ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/322717244

EMI et suicide

Article · January 2018

CITATIONS
0

READS
524

1 author:

Pascal Le Maléfan
Université de Rouen

115 PUBLICATIONS **264** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Project Croyances et psychopathologie View project

Project Marionnettes View project

All content following this page was uploaded by Pascal Le Maléfan on 26 January 2018.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

EXPÉRIENCE DE MORT IMMINENTE ET SUICIDE
Dimension nouvelle pour une prévention des récidives ?

P. LE MALÉFAN*, S. LATREILLE**

« Sans doute, à l'extrême, il suffit qu'arrive un seul : encore faut-il qu'entre lui et les autres — qui l'évitent — il garde un lien. Il ne serait sans cela qu'une étrangeté, non l'extrême du possible. »
Georges Bataille, *L'Expérience intérieure.*

RÉSUMÉ

A partir d'une revue critique de la littérature concernant les expériences de mort imminente (EMI ou NDE) au décours d'une tentative de suicide et de leur incidence positive sur les risques de récidive, l'analyse d'un cas clinique permet de replacer cette phénoménologie singulière dans le cadre général de la clinique de l'extrême et du suicide en particulier. Elle permet aussi de reformuler l'hypothèse selon laquelle sa reconnaissance par le sujet comme par ceux qui l'entourent constitue un facteur potentiel de prévention des récidives.
Mots clés : Expérience de mort imminente — Suicide — Récidives — Clinique de l'extrême.

SUMMARY

Near death experience and suicide: a new dimension to prevent repeat attempts. *A critical overview of literature on near death experiences (NDE) in the aftermath of attempted suicides and their deterrent effect on the risk of repeat attempts forms the basis for an analysis of a clinical case which resituates this singular phenomenology within the general framework of externe clinical cases and more particularly within that of suicide. It also paves the way for a reformulation of the hypothesis by which recognition of it on the part of the subject and those surrounding him constitutes a potential factor in preventing repeat attempts.*
Key words: *Near death experience — Suicide — Repeat attempts — Extreme clinical medicine.*

RESUMEN

Experiencia de muerte inminente y suicidio. ¿ Una nueva dimensión para la prevención de las recidivas ? *A partir de una revista crítica de la literatura sobre las experiencias de muerte inminente (EMI o NDE) después de un intento de suicidio y de su incidencia positiva sobre el riesgo de recidiva, el análisis de una caso clínico permite situar esta fenomenología singular en el marco general de una clínica de situaciones extremas y del suicidio en particular. Ello permite asimismo reformular la hipótesis de que su identificación por parte del sujeto y de los suyos constituye un posible factor de prevención del suicidio.*
Palabras clave : *Experiencia de muerte inminente — Suicidio — Recidivas — Clínica de situaciones extremas.*

1. L'EMI, « expérience de mort imminente » est la traduction littérale de l'expression anglaise. Elle peut induire en français des confusions avec les crises d'anxiété généralisée. Il faut l'entendre ici comme « des expériences de presque mort » (NDLR).

* Maître de conférences en psychopathologie, Université de Rouen, UFR de psychologie, 76821 Mont-Saint-Aignan Cedex.
** Psychologue, même adresse.

Le suicide et la tentative de suicide touchent toutes les populations et presque toutes les tranches d'âge. L'Organisation Mondiale de la Santé estime que pour l'année 2000 le suicide serait responsable d'environ un million de morts dans le monde, soit un suicide toutes les quarante secondes. En France, si la mortalité par suicide tend à diminuer après les fortes augmentations de 1975 à 1985, une surmortalité existe chez les jeunes en fin d'adolescence et chez les jeunes adultes (25-34 ans) dont c'est la première cause de décès. La prévention est pourtant en retard malgré la récente qualification du suicide comme problème de santé publique majeur. De plus, la prévention primaire n'est pas sans poser de questions théoriques et éthiques liées à la fois au paradoxe de l'acte suicidaire comme liberté extrême et à la crainte de cautionner une idéologie hygiéniste au nom d'un tout préventif.

Une autre constatation doit être ici rappelée, celle concernant les récidives. Les études disponibles montrent que plus de la moitié des patients hospitalisés pour une tentative de suicide récidiveront avec une issue fatale dans 10 % des cas (Caroli F. et Guedj M.J. [6]). L'importance du phénomène implique donc de penser des dispositifs institutionnels d'accueil et d'accompagnement plus étoffés qu'ils ne le sont aujourd'hui, mais surtout d'œuvrer pour éviter tout escamotage, déni ou dénégation d'un acte qui appelle d'abord des significations ontologiques (Olindo-Weber S. [18, p. 49]).

Dans ce sens, et bien que paraissant marginal au regard du moins de la statistique, nous souhaitons signaler un aspect méconnu de l'expérience suicidaire qui, selon nous, mérite d'être pris en compte par les acteurs des dispositifs que nous venons d'évoquer car sa reconnaissance paraît comporter un facteur de diminution du risque suicidaire après une tentative. Sans doute d'ailleurs parce que sa charge significative pour le sujet qui l'exprime est le signal d'un nouveau fondement ontologique. Il s'agit desdites Expériences de Mort Imminente, plus connues sous leur appellation médiatique de NDE et popularisées par le livre néo-spirite du psychiatre Raymond Moody [17].

Nous ne mésestimons pas les a priori et les réticences qu'un tel thème peut susciter et aussi la prudence qu'il requiert dans son interprétation et dans la place qu'il doit occuper dans la spéculation métapsychologique et psychopathologique. L'un d'entre nous a récemment tenté de reconsidérer la question dans la ligne d'une clinique du sujet dans le but de montrer que les EMI sont un peu plus que les faire-valoir de la pensée *New-Age* et d'une indigente psychologie transpersonnelle (Le Maléfan [14]). Or il est incontestable aujourd'hui que les récits d'EMI se rencontrent dans la population tout-venant, même si leur fréquence est très certainement assez faible. Mais leur « révélation », notamment pour le clinicien du champ de la santé, peut provoquer au mieux de la surprise et de l'interrogation au pire une incrédulité totale, un désaveu de ce qui se révèle, considéré comme fabulations, effets toxiques sur les circuits cérébraux et en particulier l'hippocampe, délire. Nous voudrions ici montrer, à l'occasion d'un cas, que les EMI doivent être d'abord accueillies comme des productions psychiques qui participent d'un travail sur le trauma. Leur présence dans le cadre d'un acte suicidaire est à considérer de ce point de vue, ce qui permet de comprendre en quoi elles sont susceptibles de contribuer à une diminution des récidives. Par-là elles démontrent encore que leur surgissement est du côté de la pulsion de vie, œuvrant à la consolidation du « joint le plus intime du sentiment de la vie chez le sujet » (Lacan [12, p. 558]), parce qu'elles interprètent de nouveau ce qu'il en est de la mort pour lui.

Avant d'exposer le cas en question, nous souhaitons rappeler brièvement les quelques études, essentiellement nord-américaines, sur les EMI, le suicide et la récidive et aborder quelques points cruciaux relatifs au sens de ces expériences.

EMI ET TENTATIVES DE SUICIDE

Nous devons la dernière mise au point sur le sujet au psychiatre américain Bruce Greyson [9], dans un texte d'ailleurs publié en France. Greyson rappelle d'abord les études antérieures réalisées et livre les conclusions tirées de ses propres recherches.

• En 1975, c'est le psychiatre David Rosen qui s'intéressa le premier au problème en questionnant sept personnes rescapées ayant sauté pour se suicider du pont du Golden Gate de San Francisco et d'un pont voisin sur la baie d'Oakland. Les sept sujets décrivaient certaines caractéristiques d'une EMI : perte du sens du temps, tranquillité, apaisement, perception d'une lumière brillante, abandon à une puissance supérieure, extase et fusion avec l'univers, sentiment de transcendance. Aucun ne vit défiler sa vie, mais l'un d'eux affirma avoir rencontré son père décédé.

Le suivi de ces patients révéla un seul cas de récidive, alors qu'une enquête menée par le Dr Seiden et publiée en 1968 note que sur une population de 515 cas de tentatives de suicide du haut du Golden Gate contrariées, 25 récidiveront avec une issue fatale deux ans et demi après l'épisode initial (cité dans Ammar D. [1, p. 221]).

• Kenneth Ring et Stephen Franklin, en 1981, menèrent une enquête, parfois par petites annonces, auprès d'un large échantillon de personnes ayant tenté de se suicider. Près de la moitié déclara avoir vécu une EMI.

Ring et Franklin indiquèrent que ces sujets exprimèrent une diminution de leur envie suicidaire.

• C'est dans l'institution où il exerçait comme psychiatre, à l'hôpital de l'université de Michigan, que Greyson mena une première enquête en 1986. Sur 61 suicidants, 16 confièrent avoir vécu une EMI. Greyson laisse supposer que le nombre était sans doute plus grand et proche du résultat de Ring et Franklin, du fait de la répugnance à livrer une expérience de cette sorte à un psychiatre. Mais il ne s'interroge pas, à l'inverse, sur la possible suggestion que son désir de chercheur à l'égard de son objet a pu exercer dans les « révélations ». C'est en tout cas, à notre avis, une question que l'on doit toujours se poser.

Dans une autre enquête, en 1991, réalisée également sur des patients suicidants, Greyson retrouva la même fréquence d'un vécu d'EMI, soit 26 % (cité dans Ammar D. [1]).

Pour plus de la moitié de ces « expérienceurs » (terme générique utilisé dans la littérature spécialisée pour désigner les personnes relatant avoir vécu une EMI), Greyson retrouve une diminution du risque suicidaire. Mais ce résultat est, pense-t-il, pour le moins paradoxal compte tenu de ce qu'on sait des EMI et de leurs répercussions. Greyson fait en effet remarquer que le vécu d'EMI « romantise » la mort et diminue voire supprime la peur de mourir. Cette nouvelle disposition devant la mort devrait donc logiquement conduire au suicide. Par ailleurs, chez la plupart des « expérienceurs », d'une manière générale, et à l'encontre d'une certaine vulgate sur les répercussions bienheureuses, la vie est plus difficile. Marqués par l'exception d'une jouissance hors norme, les sujets ont souvent du mal à retrouver la banalité du sens commun. A défaut d'élaboration, ils se sentent à part et suscitent un rejet de la part de leurs proches qui ne les comprennent plus. Ces nouvelles souffrances devraient elles aussi conduire au suicide.

Alors, comment comprendre que les EMI ont une incidence positive sur les envies de récidives ? Que penser de ces rescapés interrogés par Rosen qui ont préconisé la pose sur les ponts d'une rambarde de sécurité, et de ceux de Ring et Franklin qui ont publiquement condamné le suicide et proposé, pour certains d'entre eux, de conseiller et dissuader les candidats au suicide ? A cela Greyson répond simplement que l'impact principal des répercussions des EMI réside dans le désir de vivre, car à travers elles c'est d'une réévaluation de la vie et de son sens qu'il s'agit. Réévaluation transpersonnelle précisément, propose-t-il, les expérienceurs, dans les deux enquêtes, ayant majoritairement évoqué l'importance de la transcendance de l'expérience dans les raisons de réinvestir la vie : sentiment de faire partie du Tout-Cosmique ou d'être en lien compréhensif avec l'autre ; conviction d'avoir été dignes d'être sauvés par Dieu ou le Destin... Greyson note également — ce qui n'est pas sans intérêt — que d'autres raisons, plus « pragmatiques », ont joué un rôle : le rescapé a compris que son heure n'était pas venue ; lors de la classique revue de vie au cours de l'EMI, certains conflits ont été résolus et dépassés ; une culpabilité morale de s'être donné la mort et une peur de devoir en repasser par là.

L'article de 1992 sur lequel nous venons de nous appuyer se termine par un plaidoyer en faveur d'une lecture transpersonnelle des EMI, à savoir le message de sagesse sur la valeur de la vie que ces expériences sont censées contenir. Cette indication de Greyson — qui est aussi un parti pris — ne peut que relativiser l'argumentation proposée. Deux points apparaissent en effet ici. D'abord on peut considérer que ses conclusions sont certainement un peu optimistes concernant la non-récidive. D'après ce qu'il indique, il n'a pas pu suivre les patients sur un long terme, la conviction de la diminution de l'envie suicidaire s'étant fondée sur un seul entretien peu de temps après le passage à l'acte. Certes, David Rosen cité plus haut a signalé une telle diminution après deux ans et demi. L'étude de Greyson manque donc de recul, d'autant que l'on sait qu'il faut plusieurs années avant de connaître vraiment les répercussions subjectives d'une EMI. Tout se passe donc comme si les récits entendus, dans leur dimension de transcendance, constituaient un obstacle épistémologique, un fascinum pris à la lettre. L'orientation transpersonnelle de Greyson le préparait en quelque sorte à cette lecture optimiste.

Le deuxième point souligne l'aspect précédent. Le classement des raisons invoquées pour ne plus vouloir se suicider, mettant en premier celles d'ordre transcendantal et/ou transpersonnel, reflète à l'évidence les intérêts de Greyson et confirme ce qu'il attendait. La valence transpersonnelle des discours n'est aucunement interrogée car un postulat de départ fait barrage, à savoir que la culture ou la religion a peu d'influence sur le contenu des récits d'EMI. Or comment ne pas percevoir dans les contenus évoqués par les expérienceurs interrogés par Greyson l'une des facettes de la forme imaginale du courant New-Age en lien avec la crise symbolique de la culture occidentale (Ferreux M.J. [8]) ? Autrement dit, ce que Greyson appelle transpersonnel ne serait que l'habillage imaginarisé par des éléments culturels d'un effet de rencontre avec le réel. On peut d'ailleurs signaler que les études classiques sur l'EMI, depuis la fin du XIXe siècle, ont toutes mentionné que c'est le sentiment de paix et de bien-être, accompagné d'un abandon, quelquefois à une puissance jugée supérieure, qui constitue la trame prin-

cipale et parfois unique d'une telle expérience, et que cette sensation de béatitude est telle que les sujets la déclarent impossible ou difficile à décrire en langage ordinaire. A cet égard, la remémoration descriptive très précise de la sensation d'extase ressentie par Montaigne après un accident de cheval où on le tint pour mort est sans doute le premier récit de ce type d'expérience hors de tout cadre interprétatif médical, mythologique ou religieux (Montaigne M. [16] ; Jenny L. [11]). Nous avons donc là le noyau de l'EMI, soit la production d'une fiction dans la rencontre avec le réel de la mort qui engage l'imaginaire du corps dans un en deçà de la spécularisation, à la limite du symbolique[1]. Peu de sujets vivent et rapportent d'autres éléments, notamment d'ordre transcendant, ou encore la revue panoramique de la vie. Bref, la profusion et le flamboiement imaginaires ne sont pas la règle du « roman du trépas » (Anzieu D. [2])[2]. La mise en avant des éléments transcendants et transpersonnels opérée par Greyson sert donc de caution à un néo-spiritualisme, voire spiritisme. Notons d'ailleurs que le transpersonnel, théorisé dès la fin des années soixante aux Etats-Unis par Abraham Maslow (le transpersonnel serait le sixième et ultime besoin de l'homme dans la pyramide des motivations), est relayé en France par les représentants du courant de psychologie et de psychothérapie humaniste ou de potentiel humain, qui milite aujourd'hui pour un titre de psychothérapeute. Or, dans les psychothérapies transpersonnelles, l'émergence d'une expérience équivalente à celle d'une EMI est favorisée, comme est favorisé tout ce qui procure une expansion de l'ego, le Soi, « Puissance créatrice immortelle et éternelle », seule instance à même d'actualiser les « Valeurs suprêmes » d'un mysticisme oblatif. D'où un discrédit de la psychanalyse freudienne jugée trop matérialiste et antispiritualiste, trop orientée vers la pathologie mentale — discrédit largement amorcé outre-Atlantique où le transpersonnel a pris son essor.

Toutefois et assez curieusement, Lacan paraît chez les psychothérapeutes transpersonnels français plus approprié par la dimension métaphysique de sa théorie et sa position critique envers l'ego, point nodal du transpersonnel.

L'EMI, UNE ORDALIE INVERSÉE

L'orientation transpersonnelle dans l'approche des EMI risque donc de manquer leur dimension ordalique inversée qui ressort de leur récit après coup. Or cette dimension est la seule propre à rendre compte des transformations subjectives positives constatées dans les recherches. Le temps du récit est ainsi le deuxième temps de l'EMI, qui vient donner sens au premier, celui de l'expérience elle-même ou du moins de sa trace. Second temps de l'EMI mais premier temps de l'élaboration du trauma, le récit traduit un jugement opéré dans la rencontre avec le réel, jugement la transmuant en rencontre certifiante et non en malencontre, *dustuchia* (Lacan [13, p. 237]).

Un tel jugement se rapproche de l'opération ordalique mais de manière inversée avons-nous proposé. On peut en effet considérer que dans l'EMI, comme dans l'ordalie, il y a une mise en scène du rapport à l'Autre, avec comme résultat une certitude sur le fait qu'il « ne veut pas me perdre » (Briole G. [4]). Mais alors que dans les conduites ordaliques il s'agit d'une adresse directe à l'Autre pour obtenir la légitimité de sa propre existence, les personnes rapportant des EMI où *l'Autre s'adresse à eux* se trouvaient généralement dans une position passive ou contrainte, saisies par la surprise du danger ou de l'accident.

Cependant Marc Valleur, à qui l'on doit la notion de conduites ordaliques appliquée à la toxicomanie, fait remarquer dans un article récent que les overdoses peuvent être racontées après coup de manières diverses, et l'une d'elles comme le moment d'une « rencontre extraordinaire [dans laquelle on peut] retrouver dans certains de ces récits les éléments qui sont sources de débats à propos des *"near death experiences"* » [20]. La distinction que nous proposons est donc purement analogique, retenant ce qu'a d'heuristique la notion d'ordalie comme fiction du lien du sujet à l'Autre. De plus, l'ordalie telle que l'entend Marc Valleur est du registre comportemental dont le fantasme reste inconscient, alors qu'avec l'EMI nous avons affaire à une construction que le sujet reconnaît comme sienne. Cette construction a d'ailleurs une structure phénoménologique qui permet de la repérer comme telle, en plus de l'affect bien-heureux qui l'accompagne et dont nous avons précédemment parlé. Parmi les éléments structurels, un certain nombre évoque bien la dimension ordalique inversée. Ainsi ce qui est nommé dans la littérature le moment du « choix » qui a inversé le processus d'agonie. Si tous les expérienceurs ne relatent

1. Lou Andreas-Salomé, écrivant à Freud en 1931, après avoir pointé que la maladie, la fatigue, l'épuisement etc. reflètent la complicité avec la mort tout en traduisant une « envie de quelque chose », un contentement ayant sa source dans la paix, à l'instar du nirvana bouddhique, indique que « l'on voit s'affirmer cette sérénité aussi chez l'Occidental, et l'on rapporte des cas isolés d'extase, de transfiguration pendant ou avant l'agonie... », *Lettre ouverte à Freud*, Lieu Commun, 1983, p. 54.

2. Didier Anzieu a eu l'occasion de signaler l'existence des EMI chez les mourants, les plaçant d'ailleurs dans le fil du roman familial et du fantasme. Il propose de distinguer deux scénarios spontanés, l'un où l'agonisant voit défiler une rétrospective visuelle accélérée et saisissante de toute son histoire, l'autre où sa pensée quitte son corps, s'élève et flotte au-dessus, entre dans un monde de lumière. Pour Anzieu, ces deux scénarios mettent en jeu un mécanisme de défense devant la souffrance insupportable d'avoir à mourir, le premier en totalisant sa propre histoire pour faire contrepoids, le second en vivant la mort comme une réexpérience de la naissance — « boucle qui se referme en rattachant la fin au début » [2, p. 221].

pas cette séquence, beaucoup conviennent être passés par une « décision » de retour lors d'un « choix » spontané ou « imposé ». Or, pour certains d'entre eux, c'est une « présence » supposée ou déduite, ou alors ressentie par l'audition d'une voix, toujours masculine notons-le, qui les amène à faire ce choix. Parfois encore le moment du choix est associé à la conviction d'avoir « revu » des personnes décédées qui énoncent un « refus » que le sujet les rejoignent (cf. notre cas ci-après) ; ces personnes sont les parents le plus souvent. Dans ces deux dernières occurrences, l'Autre est présentifié selon ses incarnations imaginaires les plus classiques, soit l'Autre divin et l'Autre parental, « présence » soutenue à l'évidence par un imaginaire paternel rassurant qui vient consolider la métaphore paternelle. Néanmoins une telle rencontre peut faire déclenchement d'une psychose, la « présence » se faisant alors intrusive et générant la certitude que le sujet ne s'appartient plus, révélant ainsi la carence du signifiant Nom-du-Père. Bref, l'EMI est bien une fiction dépendante de la structure, structure qui déterminera les modalités de sa subjectivation.

SUICIDE, ORDALIE ET ORDALIE INVERSÉE

Marc Valleur fait encore remarquer que dans l'ordalie, l'issue de la mise à l'épreuve n'est pas prévisible, ce qui la distingue du suicide où la mort serait activement recherchée. Bien des suicides ne peuvent néanmoins se définir de la sorte et impliquent une évidente métaphore ordalique. Un exemple tout à fait explicite nous est donné par Michel Leiris dans son autobiographie [15]. Nous l'évoquons à dessein car on y retrouve des éléments concernant notre sujet.

Leiris confie qu'il fut taraudé de toujours par l'envie de se suicider. Le projet devint plus concret à un moment critique de sa vie d'homme et d'écrivain où il se sentait « s'enliser dans [un] bourbier ». Disparaître avant de trop se compromettre, voilà la raison qui motive l'acte. Après une journée émaillée de quelques déceptions, où Leiris a beaucoup bu, l'impasse subjective et relationnelle dans laquelle il se trouve lui fait franchir « le pas décisif » en avalant une grande dose de barbituriques. « Plutôt que de me tuer, écrit-il, ce que je voulais faire en mangeant le poison, c'était un grand plongeon [...]. C'était [...] un coup de pile ou face plutôt qu'un geste répondant à la décision arrêtée d'en finir. » Trois jours de coma s'ensuivirent, avec une période de réveil marquée par un scénario onirique tissé d'étrangeté et de persécution dans la reconstruction de l'identité. Or, Leiris indique que dans les premiers moments de sortie du coma il lui a semblé reconnaître au chevet de son lit la présence d'une femme comptant beaucoup pour lui, le regardant « avec une affectueuse vigilance ». Plus tard il sut qu'il s'agissait de l'une des infirmières, mais ce personnage joua un rôle salvateur évident dans la « fable » à laquelle il adhérait en reprenant peu à peu conscience, et l'on peut faire l'hypothèse que ce regard compatissant mais aussi rassurant a témoigné d'une reprise de l'identification symbolique où le sujet retrouve cette position de jouissance de se savoir l'objet du regard ou de l'attention de l'Autre. Cette dernière formulation pourrait être celle de l'ordalie inversée.

CAS CLINIQUE

Nous allons maintenant rapporter un cas clinique rencontré par l'un d'entre nous dans un service de réanimation médicale d'un CHU dans lequel apparaissent quelques éléments classiquement retrouvés dans le vécu d'EMI. Or ce cas, s'agissant de notre hypothèse de départ — le vécu d'EMI lors d'un suicide et la diminution du risque de récidive —, ne permet pas de conclusion positive définitive telle que Greyson a pu l'indiquer. Il permet néanmoins d'aborder de nouveau l'originalité d'un type de production psychique qui doit pouvoir trouver sa place dans la clinique de l'extrême, celle des catastrophes aussi bien que du coma ou du suicide.

Mme L. est arrivée dans le service après avoir ingurgité du Mépronizine et du Laroxyl dans le but de se suicider. Elle est consciente mais somnolente, a un Glasgow à 13, ses pupilles sont en mydriase.

Mme L. est une femme âgée de 59 ans, mariée, mère de cinq enfants eux-mêmes parents. Elle est suivie par un psychiatre depuis plusieurs années pour syndrome dépressif.

La première rencontre a lieu trois jours après sa tentative alors qu'elle doit sortir l'après-midi même. Cet entretien sera long, elle pleurera beaucoup et son discours portera sur l'infidélité de son mari qui la trompe depuis six ans avec la même femme, les humiliations qu'il lui fait subir ; elle dira se trouver « vieille et moche ». Elle ajoutera avoir une relation fusionnelle avec sa dernière fille et avoir éprouvé un sentiment d'abandon lorsqu'elle est partie pour étudier.

Mme L. parlera furtivement de son père décédé il y a quelques mois et de sa mère décédée, elle, depuis deux ans.

Le second entretien, à sa demande, a lieu quelques jours plus tard. Mme L. commencera en se plaignant de ne pas se sentir bien du tout. Elle a effectivement le visage fatigué, les traits tirés et les yeux larmoyants. Puis elle confie que depuis qu'elle est sortie elle n'arrête pas de penser aux membres de sa famille qui sont décédés. A la question lui demandant de préciser lesquels, elle répondra sans hésitation : « Ma mère, mon père, ma sœur et mon frère, je les ai vus au pied de mon lit l'autre jour. » Invitée à préciser quand, elle ajoutera : « A l'hôpital, après avoir fait cette bêtise...

Ils étaient devant moi et ils me regardaient ; ils ne parlaient pas, mais ils ne voulaient pas que je les rejoigne, c'était trop tôt. »

Elle précisera encore qu'elle n'osait pas en parler, de peur qu'on se moque d'elle. Elle évoquera alors une autre tentative de suicide à 20 ans. Hospitalisée en réanimation, elle dit se souvenir de l'agitation de l'équipe médicale autour d'elle, d'avoir entendu : « Elle nous lâche ! », de sentir son corps immobile et tout à coup sa « tête et son cerveau » au-dessus de ce corps, planant. Selon elle, personne n'a jamais voulu croire au vécu de cette expérience, surtout pas son mari.

Plusieurs autres entretiens ont eu lieu durant six mois, à la demande de Mme L. Il en ressort qu'elle reste dans un deuil inachevé de sa mère ; plus précisément, elle n'a jamais « cru » qu'elle était morte. Ce doute alimente un rapport imaginaire à la mort, virant à la croyance paranormale, où la frontière entre les vivants et les morts est poreuse, la réalité pouvant soudain être traversée par des « présences » non angoissantes. Pour Mme L., la mort n'est pas une rupture définitive, et ceux qui nous ont aimés continuent à veiller sur nous. Elle dira penser fréquemment « à tous ses morts », notamment quand ça ne va pas. Elle parlera plusieurs fois de refaire une tentative de suicide, en s'arrangeant cette fois pour qu'on ne la retrouve pas à temps, souhaitant la mort comme une paix, un arrêt des tensions comme des pulsions, un repos, un « bien-être ». Sa détresse psychique reste encore grande et dans son discours alternent les revendications agressives envers son mari et la lutte contre l'effondrement devant la vieillesse. Après deux rendez-vous manqués, elle ne donnera plus suite.

DISCUSSION

La tonalité qui se dégage des dires de Mme L. est très éloignée de celle supposée par les conclusions des recherches de Greyson en particulier. Point de transcendance ici ni d'exaltation de l'ego capable de réorienter bienheureusement la vie du sujet. De plus, on peut penser que les deux expériences non ordinaires consécutives aux tentatives de suicide n'ont pas fait disparaître radicalement la potentialité de récidive. Enfin il ne s'agit pas d'EMI au sens strict mais d'éléments isolés, qui ont néanmoins le caractère de réalité pour Mme L. Pour elle il ne s'agissait pas de rêves ou d'hallucinations. On est finalement au plus près ici d'une clinique de la réanimation, bien moins prosaïque qu'une certaine vulgate pourrait le faire croire (Grosclaude M. [10]), mais contenant des thèmes qui donnent un sens particulier à l'expérience subjective que constitue l'éveil d'un coma *habituellement dominée par les thèmes de persécution et l'étrangeté* (Colombel J.C. [7] ; Oppenheim-Gluckman H. [19]).

De fait, les récits de Mme L. sont à considérer comme les traductions d'expériences-liens scénarisant sa problématique psychique dans le contexte de moments suicidaires, et leur révélation, qui après coup leur donne leur dimension signifiante, fait partie de l'événement-suicide. Concernant le premier suicide à 20 ans — dont on ne connaît pas le détail clinique — et la décorporation, Mme L. a pu associer sur l'état de dépendance dans lequel elle se trouvait alors, aussi bien matérielle qu'identitaire. A 15 ans, elle a un premier enfant de son futur mari et à 20 ans, peu de temps avant son suicide, un second. Le couple vit alors chez la mère du mari. Mme L. évoquera les reproches alors incessants sur son incapacité à réussir dans la vie et les directives autoritaires pour s'occuper de ses enfants. Elle dira aussi qu'elle était dans un « aveuglement », une soumission, voyant la vie à travers les yeux de son mari. Cependant elle explique son geste par la tension insupportable créée par les reproches et le manque de valorisation. L'acte suicidaire serait-il venu mi-dire ce qui ne pouvait s'assumer dans une opposition trop dangereuse narcissiquement ? Seul le corps a semblé apte à signifier l'impossible, mais dans le risque de sa disparition. Par l'acte, Mme L. a montré sa division, autant qu'il a souligné l'enjeu de séparation contre lequel elle butait. Or, cette décorporation, cette division entre son corps, sa tête et son cerveau, qu'elle situe dans son souvenir après avoir entendu le « Elle nous lâche ! » qui connote une séparation, scénarise en quelque sorte ses enjeux psychiques et, on peut le penser, les interprète. Dans cette expérience, elle *peut se voir par ses propres yeux*, rompant ainsi avec la relation fusionnelle à son mari qui assurait jusque-là son identité. Selon elle, ce n'est seulement qu'après ce suicide qu'elle s'est vraiment « ouverte à la vie. » Enfin, cette vision de son corps à distance dans la décorporation est peut-être aussi à relier au processus d'adolescence et à la place du corps. Corps de femme, corps de mère avant d'être corps d'adulte, n'était-il pas déjà à distance de ce qu'elle pouvait en subjectiver ?

La seconde tentative de suicide est venue à un moment où la dimension spéculaire de l'identité est de nouveau en crise : elle se trouve « moche et vieille » ; son mari ne « la regarde plus pour aller voir ailleurs » ; elle a compris qu'elle s'approchait de sa propre mort en voyant l'état de vieillesse de sa sœur chez laquelle elle a passé des vacances. Mais elle doit aussi assumer une séparation avec sa dernière fille avec laquelle elle avait une relation très proche. Cette fille est partie à l'âge de 20 ans... L'entretien psychologique en service de réanimation l'amène à évoquer la mort de ses parents, autre séparation qui sollicite un travail de deuil manifestement en impasse de s'articuler sur tous les précédents. Quant à sa mort, elle en parle comme d'un trou vers lequel elle va, sans pouvoir freiner une descente inéluctable. La dépression pour laquelle elle est suivie depuis plusieurs années peut ainsi s'entendre comme l'épuisement à lutter contre cet inéluctable

vécu sur son versant imaginaire de disparition sans trace, d'engloutissement. L'envie suicidaire est alors clairement revendiquée comme maîtrise de cette disparition, pour enfin accéder au repos, si ce n'est de l'âme, du moins de l'être : Mme L. romantise la mort comme état de calme, d'endormissement, de noir, un « plus rien » qui procure un paradoxal « bien-être » : la mort comme jouissance. Or, la « rencontre » avec ses morts comporte un message qui contrecarre un tel désir de mourir. Une dimension surmoïque, d'un surmoi protecteur dans sa connexion à l'idéal du moi, s'énonce, au-delà d'une parole entendue, dans un regard qui signifie que le moment de mourir n'est pas venu. Dans cette scène, digne du légendaire du Purgatoire ou de la hantise moderne telle que peut nous la faire connaître une ethnologie du proche (Capdecomme M. [5]) et une psychopathologie du deuil (Bacqué M.F. [3]), l'injonction de vivre vient de l'Autre, figuré ici comme précédant le sujet jusque dans la mort, autrement dit un Autre qui lui rappelle sur un mode apaisant qu'il n'en a pas encore fini avec la séparation qui l'a institué. Mais pour Mme L., cette insistance *à son corps défendant* à être renvoyée du côté de la vie ne peut s'entendre que comme une preuve que la mort n'est pas une fin mais un seuil différentiel dans l'état de l'être : la vie continuerait, ailleurs, en parallèle, l'Autre dans ses incarnations étant toujours présent, pas réellement séparé. Un petit arrangement avec ses morts qui traduit ce que la séparation a toujours eu pour elle d'impossible, soit ce qui a résisté à sa dimension symbolique.

L'EMI, FREIN À LA RÉCIDIVE ?

Poser une telle question implique que l'on reconnaisse le bien-fondé d'une prédictivité en psychopathologie qui dépasse le stade de l'intuition et puisse être généralisable pour mettre en œuvre une prévention efficace. Rien de moins évident dans le champ de la clinique où le cas par cas s'oppose à toute généralisation et relativise toujours a priori tout facteur d'ordre statistique valant pour un collectif anonyme et désincarné.

Concernant notre thème, le cas présenté ne permet pas d'affirmer selon une logique purement causaliste qu'il y a un lien entre les vécus d'EMI et la diminution de la récidive, et, comme nous l'avons souligné, il pourrait même démontrer le contraire puisque cette femme a tenté de se suicider une seconde fois et que le thème du suicide n'a pas disparu de son discours dans les derniers entretiens de la prise en charge qui a duré six mois après son passage au CHU. Le facteur EMI ne se montre donc pas comme un facteur prédictif sans équivoque. Nous pourrions aussi arguer qu'un seul cas n'est pas suffisant pour valider une hypothèse et que des recherches ultérieures sont nécessaires. Nous considérons cependant que le récit de telles expériences fait par cette patiente dans le contexte de crise subjective qui l'a poussée à l'acte a concouru à un travail préventif. Ce travail est d'abord contenu dans l'expérience elle-même telle qu'elle est rapportée et correspond à la dimension ordalique que nous avons soulignée. Mais il réside aussi dans la possibilité qui fut offerte d'entendre un témoignage de ce type sans lui dénier toute signification. A partir de cette révélation témoignant, pour le coup, d'un transfert, Mme L. a pu se livrer à un travail d'historisation et d'analyse des liens à ses figures tutélaires, resurgissant cette fois dans le fantasme et non dans la réalité comme des fantômes. A ce titre, les EMI présentent un intérêt dans la prévention des récidives des suicides et dans la clinique de l'extrême en général. Notre présente contribution se veut ainsi un essai pour légitimer la dimension clinique de récits trop souvent versés dans le sensationnel et le médiatique.

BIBLIOGRAPHIE

[1] AMMAR (D.) : *Expériences de mort imminente (NDE). Réalités cliniques et thérapeutiques ? Tentative d'explication transdisciplinaire*, Thèse de médecine, Marseille, 1993.

[2] ANZIEU (D.) : *Le Corps de l'œuvre*, Paris, Gallimard, 1981.

[3] BACQUÉ (M.F.) : « Psychopathologie des victimes d'apparitions », Colloque « Deuil et fantômes », Société de Thanatologie, *Bulletin de la Société de Thanatologie*, 1996, n° 105/106, pp. 21-29.

[4] BRIOLE (G.) : « Peut-il me perdre ? », *Psychologie médicale*, 1993, 25, 11, pp. 1077-1079.

[5] CAPDECOMME (M.) : *La Vie des morts. Enquête sur les fantômes d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Imago, 1997.

[6] CAROLI (F.), GUEDJ (M.J.) : *Le Suicide*, Flammarion, coll. « Dominos », n° 200, 1999.

[7] COLOMBEL (J.C.) : « L'éveil de coma ou le voyage vers l'inconscient », *in* : *La Psychopathologie et la philosophie de l'esprit au salon*, Paris, L'Harmattan, 2001.

[8] FERREUX (M.J.) : *Le New-Age. Ritualités et mythologies contemporaines*, Paris, L'Harmattan, 2000.

[9] GREYSON (B.) : « Désir de mort, désir de vie. La NDE dans les tentatives de suicide », *in* : *La Mort transfigurée*, Paris, Belfond, 1992, pp. 135-144.

[10] GROSCLAUDE (M.) : *Réanimation, coma. A la recherche du sujet inconscient*, Vincennes, Editions Hospitalières, 1996.

[11] JENNY (L.) : *L'Expérience de la chute. De Montaigne à Michaux*, PUF, 1997.

[12] LACAN (J.) : « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1957), *in* : *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.

[13] LACAN (J.) : *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1973.

[14] LE MALÉFAN (P.) : « Les expériences de mort imminente au regard de la clinique psychanalytique », *Perspectives Psy*, 2001, vol. 40, n° 2, avril-mai, pp. 125-132 ;

[15] LEIRIS (M.) : *Fibrilles*, Paris, Gallimard, coll. « L'Imaginaire », 1966.

[16] MONTAIGNE (M.) : *Les Essais. Livre II, chap. VI*, « De l'excercitation » (1580), Paris, Editions Garnier Frères, 1962.

[17] MOODY (R.) : *La Vie après la vie*, Paris, Robert Laffont (1975, Covington), 1977.

[18] OLINDO-WEBER (S.) : *Suicides au singulier. Du suicidaire au suicidant : la mort dans l'acte*, L'Harmattan, 2001.

[19] OPPENHEIM-GLUCKMAN (H.) : *Mémoire de l'absence. Clinique psychanalytique des réveils de coma*, Paris, Masson, 1996.

[20] VALLEUR (M.), JÉRÔME (E.) : « Les addictions et la métaphore ordalique », *Adolescence*, 1997, 15, 2, p. 69.

LE MALÉFAN (P.), LATREILLE (S.) : *Expérience de mort imminente et suicide. Dimension nouvelle pour une prévention des récidives ?*, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 78, 5, 2002, pp. 507-514.

Femme affligée assise, Charles le Brun.