



Reinhart Foundation.)

LA SECTION CLINIQUE DE NANTES

VERS LES INSTITUTIONS

2026

Dépression, deuil, mélancolie : comment faire avec les idées suicidaires ?

(Vincent van Gogh, La cour de l'hôpital à Arles, 1889. Huile sur toile. Oskar

Les idées suicidaires prennent aujourd'hui des formes variées. Allant de leur présence dans la psychopathologie de la vie ordinaire, jusqu'à être le signe d'une pathologie psychiatrique marquée.

Cela va de la tristesse contemporaine à l'impuissance douloureuse face à l'exigence surmoïque de la performance ; de la réaction subjective à la maladie ou au vieillissement, à la demande d'euthanasie ; de la grossesse impossible, à la dépression du post-partum ; du deuil d'un être aimé, à l'insupportable de l'isolement. Elles se manifestent fugacement ou deviennent permanentes, jusqu'à s'imposer comme la seule issue possible. Jusqu'à la préméditation du passage à l'acte mélancolique, qui n'attend qu'un déclic, souvent imprévisible aux yeux des proches, pour se réaliser.

En effet, la pulsion de mort freudienne, que Lacan ramène au concept de jouissance, répond pour l'être humain, à une perte inaugurale, l'objet perdu, qui tient à son entrée dans les rails du signifiant. Cette perte s'accompagne d'une dialectique du retour qui ne va pas sans angoisse. En effet, l'objet retrouvé est toujours inadéquat à ce qui est perdu. Dès lors, une béance gît au cœur de son être, ce dont témoignent sa douleur d'exister et la répétition, l'insistance d'un symptôme, son itération.

La pensée du suicide est toujours à prendre au sérieux. Le parti pris du psychanalyste est de considérer que le sujet peut en assumer quelque chose. Car ce que le sujet cherche, en envisageant cet acte ou en le mettant en œuvre, c'est d'éviter de mettre à jour un savoir inconscient qui concerne au plus près son être au monde et sa possibilité de désirer. Savoir, qu'à ce moment-là, il se trouve dans l'empêchement de subjectiver, mais dont la recherche peut relancer le sentiment de la vie.

Le recours à l'institution intervient lorsque le risque d'un franchissement dans le passage à l'acte est redouté. L'évaluation de ce risque grave, dans tous les cas, rend nécessaire, au-delà d'une lecture phénoménologique, une approche structurale.

Comment le sujet peut-il s'approprier ses pensées, ou bien son acte, si ce dernier a surgi, et, bien sûr, s'il a raté ? On saisit donc que l'accueil de la pensée suicidaire ne va pas sans rendre au patient sa responsabilité en tant que sujet de l'inconscient. Ce qui veut dire que par la parole, dans une rencontre transférentielle, en cabinet ou en institution, il pourra en savoir quelque chose.

Bernard Porcheret