

Daniel Bordeleau, *Face au suicide*, Montréal, MNH, 1997,  
191 pages

Éric Volant

Volume 12, Number 1, Fall 1999

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074523ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074523ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this review

Volant, É. (1999). Review of [Daniel Bordeleau, *Face au suicide*, Montréal, MNH, 1997, 191 pages]. *Frontières*, 12(1), 116–116. <https://doi.org/10.7202/1074523ar>

construite selon la pensée de Jung. La seconde réfère plus directement à la pratique clinique et propose des modèles d'intervention auprès du patient suicidaire. L'objectif de l'auteur est d'analyser l'expérience suicidaire comme phénomène humain. L'hypothèse générale est annoncée dès l'introduction: «L'avènement d'une idée suicidaire signifie bien davantage qu'une invitation à mourir. Dans certains cas, il s'agit même d'une invitation à vivre; mais à vivre différemment» (p. 13).

Approche théorique: dans le cadre de son essai, l'auteur entend par expérience suicidaire «un état qui peut comprendre une idée, un geste, une intention ou même une tentative suicidaire» (p. 18), mais qui n'inclut pas le suicide effectif lequel renvoie à une tout autre expérience. En effet, les suicidés ont déjà répondu à la question et ont choisi la mort, tandis que les suicidaires sont des personnes «faisant face à un choix fondamental, celui de la vie ou de la mort» (p. 20), La personne suicidaire n'est pas un suicidé en devenir, mais un individu en questionnement. «Le sujet devant moi n'est pas mort ni même mourant. Le problème qu'il présente en est un de vie, au cœur de la vie» (p. 68). Le suicide se présente à lui comme «une possibilité de solution à un problème qui, autrement, le désespère» (p. 16). Pour le clinicien, il ne s'agit donc pas en premier lieu de faire œuvre de prévention en protégeant le patient contre la mort, mais de faire œuvre de compréhension intra-psychique. «L'ouverture au suicide», manifestée par l'intervenant, donne à la personne suicidaire l'opportunité d'explorer en profondeur son «mouvement vers la mort» et ou bien de choisir la vie et d'en être le responsable principal ou bien d'opter pour la mort comme solution à son désespoir.

Peut-on parler d'un archétype du suicide? L'auteur pense que oui. L'archétype est un noyau central dont l'activation dégage une énergie qui produit une manifestation neurobiologique au niveau corporel et une idée suicidaire au niveau psychique. Aujourd'hui, les études neurobiologiques sur le suicide sont trop peu avancées pour que l'on puisse parvenir à des conclusions satisfaisantes. Au plan psychique, on peut dire que «la mise en œuvre de cet archétype est liée à la présence d'un état de désespoir, auquel il (l'archétype) apporte une solution d'espoir» (p. 101). L'idée suicidaire permet une confrontation avec la mort qui

peut conduire à une transformation dont l'issue est parfois la mort, mais plus souvent la vie. C'est avec grand intérêt que le lecteur parcourra ces pages où l'auteur illustre le combat entre la vie et la mort par des représentations culturelles cueillies dans le récit biblique de Jonas, les contes des frères Grimm, les tragédies de Faust et de Hamlet, la figure du Diable qui fait miroiter l'accès à un monde sans souffrance.

Approche clinique: l'auteur propose un modèle d'approche clinique comportant une évaluation à trois niveaux: l'évaluation sémiologique, l'exploration personnelle et l'approfondissement transpersonnel. Mais d'abord, il y a la rencontre avec la personne suicidaire. L'intervenant essaie de rejoindre le patient là où il se trouve, c'est-à-dire, à l'intérieur de sa confrontation avec la mort, dans l'expérience même de sa crise suicidaire. Il procède ensuite à l'évaluation sémiologique qui consiste dans la recherche des symptômes d'ordre dépressif, psychotique ou schizophrénique, dans l'identification des traits de personnalité du suicidaire, dans la détection de maladies somatiques ou encore de problèmes liés à la toxicomanie. L'intervenant essaie de discerner à quel «niveau de suicidalité» se situe le patient, afin de savoir à quelle étape de son parcours suicidaire il est rendu: l'idée, la rumination, le plan, le geste, la tentative ou la menace suicidaire. L'exploration personnelle est une autre étape, qui va plus loin dans la compréhension de l'idée suicidaire du patient en cherchant à découvrir la signification particulière ou le message unique de l'expérience vécue. Enfin, l'approfondissement transpersonnel est la recherche de la dimension collective et archétypale de l'idéation suicidaire du patient à l'aide de l'interprétation des rêves par le recours à la transcendance telle que véhiculée dans la religion, la mythologie ou les contes. Le but de l'ensemble de ces étapes, proposées par l'auteur, est d'éclairer le patient sur ce qui est vraiment en jeu dans sa situation de sorte qu'il puisse «décider en connaissance de cause» (p. 134). L'art du thérapeute consiste à créer et à maintenir chez le patient «l'espace d'un changement potentiel», à promouvoir la rencontre et l'union des contraires dans la conscience du patient. De cette «tension conflictuelle Vie-Mort» peut jaillir «une nouvelle vision et, éventuellement, une nouvelle attitude à l'égard de la vie en général et de sa propre vie» (p.134).

La conclusion de cet ouvrage est si riche que je me permets d'en citer deux passages; particulièrement significatif pour tout intervenant, ce sont là des mots qui ouvrent un horizon: «En abordant l'idée suicidaire comme une expérience humaine reposant sur une base archétypale, l'expérience suicidaire est remplacée dans une dimension collective et l'individu se sent moins seul et moins "malade". Toutefois, c'est aussi une expérience individuelle dont il faut rechercher le message symbolique. La recherche du sens offre une possibilité d'espoir, de réconfort et devient une véritable opportunité de rencontre humaine profonde entre le clinicien et le patient» (p. 165).

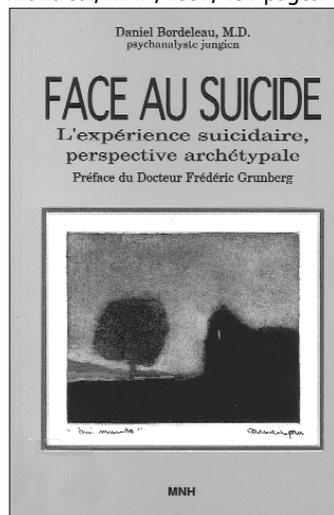
«La "suicidalité" est un domaine qui ne se laisse pas saisir facilement parce qu'il oblige le clinicien à approfondir sa propre expérience personnelle et à y puiser une compréhension émotionnelle... Le problème ne vient pas de la folie du patient suicidaire mais de notre difficulté à le comprendre et à l'accompagner dans les profondeurs de ce qu'il vit» (p. 166).

Éric Volant

Daniel Bordeleau

## Face au suicide

Montréal, MNH, 1997, 191 pages.



«Ce livre s'adresse d'abord aux cliniciens...avec l'espoir que chacun pourra y trouver des éléments facilitant sa pratique clinique» (p. 13). Cependant, il peut être aussi très instructif à d'autres intervenants qui ne craignent pas de se confronter au jargon du métier. L'œuvre est divisée en deux sections. La première, orientée vers la théorie, est