



HAL
open science

Impact du trauma sur les répondants d'un service téléphonique de prévention du suicide

Dimitra Laimou

► **To cite this version:**

Dimitra Laimou. Impact du trauma sur les répondants d'un service téléphonique de prévention du suicide. Soins, 2018, 63 (827), pp.30-33. hal-03839589

HAL Id: hal-03839589

<https://u-picardie.hal.science/hal-03839589>

Submitted on 4 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dochead dossier

Sous-dochead Contre-transferts des soignants face au trauma

Surtitre analyse

Impact du trauma sur les répondants d'un service téléphonique de prévention du suicide

Auteur

Dimitra Laimou^{a,b,*}

Psychologue clinicienne, maître de conférences

^a Centre d'histoire des sociétés, des sciences et des conflits, université de Picardie Jules-Verne, Chemin du Thil, 80025 Amiens, France

^b Laboratoire de Psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse (LPCPP) (EA 4056), Institut de psychologie, Université Paris-Descartes, Centre Henri-Piéron, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt Cedex, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dimitra.laimou@wanadoo.fr (D. Laimou).

Résumé

En prenant appui sur l'expérience clinique acquise auprès des services téléphoniques de prévention du suicide, il est possible de mener une réflexion sur l'éprouvé du clinicien durant l'interaction téléphonique. En effet, la prise en compte de certains aspects de la relation appelant-répondant est essentielle pour l'amélioration de ce soutien psychologique.

© 2018

Mots clés – écoute ; prévention ; service téléphonique ; suicide ; trauma

Abstract à venir

© 2018

Keywords à venir

Des services téléphoniques pour la prévention du suicide sont actuellement disponibles dans de nombreux pays. Malgré le grand nombre de lignes téléphoniques et leur utilité difficilement contestable, les recherches quant à leur efficacité, sont quantitativement limitées. Les études existantes soulignent l'importance de la qualité de l'écoute du clinicien dans la réussite de l'appel [1]. En effet, ce qu'éprouve le répondant, durant l'interaction téléphonique, est un facteur déterminant qui influence la qualité de la prise en charge, mais aussi le bien-être du professionnel.

TEG1 Il est important de souligner que cette intervention comporte certains risques pour les professionnels de santé ou les bénévoles, en termes de détresse émotionnelle. En effet, le cadre de l'intervention est très différent d'une prise en charge classique et ses spécificités ne sont malheureusement pas sans conséquences sur le vécu du clinicien. Plusieurs recherches soulignent l'impact négatif des appels sur l'état psychologique du répondant [2]. La description du syndrome de *burnout* est assez illustrative. Des auteurs [3] qui ont conduit une recherche plus précise sur le sujet soulignent que souvent, les répondants quittent leur poste après six mois à un an de pratique, du fait de ce phénomène.

TEG1 En prenant appui sur l'expérience clinique auprès des services téléphoniques de prévention du suicide, il est possible de mener une réflexion sur l'éprouvé du clinicien durant l'interaction téléphonique. En effet, la prise en compte de certains aspects de la relation appelant-répondant est essentielle pour l'amélioration de ce type de soutien psychologique.

T1 La distance physique

TEG1 Pour certains sujets, ces services téléphoniques sont le moyen d'accès aux soins le plus facile (et parfois le seul) en raison de leurs difficultés financières ou parfois motrices [4]. Au-delà des raisons pratiques, certaines personnes privilégient cette voie de communication, par crainte d'être stigmatisées. En effet, dans les sociétés occidentales, le suicide reste encore un sujet tabou. Les personnes qui sollicitent ce service téléphonique indiquent généralement, de manière très explicite, qu'elles ne souhaitent pas communiquer leur prénom ni rencontrer un spécialiste.

TEG1 D'autres sujets en souffrance choisissent l'échange téléphonique, car la distance physique, garantie par ce mode d'interaction, facilite l'expression et renforce paradoxalement le sentiment de confiance. En effet, elle protège le sujet de l'angoisse et de l'excitation qui peuvent émerger lors d'un échange en face à face. La recherche empirique en psychanalyse, qui vise l'étude approfondie du fonctionnement psychique de l'individu, a démontré que les sujets suicidaires, quelle que soit leur structure psychopathologique, souffrent souvent d'un sentiment de persécution (pas forcément délirant) [5] qui peut rendre la rencontre avec autrui menaçante. En outre, leur difficulté à supporter les affects intenses [6] et leur tendance à dépendre des objets externes [7] viennent renforcer parfois ce sentiment que l'autre peut devenir source de souffrance. De fait, certains sujets qui traversent une crise suicidaire recourent souvent de manière privilégiée à des interventions qui, par leur nature, leur permettent de contrôler davantage la relation avec autrui et les émotions qui peuvent émerger dans le cadre de l'échange.

TEG1 Les personnes qui recourent aux lignes téléphoniques optent pour une interaction unimodale avec l'objet (c'est-à-dire uniquement à travers la voix), en écartant toute interaction sensorielle qui passerait par le regard. Ce choix, qui peut être conscient ou inconscient, permet de réduire l'impact de l'objet et son emprise sur le Moi. Sur le plan fantasmatique, c'est comme si le sujet évitait la rencontre avec un objet tout-puissant et intrusif, qui pourrait menacer l'intégrité du Moi.

T1 Impact sur le vécu du répondant

TEG1 Le discours suicidaire renvoie, par sa tonalité anxieuse et dépressive, à un état similaire à l'effraction traumatique et témoigne de la fragilité identitaire et narcissique du sujet. Cette fragilité narcissique est souvent réactivée par un événement extérieur qui prend valeur de rupture interne. Différents événements traumatiques sont souvent évoqués par les personnes (ex. violence conjugale, harcèlement psychologique, perte totale et soudaine des moyens financiers, traumatismes infantiles, etc.).

TEG1 Dans cet état psychologique, les fonctions de pare-excitation et de contenance du sujet s'affaiblissent, ce qui rend traumatique la rencontre avec la réalité interne et l'expérience pulsionnelle. Le Moi est débordé et le réseau défensif, dont il dispose pour faire face aux exigences de la réalité interne et externe, se fragilise.

TEG1 Confronté à cet état de souffrance d'autrui, le répondant vit parfois cet appel comme une intrusion qui peut être renforcée par les caractéristiques du cadre dans lequel cette intervention se déroule. En effet, l'appel peut survenir à tout moment au cours de la journée et, pour certaines lignes, durant la nuit. En raison du caractère imprévisible de l'appel, le clinicien n'est pas toujours préparé à accueillir la souffrance qui lui est confiée de manière parfois brutale et massive. Il n'a pu aménager un système défensif et de fait, lors de l'appel, peuvent se produire une certaine fragilisation psychique et une perte momentanée ou plus durable de la distance, ce qui complique l'intervention.

TEG1 Dans toute intervention clinique ou thérapeutique, le clinicien est appelé à contenir l'état psychique du sujet et à soutenir son système défensif qui est en train de s'effondrer. L'existence d'un cadre souple et solide permet de renforcer cette fonction contenante et de rendre, selon l'expression d'Esther Bick [8], psychanalyste, l'expérience pulsionnelle supportable. Le cadre fait fonction d'enveloppe contenante, protégeant le Moi du débordement pulsionnel à l'origine du passage à l'acte. Le répondant, à travers son écoute contenante, doit donc jouer pendant son intervention le rôle d'un Moi-auxiliaire, permettant d'assurer la fonction de *holding*.

TEG1 Or, lors d'un échange téléphonique, la seule voie de communication, le seul moyen de contenir la souffrance du sujet est la voix, le contact visuel étant inexistant. Il s'agit d'une interaction unidimensionnelle qui, d'un côté garantit une distance, grâce à laquelle le sujet se sent plus en sécurité, mais qui, d'un autre côté, entraîne le clinicien dans une position peu confortable. Cette spécificité de l'interaction attribuée à la voix a une importance majeure et exclusive. Tout dépend de la voix, tout passe par la voix. De fait, son absence momentanée, autrement dit le silence, peut vite se transformer en un vide, en une rupture dans la communication, contrairement à une rencontre face à face où la voix s'arrête pour laisser place à d'autres formes d'interaction à travers le regard, les expressions faciales, etc. Par crainte de confronter le sujet à un certain vide qui pourrait le plonger davantage dans sa souffrance, le répondant peut éprouver le besoin d'éviter toute forme de silence. Cette crainte est susceptible de le rendre trop actif (bavard) dans l'échange et moins réceptif dans l'écoute.

TEG1 Les moyens dont dispose le répondant pour soutenir le sujet sont très limités et la responsabilité qu'il assume (où qu'il pense assumer), à chaque fois qu'il répond à un appel, est très pesante. Cette position contre-transférentielle est susceptible de mobiliser chez le répondant une écoute trop défensive, qui ne permet ni de mesurer l'ampleur du risque de passage à l'acte ni d'apaiser la souffrance du sujet, bien qu'étant l'objectif immédiat de ce type d'intervention. En outre, la violence du traumatisme, vécu par la personne, entraîne parfois dans certains cas, des mouvements contre-transférentiels de sidération chez le clinicien, qui peuvent limiter sa disponibilité psychique. C'est peut-être là que réside la difficulté la plus importante dans le travail auprès de ces personnes.

TEG1 Des sentiments d'impuissance ou de toute-puissance peuvent émerger chez le clinicien, mobilisant une écoute trop défensive et un manque de disponibilité psychique. Cette attitude défensive risque d'amener le répondant à recourir au forcing, tentant d'imposer au sujet sa propre réalité, comme si le clinicien tentait de remplir le vide que le sujet lui confiait, sans prendre en compte la réalité de ce dernier. C'est alors comme si le clinicien essayait d'agir et de penser à la place du sujet. Une telle attitude renforce le sentiment de passivité du sujet et l'impression de subir, alors qu'il lui serait davantage bénéfique d'être aidé, pour regagner le contrôle sur sa vie interne et externe, en essayant à travers ses propos et son écoute de réanimer son lien avec la vie, avec l'autre.

T1 Des protocoles d'intervention

TEG1 L'existence d'une méthodologie qui pourrait servir de point de repère pour le répondant, durant l'intervention, est importante. La possibilité de recours à un protocole souple peut faire fonction de tiers, dans le sens où elle autorise une distance apaisante pour le répondant, lui permettant donc de préserver une écoute qui fait lien et qui contient.

TEG1 Un tel protocole permet aussi à l'équipe de disposer d'un point de repère commun, et d'apaiser les sentiments de culpabilité qui peuvent parfois émerger face à des situations très difficiles, auxquelles le clinicien n'est pas préparé.

À titre d'exemple, peut ici être évoqué un appel au cours duquel un homme se présente sur la ligne pour annoncer qu'il a consommé des médicaments et de l'alcool. Au fur et à mesure de l'échange qui n'a duré que quelques minutes, sa voix s'affaiblit jusqu'à ce qu'elle cesse complètement. En bruit de fond, on perçoit des cris insoucients d'enfants qui jouent. Dans ce type de situations extrêmement pénible, l'existence d'un protocole d'intervention élaboré et accepté par l'ensemble de l'équipe peut apaiser la souffrance du répondant qui se sent en échec et qui se demande s'il a fait "ce qu'il fallait" pour aider la personne.

TEG1 L'existence d'un protocole permet enfin d'éviter des pratiques inappropriées qui sont dues, le plus souvent [1], au manque de formation et à la difficulté de ce type d'intervention. Un tel protocole doit être élaboré en fonction d'un cadre déontologique précis et doit prendre en considération les aspects culturels et légaux de chaque pays.

TEG1 Il serait peu pertinent de créer un protocole unique pour toutes les lignes. Cependant, une réflexion éthique et déontologique commune, à partir de laquelle les différentes méthodes d'intervention découleraient, semble nécessaire.

Enfin, il est important de souligner qu'en aucun cas un protocole ne pourrait remplacer l'intuition du clinicien, cette dernière étant tout à fait nécessaire tout au long de l'intervention.

T1 Réparation, déception, élaboration

TEG1 L'investissement relationnel, tel qu'il se manifeste sur le plan transférentiel, les fortes demandes d'étayage adressées par les personnes faisant appel à ces services téléphoniques, font naître chez les répondants un désir intense de soutenir ces processus psychiques fragiles et de favoriser des mouvements de réparation, susceptibles de compenser les atteintes provoquées par les situations traumatiques auxquelles le sujet a été confronté.

TEG1 Or, parfois, c'est précisément ce désir que le sujet attaque, en laissant au répondant un sentiment d'impuissance et de déception. Le clinicien est parfois confronté à des demandes extrêmement ambivalentes, où d'un côté le sujet souhaite être écouté et aidé et, d'un autre côté, met en échec, le plus souvent inconsciemment, tout ce qui peut lui être proposé, comme s'il cherchait à se prouver que l'autre n'est pas assez "bon". Ainsi, la véritable rencontre avec l'objet ne s'opère jamais, car l'autre ne peut que décevoir. Par exemple, une femme présentant une pathologie très complexe demandait désespérément de l'aide, tout en répétant sans cesse qu'elle voulait sauter par la fenêtre. Elle expliquait qu'elle était allongée sur son canapé, car elle venait d'être battue par son mari. Face à cette situation, le clinicien se mobilisait psychologiquement pour essayer de l'aider. Cependant, la femme refusait toute forme d'aide, mettant en avant des difficultés pratiques, empêchant tout accès aux soins. Plus le répondant insistait, en lui proposant des solutions, plus elle s'opposait et finalement, l'appel s'est terminé après une demi-heure, sans qu'aucune issue n'ait été trouvée.

TEG1 Les désirs réparatoires doivent faire l'objet d'une interrogation permanente de la part du clinicien, car, parfois, cette force réparatrice que les répondants peuvent éprouver et qui découle parfois de leurs propres traumatismes, peut mobiliser en eux des attitudes trop défensives ou trop émotionnelles les amenant à commettre des erreurs techniques. En effet, « *On entre tous dans le domaine de la santé psychique pour des raisons complexes, mais probablement communes à nous tous est le désir de réparer nos propres objets internes endommagés. Afin d'être capable de travailler efficacement, on doit être capable de supporter les attaques du patient sur ces désirs réparatoires, notre point le plus vulnérable. On doit être capable de supporter l'échec pour que le patient puisse progresser pour lui-même, plutôt qu'éprouver le besoin qu'il progresse en tant que demande de ceux qui s'intéressent à lui* » [9].

T1 Conclusion

Face aux désirs de mort de l'appelant, de fortes interrogations s'imposent au clinicien : veut-il vraiment mourir ? Va-t-il passer à l'acte ? Répondre à ces questions constitue une entreprise difficile, en raison de la complexité et de la polysémie de la souffrance suicidaire. Toute réponse unidimensionnelle serait donc réductrice. Consacrer notre raisonnement au seul aspect destructeur de ce discours consisterait à laisser de côté la demande que le sujet nous adresse. Reconnaître exclusivement dans ce discours la dimension relationnelle et sa fonction d'élaboration reviendrait à nier tout ce qui s'organise du côté de la mort. Le discours du sujet nous place devant une tâche difficile, consistant à "écouter" la souffrance d'autrui à des niveaux très contradictoires et à penser ce qui est impensable pour l'autre. Le discours suicidaire qui découle d'ailleurs souvent des traumatismes subis, qu'ils soient récents ou plus anciens, fait naître des questionnements interminables et confronte le répondant à un contre-transfert très complexe qui peut devenir pour lui source de souffrance, lorsqu'il n'est pas suffisamment épaulé par l'équipe et protégé par le cadre de son travail. Or, le bien-être du répondant et son optimisme, face à des situations cliniques très pénibles, représentent le moteur principal de son travail et lui permettent d'entendre le désir de vivre du sujet.

Les points à retenir

• **Les répondants d'un service téléphonique de prévention du suicide** sont soumis à la souffrance de l'appelant.

- **Lors de l'interaction téléphonique, des sentiments d'impuissance ou de toute-puissance peuvent émerger chez le clinicien**, mobilisant une écoute trop défensive et un manque de disponibilité psychique.
- **L'existence d'un protocole peut l'aider dans cette tâche difficile** consistant à "écouter" la souffrance d'autrui à des niveaux très contradictoires et à penser ce qui est impensable pour l'autre.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Mishara BL, Chagnon F, Daigle M et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: A silent monitoring study of calls to the US 1-800-Suicide Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(3):291-307.
- [2] Kinzel A, Nanson J. Education and debriefing: Strategies for preventing crises in crisis-line volunteers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2000;21(3):126-34.
- [3] Cyr C, Dowrick PW. Burnout in crisis line volunteers. *Administration and policy in mental health and mental health services research*. 1991;18(5):343-54.
- [4] Witte TK, Gould MS, Munfakh JLH et al. Assessing suicide risk among callers to crisis hotlines: A confirmatory factor analysis. *Journal of clinical psychology*. 2010; 66(9):941-64.
- [5] Anderson R. A psychoanalytical approach to suicide in adolescents. In: Briggs S, Lemma A, Crouch W. *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. Londres (GB): Routledge; 2008. p. 61-71.
- [6] Bursztein C, Apter A. Adolescent suicide. *Current opinion in psychiatry*. 2009;22(1):1-6.
- [7] Jeammet P, Alleon AM, Birot E, Creminter D. Le fonctionnement mental de l'adolescent et du jeune adulte suicidants. In: Jeammet P, Birot E. *Étude psychopathologique des tentatives de suicide, chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris: PUF; 1995. p. 89-132.
- [8] Bick E. The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1968;49:484-6.
- [9] Bell D. Who is killing what or whom? In: Briggs S, Lemma A, Crouch W. *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic Perspectives on practice, theory and prevention*. Londres (GB): Routledge; 2008. p. 58.

Illus1_Laimou

©freshidea/stock.adobe.com

Le discours suicidaire renvoie, par sa tonalité anxieuse et dépressive, à un état similaire à l'effraction traumatique.

