalité, résilient, pour mettre l'accent sur les facteurs de protection qui participent à la résilience des sujets ou des groupes de sujets.

Les recherches peuvent dans ce cas porter sur la mise en évidence d'un ensemble de traits de personnalité susceptibles d'avoir un rôle protecteur face aux épreuves de la vie et à l'adversité .

Parmi les traits de personnalité corrélés à la résilience, Wolin et Wolin (1995 in Manciaux, 1999) ont retenu sept caractéristiques qui seraient présentes, à des degrés divers, dans le fonctionnement résilient. Ce sont : la perspicacité, l'indépendance, l'aptitude aux relations, l'initiative, la créativité, l'humour et la moralité. (Anaut, 2005. p. 46)

### **II-8- résilience à court terme et long terme :**

Certains chercheurs cliniciens discutent de résilience à court terme (qui correspondrait à la réponse au traumatisme) et de résilience à long terme (qui signerait l'inscription du fonctionnement résilient). D'autres décrivent le fonctionnement de la résilience (Boris Cyrulnik, 1999 ; 2001) en deux temps :

1-le premier temps de la résilience : est celui de la confrontation au traumatisme et se caractérise essentiellement par la résistance à la désorganisation.

2-le second temps de la résilience : consiste à intégrer le choc traumatique et à le surmonter par un processus de reconstruction et de réparation qui relève de la personnalité du sujet. (Anaut, 2005, p 48)

### **II-9- résilience comme processus psychique :**

La conception de la résilience en tant que processus semble avoir incité des psychanalystes à contribuer à la compréhension du modèle résilient en apportant un éclairage métapsychologique sur les « les processus psychique » à l'œuvre dans la résilience et le fonctionnement des sujet résilient(en France nous pouvons citer, p. ex, Bourguignon, 2000 ; Bessoles, 2001 ; De tychey, 2001)

Le psychanalyste Bessoles (2001) propose de mettre en liaison les facteurs de résilience ou trait de personnalité décrits par Wolin et Wolin, avec les

organismes psychiques correspondant, susceptibles d'être mobilisés dans le traitement des états traumatiques. Cela donne :

-perspicacité : capacité d'analyse, de repérage, de discrimination.

-indépendance : capacité d'être seul, autonomisation.

-aptitude aux relations : facteurs de socialisation.

-initiative : capacité d'élaboration et de représentation des inhibitions et des phobies.

-créativité : capacité à créer des formations réactionnelles et substitutives.

-humour : capacité de sublimation.

-moralité : capacité à interroger les valeurs. (Anaut, 2005, p50)

### **III-Le Deuil :**

#### **III-1- Définition de deuil :**

##### **Le processus de deuil :**

Le deuil survenant après le décès d'un proche désigne la souffrance psychique qu'engendrent cette perte et le processus évolutif prolongé dans le temps qui fait suite à la disparition. Le deuil peut se dérouler, soit de façon « normale » en suivant les étapes d'un processus désormais bien identifié, soit avec difficulté mais avec finalement une bonne résolution du deuil, soit être émaillé de complications tant psychiques que somatiques, soit enfin devenir pathologique. (Morel, 2004, p43)

#### **III-2-Les formes de deuil :**

##### **III-2-1-Le deuil « difficile » :**

Le deuil difficile est une catégorie à part qui reste dans l'axe du deuil normal. Dans le deuil difficile, c'est le vécu des différentes étapes ou l'élaboration du travail de deuil qui est difficile, dans le sens où il est plus douloureux et plus lent que dans un deuil normal. Néanmoins, en dépit de cela, on observe in fine un déroulement satisfaisant du processus de deuil et une résolution harmonieuse. Ce type de deuil bénéficie grandement d'un accompagnement professionnel ou associatif.

Différents paramètres ou facteurs de risque de deuil difficile sont à souligner :

- **La personnalité de la personne en deuil** (tempérament introverti, difficulté à nommer et à exprimer les émotions, difficulté à solliciter les réseaux de soutien... etc. – Également, antécédents de ruptures précoces, d'abandon... etc.)
- **La nature et le type de liens entre la personne en deuil et le défunt** : Le décès d'un parent peut fragiliser un enfant, le décès d'un enfant pour les parents sera très souvent traumatique. Le veuvage est aussi un facteur de vulnérabilité notamment par l'addition du retentissement psychosocial (isolement social, perte d'un patrimoine ou de revenus, etc.). Une relation conflictuelle ou complexe peut également avoir une incidence sur le vécu du deuil.
- **La cause du décès** : exposent à un deuil difficile les morts brutales, violentes, traumatiques (le deuil après suicide entre donc d'emblée dans la catégorie des deuils difficiles, sans préjuger des éventuelles complications qui pourraient en découler)
- La qualité de l'environnement social et relationnel : pauvreté des liens sociaux, isolement... etc.
- L'existence de deuils multiples (à partir de trois deuils significatifs dans l'année)
- La précarité socioprofessionnelle (ex : période de chômage)
- Le fait d'avoir à charge un proche très dépendant (ex : maladie d'Alzheimer) ou au moins deux enfants en bas (Pirlot.et.Cupa, 2012, p127)

### III-2-2-Le deuil « compliqué » :

Il n'existe pas de définition universellement reconnue du deuil compliqué. Selon Marie Frédérique Becqué (« Deuil et santé » Odile Jacob), « le deuil compliqué implique des symptômes qui dépassent ce qui est de l'ordre de l'adaptation à une situation nouvelle ». Le deuil compliqué est l'impossibilité de recouvrer les performances et le bien être connus avant la perte.

La notion de deuil compliqué recouvre une série de critères symptomatiques suffisamment sévères pour perturber le fonctionnement professionnel, affectif, relationnel de la personne en deuil, au delà des délais « normaux » des différentes étapes du processus de deuil. Associés à des pensées envahissantes avec des souvenirs, des émotions intenses et un désarroi profond lié à l'absence, on retrouve des symptômes de détresse traumatique dont 7 sont, selon Prigerson et al. (1995), caractéristiques des deuils compliqués (persistance au delà de 6 mois après la perte) :

- 1) Refus d'accepter le décès
- 2) Recherche active de la personne disparue
- 3) Langueur, désir ardent de l'autre
- 4) Préoccupations constantes au sujet de la personne disparue
- 5) Incapacité à croire vraiment à la disparition
- 6) Sentiment d'être toujours assommé, frappé de stupeur par le décès
- 7) Pleurs incoercibles.

### **III-2-3- Le deuil pathologique :**

Plus rares que les complications du deuil abordées précédemment, le deuil pathologique correspond à une situation de deuil qui se manifeste par un ou des troubles psychiatriques chez un individu parfois indemne d'antécédents psychiatriques.

La dépression clinique et les troubles anxieux sont les plus fréquents. Les décompensations de trouble de la personnalité ne sont pas rares non plus (par exemple, chez une personnalité de type obsessionnelle le tableau de deuil est dominé par l'inhibition et le repli, avec des ruminations obsessives et des idées de culpabilité). En fait, tous les tableaux de la sémiologie psychiatrique peuvent se manifester comme réaction au deuil (par exemple : deuil à tonalité hystérique ou à tonalité obsessionnelle), ce qui rend la lecture ne diagnostique pas toujours aisée tant les signes du deuil et les signes cliniques des comorbidités peuvent être intriqués.

### **Les décompensations dépressives :**

Le vécu dépressif « normal » du deuil peut se compliquer d'une authentique dépression clinique. On observe l'installation d'une dépression chronique chez 10 à 15 % des personnes. À travers sa revue de la littérature, Hensley trouve que 40 % des endeuillés ont les critères d'épisode dépressif majeur dans le mois du décès, 15 % sont encore déprimés à 1 an et 7 % le restent à 2 ans. De nombreuses publications mettent en évidence des corrélations entre l'existence d'un deuil compliqué et la survenue d'un épisode dépressif. Le risque suicidaire est alors important, dans un désir ambivalent de mettre fin à la souffrance du deuil et de retrouver dans la mort la personne disparue.



**Les troubles anxieux :**

Le deuil peut aussi favoriser la survenue de troubles anxieux comme l'anxiété généralisée, le trouble panique, etc. Le deuil est alors un facteur précipitant lié à l'anxiété de séparation. Ces troubles sont à distinguer du syndrome de stress post traumatique qui constitue une entité clinique spécifique à part.

**Les deuils psychiatriques :**

Plus rarement encore, on peut observer soit des deuils des décompensations psychotiques au cours du deuil : idées délirantes, hallucinations (autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt – qui sont des manifestations fréquentes et « normales » dans les premiers temps du deuil), comportements maniaques (manie du deuil), deuil mélancolique avec risque majeur de passage à l'acte suicidaire... etc. (Pirlot.et.Cupa, 2012, p136)

**III-3-1- Les étapes du deuil « normale »:**

Le processus du deuil normal démarre immédiatement après la connaissance du décès et se déroule chronologiquement en plusieurs phases qui vont du choc affectif, à la prise de conscience de la perte et des réactions émotionnelles associées, puis à l'acceptation progressive de la disparition et à la réduction de la douleur.

**III-3-1-La 1ère étape : choc et sidération :**

Elle est caractérisée par l'état de choc et de sidération où la personne est saisie par la stupéfaction et l'incrédulité. Elle peut exprimer un refus de croire à la réalité de la mort, voire manifester un déni transitoire. Elle se trouve brutalement plongée soit dans un état de torpeur et d'engourdissement, soit dans un état d'agitation quasi hypomaniaque dans lequel elle continue à vivre et à agir mais de façon automatique. Cet état d'anesthésie affective ou d'agitation la préserve des émotions intenses que soulève l'annonce du décès. Cette 1ère étape dure de quelques heures à quelques jours.

**III-3-2ème étape : étape de fuite et de recherche :**

Juste après le décès, même si la personne décédée n'est plus là, la dynamique relationnelle qui existait auparavant entre elle et la personne aujourd'hui en deuil continue sur sa lancée pendant des mois après son décès. Cette 2ème étape se caractérise par :



- Des attitudes (inconstantes) de « fuite » de la souffrance, comme pour tenter d'annuler la réalité de la perte. Cela se traduit par exemple par une agitation intérieure où la personne en deuil se sent sans cesse sous tension pour retrouver au plus vite une vie « normale » (réaction caractéristique : les hommes par exemple s'immergent dans le travail « pour ne pas penser »).
- Des attitudes (quasi constantes) de « recherche » où la personne en deuil tente de préserver le lien interrompu : besoin de porter les vêtements de la personne disparue, de sentir son odeur, de regarder ses photos, d'entendre sa voix (sur le répondeur de sa messagerie téléphonique). Cela s'accompagne du besoin irrépressible de parler d'elle, encore et encore.

Ces comportements perdurent de façon normale durant la première année, ce qui est mal perçu par les proches qui y voient, à tort, une complaisance morbide dans la souffrance. (Christian, 2002, p55)

### **III-3-La 3ème étape : étape de déstructuration :**

La survenue de cette étape marque un tournant dans le vécu du deuil. C'est le temps d'une prise de conscience pleine et entière de la dimension irrémédiable de la perte. Il s'en suit une majoration de la souffrance qui devient plus sourde et plus lancinante. Le manque et la conscience aigue de l'absence atteignent des niveaux que les personnes en deuil ne s'attendaient plus à connaître.

Elles sont très souvent déroutées par cette recrudescence de leur peine, alors qu'elles pensaient que le plus gros de leur douleur était derrière elle, 6 à 10 mois après le décès. Il est donc essentiel, au cours de l'accompagnement du deuil, de souligner auprès de ces personnes le caractère normale, prévisible et incontournable de cette majoration dépressive.

De fait, cette étape se caractérise par un « vécu dépressif » associant tristesse, pleurs, douleur morale, idées de culpabilité avec autoaccusation, honte, irritabilité, asthénie, anorexie, insomnie, sentiment de vide. L'association d'un sentiment d'injustice et de colère vis-à-vis du mort n'est pas rare. L'endeuillé est envahi par un sentiment d'ambivalence, pris entre le sentiment de n'avoir pas fait tout ce qui était en son pouvoir à l'égard du décédé et celui d'avoir été injustement abandonné par lui. Le ralentissement psychomoteur peut être présent mais il se manifeste souvent de manière modérée. Il existe une tendance au retrait social avec anhédonie et désinvestissement de la sphère socio-professionnelle avec une difficulté à maintenir les habitudes de travail et les

relations interpersonnelles. À cette période du deuil, il n'est pas toujours simple de faire le diagnostic différentiel avec une authentique dépression clinique.

### **III-3-La 4ème étape : l'étape de restructuration :**

C'est une étape d'intégration et d'apaisement progressif. Elle passe par une redéfinition de la personne en deuil à 3 niveaux :

- Redéfinition de son rapport au Monde et à autrui : la personne retrouve le goût pour ses intérêts habituels avec le désir de s'engager dans de nouvelles relations et dans de nouveaux projets. Globalement, on assiste à une pacification du rapport à autrui.
- Redéfinition de son rapport à la personne disparue : la personne en deuil parvient à évoquer le souvenir de la personne disparue sans douleur excessive. Là encore, le lien se pacifie et les identifications positives et autres « gains » du processus de deuil sont valorisés. Certes, la douleur surgit à certains moments ou à des occasions particulières, comme par exemple aux anniversaires et à la période des Fêtes, mais ceci est normal même des années après le décès.
- Redéfinition de son rapport à elle même : cette étape marque un retour à un mieux être psychique et somatique. C'est aussi l'occasion de profonds remaniements dans la façon de percevoir l'existence et de donner un sens à sa vie.

### **III-3-2- La durée du processus de deuil « normal » :**

Il persiste dans les esprits de nombreuses incompréhensions sur la durée du processus de deuil. La plupart du temps, les « délais » rapportés dans la littérature sont extrêmement courts et ne correspondent pas à l'expérience clinique (ex : au delà d'un an, le processus deviendrait pathologique, ce que contredit la clinique. Cette méconnaissance conduit notamment à la prescription inappropriée de traitements antidépresseurs sur le long court).

Chaque individu est unique mais, au delà des variations individuelles, les étapes du deuil semblent obéir à une chronologie assez précise. En voici les fourchettes approximatives :

#### **2-1- L'étape initiale de choc et de sidération :**

Dure de quelques heures à quelques jours (Moins de 10 jours selon Colin du Saint Christopher Hospice)

#### **2-2- La 2ème étape (« fuite/recherche ») :**

Dure entre 6 et 10 mois, parfois jusqu'à 12 mois)

**2-3- La durée de la 3ème étape (déstructuration avec vécu dépressif franc) :**

Variable est souvent conditionnée :

Par la nature du lien avec la personne disparue, par la nature du décès.

Ainsi, elle peut durer de 1 à 1 an et demi pour un parent ayant accompagné son enfant décédé d'un cancer jusqu'à 2 ans pour un parent ayant découvert le corps pendu de son enfant. Une personne ayant perdu son conjoint par cancer traversera généralement cette étape en 6 à 8 mois.

**2-4- La 4ème étape (restructuration) :**

Est difficile à évaluer en termes de temps car elle s'inscrit dans la nouvelle identité que l'endeuillé développe au fil du temps. Même 10 ans après le décès de son enfant, un père peut faire part de l'impact de la mort de sa fille sur la manière de mener son existence, sans que cela soit pathologique.

On observe donc **un temps cumulé allant de 1 an et demi à 3 ans** (si on fait abstraction de la 4ème étape) pour une perte significative. J'ai bien conscience que ces délais vont à l'encontre de ce qui est généralement accepté comme la durée « normale » du deuil. (Christian, 2002, p67)

**III-4-Le deuil selon Freud :**

Le deuil est défini par S .Freud dans son article paru en 1917 « Deuil et mélancolie » comme « la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc. » et c'est le travail qu'opère le psychisme pour admettre l'irréversibilité de la perte.

Ce deuil consiste, selon Freud, en un désinvestissement progressif et que « chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liées à l'objet est mis sur le métier, surinvesti et le détachement de la libido est accompli sur lui » il s'agit donc d'un processus plus ou moins long, plus ou moins difficile qui mène la personne à accepter que le défunt ne revienne plus jamais.

C'est donc une action positive qui libère le moi et permet progressivement à la personne endeuillée de recommencer à vivre sans l'être aimé tout en gardant son souvenir (Mimouni, 2002, p85)

**III-5- Le deuil selon O.Fenichel :**

Pour Fenichel, le deuil est un dispositif qui transforme le choc affectif en processus de protection du moi contre la violence du trauma. La perte a des éléments négatifs, certes, mais elle comporte aussi des éléments positifs :

libération de libido se détachant de l'ancien objet et en cherchant de nouveau (avec ce que cela comporte de culpabilité).

Ces pertes sont nombreuses dans le développement, la vie de l'individu : sevrage, adolescents, « adultescence » « crise du milieu de la vie » (départ des enfants), retraite ; vieillesse. Tout changement, toute perte, entraîne des remaniements psychiques et c'est l'impossibilité pour le Moi d'y faire face qui devient traumatique. (Pirlot.et. Cupa, 2012, p127)

#### **IV-6- Aspects psychologiques de deuil :**

Les pertes subies, qu'elles soient matérielles ou humaines nécessitent du temps pour que la personne puisse les digérer, accepter leur irréversibilité. C'est K. Abraham, puis S. Freud qui va se pencher sur « le travail de deuil » qui ne peut commencer selon Freud qu'après la phase initiale de révolte et de refus de reconnaître la perte.

La capacité à surmonter la douleur face à la perte de l'autre dépend de la personnalité de l'individu, mais également des circonstances dans lesquelles s'est déroulée cette perte. Elle dépend aussi de l'entourage, de l'aide et du soutien qu'il peut ou ne peut pas apporter aux personnes affectées, enfin de la signification de la mort : la mort n'est pas univoque, elle peut revêtir plusieurs significations : elle peut être infâme, honteuse ou glorieuse.

Pour comprendre comment se fait le travail de deuil, il est important de présenter succinctement le processus génétique qui rend possible cette opération. C'est le processus d'individuation qui explique comment l'enfant passe de la dépendance totale à la mère à une indépendance de plus en plus importants, mais ne sont pas indispensable comme cela apparaît dans la mélancolie. (Mimouni, 2002, p85)

#### **La capacité de faire le deuil dépend d'un certain nombre de facteurs :**

- Du degré d'individuation, qui constitue une capacité à accepter la perte des objets d'amour.
- L'importance et la place qu'occupait le défunt (e) au sein de son entourage.
- Des conditions du décès : si la maladie prépare l'entourage, les morts violentes ou brutales sont les plus difficiles à cette disparition tragique.

**IV-7-Répercussion du deuil chez les parents de suicidant :**

Le suicide tout comme la tentative de suicide constitue un événement gravissime dans une famille qui en est ébranlée dans ses fondements. Cet acte risque d'avoir des répercussions graves et entraîner une désorganisation du groupe familiale et une déstabilisation des statuts et des rôles aussi bien parentaux que de l'entourage élargi. Il révèle l'échec dans l'ossature psychosociologique du groupe d'appartenance. La solidarité familiale fantasmée ou réelle se trouve prise en défaut, l'incompréhension est au premier plans « pourquoi ? », « comment a-t-il pu ? », « nous n'avons rien vu ! » perplexe, la famille est prise dans des interrogations très complexe et bien difficiles à élucider.

Il est également vécu comme une remise en question de leurs rôles et de leurs actions en tant que parents : toute perte occasionne une blessure narcissique ; mais avec le suicide cette blessure va être aggravée par le discrédit, la suspicion et la honte, car tout parent aimerait être considéré comme un « bon parent » et non l'inverse. La parentalité est l'action de devenir parent et de transcender le biologique 'géniteur'.

Cette parentalisation se construit et transforme le jeune homme ou la jeune femme insouciant en 'père' ou 'mère' soucieuse du bien être de ce petit-être auquel ils ont donné la vie. L'attachement à ce dernier se consolide tout au long de la vie, à travers des processus conscients et inconscients qui vont faire de cet être une partie de soi. Les parents par les projections et identifications intériorisent cet enfant c'est la perte d'une partie d'eux –mêmes, d'où la blessure narcissique. C'est une amputation de leur complétude qui laisse une béance que certains parents ne combleront jamais, d'autre s'y résigneront, mais personne ne sort indemne d'une telle expérience.

Par son acte, il culpabilise la famille et la pousse à s'interroger sur ce qu'elle a fait ou n'a pas fait pour que son enfant se détache d'elle d'une façon aussi désinvolte, aussi violente ou aussi agressive. L'acte peut être perçu comme une grave accusation et un jugement d'incompétence qui leur est infligé ; ils entendent les jugements énoncés par les autres ...

Cette situation éveille des sentiments contradictoires et très ambivalents : d'un côté, la douleur de la perte de son enfant et d'un autre côté, l'animosité et la colère contre ce 'renégat' qui les a exposés à la réprobation sociale. Ce conflit

majore la souffrance des familles qui s'enferment parfois ou se renferment sur leur souffrance.

Pour la mère, l'enfant est une partie d'elle-même et quel que soit son âge, il est et restera toujours son enfant « un morceau de son foie », « de sa chair ». Le perdre de cette manière, non seulement l'ampute d'une partie d'elle-même, la culpabilise, soulève sa colère contre lui qui n'a pas compris combien il était important et contre elle-même qui n'a pas « su lui donner » l'envie de vivre. La blessure narcissique est encore renforcée par le sentiment d'échec dans sa fonction essentielle qui est de renforcer son enfant et de le préparer à la vie.

Tout défunt garde une place dans le souvenir des siens, le regret d'avoir perdu un enfant est éternel, mais si en plus cet enfant s'est tué ; la question lancinante qui restera sera le « pourquoi ? » « Qu'ai-je fait ou pas fait » pour le sauver, pour lui donner l'amour de la vie ?

Ce sont donc toutes ces questions sans réponses qui rendent les parents malheureux, parfois agressifs, silencieux et incapables de faire le deuil. (Mimouni, 2002, p 86)

### **Conclusion :**

La mort d'un proche est toujours suivie d'une période de deuil. Dans le cas d'un décès par suicide, la perte cause des séquelles qui durent plus longtemps et les symptômes de deuil sont généralement plus intenses, notamment les sentiments de culpabilité, la honte, la recherche d'une compréhension de l'événement, et, parfois, la colère

**La**

**Partie**

**Pratique :**

# **CHAPITRE III :**

## **La méthodologie**

### **de recherche**



**Préambule :**

La recherche en psychologie clinique ne se limite pas au côté théorique, mais elle doit être fondée sur le côté méthodologique, qui est un fil conducteur entre le côté théorique et le côté pratique. La méthodologie de recherche est : « un ensemble de méthodes et de techniques qui oriente l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique » (Angers, 1994, p. 58).

Pour effectuer cette recherche il faut s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigation.

Afin de réaliser notre recherche avec les mères qui ayant un fils suicidé, nous avons choisi d'appliquer le test projectif le RORCHARCH, en complémentarité à ce test, nous avons utilisé l'entretien clinique (semi-directif). Il nous semble que cette combinaison entre ces outils nous permettra de cerner et d'évaluer le vécu psychique de ces mères.

Dans ce chapitre, on va présenter la méthode sur laquelle on s'est basées pour effectuer notre recherche ainsi que le terrain, le groupe d'étude et les outils utilisés pour effectuer cette recherche.

**1-La pré-enquête :**

La pré-enquête représente une étape très importante dans tout travail de recherche, elle permet de recueillir des informations sur le thème de notre recherche ainsi elle nous aide à mieux formuler nos hypothèses et permet de cerner le thème de la recherche en vérifiant sa faisabilité par la suite.

Cette étape nous a permis aussi de préciser et de sélectionner notre population d'étude qui répond aux exigences du thème de la recherche qui est « le vécu psychique des mères ayant un fils suicidé »

Des rencontres ont été réalisées avec les mères ayant un fils suicidé, qui ont donné leur consentement pour la participation à cette recherche. On les a rassurées sur le respect de l'anonymat et de la confidentialité, on les a informées sur les techniques de la recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leurs situations et aussi appliquer le test de

RORCHARCH qui nous permet de cerner et évaluer le vécu psychique chez ces sujets.

Ses rencontres se sont déroulées dans une association qui s'appelle « ASSOCIATION IKHOULAF DES ENFANTS VICTIMES DE S2PARATION CONJUGALES AKBOU » dans la ville d'Akbou. Dans le but de recueillir des informations sur notre groupe d'étude et de bien comprendre leur vécu psychique.

Dans cette pré-enquête nous avons d'abord appliqué sur (02) cas (mère) nos outils et quelques questions qui figurent sur notre guide d'entretien afin d'assurer qu'il n'est pas ni une ambiguïté ni un flou, ce qui nous a permis de poursuivre notre enquête si ce n'était pas la crise sanitaire de COVID 19 qui nous a empêché à cette réalisation de terrain.

Pour cela nous allons se contenter de présenter quelques résultats de la pré-enquête à savoir :

#### ❖ Quelques réponses de guide d'entretien :

Pendant l'entretien, on a remarqué que madame Nora, a été calme, gentille et souriante, elle parle avec une voix tendre pleine d'affection, elle est coopérative dans l'expression. Elle répond spontanément et sans aucune réserve à nos questions. L'expression émotionnelle très fréquente avec des moments de l'arrêt et de pleurs.

En générale le contact a été marqué par un climat de rassurance et de mutualité avec une participation affective.

-On l'a interrogé a nous parlé sur sa réaction lors de l'annonce de suicide de son fils, Elle a dit « g le moment ni, khel3egh, choqigh zaraghed dounith tahvess.....savarekhanit », « a ce moment j'étais choquée, je vois la vie s'était arrêté ».

Selon Freud, le traumatisme est le sentiment d'effroi qu'éprouvent les parents au moment où ils perçoivent des différences chez leurs enfants. Il définit l'effroi comme étant « l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse, sans y être préparée, il met l'accent sur le facteur surprise »

(Typhain, 2005, p.24).

-Elle a ajouté « orominghara belli imi yemouth, belli yinegha imaniss.... kareghas balak mazalith yessnofos. » « Je n'arrive pas a cru que mon fils est suicidé...je disais peut être est vivant » Cela signifie qu'elle a déni la réalité.

Selon Moses (1985), les parents vont passer par plusieurs stades d'affligement qui vont leur permettre de faire le deuil .Ces stades sont : le stade de déni, ce déni permet aux parents de prendre le temps de trouver la force intérieur, l'énergie et le support extérieur nécessaire pour faire face au problème.

D'après ses propos, on a constaté que notre cas était bien soutenu par son mari, et la relation avec ses enfants était très bonne relation. « Heureusement que mon mari et mes autres enfants sont toujours à mes coté » elle ajouté que « sans eux je ne peux pas dépasser la séparation de mon fils »

❖ **Tableau N° :01 Quelques réponses de passation de test de Rorschach :**

Les planches	La description	Enquête	Cotation
<b>Planche : II 30s</b>	01-Deux éléphants qui se regardant en ciel. 02-Deux ours qui se bisent. 03-Des taches de sang. 04-sa peut être aussi des deux chiens qui se sont face à face	D : elle montre avec ses doigts, elle dit : ici, regarde n'est ce pas. - sont mignon ces ours. - du sang, et elle tourne la tête. -ils sont face à face ces chiens	-D Kan A /Frag  -D Kan A Ban  -D CF/Sang  -D Kan A Ban
<b>Planche : IV 20s</b>	05-Elle tourne la planche, elle dit « je ne sais pas, peut être un arbre brûle »	-Le milieu de dessin c'est comme un tronc de l'arbre -Et la partie latéraux c'est des branches qui se bruler, toute est noir toute est brûlée	-D F+ C/objet

<b>Planche VII : 27s</b>	06-Deux filles qui entrain de danser. 07-Un papillon qui vol. 08-des grandes montagnes	-elles sont heureuses, elles dansent. -un papillon d'après ses ailes. -oui des montages si tout.	-D K H Ban -D Kan A Ban -G F+ Frag
<b>Planche IX : 20s</b>	09-Elle Sourit : la vie Des belles couleurs, vert, rose, orange	- C'est la vie - C'est comme un arcan ciel, plein de couleur	-G C pay
<b>Planche X : 35s</b>	10-Entre direct, encore des couleurs... C'est de la Tour Eiffel ...je rêverai de les visiter un jour  11-C'est comme ci des soutiens du gorge	- elle montre avec ses doigts. C'est dans la partie supérieure c'est d'après sa forme -oui c'est des soutiens gorge a cause de sa forme, c'est dans le milieu	-DF+/objet  -D F+/objet

## 2-La méthode clinique :

La méthode clinique s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, comprendre ses conduite, étudier l'histoire de sujet et sa situation actuelle, elle sert aussi à l'observation et l'écoute attentif, elle nous permet de comprendre l'individu en situation et en interaction.

La démarche clinique a une rigueur particulière car elle prend en compte la complexité de l'objet d'étude et le fonctionnement psychologique de l'individu dans ces dimensions implicites objectives, subjectives, et la complexité de la rencontre. (Chahraoui et Benony, 2003, p09).

Elle ne peut se focaliser que sur le cas, c'est-à-dire, l'individualité, une attention est portée spécialement à la parole du sujet souffrant, sur l'information

qu'il donne, la spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et quelle tente de les regrouper en les plaçant dans la dynamique individuelle.. (Pedineli, 1994, p33-34).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires: le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. Fernandez et al, 2006, p. 43).

« La méthode clinique devient donc une méthode d'approche des phénomènes humains; la méthode du cas par cas, ou mieux, la méthode de un par un, dans la mesure ou cas, en latin renvoie encore au malade « casus », celui qui est tombé. (Robinson, 2005, 16).

On comprend a partir de là, que la méthode clinique se base sur l'étude de cas.

### **3-L'étude de cas :**

On se base d'avantage sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, elle consiste a une observation approfondie d'un l'individu ou de groupe d'individus.

Nous avons fait appelle à l'étude de cas afin de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles et celles du passé (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense etc.).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet d'un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveau d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présents et passée (Chahraoui et Bénony, p126).

#### **4-Présentation de Groupe d'étude :**

Nous avons choisi (03) cas (mère) ayant perdu un fils par suicide, c'est d'une manière ciblée selon la disponibilité des critères d'inclusions suivantes :

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

- La période de traumatisme de suicide ne doit pas dépasser une année/ou une longue période.
- La mère n'a pas vécu d'autre problématique qui peuvent provoquer un traumatisme ou un deuil.
- La mère n'est pas atteinte d'une maladie chronique (diabète ...)
- L'âge : tous les cas sont âgés entre 24ans et 30ans car c'est la tranche d'âge des adultes.

##### **❖ Les critères non-pertinents :**

-Le niveau socioculturel: dans notre recherche, nous n'avons pas pris en considération cet item car toutes personnes de toutes classes sociales et toutes cultures peuvent passer à l'acte.

- Le sexe : cette variable n'est pas étudiée d'une façon indépendante, car nous avons opté pour une population variée qui englobe les deux sexes.

Nous avons expliqué nos objectifs, et demandé leurs consentement libre, afin de participer à notre recherche, y nous n'avons pas eu de difficultés vu que nous avons insisté sur le secret professionnel des données, et garanti la confidentialité de leurs vie privée, et leurs identités, nous disons que tout reste dans l'anonymat.

➤ **Tableau N°2 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre Groupe d'étude :**

Le prénom	Mariam	Susan	Massilia
L'âge	50 ans	43 ans	47ans
Niveau d'instruction	5eme années primaires	baccalauréat	4ème années primaire
Fonction	Femme au foyer	Enseignante de primaire	Femme au foyer
Le genre de son fils/ sa fille suicidé	Garçon	Garçon	Garçon
Son âge	27 ans	24 ans	26ans
Son niveau d'instruction	6eme année primaire	BEM	2ème année CEM
Sa profession	Un footballeur	Un chauffeur de bus	Chômeur
Sa position dans la famille	Le deuxième	Le troisième	L'ainé
La composition de la famille	06	05	05
Son état familial	célibataire	célibataire	célibataire

Selon les différents caractéristiques de groupe d'étude, on a remarqué que dans les (03) cas qu'on a sélectionné, on a (02) mère sont des femmes au foyer et une mère, c'est une enseignante. Ces mères ont toutes des fils suicidé et n'ont pas des filles.

### **5-Présentation de lieu de recherche**

Notre recherche à été effectué au sein d'une association à Akbou «ASSOCIATION IKHOULAF DES ENFANTS VICTIMES DE S2PARATION CONJUGALES AKBOU »après avoir l'accord favorable du président de l'association.

Le choix de ce terrain à été en raison de la disponibilité de la population d'étude qu'on cherche.

## 6- Présentation des outils de recherche :

### 6-1-L'entretien clinique :

Notre travail a pour objectif, l'évaluation de la possibilité de la présence d'une résistance chez ces mères, face au suicide de leurs fils.

Notre choix s'est porté sur une méthode de recherche par entretien en raison du thème abordé qui se prêtait insuffisamment à une exploration par un test projective. Et aussi en vu de récolter le maximum d'informations sur nos sujets, et en raison des critères personnelles de ces mères qui acceptent de parler sans aucune inhibition ou résistance, pour la plupart d'entre elles.

L'entretien clinique est un outil d'investigation qui consiste souvent à faire parler les sujets dans le cadre d'une enquête psychosociale, Dans les entretiens post-expérimentaux ou dans les recherches en psychologie clinique par exemple. A la différence du questionnaire, on invite le sujet à s'exprimer sur un thème particulier et sous la forme d'interviews, d'entretiens individuels ou de groupe. (Lavarde, 2008, p129)

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives de sujet, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet on se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation, il vise aussi à recueillir un maximum d'information sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence du sujet lui-même, à l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale et la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité...etc. (Chahraoui. et Benony.,1999,p.11-12).

Il y a trois types d'entretien : l'entretien directif, non directif, et semi directif. Dans notre recherche et en vue de la qualité des informations recherchés, nous avons opté pour **l'entretien semi directif** qui est défini comme « c'est une technique directe scientifique auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, au prés de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaitre en profondeur les informations. »(Angers.1999, p144).



## **6-2-Le guide d'entretien :**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écouter et d'intervention de l'interviewer » (Blancet, 1992).

Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celles-ci seront nécessairement identiques pour tous les sujets. (Bénony, Chahraoui., 2000, p144).

Pour mener en pratique notre entretien, on a utilisé un guide d'entretien composé de trois axes :

**Axe 01 :** L'objectif de cet axe est la récolte des informations personnelles sur la mère et sur l'événement traumatique

**Axe 02 :** L'objectif de cet axe est de reconnaître le vécu psychique et relationnel de la mère lors de la perte.

**Axe03 :** L'objectif de cet axe est la récolte des informations sur le vécu psychique de la mère après l'événement traumatique

**Axe04 :** Regard sur l'avenir

## **6-3-Présentation de test de Rorschach :**

### **6-3-1-Définition de test :**

C'est un outil d'évaluation psychologique utilisé pour analyser la personnalité et le fonctionnement affectif. Créé en 1921 par Hermann Rorschach, Le test officiel comporte dix taches d'encre : cinq taches sont de l'encre noire sur fond blanc, deux sont de l'encre noire et rouge sur fond blanc et trois sont multicolores Dans le cadre du bilan psychologique, cette épreuve s'inscrit dans une démarche de compréhension globale de la personne et permet d'enrichir et d'éclairer les résultats issus d'autres instruments d'évaluation, comme les épreuves cognitives. Il est aussi un « précieux instrument d'examen en profondeur de la personnalité » (Beizmann, 1961, p. 21).

**6-3-2-La consigne du test de Rorschach :**

Formulation sous forme d'une expression par laquelle en mène la demande Chabert(2007) a proposé une formule similaire mettant à l'avant plan de la tâche la notion d'imagination. « Je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ». Il peut être utile, au moment de la consigne de préciser qu'il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponses. (Au sens des réponses attendues lors d'un test d'efficacité intellectuelle) et que le sujet a la possibilité de donner autant de réponses qu'il le souhaite. (Jaqueline 2009, p 23).

**6-3-3- Le matériel du test de Rorschach :**

Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné (24x10) .communément appelé « planche »,les images sont en fait des taches d'encre symétrique, aux teintes diverses :grises et le noires pour la planche I ,IV ,V,VI,VII .noires et rouges pour la planche II, III, et colorées pour les trois dernières planches, le fond est toujours blanc ,chaque planche est numérotée de 1 a10 .Correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration ,elle sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé.( richelle,2009,p20).

Nina. Rausch insiste sur le fait que le caractère symétrique du matériel, organisé autour d'une bilatérale plus au moins exprime mais en tous les cas imparfaits, ainsi chacune des planches peut –elle considère, au de la de la sollicitation manifeste qu'elle présente à partir de la sollicitation qui sous tend le rencontre avec le sujet (Roman, 2006, p203).

**6-3-4-La description des planches de Rorschach :**

Le rorschach est un constitué de 10 planches dans les quelles figure des taches d'encre. La description des planches se fait d'après le plan latent et le plan manifeste, et ce dernier se compose de deux paramètres : Le paramètre structurel (formel) et le paramètre sensoriel.

**La planche I :**

L'une des caractéristiques de cette planche est celui d'être la première où le sujet est immédiatement mobilisé dans ses ressources psychique pour faire face et s'adapté a cette situation de rencontre avec l'inconnu. Les modalités défensives du sujet l'ors qu'il se retrouve dans une situation nouvelle et

angoissante sont donc généralement perceptibles lors de l'analyse de cette première planche. (Jacqueline et al.2009 .P90)

**La planche II :**

C'est une planche bilatérale qui permet la réactivation de représentations de relations. Ces relations seront représentées de façon plus ou moins dynamique à travers des kinesthésies exprimées ou non. La présence de la couleur rouge pour la première fois s'impose au regard du sujet. et que chaque sujet réagira d'une manière ou d'une autre.

**La planche III :**

C'est aussi une planche bilatérales la représentation de soi et de l'autre se traduit par la perception de deux personnages humains .l'identité de base sont donc ici mises a l'épreuve. (Jacqueline et al, 2009 .P93).

**La planche IV :**

Cette planche se caractérise par sa couleur sombre et massive suscitant régulièrement des réactions d'angoisse et de malaise .un appel à la projection de représentation dotées de puissance phallique qui sollicite le sujet dans son rapport a la figure d'autorité. (Jacqueline et al, 2009 .P94).

**La planche V :**

Classiquement considéré comme planche de l'adaptation à la réalité .par sa facture unitaire et la prégnance de l'axe de symétrie, peut être considéré comme planche de la représentation de soi et de l'identité. (Jacqueline.et al, 2009 .P95).

**La planche VI :**

C'est une planche unitaire ou elle revoie le sujet a sa capacité a se représenté un corps ou un objet entier et intègre. Et ce qui caractérise plus spécifiquement cette planche est essentiellement le symbole sexuel qu'elle comprend.

**La palanche VII :**

La bilatéralité de a planche VII lui confère a nouveau la possibilité d'amener le sujet a la représentation relations. Etre capable de reconnaître la forme humaines de ces engrammes et, qui plus est, de les maitre en mouvement demande un certain niveau d'élaboration identitaire. (Jacqueline.et al, 2009 .P96).

**La planche VIII :**

Première planche couleur après 4 planches noires ou gris, planche bilatérale permet la réactivation de représentation de relation face à l'environnement social. Le sujet révèle la façon dont il peut gérer son rapport au monde extérieur.

**La planche IX :**

Ne représente pas d'engrammes facilement identifiables et représentatif .elle se caractérise par le vécu des relations précoces à l'égard de l'image maternelle archaïque.

**La planche X :**

Elle se caractérise par la dispersion des taches et des couleurs, et sa position de dernière planche. Son aspect morcelé peut être source de réactions diverses pour le sujet, elle peut réactiver l'angoisse de morcellement comme elle peut renvoyer à une bonne gestion des affects et elle signifie aussi une vie intérieure riche. Comme le dit Chabert « planche de fête ou planche de morcellement, tous les extrêmes sont possibles ». (Chabert .1997 .P54).

**6-3-5-Passation de teste du Rorschach :****Le premier temps:**

Le temps de la représentation successive et dans l'ordre de la numérotation des planches, cette présentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient, dans une position de soutien et d'accueil des productions du sujet.

**Le deuxième temps :**

De l'enquête qui consiste en une seconde présentation des planches, accompagnée de la répétition par le psychologue, ce temps a pour objectif de s'assurer d'avoir bien compris ce que vous avez voulu dire et de recueillir des informations nécessaires pour la cotation.

**Le troisième temps :**

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelle est sa planche préférée puis sa planche la moins aimée. (Roman, 2006, p87).

### **6-3-6-Méthode et analyse du protocole du Rorschach :**

#### **La cotation:**

La cotation est réalisée manuellement pour chaque réponse produite. Elle peut éventuellement être assistée par l'apport d'une feuille de dépouillement, d'un livret de cotation des formes, la cotation se base sur quatre critères spécifiques pour chaque réponse : la localisation, le déterminant, le contenu et le caractère banal ou non de la réponse.

#### **L'enquête:**

C'est la seconde phase de la passation, pour l'examineur, c'est un retour (avec le sujet) sur chacune des réponses données aux différentes planches de manière à faire préciser « ou et comment ».

L'objectif de l'enquête est d'enrichir le protocole et de rendre compte de la complexité du processus de réponse. Il est question de saisir dans quelle partie de la planche le sujet « a vu ce qu'il a vu ».

La consigne proposée par CHABERT (1997) est la suivante : « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble, vous essaieriez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué, bien entendu il vous vient d'autres idées. (richelle, 2009, p21).

### **6-3-7- Techniques de dépouillement du protocole :**

#### **-Notions générales de la cotation des réponses:**

Chaque réponse sera cotée 4 critères fondamentaux de classification :

- Le « mode d'appréhension » ou localisation de la tache: « comment la tache est-elle perçue par le sujet? A-t-elle été appréhendée globalement ou partiellement, et dans ce cas, dans quelle(s) partie(s) ».
- Le « déterminant » qui est à l'origine de la réponse :( quels sont les facteurs psychique qui ont déterminé la réponse? Est-ce la forme, l'influence de la couleur, l'impression de mouvement...?
- Le « contenu » de la réponse: est-ce lié à l'humain, animal, géographie...
- Les facteurs additionnels réponses banale et les chocs. (Richelle, 2009, p21)

- **Les modes d'appréhension:**

Cette première traduction des réponses consiste à délimiter la partie de la tâche appréhendée, est-ce de manière globale en considérant que la réponse reprend l'entièreté de la tâche, ou est-ce de manière partielle et donc localisable à tel endroit ? Cinq types de localisation de base sont à considérer :

- G Global.
- D Détail fréquent.
- DbI Détail blanc pur.
- Dd Détail rare.
- Do Détail oligophrénique.

- **Les déterminants:**

L'établissement des déterminants représente la seconde étape du processus de la cotation et vise à savoir ce qui est à l'origine de la perception, ce qui la détermine, ils vont nous indiquer si c'est la forme de la découpe ou si d'autres facteurs sont intervenus en plus ou à la place de la forme. Ces déterminants sont :

- ❖ Les réponses formelles « forme ».
- ❖ Les réponses kinesthésique « mouvement »
- ❖ Les réponses sensorielles « couleur ».
- ❖ Les réponses « estompage »
- ❖ Les réponses « claire obscur ».

- **Le psychodrame:**

Est une synthèse quantitative des différences observations précédentes, Il regroupe sous forme de pourcentage ou de quantités un certain nombre d'indices relatif au type d'appréhension (localisation, dominantes) au déterminants (**F%**, **F+ %**, **D%**, **G%**... etc.). (N.Rauch.de Traubenberg et. Boizon, 1996, p70).

- **Les contenus :**

Chaque réponse sera cotée en fonction du contenu de référence, certaines catégories de contenus (humain, animal, sexuel...) seront reprises dans des formules du psychodrame et pourront donner lieu à des interprétations différentes lors de l'analyse et de l'interprétation des indices.

## **7-Déroulement de la recherche :**

Après avoir fait plusieurs recherches dans plusieurs hôpitaux et cliniques au niveau de la wilaya de Bejaia et ses environ, on n'a pas pu trouver notre groupe d'étude vu que ces mères, elles ont été hospitalisé juste ou moment de deuil, donc on a approfondi dans notre recherche jusqu'au niveau de protection service, Ou ils ont été très chaleureux et nous aidons a trouvé notre sujets de recherche, puis on a dirigé ver une association « IKHOULAF » à AKBOU, ou nous avons lui expliqué les objectifs et les outils de notre recherche, il nous a accordé un avis favorable pour effectuer notre stage pratique chez eux.

On a commencé notre recherche a partit de 22/01/2020 mais on été obligé de s'arrêter a cause de propagation de virus COVID 19.

### **- L'attitude du clinicien durant l'entretien clinique :**

Face a son sujet le clinicien neutre et bienveillant, attentif, et doit éviter de parler, d'interrogé et surtout éviter les mimiques ou les gestes signifiants, il doit encourager son patient à parler et se laisser emporter par le rythme adopter et moduler par l'autre selon les contenus de son discours.

Concernant la relation clinicien/patient, et son développement à travers le temps, la prudence et le silence du patient. Et l'introduction directe dans le discours peut nous donner une hypothèse diagnostique que le patient investie immédiatement n'importe quel objet comme bon objet. (Marty P., 1990, p72).

### **Conclusion :**

Dans ce chapitre méthodologique nous a servi pour avoir une bonne organisation de notre recherche et cela à travers le respect de certaines étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre recherche.



# Conclusion



## Conclusion

---

### **Conclusion :**

« Le vécu psychique des mères ayant un fils suicidé » est un thème d'étude très important et très sensible à traiter et cela pour différentes raisons quelles soient liées au contexte socioculturel Algérien ou bien à la personnalité des sujets traumatisée par le suicide de leur proche.

Notre objectif est de comprendre « le vécu psychique des mères ayant un fils suicidé »

Et pour cerner cette problématique, on a essayé de déterminer la nature du vécu psychologique chez les mères ayant un fils suicidé, à travers l'investissement de leurs états psychiques actuels.

Et pour la réalisation de ce travail, nous avons choisi une population de (03) cas, des mères ayant un fils suicidé au niveau de l'association « Ikhoulaf » au niveau d'Akbou.

La revue de la littérature concernant le sujet nous a permis de mieux cerner la problématique et les différents aspects liés au thème, qu'ils soient en relation avec l'approche psychanalyse ou bien son impact psychologique. Ce qui nous a aidés dans la construction du guide d'entretien et le choix du test pour l'évaluation de vécu psychique de la mère.

Malgré la propagation de cette crise sanitaire de COVID 19, qui nous a empêché à la réalisation de terrain, mais on a pu effectuer quand même un pré enquête.

Donc d'après les résultats obtenus par la passation de test de Rorschach et l'analyse de discours de guide d'entretien, on peut déduire que la plupart de notre groupe d'étude (mères) a une bonne estime de soi, une attitude positive, l'optimisme, la persévérance, robustesse, sociabilité, ainsi qu'un la capacité à

## Conclusion

---

prendre une certaine distance face aux évènements subits, un attachement sécurisant et bonne relation familiale.

Notre hypothèse qui est «la disponibilité familiale et la solidité individuelle sont des critères de la résilience d'une mère traumatisée par le suicide de son fils »

Malgré les limites et lacune que peut présenter notre recherche, on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche scientifique, nous espérons qu'elle puisse ouvrir des perspectives à d'autres recherches.

Nous souhaitons entant que futurs psychologues, d'avoir contribué à travers cette recherche à faire sortir la souffrance de ces mères de son abri et son silence, comprendre leur vécu douloureux, leurs accorder une écoute et leur favoriser la mise en place d'un accompagnement de qualité.

Pour conclure, il faut souligner que les résultats obtenus au cours de notre recherche ne peuvent pas être généralisés à tous les mères qui ayant un fils suicidé, puisque chaque cas en psychologie est particulier.

Enfin on espère avoir contribué à éclairer la question du vécu psychologique des mères ayant un fils suicidé, et élargir le champ des connaissances sur cette question, il reste d'autres perspectives de recherche que nous proposons à nos successeurs :

- Le vécu psychologique des pères ayant un fils suicidé.
- La qualité de vie chez les parents ayant un fils suicidé.
- L'estime de soi chez la fratrie qui ayant un frère suicidé.



# **Liste bibliographique**

### **La liste bibliographique :**

- 1- Agnès et Fernandez. L, (2007), « **psychopathologie** », Dunod, Paris.
- 2- Alexandre.B et coll (2005), « **psychologie clinique et psychopathologie**» Bréal, Bruxelles.
- 3-Anaut. M, (2003), « **la résilience surmonter les traumatismes** » 1<sup>er</sup> édition Nathan, Paris.
- 4- Anaut. M, (2005), « **la résilience surmonter les traumatismes** », 2<sup>ème</sup> édition Armand, Paris.
- 5- Bates B, (2012). « **Guide de l'examen chimique** », puf, Paris.
- 6- Bloch. H et al, (1999), « **Grand dictionnaire de psychologie** », Larousse, Paris.
- 7- Bloch. H et al, (2011), « **Grand dictionnaire de psychologie** », Larousse, Paris.
- 8- Botta J.M. (1982), « **conduite suicidaire et image du corps** », Masson, Paris.
- 9-Braconnier. A, (2005) «**Introduction à la psychopathologie** » .Masson, Paris
- 10- Brutschy.G ,Vandel,S,(1991) , « **le lien entre le suicide et dépression** », L'encéphale, Bruxelles.
- 11-Carolif F. (1984), « **sémiologie des conduites suicidaire** » Armand, Paris.
- 12- Castro. D, (2006), « **Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte** », Dunod, Paris
- 13- Catherine (1997). « **Le Rorschach en clinique adulte** » Dunod, Paris.
- 14- Chahraoui K et Benony H. (2003), « **Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique** », Dunod, Paris.
- 15-Chahraoui.Kh , Benony , H (1999), « **l'entretien clinique** » , Dunod , paris.
- 16- Charbert C. (2004), « **psychanalyse et méthode projective** » Dunod, Paris.

## La liste bibliographique

---

- 17-Chillande C. (1983), « **l'entretien clinique** », édition Puf, Paris.
- 18-Delage, M, Cyrulnik, B, (2010), « **famille et résilience** », Odile Jacob, Paris.
- 19- Freud S (1917), « **Deuil et mélancolie** », in Métapsychologie, trad. J. Laplanche et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1968.
- 20-Lavarde A. (2007), « **Guide méthodologique de la recherche en psychologie**», De Beok, Bruxelles.
- 21- Lecomte, (2010), « **la résilience se reconstruire après un traumatisme** » Paris.
- 22-Lemperière th. (2000)., « **Dépression et suicide** », Masson, paris.
- 23- Lesieur. PH, (1996). « **L'étude de cas : son intérêt et sa formalisation dans une démarche clinique de recherche** », Colloque Interface INSERM/FFP, Paris.
- 24- Manciau.M, (2001), « **la résilience un regard qui fait vivre** », Masson Paris
- 25- Mareau .C et al, (2004), « **l'indispensable de la psychologie** », Studyrama, France.
- 26- Mishra B et Tousignant M. (2004) « **comprendre le suicide** ».canada, presses de l'université de Montréal.
- 26- Morazs.L.et Danet.F (2008), « **comprendre et soigner la crise suicidaire** ».dunod, Paris.
- 27- Morel. G. (2002), « **mourir... un peu...beaucoup** » ères, Paris.
- 28- Moron P. (2005), «**Le suicide** » Puf, Paris.
- 29- Poussin. G, (2005), « **La pratique de l'entretien clinique** », Dunod, Paris
- 30- Pourtois,J,Humbee K, et Desmet,H.(2012 « **les ressource de la résilience** ». Paris.
- 31- Syllamy .N (1999), « **Dictionnaire de psychologie** », Larousse, Paris.
- 32- Silamy N. (2003), « **Dictionnaire de psychologie** » Larousse-VUEF, Paris.

### Articles de revues :

33- **Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien** 25 et 26 novembre 2009, Espace Reuilly - Paris (75012)

34-Cyrulnik Boris, **Attachement, trauma et résilience**, Notes de l'Institut Diderot, PDF

35-Mouquet M. Bellamy(2006), **suicide et tentative de suicide en France étude et résultats dresse**, N 488, Paris

36- Pommereau X, **Suicide et institution : deuil et travail de deuil**. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Tome VII, N° 76, 2004

37-Rutter. M, (2002), **La résilience en face l'adversité, facteur de protection et résistance aux désordres psychiques**.

### Les sites internet :

38- [www.Cairn.net](http://www.Cairn.net)

39- [www.liberte-algerie.com](http://www.liberte-algerie.com)

40- [www.agora.com](http://www.agora.com)



**Annexes**

### **Annexe n01 :**

Guide d'entretien : semi-directive.

#### **-Axe n° 1:Information personnelles sur la mère et sur l'événement traumatique :**

- Quel est votre nom et prénom ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Exercez-vous une fonction ? Si oui laquelle ?
- Combien d'enfants avez-vous ?
- Quel âge a votre fils ?
- Quel est son niveau d'instruction ?
- Exerce-t-il une fonction ? Si oui, laquelle ?
- Quelle est la position de ce fils dans la fratrie ?
- Quelle méthode de suicide utiliser votre fils ?

#### **- Axe n° 2 : Information sur le vécu psychique et relationnel de la mère lors de la perte :**

- Qui vous a annoncé le décès de votre fils ?
- A quel moment vous avez reçu le décès de votre fils ?
- Quel elle a été votre réaction lors de l'annonce de décès de votre fils ?



## Annexe

---

- Comment vous avez réagi quand elle te disait que ton fils a fais une acte de suicide ?

**- Axe n° 3 : Information sur le vécu psychique de la mère après l'évènement :**

- Pouvez vous de nous parler de votre vie quotidiennes ?

-Vous sentez incapable de faire face à la vie quotidienne ?

- Est-ce que vous avez remarquez un changement dans votre humeur, vos loisirs, vos activités, et dans vos relations ? Si oui, pourquoi ?

- Partagez vous votre souffrance avec quelqu'un ? Si non, pourquoi ?

- Avez-vous des difficultés d'endormissement ? Comment ?

- Vous sentez que vous avez moins d'appétit que d'habitude ?

- Avez-vous le sentiment de culpabilité ?

- Avez-vous le sentiment de honte de vous-même ?

- Avez-vous d'intérêt pour le sexe ?

- Pouvez vous nous parlez de vos relation au sein de votre familles ?

- Comment elle est votre relation avec ton conjoint ?

- Avez-vous des amis ? Avec qui vous entendez ?

**-Axe n° 4 : Le regard sur l'avenir :**

- Quels sont vos projets d'avenir ?

- Quels sont vous souhaits ?