

# Conduites suicidaires et criminologie clinique

Autor(en): **Coppet, C. L. / Colin, M.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie**

Band (Jahr): - **(1986)**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1051032>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Conduites suicidaires et criminologie clinique

C. L. Coppet – M. Colin

On pourrait, à première vue, mettre en doute l'intérêt d'inclure dans la Criminologie un acte qui n'est pas considéré comme un crime, un acte qui n'entraîne aucune sanction de la part de la Justice, du moins en France actuellement, et dans bon nombre de pays. En effet, la réaction sociale vis-à-vis du fléau suicidaire ne se présente sous la forme d'aucun règlement, d'aucune sanction, mais au contraire, sous la forme d'une opinion publique qui tend à nier au suicide l'état de fléau, et tend même à le présenter comme un droit fondamental de l'homme:

»Chacun est libre de disposer de son corps et de sa vie.«

Pourtant, les conduites suicidaires présentent des analogies avec d'autres conduites, dites déviantes, et parmi celles-ci les conduites de transgression, qui provoquent une intervention pénale, ou médico-sociale dans un nombre maintenant croissant de cas (avortement, alcoolisme, usage de drogues...).

Si la tendance actuelle de la Criminologie est d'écarter les conduites suicidaires de son champ d'attributions »comme si le criminologue n'accordait pas au suicidant la même authenticité dans la criminalité qu'au délinquant«, les précurseurs de la Criminologie (les pères fondateurs), tels qu'*Enrico Ferri Carre* ou *A. Lacassagne*, faisaient eux, une large place au suicide dans leurs travaux.

L'essai thérapeutique de la mesure de sauvegarde de Justice, mis en oeuvre dans l'unité de Médecine Légale Psychiatrique »du Pavillon d'Urgence Médicale« (Pavillon N, Hôpital Edouard Herriot, Pr. L. Roche) correspond au souci des médecins confrontés quotidiennement aux problèmes du suicide, d'envisager celui-ci de façon globale, non seulement en fonction de connaissances acquises par la sociologie, la psychiatrie, la psychologie, mais aussi par la criminologie, en faisant ainsi le rapprochement entre le suicide et les autres »états dangereux«.

Il est nécessaire d'inclure le suicide dans le concept plus vaste de »conduite suicidaire«.

L'emploi du terme »conduite« a une implication éthique: il n'y a pas de suicide en dehors d'une morale. De plus, le terme conduite implique un

engagement, un acte, un mouvement. Le mot comportement n'exprimerait pas cette idée de dynamique du suicide.

Il faut renoncer délibérément à distinguer dans les conduites suicidaires, les cas mortels ou suicides considérés comme »réussis« et les tentatives de suicide, toujours plus ou moins suspectes de fiction et d'une visée »utilitaire« en raison de leur échec. En effet, les conduites suicidaires se répartissent de façon continue entre deux pôles : celui où le désir de mort est intense, où la détermination est certaine, et qui aboutit à la mort (mais pas toujours), et celui où le désir de mort est tout-à-fait au second plan, derrière celui de demander du secours... Parfois même le désir de mort est mis en doute. Ces conduites qui aboutissent souvent à la survie des patients, peuvent pourtant, parfois entraîner un décès.

Dans ces tentatives de suicide, apparaissent donc toujours deux facettes. L'une dirigée vers la destruction et la mort, l'autre dirigée vers la vie et la communication avec autrui.

A l'un des pôles, cette communication se fera par la parole, éventualité rendue possible par le changement de situation opéré par l'acte suicidaire à la fois sur l'entourage et sur le patient lui-même.

Même tacitement, l'acte suicidaire sera ressenti par les deux parties comme une tentative de dialogue, de communication.

A l'autre extrême, ce sera le corps »sans vie« qui parlera pour la mort. Il dira à celui qui saura l'entendre, sa colère, son désespoir, sa haine..., ceci de façon symbolique. Car la tentative de suicide est aussi un effort désespéré d'accéder à l'ordre symbolique.

Il ne faut pas méconnaître combien, »dans la démarche suicidaire, le hasard est comme sollicité, et ce, de façon intentionnelle« (\*).

Tout se passe comme si le suicidant s'exposait à la punition, tout en laissant au destin, le soin de décider de la nature et de la gravité de celle-ci. Nous repérons-là, la marque ordalique du suicide (comme épreuve et jugement de Dieu). Même les suicidants qui s'exposent le plus à la mort, gardent au fonds d'eux-mêmes le secret espoir d'être épargnés.

Toute conduite suicidaire doit donc être a priori, considérée comme une tentative comportant toujours:

- une mise en jeu de sa propre vie et une prise de risque, non proportionnelle d'ailleurs aux techniques et procédures employées.
- une part de fonction ordalique, c'est-à-dire un »secret espoir de survie« plus ou moins inconsciemment ressenti, même dans les formes où le désir de mort apparaîtrait au premier plan.

La menace et l'idée du suicide sont aussi liées aux conduites suicidaires. L'idée de suicide est une pensée non exprimée, et l'idée exprimée à autrui est une menace. Toute idée de suicide exprimée à autrui est appréhendée

(\* ) *J. C. Rolland et O. Quenard*

comme une menace par l'interlocuteur, qu'il s'agisse véritablement d'une menace, d'un chantage fait délibérément par le sujet lui-même pour provoquer une réaction de la part de son entourage, ou bien, qu'il s'agisse seulement d'une parole "en l'air" ne contenant pas un appel conscient de la part du sujet qui exprime cette idée.

L'interlocuteur, inquiet, essaiera de protéger l'autre, même si celui-ci affirme ne pas avoir l'intention de se suicider dans l'immédiat, mais en envisage seulement la possibilité dans son existence ultérieure.

On est tenté de considérer l'idée de suicide, c'est-à-dire l'idée non exprimée à autrui de la possibilité de se suicider, comme l'idée initiale, le point zéro de toute conduite suicidaire. Mais les mécanismes en sont diamétralement opposés; l'idée suicidaire est plutôt le produit d'une prise de conscience, d'une verbalisation de tout un vécu suicidaire; la conduite suicidaire, elle, est plutôt une expression par l'intermédiaire du corps, du geste, de tout ce vécu suicidaire justement, qui est alors impossible à verbaliser.

Ceci explique que des individus exempts de toute pathologie mentale, et apparemment les mieux équilibrés puissent avoir des idées suicidaires.

Ces idées suicidaires ne préservent pas de tout risque suicidaire, bien au contraire, mais sont d'une autre nature, ne comportant pas cet élément fondamental qu'est le passage à l'acte et tout l'ensemble très complexe d'éléments disparates qui vont justement, rendre possible ce passage à l'acte.

L'étude des équivalents suicidaires peut aussi beaucoup apporter à l'étude des autres conduites suicidaires. Ces équivalents suicidaires peuvent être considérés comme des conduites suicidaires du fait que leur signification psychologique profonde comprend aussi, à divers degrés, un certain désir d'autodestruction.

Il est intéressant de noter à ce propos, que la mutilation volontaire est considérée comme un délit dans certaines législations (Code de Justice Militaire en particulier, article 231), et que le suicide est alors assimilé à une mutilation volontaire. A propos des mutilations volontaires, il est vrai que tous les degrés peuvent se voir entre un geste délibéré, utilitaire, et un véritable geste suicidaire déguisé, car focalisé.

Les conduites de refus (refus d'aliments, refus de soins) ont aussi, à juste titre, pû être interprétées comme des conduites suicidaires. Le refus d'aliments du vieillard est caractéristique, chez la jeune fille anorexique mentale de nombreux éléments vont entrer en jeu, parmi lesquels le "jeu avec la mort" est exceptionnellement absent chez le sujet qui entreprend une grève de la faim, le désir de faire parler de ses problèmes, de se faire entendre, afin que "cela change" est au premier plan, cela semble évident.

Mais le fait même d'avoir entrepris cette grève de la faim, implique d'avoir accepté de mourir du fait de celle-ci; le suicide pour une cause

pour une idée est donc accepté. C'est ici la fonction de chantage du suicide qui est mise au premier plan, ce qui n'implique pas que d'autres fonctions ne soient pas présentes.

Ces conduites de suicide "à petit feu" reposent avec plus d'acuité le problème de la réponse de la loi vis-à-vis de ces sujets: doit-on interdire les grèves de la faim à visée politique? doit-on au contraire les autoriser sans restrictions? doit-on alimenter grâce aux moyens les plus modernes de la médecine, les grévistes, dès le moment où ils sont comateux...? Derrière ces questions particulières, se posent "d'autres questions" plus générales; a-t-on le droit de se suicider? a-t-on le droit de sauver quelqu'un qui a voulu se suicider?

C'est ici, que nous arrivons au problème de la réaction sociale vis-à-vis du suicide.

A-t-on le droit de se suicider? telle est la question.

La loi n'interdit pas le suicide; dans la législation française, le suicide ou la tentative de suicide n'est pas considérée comme un crime, ni même un délit. Par conséquent, le suicide n'est pas passible de sanction, ni pénale, ni sociale.

On pourrait être tenté d'accuser cette absence de sanction de la fréquence croissante des tentatives de suicide. Mais, réinstaurer une sanction vis-à-vis des conduites suicidaires serait faire un retour en arrière de près de deux siècles et n'a d'ailleurs pas fait la preuve de son efficacité dans des pays comme l'Angleterre.

En effet, le suicide est considéré comme faisant partie du droit fondamental de l'homme et du citoyen à disposer librement de son corps et de sa vie. Le suicidant est considéré a priori comme maître de ses actes lorsqu'il se suicide: le suicide est considéré comme un acte volontaire, délibéré. Ainsi, en dehors des malades mentaux susceptibles d'être dangereux vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui, et tombant sous le coup de la loi de 1838, les sujets qui se sont suicidés sont supposés, a priori, avoir disposé en toute conscience de leur corps et de leur vie.

Ceci semble évident dans bon nombre de cas, mais le médecin, confronté fréquemment à ce type de questions, aurait le droit de se montrer moins affirmatif dans diverses situations:

– Dans le cas du sujet déprimé, par exemple, doit-on penser que c'est la maladie: la dépression qui a provoqué le suicide? Dans l'hypothèse contraire, selon laquelle le sujet est maître de son humeur, quelle action supposons-nous aux drogues anti-dépressives?; le fait même d'employer ces drogues n'implique-t-il pas que nous considérons la dépression comme une maladie?

Il arrive fréquemment que le médecin soit amené à voir des sujets venant de se suicider à la suite d'une dispute banale avec leur entourage, ou même à voir des sujets qui affirment ne pas savoir pourquoi ils se sont

suicidés, qui affirment ne pas savoir “ce qui leur a pris”, qui affirment avoir voulu dormir, alors que la dose de toxiques prise avait toutes les chances de les tuer.

Ce problème a priori paradoxal, de l'inconscience “que manifestent certains sujets vis-à-vis de leur suicide”, est un problème très important de la psychologie des états suicidaires, pré et post-suicidaires.

La réaction de l'entourage vis-à-vis du suicide de l'un de ses proches est aussi fort éloignée des beaux discours théoriques au sujet de la liberté de disposer de soi-même.

La réaction de l'entourage vis-à-vis du suicide de l'un de ses proches est faite surtout d'éléments disparates où se mêlent l'incompréhension, l'étonnement, la honte, le dépit, la culpabilité de ne pas avoir su arrêter ce geste, et même parfois le sentiment d'être responsable de ce geste. Il faut ici distinguer les suicides, où le sentiment d'avoir pu éviter cette mort est au premier plan et où le sentiment d'avoir soi-même été visé par ce meurtre peut être fortement présent. Témoin, l'exclamation de ce mari volage, devant le suicide de sa femme: “pourquoi m'as-tu fait cela?”

Dans le cas des tentatives de suicide, les sentiments de honte, de culpabilité sont vite rejetés sur le suicidé lui-même par l'entourage, toujours prêt à accorder à la tentative de suicide un caractère de chantage, de bénéfices envisagés... Très souvent même, le médecin est obligé de souligner devant le patient et son entourage pressés de retourner vaquer à leurs occupations, l'importance et la signification de cet acte de suicide.

En effet, à la suite des tentatives de suicide, il y a fréquemment une dénégation de ce suicide. Ce qui semble d'ailleurs un mauvais élément de pronostic pour une psychothérapie visant la prévention de nouvelles tentatives de suicide.

Car à long terme, le but des médecins recevant quotidiennement ces tentatives de suicide, est bien la prévention des récidives.

A l'arrivée du patient, amené le plus souvent en urgence par le S.A.M.U, par la Police Secours, ou par les Pompiers, les moyens les plus modernes sont utilisés rapidement pour sauver le patient: intubation, ventilation assistée, monitoring cardiaque, lavage gastrique, dialyse, etc...

Pourtant, il faut bien se rendre compte que la relation médecin-malade est ici d'un type tout particulier; puisque le sujet venant de se suicider, voulait mourir, et par conséquent ne voulait pas être soigné. Le patient est ainsi sauvé, malgré lui, sous le couvert de la loi, qui indique que dans tous les cas d'urgence, la non-assistance à personne en danger constitue une faute pénale.

Or, il est bien connu qu'en dehors de l'urgence, la responsabilité civile du médecin est de type contractuel: “il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat”. Et, en cas de refus du traitement, la décision du patient prévaut.

Cet aspect contractuel de l'exercice de la médecine ne redevient patent qu'au moment où le patient ressent la liberté d'accepter ou de refuser l'aide proposée par l'équipe psychiatrique dans les heures ou jours qui suivent la tentative de suicide.

Il est alors intéressant de remarquer qu'un nombre relativement faible des patients se révoltent contre leur prise en charge médico-psychothérapeutique; souvent, un jour, au cours de leur traitement, ils prennent conscience de leur besoin d'être traités, ou parfois la simple acceptation a posteriori de soins reçus, même tacite, est alors le signe que cette relation contractuelle fondamentale entre médecin et malade avait été rétablie.

Cette valeur thérapeutique fondamentale de la relation contractuelle qui s'établit entre médecin-malade ne doit pas être perdue de vue lors de l'utilisation à visée thérapeutique de la mesure de sauvegarde de justice.

Cette mesure, demandée par un médecin assure une possible révision (nullité juridique) des actes pathologiques (achats, cessions, héritages...), rapide, non contraignante, elle demande un minimum de formalités administratives; un simple certificat: "je soussigne, docteur X, certifie avoir donné mes soins à M., Mme... dont l'état de santé bénéficierait de l'application d'une des mesures de protection prévues par la loi du 3 janvier 1968: Sauvegarde de Justice", adressé au Procureur, transmis au Juge des Tutelles, prenant effet dès sa signature; mesure légère, non stigmatisante, à caractère très provisoire puisque faute d'être renouvelée ou transformée, elle vient d'elle-même à expiration après un délai de trois mois, et s'efface sans laisser de traces.

Une telle mesure ne devrait pas être appliquée indistinctement dans toutes les conduites suicidaires; elle le serait plus systématiquement dans le cas où la tentative de suicide représente une complication en relation directe avec une maladie mentale. Nécessitant des soins spécialisés et éventuellement conjointement aux autres dispositions légales prévues pour un placement volontaire, ou même un placement d'office en raison du danger pour soi-même ou l'entourage. La mesure de sauvegarde serait appliquée en raison inversement proportionnelle de la pleine capacité du sujet à se déterminer librement.

La proposition d'une telle mesure, acceptée par l'intéressé, pourrait exprimer la sollicitude et la protection du groupe social vis-à-vis de celui qui se trouve dans une période de "passage à vide", pendant laquelle il a pû nuire à lui-même et à ses proches.

Cette réponse aura surtout une valeur de symbole; mais cela est primordial si l'on se souvient que le suicide représente souvent une ultime et désespérée tentative d'accéder au symbole.

## Zusammenfassung

### Therapeutische Funktion des Gesetzes in den selbstmörderischen Verhalten

Es muß darauf verzichtet werden, unter den selbstmörderischen Verhalten zwischen den tödlichen Fällen und den immer mehr oder weniger verdächtigen Fiktionsversuchen mit „Nutzzweck“ aufgrund ihres Scheiterns zu unterscheiden.

Wir sollten eher unterschiedslos jedes selbstmörderische Verhalten im Begriff „Versuch“ einordnen, der immer umfaßt:

- Ein Aufs-Spiel-Setzen des eigenen Lebens und eine übrigens nicht mit den angewandten Techniken und Verfahren proportionale Risikoübernahme,
- Eine geheime Hoffnung auf Überleben, auch in den Fällen wo die Todessehnsucht im Vordergrund steht.

1 – Soziale Reaktion: Sie erscheint nicht (oder nicht mehr) als eine in Form einer Regelung oder Strafe organisierte Struktur. Sie besteht eher aus verschiedenen Elementen, wo sich Erstaunen, Tadel, Geheimnis und vor allem ein starkes Schuldgefühl mischen. Diese Gefühle bilden die öffentliche Meinung: Selbstmörder schaden nur sich selbst, jeder dürfe frei über seinen Körper und sein Leben verfügen. Man will vor allem entdramatisieren und rechtfertigen. Die Wirklichkeit eines Todes, der hätte vermieden werden können, einer vorübergehenden Krise, eines Schadens, der die gesamte Umgebung trifft, sieht anders aus.

Diese Plage wird von der Gesellschaft als eine geheime und unbeschreibliche Wunde empfunden. Man schweigt lieber aus Angst vor einer epidemischen, unberechenbaren Ausbreitung. Für die Umgebung fängt eine endlose Trauer an, die pathologischste, die es gibt. Das selbstmörderische Verhalten ist die einzige Form von Abweichung, die als einzige Antwort das totale Schweigen des Gesetzes hat, während so viele sogenannte Übertretungsverhalten von einer Gesetzgebung abhängen, die sich im Rahmen der Entkriminalisierung in einer ärztlich-sozialen Regelung entfaltet.

2 – Der therapeutische Versuch der Schutzmaßnahme: Als therapeutischer Versuch mit Vorbeugungsziel wurde eine Erprobung in einer Abteilung des Notdienstes durchgeführt.

Diese Abteilung, die jährlich etwa 2000 Selbstmordversuche empfängt, verfügt über eine vielseitige Organisation, die im selben therapeutischen Programm Wiederbelebung, innere Medizin, klinische Toxikologie, psychiatrische und soziale Gerichtsmedizin umfaßt.

Dieser Versuch zielt darauf, eine der im Gesetz vom 3. Januar 1968 vorgesehenen Maßnahmen, und zwar die Schutzmaßnahme von Justiz, auf weitere Selbstmörder zu erstrecken (außer den, die von einer Verwahrungsmaßnahme in einer psychiatrischen Anstalt abhängen).

Sollte sich der Nutzen einer solchen Gesetzgebung auf einen Einordnungsversuch in die symbolische Ordnung begrenzen, dann wäre der Vertrag schon weitgehend erfüllt, besonders wenn man sich daran erinnert, daß der Selbstmord oft einen letzten und verzweifelten Versuch darstellt, das Symbol zu erreichen und, daß der darin enthaltene Ruf eine Antwort erfordert.



In diesen sorgfältig ausgesuchten Fällen kann die Anwendung des Gesetzes die Aufforderungen des Über-Ichs ersetzen, das oft dasjenige der sadistischen Vormorale der Neurosen ist.

Sie drückt hauptsächlich ein Bedenken – im Namen der Gesellschaft – jemandem gegenüber aus, der eine Tat durchgeführt hat, die sich auf der sozialen Szene gespielt hat und Einrichtungen (oft mit Uniformen: Notdienst, Feuerwehr, Rotes Kreuz) eingesetzt hat.

Eine solche Maßnahme sollte nicht gleich bei allen selbstmörderischen Verhalten angewandt werden: sie wäre systematischer in den Fällen wo der Selbstmordversuch in direkter Beziehung mit einer geistigen Krankheit eine Komplikation darstellt, die eine spezielle Behandlung erfordert und eventuell gemeinsam mit den für eine Einweisung vorgesehenen gesetzlichen Bestimmungen oder sogar mit einer Einweisungsanordnung hinsichtlich der Gefahr für sich selbst oder die Umgebung. Diese Maßnahme wäre je nach dem Selbstbestimmungsgrad angewandt.

Ein solches Vorgehen enthält nicht dieses Unverantwortlichkeitsrisiko, das die übertriebene Psychiatrisierung einiger Verhalten vorwerfen läßt, die gefährlicherweise ein Gefühl von totaler Unverantwortlichkeit und eine Mentalität von Unterstützungsbedürftigen in Form eines institutionellen Parasitismus schaffen kann.

3 – In der Praxis: Welches sind die von einer solchen Schutzmaßnahme zu erwartenden konkreten Vorteile? Das Gesetz orientiert sich eher nach dem Schutz der Person und zielt darauf, die Gleichgültigkeit durch Betreuung zu ersetzen. Es handelt sich um eine provisorische Prothese. Behalten wir die Haupteigenschaften dieser Schutzmaßnahme: Einfachheit, Schnelligkeit, so wenig Formalitäten wie möglich: ein einfaches an den Staatsanwalt gerichtetes und an den Vormundschaftsrichter übermitteltes Zertifikat, das nach Unterzeichnung in Kraft tritt. Die Verlängerung der Schutzmaßnahme würde von der klinischen und therapeutischen Entwicklung abhängen.

C. L. COPPET

Interne en Psychiatrie,  
Service Médical d'Urgence Hôpital Edouard Herriot,  
Place d'Arsonval,  
LYON

M. COLIN

Chef du Service Psychiatrique des Urgences Hôpital Edouard Herriot,  
Pavillon N,  
Place d'Arsonval,  
LYON (France)