

Le suicide

**JPS  
ACTES  
2007**

[www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be)

Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

**Vendredi 02 février 2007**

# **Le suicide au masculin**

**Journée d'étude**

**Dans le cadre des quatrièmes Journées de la Prévention  
du suicide en Communauté Française**

**Avec le soutien de**



Cocof



Communauté française

## **Introduction**

Par Axel GEERAERTS  
Directeur du Centre de Prévention du Suicide

## **Le suicide au masculin : la violence à la place des mots**

Par Michel DEBOUT  
Psychiatre, Professeur de Médecine Légale et de Droit de la Santé au CHU de St-Etienne, Président de l'UNPS – Union Nationale pour la Prévention du Suicide (France)

## **Le suicide chez les hommes : enseignements de la recherche et pistes d'action**

Par Janie Houle  
Docteur en psychologie, professeure associée à l'université du Québec à Montréal, chercheur au centre de recherche du CHU de Montréal et au CRISE - Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'euthanasie (Montréal, Québec).

## **La rupture au masculin : cherche identité désespérément**

Par Xavier Pommereau,  
Psychiatre, Chef de service du Pôle aquitain de l'adolescent du Centre Jean Abadie au CHU de Bordeaux

## **Biochimie du suicide**

Par Serge Ginger  
Psychologue clinicien, psychothérapeute, spécialiste en neurosciences, fondateur de l'École Parisienne de Gestalt (EPG), Secrétaire général de la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse (France).

## **Le suicide des hommes à la lumière de la philosophie**

Par Jean-Michel Longneaux,  
Philosophe, Professeur aux Facultés Universitaires de Notre-Dame de la Paix à Namur, Rédacteur en chef de la revue Ethica Clinica

# Introduction

**Par Axel Geeraerts**

*Sociologue et Directeur du Centre de Prévention du Suicide*

En Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés, on le sait maintenant, le suicide est une des premières causes de mortalité. Avec des taux de 22 ou 23 pour cent mille habitants, la problématique suicidaire constitue un axe important en matière de santé publique.

Parce qu'il touche l'ensemble de la population, toutes les générations, toutes les classes sociales, parce qu'il se classe parmi les premières causes de mortalité (avant les accidents de la route !), parce que les taux de suicide en Belgique sont parmi les plus élevés d'Europe, le suicide constitue un enjeu majeur dont il faut se saisir.

Et pourtant si, ces dernières années, le tabou entourant la question du suicide s'est légèrement assoupli et que les médias se saisissent de plus en plus de cette question non plus comme un fait divers mais bien comme une problématique à part entière, il n'existe encore en Belgique francophone que trop peu d'initiatives spécifiques en matière de prévention du suicide.

En organisant les « Journées de la Prévention du Suicide », le Centre de Prévention du Suicide entend mettre sur la place publique la question du suicide et des comportements suicidaires ou autodestructeurs. Oser le questionnement, oser le dialogue, est une première étape pour rompre le malaise !

Nées il y a maintenant cinq ans d'une initiative de professionnels de terrain, ces « Journées » ont pour objectif premier d'accroître l'information et la connaissance mutuelle autour de la problématique du suicide.

Premier axe de ces « Journées » : l'information auprès du grand public - outre le relais que les médias nous ont apporté ces derniers jours en ouvrant largement leur antennes à l'organisation de ces « Journées » -. Cette information s'est faite par l'organisation de rencontres-échanges avec le public autour d'un court-métrage traitant du suicide, rencontres qui ont eu lieu hier soir dans 5 villes de la Communauté Française à savoir Bruxelles, Mons, Wavre, Namur et Saint-Hubert. Expérience un peu inédite pour nous professionnels, plus habitués à parler entre nous que de débattre

directement avec le grand public. Mais la qualité des échanges et les témoignages entendus hier nous ont montrés une fois de plus combien la prévention gagne à être sans cesse réinterrogée.

Notre souhait de connaissance mutuelle et partagée s'est lui concrétisé par l'organisation de cette journée d'étude à destination des professionnels.

D'après différentes études statistiques, nous savons que le suicide se marque de manière très différente en fonction de l'âge, mais aussi du sexe des individus. Si les jeunes et les femmes essaient plus souvent de mettre fin à leur jour, les hommes et les personnes âgées y arrivent bien plus souvent. Ainsi, pour un taux moyen de 21 pour 100 000 en Belgique en 1997, le taux de suicide chez les hommes était de 31 pour 100 000 contre 11 pour 100 000 chez les femmes.

Comment comprendre cette différence importante en termes de mortalité ? Deux à trois fois plus de morts par suicide chez les hommes que chez les femmes... Quels facteurs, quels déterminants sont en jeu ? Où se cache la vulnérabilité de l'homme face au suicide ?

Pour répondre à ces questions, notre étude doit s'ouvrir aux réalités des hommes, ce qui implique d'examiner l'évolution récente de notre société en général et de l'évolution en particulier du rapport homme/femme. Cela demande aussi de prendre conscience de l'effet déterminant de la socialisation chez les hommes et partant de là, des comportements qu'elle entraîne chez ceux-ci mais aussi de l'influence de cette socialisation sur la réponse apportée par les dispositifs de soins et de prise en charge proposés par nos services.

Certes, depuis la fin des années '80, avec la publication de l'ouvrage de Guy Corneau, *Père manquant, fils manqué*, la « condition masculine » est davantage reconnue, comparée même à la condition féminine. Le tabou sur la souffrance des hommes s'est progressivement levé et une plus grande importance est accordée aux multiples facettes de la détresse « au masculin ». Avec cette évolution, une nouvelle réalité s'est imposée de plus en plus, à savoir que ce sont les hommes qui enregistrent probablement le plus de malaises, qui vivent le plus de difficultés et présentent le plus de vulnérabilités tant dans le domaine de la santé que dans celui du comportement.

Et pourtant, nous constatons également que les services sensés venir en aide dans ces moments de détresse, sont peu investis par les hommes. Que la population qui consulte les services sociaux ou les services d'aide psychologique est encore essentiellement féminine, de même que le monde psycho-médico-social est essentiellement tenu par des femmes.

Est-ce parce que, malgré les évolutions dans le statut des hommes dans notre société occidentale, la représentation de l'homme reste empreinte d'une image de force ? Et de fait, ce type de représentation place ces hommes en contradiction intérieure profonde. Les exigences de l'aide étant antinomiques par rapport aux impératifs de la masculinité, elles ne peuvent qu'être génératrices d'angoisse et de stress supplémentaire. Demander de l'aide, c'est souvent devoir renoncer au contrôle plutôt que de le conserver, accepter de montrer ses faiblesses plutôt que de faire état de sa force, vivre l'expérience de la honte plutôt que de s'afficher fièrement, oser exprimer ses émotions plutôt que de demeurer stoïque à tout prix, faire face à sa douleur et à sa souffrance plutôt que de les nier...

Comme nous le voyons, les hypothèses sont nombreuses et variées. Pour tenter de comprendre cette fragilité masculine qui constituerait une véritable inclinaison au suicide nous devons aller au-delà des données statistiques, et analyser les différents champs de la réalité des hommes.

Au travers des regards croisés de plusieurs disciplines, sociologique, psychologique et philosophique, mais également par des approches parfois radicalement différentes au sein de ces différentes disciplines, nous tenterons, lors de cette journée d'étude, d'ouvrir cette question du « suicide au masculin ». Partant de là, nous poserons une série d'hypothèses explicatives qui permettront, nous l'espérons, outre une meilleure compréhension du phénomène, de prolonger le travail dans le champ de la prévention.

Enfin, rappelons que ces « Journées » s'inscrivent dans le cadre d'une action internationale menée plus particulièrement en partenariat avec l'Union Nationale de la Prévention du Suicide où un tel événement existe depuis plusieurs années.

# Le suicide au masculin : la violence à la place des mots

Par Michel Debout

*Psychiatre, Professeur de Médecine Légale et de Droit de la Santé au CHU de St-Etienne, Président de l'UNPS – Union Nationale pour la Prévention du Suicide (France)*

## Introduction

Merci beaucoup. On vient d'indiquer que j'allais introduire cette journée mais j'ai l'impression que c'est déjà fait. Je ne sais pas trop ce que je vais pouvoir ajouter à ces propos qui conviennent parfaitement. Le cadre est posé. Alors je vais vous dire mon point de vue de médecin légiste. Je suis aussi psychiatre, mais je me consacre maintenant presque exclusivement à la médecine légale. Pourquoi ? On est peut-être déjà là dans le sujet...

Parce que le suicide dont on a parlé, pendant des siècles, c'était quasi exclusivement le mort. Le suicide dont on parle aujourd'hui, depuis la fin de la guerre, c'est plus ceux qui survivent que ceux qui meurent. La tentative de suicide a d'une certaine façon envahi le champ de la question du suicide. Le rapport en nombre entre tentatives et morts par suicide doit être le même en Belgique qu'en France. En France on compte au moins 180.000 tentatives par an et à peu près 12.000 morts. A partir de là, la préoccupation va vers les vivants, plus que vers les morts. Et ce qu'on essaie de comprendre du suicide, c'est en partant des vivants plutôt que des morts. Et quand je dis que je suis dans le sujet en vous parlant psychiatre ou médecine légale, qui s'intéresse aux vivants ? C'est justement le psychiatre. Et qui devrait s'intéresser aux morts ? C'est le médecin légiste. Si on n'y prend garde, la parole du suicidant couvre le corps du suicidé. Le suicidé est presque mort une deuxième fois. C'est-à-dire que sa mort ne nous intéresse pratiquement plus. Comme si le mort n'avait rien à nous dire. Et pourtant, et vous le verrez, si on ne s'intéresse pas à ce qu'il nous dit, on passera à côté de beaucoup de questions. Et donc des réponses que l'on pourrait donner en termes de prévention. Et pourquoi ? Pour la raison simple (connue partout, je veux dire en Belgique, en France et ailleurs) que ceux qui tentent de se suicider ne sont pas les mêmes que ceux qui meurent de suicide.

Ceux qui tentent de se suicider, vous le savez, ce sont les jeunes, les adolescents. C'est tellement les jeunes qui tentent de se suicider, que lorsqu'en France, on parle du suicide, que la presse s'empare du sujet, on ne parle que de l'adolescent suicidaire. Comme s'il y avait une équivalence suicide et adolescence. Bien sûr qu'il y a l'adolescent suicidaire, et bien sûr qu'il faut s'en préoccuper ; tout à l'heure Xavier Pommereau nous montrera le chemin. Mais il faut prendre garde que s'occuper de l'adolescent suicidaire ne conduise pas à ignorer les morts par suicide. Et dans l'adolescent suicidaire, il y a l'adolescent et l'adolescente. Là, on touche au suicide au féminin.

Dans une statistique que je n'ai pas reprise sur diaporama, un chiffre qui est très éloquent dans la tranche d'âge des 15-24 ans : on compte chez les garçons 22 tentatives de suicide pour une mort par suicide, et chez les filles 160 tentatives de suicide pour une mort. Ces chiffres-là laisseraient penser que c'est plus difficile de traverser l'adolescence quand on est fille que lorsqu'on est un garçon ? « Mais oui quand même ces filles qui tentent de se suicider... Alors ces garçons ils sont solides, ils sont forts - enfin il y en a quelques uns quand même mais beaucoup moins ». Quelle est donc l'explication ? Est-ce que l'adolescence est plus facile au masculin ? Là c'est l'ancien psychiatre qui vous parle, quand on observe les comportements des adolescents - et ça sera mon dernier mot sur cette période de la vie - on s'aperçoit qu'ils ont d'autres expressions, de leur malaise.

D'abord ils ont des comportements dits violents. Une violence qu'ils ne retournent pas forcément contre eux mais contre les autres. Il y a plus d'adolescents violents que d'adolescentes violentes. Ils ont des consommations de toxiques plus massives que les filles. Je ne vais pas développer, si on ajoute toutes les expressions de mal-être du garçon et qu'on les compare à l'expression du mal-être chez la fille, c'est-à-dire la tentative de suicide, on n'est pas loin de s'apercevoir qu'il y a autant de garçons que de filles qui sont dans la difficulté. Et d'une certaine façon (au-delà des approches sociologiques des rôles masculin et féminin), cela peut nous satisfaire puisque cela laisse à penser que du point de vue du passage à la maturité, on est, garçons et filles, à peu près à égalité (en ce qui concerne les difficultés rencontrées).

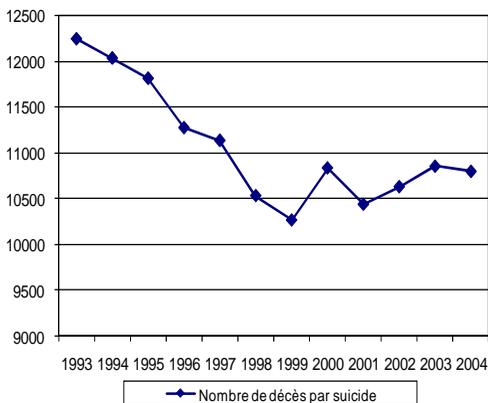
Ceci dit, il faut évidemment s'inquiéter des filles qui vont mal comme des garçons qui ne vont pas bien. Laissons de côté la tentative de suicide de l'adolescence et tentons d'approcher le mort par suicide.

## La mort par suicide

Je vais vous donner quelques éléments chiffrés qui concernent la France, vous complétez pour la Belgique. Je crois qu'on est assez voisin de ce point de vue-là. Voilà l'évolution des décès par suicide en France sur les dix dernières années :

*Diapo 1 : le nombre de décès ne diminue plus*

### Évolution des décès par suicide de 1993 à 2004



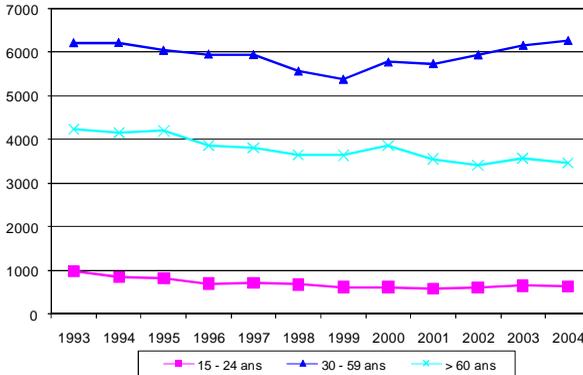
Vous voyez que ce graphique est encourageant. On a baissé d'à peu près 10% le nombre de morts sur 10 ans. Mais il y a eu une pente assez nette, et maintenant il y a un plateau ; depuis 4-5 ans, le nombre de morts ne baisse plus.

Voilà où on en est : 10.700 morts en 2004. C'est très préoccupant puisque **le suicide est la première cause de morts violentes dans notre pays**. En tant que médecin légiste, je suis très concerné par cette mort violente.

Mais ce nombre cache des réalités différentes, en fonction notamment de l'âge.

Diapo 2 : inégaux face au suicide, une évolution inégale selon les catégories de population ;

### Évolution du suicide de 1993 à 2004 par tranche d'âge



Vous voyez ici la réalité concernant 3 tranches d'âges. Les 30-60 ans; les plus de 60 ans, les seniors ; et les adolescents dont je vous parlais tout à l'heure.

Pour commencer par eux, remarquons une baisse à peu près constante de 900 à un peu plus de 600 décès pour l'année 2004. **Le nombre de morts par suicide des adolescents en France, en tous cas des 15-25 ans, a diminué de plus de 35% en 15 ans.** Et je pense que c'est lié (mais sans doute pas seulement à ça) à la prise en compte du suicide de l'adolescent que je rappelais au niveau de la presse, de l'opinion, des pouvoirs publics. Les psychiatres se sont mobilisés, ainsi que le réseau de soutien notamment celui des écoles, des lycées. Il faut poursuivre, évidemment. On ne peut pas se satisfaire de 600 adolescents qui meurent chaque année de suicides. Mais voilà un élément encourageant.

**Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, la baisse est** moins significative mais elle est quand même réelle : elle est **de - 15%**.

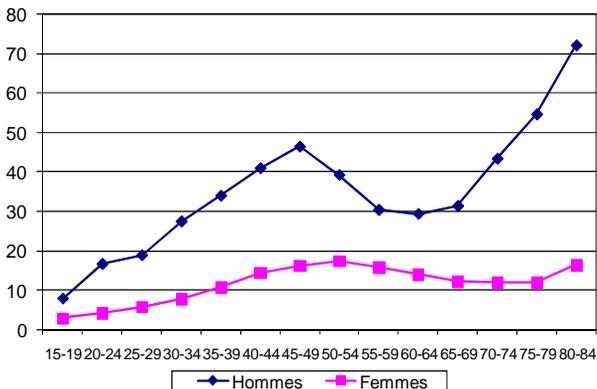
**Par contre, pour les 30-60 ans,** non seulement il n'y a pas de baisse, mais après une petite tendance à la baisse, **il y a une nouvelle montée. On a en 2004 plus de décès par suicide qu'en 1993 !** 6.200 morts des 30-60 ans en France par suicide, c'est-à-dire un chiffre supérieur aux morts de la route,

qui sont maintenant moins de 5.000 (mais ce chiffre regroupe lui toutes les tranches d'âges). On ne se préoccupe pas suffisamment de ce chiffre en France.

On dit toujours: « Il faut s'intéresser aux adolescents qui vont mal ». Et les adultes qui meurent ? Car ceux-là sont morts! A 30-60 ans, on a autour de soi beaucoup de vivants : les enfants qui deviennent orphelins de parents suicidés. C'est déjà très difficile en soi d'être orphelin. Mais orphelin de parents suicidés ?! Ces questionnements, « celui qui m'a donné la vie se la reprend », alors « Qu'est-ce qu'il me transmet ? Que vaut la vie ? Et puis qu'est-ce que je vaudrais pour lui ? Puisque il est parti, alors que j'étais encore là. J'avais besoin de lui ? »... Est-ce qu'on parle souvent de ceux qui ont perdu un père ou une mère par suicide ? (trois fois plus souvent un père qu'une mère) . Ce mort a aussi un conjoint ou une conjointe. Et ce conjoint va non seulement perdre l'autre mais parfois être accusé : « C'est de ta faute, tu ne l'as pas aimé assez, tu ne l'as pas compris ». C'est le discours des beaux-parents. Ne croyez pas que je force le trait. Les beaux-parents du survivant ont 70 ans, 75 ans mais ils sont encore vivants, et ils vivent leurs dernières années avec la mort de leur fils ou de leur fille. On en parle très peu de ces parents-là !

*Diapo 3 : inégaux face au suicide ; 2) surmortalité masculine*

### **Taux de décès par suicide hommes/femmes - 2004**



J'en viens maintenant aux différences hommes/femmes : trois fois plus de morts masculines que féminines. Vous voyez sur ce graphique le pic très net

de la mort à l'âge adulte. Puis on peut voir un deuxième pic après 75 ans – (celui-là mériterait d'autres explications).

### **Le plus concerné par la mort par suicide est un homme, de 45 ans.**

Au-delà du fait que c'est un homme, que sait-on de lui ? Presque rien. Qui sont ces hommes qui meurent ? Est-ce qu'ils sont mariés ? Est-ce qu'ils sont seuls ? Est-ce qu'ils sont divorcés ? Est-ce qu'ils ont des enfants ? Est-ce qu'ils n'en n'ont pas ? Est-ce qu'ils ont un travail ou est-ce qu'ils l'ont perdu ? Je n'en sais rien. Et puisqu'on a bien voulu rappeler que je suis président de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide en France, si je n'en sais rien, supposez qu'il n'y a pas grand monde qui en sait quelque chose.

Mais si on n'en sait rien, c'est pour une raison simple : on ne cherche pas à savoir ! Si on veut prévenir leur suicide, il faut **connaître ceux qui meurent**, savoir quels étaient leurs problèmes personnels, sociaux, médicaux.

### **Une recherche à Saint-Etienne et à Lyon sur l'état de santé des suicidés**

#### *Diapo 4 : la santé des suicidés*



Je vais quand même vous dire quelques mots de ce que je sais. Il se trouve que j'ai fait une recherche avec mes collègues lyonnais sur la santé des suicidés - ce qui peut vous paraître un peu paradoxal comme expression -. Il s'agit évidemment de leur santé avant qu'ils ne meurent.

## Diapo 5 : la santé des suicidés – méthodologie

**Méthodologie**

SERVICE MEDICAUX de la SECURITE SOCIALE de la Loire & du Rhône

- Recueil des **données médicales** :
- 308 dossiers (212 hommes et 96 femmes)**
- consommation de soins
- consultations chez un médecin
- délivrance de psychotropes
- bénéficiaire d'une A.L.D. 30
- antécédents d'hospitalisation

**ETUDE STATISTIQUE**

Étude : *population des suicidés (308) vs population témoin (1415) - test du Khi-deux*

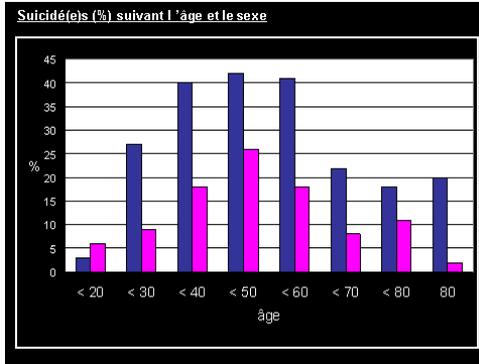
Comment connaître la santé de quelqu'un avant qu'il ne meurt ? Il y a plusieurs façons de faire. Rencontrer l'entourage, et poser des questions. Mais, l'entourage ne sait pas toujours, et pas toujours bien. Les dires de l'entourage ne sont pas toujours fiables. En France, il existe une façon précise de le savoir : le dossier d'assurance maladie. Tous les Français qui se soignent ont un dossier d'assurance maladie. Ce dossier contient tous les événements de soins qui ont été accomplis dans les 6 mois qui précèdent le jour où l'on étudie le dossier. Ces renseignements concernent la consommation de soins, c'est-à-dire : les visites chez le généraliste, chez le psychiatre, les hospitalisations, la kinésithérapie ... tous les médicaments prescrits... autrement dit, en étudiant le dossier de sécurité sociale, on connaît le parcours de soins de la personne pour les 6 mois qui précèdent son décès.

C'est cette recherche que l'on a effectuée qu'on a faite pour tous les suicidés connus dans nos services de médecine légale, à Saint-Etienne et à Lyon. Savoir si, par exemple, on leur a prescrit des psychotropes dans les 6 mois qui précèdent leurs décès. C'est quand même une indication intéressante. Notamment des antidépresseurs, cela donne une indication – pas un diagnostic - sur l'état dans lequel se trouvait cette personne avant qu'elle ne meurt.

Qu'a-t-on déduit de cette recherche ? Je vais aller vite. Sachez d'abord que dans notre étude, la répartition des morts est similaire à la répartition des

morts par suicide sur l'ensemble national. Cela veut dire qu'en âge et en sexe, nous avons une bonne représentation de la réalité nationale.

*Diapo 6 : la santé des suicidés –  
répartition suivant l'âge et le sexe*



**Première question importante : les modes de suicide.**

*Diapo 7 : la santé des suicidés – mode de suicide selon l'âge chez les hommes*

Age Mode de suicide	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 a ns	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ns	Plus de 80 ans	TOTAL
Pendaison	0	8	18	14	18	9	6	4	77
Intoxication	0	9	9	10	7	4	1	1	41
Arme à feu	0	1	5	6	5	3	4	9	33
CPE	2	8	1	5	4	2	3	1	26
Noyade	0	0	3	4	3	1	3	4	18
Asphyxie	0	1	0	1	2	1	0	0	5
Arme blanche	0	1	1	1	0	0	0	1	4
Immolation	0	0	0	1	2	1	0	0	4
Franchissement	1	1	0	0	0	1	1	0	4
Électrocution	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intoxication au CO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	3	29	37	42	41	22	18	20	<b>212</b>

Chez les hommes, le moyen utilisé est en première position la pendaison, puis l'intoxication, en troisième position l'arme à feu et en quatrième la

chute d'un lieu élevé. Je retiens que sur les 212 morts, 41 ont utilisé l'intoxication. On verra plus loin que l'intoxication est un moyen essentiellement féminin. Mais quand même, il y a un nombre relativement important d'hommes qui utilisent eux aussi l'intoxication médicamenteuse pour mourir du suicide.

*Diapo 8 : la santé des suicidés – mode de suicide selon l'âge chez les femmes*

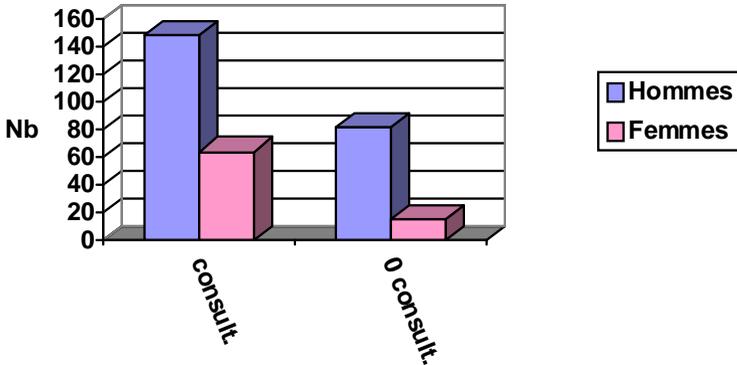
Age Mode de suicide	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	Plus de 80 ans	TOTAL
CPE	4	4	6	10	7	2	4	2	39
Intoxication	0	0	6	10	6	2	2	0	26
Pendaison	1	3	4	4	1	0	1	0	14
Noyade	0	0	0	1	2	3	3	0	9
Immolation	0	1	0	1	0	1	0	0	3
Franchissement	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Asphyxie	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Arme à feu	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Arme blanche	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Intoxication au CO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	6	8	18	26	18	8	10	2	<b>96</b>

Chez la femme, c'est la chute d'un lieu élevé, suivi de très près par l'intoxication médicamenteuse, puis par la pendaison, qui sont les modes les plus fréquents de morts par suicide.

Comparaison ne vaut pas forcément raison, mais en moyenne **l'homme utilise des moyens plus violents de mourir que la femme. Autrement dit, ils ont moins de chance de survivre à leurs gestes.** Savez-vous que pour ceux qui survivent, 95% survivent à une intoxication médicamenteuse ? Comme la femme plus que l'homme utilise l'intoxication médicamenteuse, on peut considérer que si la femme meurt moins, c'est d'abord parce qu'elle s'intoxique plus. **Ce n'est pas la seule explication, mais si c'est l'explication essentielle, cela veut dire qu'il n'y a pas de différence entre hommes et femmes, simplement il y a une différence de moyens et donc de résultat.** Elles tentent plus, mais elles meurent moins. C'est la première voie d'explication.

## Deuxième question importante: les soins

Diapo 9 : nombre de suicidés ayant consulté un médecin au cours des 6 mois précédant le suicide



Voyons les consultations de médecins dans les 6 mois qui ont précédé le suicide. Il y en a un nombre important d'hommes et femmes qui ont consulté. Mais chez les hommes, ils sont 35% à n'avoir consulté aucun médecin dans les 6 mois qui précèdent leur mort. Pour les femmes, 15%. Cela veut dire que les deux tiers des suicidés hommes et les 85% des suicidées femmes étaient pris en charge médicalement dans les 6 mois qui précèdent leur geste. La question qui se pose pour la prévention de leur geste, ce n'est pas celle de l'accès aux soins, c'est **l'adéquation entre les soins et leur état**. Pour quelles raisons ? Est-ce qu'un événement de vie s'est surajouté ? Est-ce que le diagnostic a été mal posé ? Est-ce que le traitement n'était pas le bon ? Est-ce qu'il aurait fallu les hospitaliser ? Ce sont de bonnes questions, auxquelles je n'ai pas de réponse actuellement. Et personne en France n'a de réponse.

Mais il faut aussi s'intéresser aux autres, à ceux qui n'étaient pas en soin. 35% d'hommes, un tiers de ceux qui décèdent par suicide, n'ont vu aucun médecin dans les 6 mois qui précèdent leur geste pour seulement 15% de femmes. Il y a une **différence entre hommes et femmes : les hommes se soignent globalement moins que les femmes, ont moins recours aux soins que les femmes**. On peut penser que cela explique pour partie la

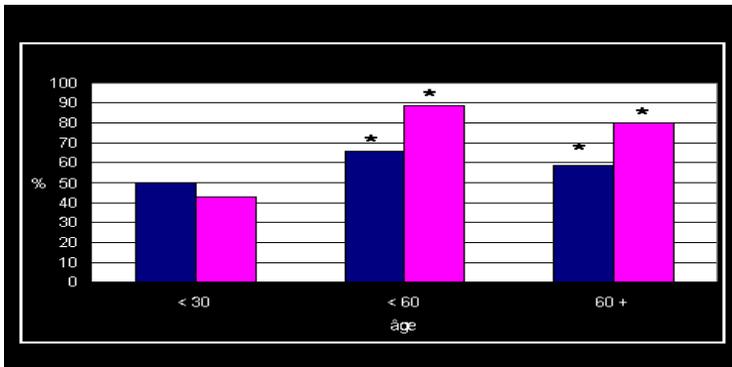
surmortalité masculine. On le dit tous : celui qui est déprimé, doit faire appel, avoir recours aux soins, aux associations de soutien. Ceux qui n'ont pas accès à ces soins sont en risque plus fort de mourir par suicide.

## Conclusion

Alors quoi faire ? Et bien d'abord connaître.

## Quatre grandes propositions :

*Diapo 11 : perspectives et propositions d'action*



Nous avons au niveau de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide fait quatre grandes propositions.

- D'abord, **créer un observatoire des violences**, et, évidemment, de la violence suicidaire. Parce que le suicide est une violence contre soi.

D'ailleurs, il y a des liens entre violence suicidaire et autres violences. Par exemple l'adolescent dont je parlais tout à l'heure qui va se battre, qui va agresser 20 ans, 30 ans après – peut se suicider. La violence agie contre l'autre peut un jour devenir une violence agie contre soi. Et la violence subie ? En France, on se préoccupe - et à juste raison - des femmes victimes de violences conjugales. On le sait, chaque année 120 femmes meurent sous les coups directs de leur compagnon. 120. Mais combien d'autres subissent des coups à répétition ? Combien d'autres perdent courage, perdent espoir, perdent l'estime d'elles-mêmes, dépriment et meurent ? On ne le sait pas. Parlons des violences subies au travail. Les accidents de travail, c'est à peu près 1.500 morts par an

en France. Mais combien de salariés victimes d'harcèlement au travail, sexuel ou moral ? Victimes d'agressions, victimes d'humiliations, de discriminations, de plans sociaux ? Combien perdent courage, espoir et meurent ? On n'en sait rien. Parce qu'on ne se donne pas les moyens de le savoir.

Vous voyez, on ne peut pas extraire la violence suicidaire de l'ensemble des réalités de violence. Il faut observer la violence dans ses effets sur la santé des personnes, la considérer comme un problème de santé publique. C'est pour cela que nous proposons cet observatoire.

J'espère que nous allons convaincre.

- Deuxième proposition, **un million dans la recherche**.

On peut développer l'autopsie psychologique (au Canada, au Québec ça se fait) et essayer de mieux connaître le parcours de vie, le parcours de soins des personnes qui sont mortes. Mais ça veut dire quand même des moyens importants.

- En France lorsque quelqu'un meurt par suicide, il y a une **enquête judiciaire**. Normalement. Mais aujourd'hui il y a de moins en moins d'enquête. Le procureur de la République classe le dossier, parfois même avant qu'un médecin légiste ait réalisé un examen approfondi du corps, et recherché par exemple des toxiques. Cette mort par suicide n'intéresse pas la justice.
- Et puis, on le dit tous « si vous êtes dans le mal-être, déprimé, ne gardez pas ça pour vous, parlez-en ». Une dépression c'est une maladie, ça se soigne. Oui mais en France, il y a de moins en moins de psychiatres. Il y a beaucoup d'adultes qui accepteraient des soins psychiatriques. En psychiatrie privée, on répond « Rappelez-moi dans trois mois ». Dans les hôpitaux psychiatriques (publics), il manque aujourd'hui 900 psychiatres, et demain il en manquera encore plus. Et puis, les hôpitaux psychiatriques, est-ce un bon lieu pour soigner des dépressions ? On a imaginé pour les adolescents, la maison de l'adolescence. Et pour les adultes, est-ce que on a inventé autre chose ? Non.

## Il faut un plan d'urgence pour la psychiatrie.

### Des pistes pour la prévention du suicide

*Diapo 12 : des mesures ciblées pour les adultes*

#### Des mesures ciblées pour les adultes

- **Aller à la rencontre des populations à risque**

Certains événements de la vie favorisent des situations de détresse

➔ Chômage – Divorce – Surendettement – Deuil

- **Développer des actions communes avec les structures en charge de ce type de situation**

➔ Maisons pour l'emploi – Ordre des Avocats  
Commissions de surendettement - Mutuelles

La prévention (que ceux qui vont mal nous appellent) a commencé avec les samaritains en Angleterre ; en France, c'est SOS AMITIE, il y a eu ensuite d'autres associations d'écouteurs.

Ça fait plus de 40 ans qu'on attend les appels, il faut continuer, il faut poursuivre. On sait que ceux qui sont dans le risque de mourir n'ont plus l'énergie, le ressort, la confiance en eux qui fait qu'ils puissent à un moment prendre le téléphone plutôt que le revolver. Et ceux-là qui sont les plus menacés de mourir, puisqu'ils ne viennent pas à nous, comment **aller à leur rencontre** ? Il faudrait savoir qui ils sont. On sait que ce sont des hommes. On sait qu'ils ont 40 ans. Où sont-ils ? Dans les maisons de l'emploi, à l'ANPE. Parfois chez l'avocat parce qu'ils sont en divorce, vous connaissez les liens entre ruptures familiales et mort par suicide. Ils sont surendettés, et donc à la Banque de France.

Il faut s'adresser à ces hommes, leur dire : « ces situations que vous vivez aujourd'hui peuvent vous déstabiliser, vous faire perdre confiance en vous-même, en la vie. Sachez qu'il y a des associations, des psychologues, des

psychiatres, tout un réseau, ne vous enfermez pas. ». Voilà où on en est. Voilà des pistes.

*Diapo 13 : Nous pouvons tous contribuer à donner à chacun et à chacune l'envie de la vie. Nous ne pouvons pas accepter une société qui n'arrive pas à répondre au désarroi.*

Il faut qu'on appuie nos actions de prévention sur une **meilleure connaissance de la mort par suicide** et on en est loin ! C'est l'action que j'espère, que l'on va pouvoir mener dans les mois, dans les années qui viennent. On ne peut pas se satisfaire de plus de 10.000 morts par an, de plus de 6.000 hommes et femmes de 30 à 60 ans qui meurent, comme si c'était une fatalité. Il y aura toujours des morts par suicide ; mais nous ensemble, professionnels, écoutants et familles, nous pouvons nous mobiliser pour donner envie à tous ceux-là envie de vivre, de désirer et d'aller, de poursuivre le chemin.

# Le suicide chez les hommes : enseignements de la recherche et pistes d'action

Par *Janie Houle*

*Docteur en psychologie, professeur associée à l'université du Québec à Montréal, chercheur au centre de recherche du CHU de Montréal et au CRISE - Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'euthanasie (Montréal, Québec).*

## Introduction

Bonjour à tous. Il me fait plaisir d'être ici aujourd'hui pour venir partager avec vous le fruit de mes réflexions et de mes travaux sur le suicide des hommes. Je m'intéresse à ce sujet depuis une dizaine d'année et ma thèse de doctorat portait sur cette question. Dans le cadre de ma présentation, j'explorerai certaines des hypothèses les plus répandues afin d'expliquer pourquoi les hommes sont plus nombreux que les femmes à s'enlever la vie. Je conclurai sur un tour d'horizon des stratégies à mettre en œuvre afin de prévenir le suicide chez la population masculine.

*Diapo 1 : L'ampleur du phénomène*



**Ampleur du phénomène**

**Ratio hommes-femmes:**

- ◆ 3 pour 1 et plus : dans la plupart des pays du monde
- ◆ 2 pour 1 : quelques pays d'Amérique du sud et d'Asie
- ◆ 1 pour 1 : Inde et Chine

Précisons, d'abord, qu'il n'y a pas seulement en Belgique, en France ou au Québec que les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à s'enlever la vie par suicide. Dans tous les pays du monde on note cette différence, à l'exception de la Chine et de l'Inde, où les taux sont presque identiques chez les hommes et les femmes. Cette situation est attribuable au

fait que les femmes des régions rurales de ces deux pays utilisent des pesticides extrêmement létaux lors de leur tentative de suicide, ce qui entraîne leur décès presque systématiquement.

Partout ailleurs, on observe une surmortalité par suicide très importante chez les hommes, avec des ratios qui atteignent 6 pour 1 dans certains pays de l'ex-bloc soviétique comme la Biélorussie ou l'Ukraine, mais qui sont généralement de 3 pour 1, dans la plupart des autres pays. L'incidence beaucoup plus élevée de suicide chez les hommes est un phénomène qui transcende les cultures et les époques. Comment peut-on l'expliquer? Qu'est-ce que la science peut nous apprendre à ce sujet?

De nombreuses hypothèses ont été formulées dans la littérature, mais peu d'entre elles ont été éprouvées au plan empirique. Curieusement, malgré le fait qu'il s'agisse d'un problème universellement répandu, il a retenu peu l'attention des chercheurs jusqu'à présent. Mes lectures sur le sujet de même que la réalisation de ma thèse de doctorat, m'ont amenée à identifier huit principales explications à cette surmortalité masculine.

### Les explications (Diapo 2)



**Explications possibles**

1. Létalité des moyens
2. Rôle masculin
3. Demande d'aide
4. Soutien social
5. Paternité
6. Acceptabilité du suicide
7. Troubles mentaux
8. Suivi post-tentative

#### 1) La létalité des moyens (Diapos 3 à 5)

Les **hommes utilisent des moyens plus létaux** lorsqu'ils tentent de se suicider et survivent donc plus rarement à leur geste suicidaire que les femmes. Parmi les méthodes létales on retrouve les armes à feu, la pendaison, le monoxyde de carbone (gaz d'échappement des voitures) et la noyade. Les moyens moins létaux sont, par comparaison, l'intoxication médicamenteuse et la taillade des veines. La létalité moins élevée de ces

deux méthodes est attribuable à deux raisons. Premièrement, des erreurs de dosage peuvent survenir dans le cas de l'intoxication, la personne croyant la dose létale, alors qu'elle est insuffisante à causer le décès. Deuxièmement, le délai important entre le passage à l'acte et le décès fait en sorte que la personne peut être secourue par une tierce personne ou changer d'idée et interrompre elle-même sa tentative de suicide en appelant les secours. Ce dernier cas de figure est le plus fréquent.



### 1. Létalité des moyens

- ◆ Hommes utilisent des moyens plus létaux lorsqu'ils tentent de se suicider DONC survivent plus rarement
- ◆ Moyens plus létaux: armes à feu (92%), pendaison (78%), CO (78%), noyade (67%)
- ◆ Moyens moins létaux: intoxication (11%), taillade des veines (4%)
  - Erreur de dosage
  - Délai

L'utilisation plus fréquente de l'arme à feu et de la pendaison par les hommes contribue sans doute à expliquer une partie de la différence dans les taux de suicide selon le genre. Il est toutefois peu probable qu'il s'agisse de la seule explication au phénomène. En effet, depuis les dernières années, **les femmes qui se suicident utilisent des moyens plus létaux qu'auparavant, sans que cela n'ait entraîné d'augmentation de leur taux de suicide.** Par exemple, au cours des 20 dernières années au Québec, les femmes ont progressivement délaissé l'intoxication comme méthode de suicide, au profit de la pendaison, sans que cette substitution d'un moyen peu létaux par un moyen très létaux n'ait été accompagnée d'une recrudescence du nombre total de décès par suicide. Une situation similaire est observée aux États-Unis où, depuis les 25 dernières années, le taux de suicide des femmes est stable malgré le fait que l'arme à feu est devenue le moyen le plus répandu pour s'enlever la vie.



## 1. Létalité des moyens

Au Québec, depuis les 20 dernières années, les femmes qui se suicident :

- ◆ Utilisent moins l'intoxication médicamenteuse (réduction de 44%)
- ◆ Utilisent davantage la pendaison (augmentation de 51%)
- ◆ Ont un taux de suicide stable

Situation similaire avec l'arme à feu aux États-Unis

Par ailleurs, il importe de s'interroger sur les raisons qui sous-tendent ce choix des méthodes plus létales par les hommes. Tout d'abord, l'**accessibilité** de la méthode joue certainement un rôle, particulièrement dans le cas des armes à feu qui sont beaucoup plus souvent possédées par les hommes. L'**acceptabilité** de la méthode pourrait également être un facteur d'influence, car des études suggèrent que l'arme à feu et la pendaison ont une connotation plus virile que l'intoxication médicamenteuse, ce qui inciterait certains hommes à privilégier ces méthodes « plus masculines » lorsqu'ils planifient leur geste suicidaire. Cependant, il est également probable que le choix du moyen soit tributaire de l'**intentionnalité** du geste. En effet, plusieurs études ont démontré une association entre l'intention de mourir au moment de commettre la tentative de suicide et la létalité de la méthode choisie. Ceci suggère que les hommes meurent davantage par suicide parce qu'ils sont plus nombreux à en avoir décidé ainsi. Cette hypothèse reste toutefois à être vérifiée au plan empirique.



## 1. Létalité des moyens

- ◆ Pourquoi les hommes utilisent des moyens plus létaux?
  - Accessibilité/familiarité
  - Acceptabilité
  - Intentionnalité
- ◆ Pistes de prévention
  - Contrôle des armes à feu
  - Dispositif d'arrêt du moteur en cas d'émissions de Co2

L'explication de la létalité des moyens offre peu de **pistes de prévention**. Contrôler l'accès aux armes à feu pourrait contribuer à sauver quelques vies,

mais les évidences ne sont pas claires à cet égard. En effet, des études québécoises ont révélé que cette stratégie n'était pas efficace pour les hommes adultes, car ce sont eux qui détiennent les clés des dispositifs d'entreposage sécuritaire des armes à feu. Les adolescents sont mieux protégés dans un premier temps, mais on constate chez eux une substitution de moyens, c'est-à-dire qu'ils se suicident autant mais qu'ils optent pour une autre méthode. Il serait également envisageable d'installer des dispositifs d'arrêt du moteur en cas de trop fortes émissions de gaz carbonique, mais l'intoxication par monoxyde de carbone est peu répandue comme méthode de suicide. En réalité, au Québec, il est impossible de contrôler l'accès au moyen le plus utilisé pour s'enlever la vie : la pendaison.

## 2) *Le rôle masculin (Diapos 6 à 8)*



### 2. Rôle masculin

- ◆ Rôle masculin traditionnel:
  - Stoïcisme
  - Autonomie
  - Réussite
  - Agressivité
- ◆ Adaptatif dans le passé
- ◆ Dysfonctionnel aujourd'hui

Le rôle masculin a souvent été invoqué pour expliquer pourquoi les hommes se suicident davantage que les femmes. Le rôle masculin traditionnel est composé, en occident, de quatre principaux attributs :

- **le stoïcisme** : un homme ne doit pas partager sa souffrance et doit demeurer stoïque dans l'adversité ;
- **l'autonomie** : un homme doit être indépendant et résoudre ses problèmes par lui-même ;
- **la réussite** : un homme doit réussir dans tout ce qu'il entreprend, il doit « performer » à tout prix ;
- **l'agressivité** : un homme doit être capable d'agir agressivement si les circonstances l'exigent.

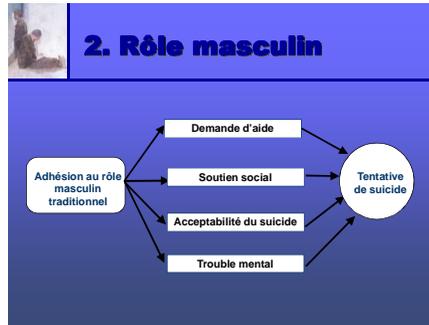


## 2. Rôle masculin

Stoïcisme	Diminue la probabilité de recevoir du soutien
Autonomie	Diminue la probabilité de demander de l'aide
Réussite	Augmente la vulnérabilité à l'échec
Agressivité	Augmente la létalité des comportements suicidaires

Le rôle masculin traditionnel est un idéal type, un modèle auquel certains hommes veulent se conformer, sans jamais y arriver complètement, alors que d'autres n'adhèrent pas à ses principes et préfèrent s'identifier à d'autres formes de masculinité. Les hommes ne forment donc pas un groupe homogène à cet égard.

Les anthropologues qui ont étudié le rôle masculin traditionnel dans plusieurs sociétés et à différentes époques rapportent d'importantes similitudes quant aux attributs du rôle masculin traditionnel à travers le monde. Certains suggèrent que le rôle masculin traditionnel avait, dans le passé, une **fonction culturellement adaptative**, puisqu'il avait pour but de former des individus capables de protéger la communauté, de se sacrifier pour le bien commun. Cependant, dans les sociétés actuelles, où il y a moins de solidarité et davantage de solitude, de divorce et de précarité d'emploi, les exigences du rôle masculin traditionnel sont devenues **dysfonctionnelles**. En effet, les hommes qui tentent de respecter le code de conduite prescrit par le rôle masculin traditionnel sont condamnés à l'échec et à la honte qui l'accompagne, tout en se privant des sources de soutien indispensables pour traverser les nombreuses épreuves qui caractérisent la vie moderne. Par exemple, les exigences de stoïcisme et d'autonomie diminuent la probabilité que l'homme reçoive du soutien, car il doit dissimuler sa souffrance sous un masque de force, empêchant ainsi les membres de son entourage et les professionnels de la santé de percevoir sa détresse et de lui offrir l'aide dont il a besoin. D'autre part, l'exigence de réussir à tout prix accroît la vulnérabilité à l'échec, les hommes vivant beaucoup plus difficilement que les femmes la perte d'emploi et la rupture amoureuse, notamment.



À cet égard, les résultats de ma thèse de doctorat suggèrent que **ce n'est pas l'adhésion au rôle masculin traditionnel en elle-même qui est problématique, mais plutôt ses conséquences négatives sur les facteurs de risque et de protection du suicide**. En effet, les analyses statistiques effectuées indiquent que les hommes qui adhèrent plus fortement au rôle masculin traditionnel sont davantage à risque de faire une tentative de suicide que les hommes qui y adhèrent moins fortement. Cependant, cette association s'explique par le fait que l'adhésion au rôle masculin traditionnel : 1) diminue la probabilité qu'ils demandent de l'aide suite à un événement grave; 2) diminue la quantité de soutien disponible dans l'entourage; 3) augmente le risque de souffrir de dépression et/ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues; et 4) favorise l'adoption d'attitudes positives à l'égard du suicide - qui est un moyen de résoudre ses problèmes tout seul et par l'agir. C'est à travers son impact négatif sur ces facteurs de protection (demande d'aide et soutien social) et de risque (troubles mentaux et attitude à l'égard du suicide) que le rôle masculin traditionnel exerce son influence délétère sur les comportements suicidaires. Il s'agit d'une des premières évidences empiriques confirmant la contribution de la socialisation masculine dans l'étiologie du suicide. Ces résultats devront toutefois être répliqués auprès de plus vastes échantillons.

### 3) La demande d'aide (Diapos 9 et 10)



## 3. Demande d'aide

- ♦ **Aux ressources formelles**
  - Hommes utilisent moins les services d'aide, particulièrement en santé mentale
  - Hommes attendent plus longtemps avant de consulter, ils arrivent souvent en crise
  - Hommes sont moins nombreux à consulter après une tentative de suicide et sont moins nombreux à avoir consulté dans l'année précédant leur suicide
- ♦ **Aux membres de l'entourage**

Une autre hypothèse fortement répandue dans les écrits sur le suicide des hommes suggère que leur réticence à demander de l'aide contribue à l'aggravation de leurs problèmes psychologiques et, conséquemment, à leur plus forte incidence de suicide. De vastes enquêtes indiquent que les hommes utilisent moins les services de santé que les femmes, la différence étant beaucoup plus prononcée pour les services en santé mentale qu'en santé physique. Un stigma particulier semble donc être associé à l'aide psychologique dans l'esprit de plusieurs hommes, les empêchant d'y avoir recours. En outre, les hommes **attendent beaucoup plus longtemps** que les femmes **avant de se présenter** dans les services. Ils ne s'y rendent que lorsqu'ils sont en crise sévère, ayant épuisé toutes leurs ressources et incapables d'assumer seul plus longtemps cette situation difficile. Lorsqu'ils se présentent dans les services de santé, leur état de santé est généralement beaucoup plus détérioré que celui des femmes et donc plus difficile à traiter. Les hommes sont également **moins susceptibles de se présenter à l'hôpital après une tentative de suicide** et sont moins nombreux que les femmes à **consulter un professionnel de la santé avant de s'enlever la vie**.



La réticence des hommes à demander de l'aide ne se limite pas aux ressources professionnelles mais s'applique également à leur **réseau personnel**. Les hommes ont beaucoup plus de difficultés que les femmes à demander de l'aide à leur famille et à leurs amis. Dans ma recherche doctorale, le fait de **ne pas demander d'aide à son entourage** suite à un événement difficile a été associé à un **risque cinq fois plus élevé** de comportement suicidaire chez les hommes. En outre, l'adhésion au rôle masculin traditionnel explique en partie le fait de ne pas demander d'aide. Ce qui signifie, en des termes simples, que la réticence des hommes de ne pas demander de l'aide à leurs proches dans les moments difficiles accroît leur risque de suicide et que cette réticence est attribuable en partie à leur désir de se conformer aux exigences de stoïcisme, d'autonomie et de réussite du rôle masculin traditionnel.

#### 4) *Le soutien social (Diapos 11 à 15)*

Le soutien social offert par les membres de la famille et les amis, est une forme d'aide unique et complémentaire au soutien des professionnels de la santé, qui est **indispensable pour traverser les moments difficiles de la vie**. Ce soutien peut prendre différentes formes :

- **soutien affectif** : réconforter, donner de l'affection, écouter ;
- **soutien cognitif** : conseiller, donner les coordonnées d'une ressource ;
- **soutien normatif** : valider la personne, ses choix, ses comportements ;
- **soutien matériel** : prêter de l'argent, aider à déménager, garder les enfants.



## 4. Soutien social

Soutien dispensé par la famille et les amis, qui est unique et complémentaire à celui offert par les professionnels de la santé:

- ◆ Affectif
- ◆ Cognitif
- ◆ Normatif
- ◆ Matériel

**Le soutien social offert par les proches a un effet protecteur** à la fois sur la santé physique et sur la santé mentale. L'effet protecteur du soutien social est bien documenté **sur la santé physique**: les personnes qui perçoivent une grande disponibilité de soutien social dans leur entourage sont en meilleure santé et se rétablissent mieux après une maladie ou une intervention chirurgicale. Le soutien social a également des effets bénéfiques **sur la santé mentale**, particulièrement dans les moments de crise où il agit comme un tampon amortissant l'impact négatif des événements de vie difficiles sur la personne. Le soutien social **protège des comportements suicidaires** : les personnes pouvant compter sur le soutien de leurs proches étant moins susceptibles de poser un geste suicidaire.



## 4. Soutien social

### Effet protecteur sur :

- ◆ La santé physique
  - Meilleure santé générale
  - Meilleur rétablissement et pronostic
- ◆ La santé mentale
  - Effet tampon contre les événements difficiles
- ◆ Les comportements suicidaires

Comparativement aux femmes, les hommes disposent d'un **réseau social plus limité**, et entretiennent des contacts moins soutenus avec les membres de leur réseau. Plusieurs études ont montré que les hommes perçoivent **moins de soutien disponible** dans leur entourage que les femmes, particulièrement dans sa forme émotive. Par exemple, l'Enquête

santé Québec indique que les hommes sont environ deux fois plus nombreux à rapporter n'avoir aucun confident, ni personne pour leur témoigner de l'affection. Leur réseau social est généralement composé d'amis avec lesquels ils partagent des activités de loisirs, mais auprès desquels ils n'oseront pas se confier ou demander du soutien. La **fragilité** de leur réseau fait en sorte qu'il peut s'épuiser plus rapidement dans les moments de crise. Aider un proche en détresse n'est pas chose aisée pour l'entourage. Chez les hommes, la souffrance s'accompagne souvent de colère, d'irritabilité, d'une humeur très changeante. La personne en détresse peut entrer en conflit avec son entourage, refuser ou critiquer l'aide qui lui est offerte. Les proches sont aux premières loges pour recevoir les contrecoups de cette agressivité. Parfois, malgré toute leur bonne volonté et tous leurs efforts, les problèmes vont persister, voire même s'aggraver, conduisant le proche à l'impuissance et au découragement. Actuellement, **les proches sont peu soutenus par le réseau des professionnels de la santé** et rarement considérés dans les interventions. Or des études récentes montrent que les décès par suicide surviennent lorsque le réseau de soutien n'est **plus capable d'assurer son rôle de frein au suicide**, lorsque le proche doit, pour protéger sa propre santé mentale, mettre progressivement une distance entre lui et la personne en détresse ou couper brutalement les ponts.



#### 4. Soutien social

##### Hommes:

- ◆ Réseau social plus limité
- ◆ Perçoivent moins de soutien disponible dans leur entourage
- ◆ Fragilité du réseau de soutien = épuisement plus rapide dans les moments de crise

Par ailleurs, les hommes sont plus **dépendants de leur conjointe pour satisfaire leurs besoins de soutien émotif**, la conjointe étant souvent leur seule **confidente**. C'est également elle qui assure la **cohésion** avec le réseau social, en organisant les repas en famille et entre amis, en planifiant des activités afin que le réseau que l'homme se fréquente régulièrement. Elle joue aussi un rôle important en légitimant et en **facilitant le recours aux ressources professionnelles pour l'homme en difficulté**. Elle normalise

la demande d'aide auprès de l'homme et l'accompagne vers les services. À ce titre, elle exerce en quelque sorte le rôle d'une courroie de transmission entre les hommes en détresse et les professionnels de la santé. Il n'est donc pas étonnant de constater que les décès par suicide chez les hommes surviennent souvent peu de temps après une séparation amoureuse ou lorsqu'il y a menace de séparation. L'homme perd alors sa conjointe, mais également sa principale, voire son unique, source de soutien.



### 4. Soutien social

#### Épuisement du réseau

- ◆ Pression considérable sur les proches:
  - Irritabilité, humeur labile
  - Entrent facilement en conflit
  - Refus ou critique de l'aide offerte
  - Persistance des problèmes
- ◆ Peu de soutien aux proches
  - Impuissance
  - Découragement
  - Évitement ou bris de relation



### 4. Soutien social

#### Dépendance à l'égard du partenaire amoureux :

- ◆ Principale source de soutien émotif
- ◆ Assure la cohésion du réseau social
- ◆ Légitime et facilite le recours aux ressources formelles

#### 5) La paternité (Diapos 16 et 17)

Pour les hommes, la séparation conjugale implique souvent la perte du contact quotidien avec les enfants. Très peu d'études se sont intéressées à la parentalité comme facteur de protection du suicide. Il apparaît toutefois que le taux de suicide des personnes qui vivent avec leurs enfants est inférieur à celui des personnes qui n'ont pas d'enfants ou dont les enfants ne vivent pas sous le même toit. Ceci suggère qu'être parent en soit ne protège pas du suicide, mais plutôt d'avoir une **relation significative avec un enfant et de vivre avec lui**.



## 5. Paternité

### Facteur de protection:

- Taux de suicide moins élevés, surtout quand les enfants sont dans le foyer
- 71% des pères qui se sont suicidés avaient vécu un événement négatif grave impliquant son enfant dans les 12 mois précédant le décès

Michel Tousignant, éminent chercheur sur le suicide et collègue du CRISE, a effectué une série d'autopsies psychologiques auprès d'hommes décédés par suicide. Cette étude a révélé que 71% des pères qui se sont suicidés avaient vécu un événement négatif grave impliquant leur enfant dans les 12 mois précédant le décès. Cet événement, généralement attribuable aux comportements déviants du père (manifestation de colère, promesse non tenue, etc.), était souvent le dernier événement significatif avant le décès.



## 5. Paternité

### Les pères qui ont tenté de se suicider sont moins nombreux à:

- vivre avec leur enfant (16% vs 47%)
- avoir des contacts réguliers avec lui (53% vs 90%);
- avoir le sentiment que leur enfant a besoin d'eux dans la vie et qu'ils sont responsables de son bien-être (47% vs 90%);
- avoir le sentiment que leur enfant reconnaît leurs compétences (0% vs 37%);
- partager des activités sociales avec leur enfant (0% vs 26%).

Dans ma recherche doctorale, j'ai comparé des pères qui ont tenté de se suicider à des pères qui n'ont jamais posé de geste suicidaire. Les pères qui ont tenté de se suicider étaient moins nombreux à vivre avec leur enfant ou à avoir des contacts réguliers avec eux. Ils étaient également beaucoup moins nombreux à avoir le sentiment que **leur enfant a besoin d'eux dans la vie** et à se sentir **responsable du bien-être de cet enfant**. En outre, aucun de ces pères n'a mentionné **partager des activités sociales** avec son enfant ni avoir le sentiment que celui-ci **reconnait ses compétences**. Ces résultats suggèrent que les pères qui ont tenté de se

suicider ont eu plus de difficultés à assumer pleinement leur rôle de parent après la séparation d'avec la mère et s'y sentent moins compétents. Cette situation est possiblement attribuable en partie à la plus forte prévalence de troubles mentaux dans ce groupe, leur état psychologique ayant pu compromettre leur capacité à prendre soin adéquatement de leur enfant. Cependant, les décisions des tribunaux québécois en matière de garde d'enfant ne favorisent pas, d'une manière générale, le maintien d'une relation étroite entre le père et son enfant, car ils confient, dans la grande majorité des cas, la garde exclusive des enfants à la mère. De plus, les pères ont moins souvent accès à de l'aide juridique (services gratuits d'un avocat), de sorte qu'ils vont rarement s'engager dans des procédures afin d'obtenir la garde partagée des enfants. **Le contexte judiciaire et légal actuel pourrait donc contribuer à fragiliser le lien père-enfant, privant ainsi les hommes d'un important facteur de protection du suicide.**

#### 6) *L'acceptabilité du suicide (Diapos 18 à 20)*

Selon l'hypothèse de **l'acceptabilité du suicide**, les hommes se suicideraient davantage que les femmes parce qu'ils considèrent le suicide comme **plus acceptable** et qu'il y a **moins d'interdits sociaux** à leur suicide. Il a été démontré à maintes reprises que les hommes ont des **attitudes plus favorables à l'égard du suicide** que les femmes. De nombreuses enquêtes ont montré que les hommes étaient plus souvent d'accord avec l'affirmation : « Une personne a le droit de s'enlever la vie », « Toute personne devrait avoir le droit de se suicider », ou « le suicide est une solution acceptable dans certaines circonstances ». Des attitudes positives à l'égard d'un comportement augmentent la probabilité que l'on adopte ce comportement dans une situation donnée.



### 6. Acceptabilité du suicide

Les hommes se suicideraient davantage que les femmes car :

- ◆ Ils considèrent le suicide comme plus acceptable
- ◆ Il y a moins d'interdits sociaux à leur suicide.

L'auteur américain George Murphy suggère qu'il y a moins d'interdits sociaux au suicide des hommes, car on leur accorde socialement une importance secondaire à la mère dans l'éducation des enfants ainsi qu'une responsabilité moins grande à l'égard du bien-être d'autrui. Ce sont effectivement les femmes qui prennent généralement soin des enfants, des parents âgés, qui s'impliquent bénévolement dans la communauté, etc. Le suicide des femmes serait donc sujet à davantage de désapprobation sociale en raison de son association avec un abandon des devoirs de pourvoyeurs de soins, alors que le suicide des hommes, des êtres perçus comme plus individualistes et compétitifs, serait moins condamné socialement.



### 6. Acceptabilité du suicide

**Attitudes plus favorables à l'égard du suicide**

- « Une personne a le droit de s'enlever la vie »
- « Toute personne devrait avoir le droit de se suicider »
- « Le suicide est une solution acceptable dans certaines circonstances » (24% vs 18%)



### 6. Acceptabilité du suicide

**Moins d'interdits sociaux au suicide des hommes:**

- importance secondaire à la mère dans les soins aux enfants;
- moins de responsabilités à l'égard d'autrui.

#### 7) Les troubles mentaux (Diapos 21 à 25)

Les troubles mentaux figurent parmi les facteurs de risque les plus importants du suicide. Ils se retrouvent chez presque la totalité des personnes qui s'enlèvent la vie. Dans la population générale, les hommes souffrent trois à quatre fois plus souvent de trouble d'abus ou de

dépendance à l'alcool ou aux drogues que les femmes, trouble impliqué dans près de la moitié des décès par suicide. Cependant, la dépression majeure est le trouble mental le plus prévalent chez les personnes qui s'enlèvent la vie. Or, ce trouble est deux fois plus souvent diagnostiqué chez les femmes que chez les hommes, alors que ce sont les hommes qui se tuent quatre fois plus. Comment expliquer ce paradoxe ? La présence de **facteurs d'aggravation de la dépression chez les hommes** pourrait faire partie de la réponse.



## 7. Troubles mentaux

- ◆ **Abus ou dépendance**
  - 3 à 4 fois plus fréquent chez les hommes
  - 2e trouble le plus fortement associé au suicide (environ 40% des décès)
- ◆ **Dépression majeure**
  - Trouble le plus fortement associé au suicide (environ 60% des décès)
  - 2 fois plus fréquent chez les femmes

Premier facteur : les hommes ne **demandent pas d'aide**, de sorte qu'il y a davantage de dépressions non diagnostiquées et non traitées chez les hommes que chez les femmes. En outre, nous savons que les hommes en dépression qui se présentent dans le cabinet du médecin invoquent surtout des plaintes somatiques (insomnie, maux de ventre, manque d'appétit) plutôt que psychologiques (tristesse, manque d'intérêt), ce qui diminue la probabilité de recevoir un diagnostic de dépression.



## 7. Troubles mentaux

Facteurs d'aggravation de la dépression chez les hommes :

- ◆ Ne demandent pas d'aide = sous-diagnostiqués et sous-traités
- ◆ Symptomatologie différente

Deuxième facteur : la dépression se présente avec une **symptomatologie différente** chez l'homme et chez la femme. Cette hypothèse a été émise par

les chercheurs qui ont réalisé la célèbre étude du Gotland, une petite île dans la Baltique où une stratégie de prévention du suicide a été expérimentée. Tous les médecins de l'île ont été formés au dépistage et au traitement de la dépression. Suite à cette formation, les chercheurs ont observé une augmentation considérable de la prescription d'antidépresseurs (passant de 50% à 80% de la moyenne suédoise) de même qu'une réduction de 60% du taux de suicide des femmes, mais aucun impact sur celui des hommes. Les chercheurs se sont alors questionnés sur ces résultats étonnants et ont proposé l'existence du **syndrome dépressif masculin**. Ce syndrome se caractériserait par davantage d'acting out, d'irritabilité, d'impulsivité, une faible tolérance au stress, davantage d'abus de substance, et des comportements antisociaux. Différent du syndrome dépressif féminin, où prédominent la tristesse et les pleurs, cette forme particulière de dépression aurait été sous-diagnostiquée et expliquerait le manque d'impact du programme de formation des médecins sur les taux de suicide des hommes. Suite à l'identification de ce syndrome, les chercheurs ont formé à nouveau tous les médecins au dépistage et vérifié l'impact de cette nouvelle intervention qui s'est avéré nul. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence en raison de la population très restreinte de l'île.



## 7. Troubles mentaux

### Étude du Gotland

- ◆ Île dans la mer Baltique: 55 000 habitants desservis par 20 médecins
- ◆ Formation des médecins au dépistage et au traitement de la dépression
- ◆ Augmentation de la prescription d'antidépresseurs
- ◆ Réduction de 60% des taux de suicide, seulement chez les femmes

Troisième facteur : les hommes sont **moins fidèles au traitement**, c'est-à-dire qu'ils vont plus souvent interrompre prématurément une pharmacothérapie ou une psychothérapie, laissant leur dépression s'aggraver ou se chroniciser.



## 7. Troubles mentaux

### Syndrome dépressif masculin

(Walinder et Rutz, 2001)

- ◆ Acting out
- ◆ Irritabilité
- ◆ Impulsivité
- ◆ Faible tolérance au stress
- ◆ Abus de substance
- ◆ Comportement antisocial

Quatrième facteur : les hommes **vivent** peut être **plus difficilement les conséquences de la dépression** que les femmes. La capacité de concentration et le niveau d'énergie diminués par la dépression, les hommes n'arrivent plus à performer autant qu'à l'habitude, notamment au travail. Ces conséquences de la dépression entrent en contradiction avec les exigences du rôle masculin traditionnel, générant honte et anxiété supplémentaire.



## 7. Troubles mentaux

### Facteurs d'aggravation de la dépression chez les hommes

- ◆ Ne demandent pas d'aide = sous-diagnostiqués et sous-traités
- ◆ Symptomatologie différente
- ◆ Moins fidèles au traitement
- ◆ Vivent plus difficilement les conséquences de la dépression (honte)

### 8) *Le suivi après une tentative de suicide (Diapo 26)*

Les personnes qui font des tentatives de suicide doivent recevoir une attention particulière de la part des services de santé et des services sociaux, car elles sont **jusqu'à 100 fois plus à risque de décès par suicide que la population générale**. La tentative de suicide est, en fait, le facteur de risque le plus important du suicide complété. La première année suivant la tentative de suicide est particulièrement cruciale, puisque 16% des

personnes qui se sont présentées à l'urgence après leur geste commettront une nouvelle tentative de suicide et 2% s'enlèveront la vie.



## 8. Suivi post-tentative

### Les hommes obtiennent un moins bon suivi post-tentative:

- ◆ Moins nombreux à demander de l'aide
- ◆ Quittent plus souvent l'urgence avant d'avoir été évalués en psychiatrie
- ◆ Moins susceptibles d'entreprendre les démarches nécessaires pour obtenir un rendez-vous de suivi.

On constate que les hommes obtiennent un **moins bon suivi** après leur tentative de suicide. D'une part, ils sont plus nombreux à ne pas se présenter à l'hôpital, préférant panser seul leurs blessures. D'autre part, les hommes sont plus nombreux que les femmes à signer un arrêt de traitement et quitter rapidement l'urgence sans même avoir vu un psychiatre. Ils sont également moins susceptibles d'entreprendre des démarches pour obtenir un suivi, particulièrement lorsqu'on leur confie la responsabilité de faire les démarches pour avoir un premier rendez-vous. Tous ces éléments font en sorte que **les hommes sont encore plus à risque de décès par suicide après leur tentative de suicide que les femmes.**

### Les pistes d'actions : Implication pour la pratique (Diapo 28)

Diverses implications pour la pratique découlent des huit explications de la surmortalité masculine invoquées précédemment.



## Implications pour la pratique

1. Adapter nos interventions
2. Soutenir les proches
3. Améliorer la formation des médecins
4. Promouvoir la demande d'aide
5. Favoriser l'entraide masculine (pairs aidants, groupes de soutien)
6. Promouvoir l'engagement paternel

## 1) Adapter nos interventions (Diapo 29 et 30)

Afin de souligner l'importance d'adapter nos interventions aux réalités masculines, un tableau (voir diapo 29) présente les contradictions entre la thérapie et le rôle masculin. **La thérapie exige de demander de l'aide**, alors que le rôle masculin exige de résoudre ses problèmes par soi-même. La thérapie exige souvent de **renoncer au contrôle**, alors qu'on demande aux hommes de maintenir le contrôle. La thérapie demande de **montrer ses faiblesses**, alors que le rôle masculin exige qu'on montre sa force. La thérapie amène souvent à **expérimenter la honte** parce qu'on doit verbaliser ses faiblesses, ses manquements, sa douleur, alors que les hommes doivent plutôt exprimer leur fierté. La thérapie demande d'**être vulnérable** alors que le rôle masculin demande d'être invincible. Souvent les thérapies sont axées sur **l'expression des émotions**, alors que les hommes doivent demeurer stoïques. La thérapie requiert beaucoup d'**introspection**, tandis que les hommes préfèrent être dans l'action. La thérapie demande de **confronter sa douleur**, alors que les hommes doivent nier cette douleur afin de continuer à fonctionner. La thérapie demande souvent d'**admettre son ignorance**, alors que pour le rôle masculin, il s'agit de feindre l'omniscience. Ces contradictions ont été soulevées dans les écrits de Brooks en 1998 et nous aident à comprendre à quel point il peut être difficile pour un homme d'entreprendre une psychothérapie.

Adapter nos interventions	
Exigences de la thérapie	Exigences du rôle masculin
Demander de l'aide	Résoudre ses problèmes seul
Renoncer au contrôle	Maintenir le contrôle
Montrer ses faiblesses	Montrer sa force
Expérimenter la honte	Exprimer sa fierté
Être vulnérable	Être invincible
Exprimer ses émotions	Être stoïque
Être introspectif	Agir-faire
Confronter sa douleur	Nier sa douleur
Admettre son ignorance	Feindre l'omniscience

Ces constats nous ont amené à modifier nos interventions auprès des clientèles masculines. Tout d'abord, nous tentons d'**être davantage proactifs**, c'est-à-dire de ne plus attendre que l'homme en détresse vienne vers les services, mais de faire les premiers pas et leur tendre la main.

Auparavant, nous croyions que si la personne ne faisait pas l'effort de demander de l'aide par elle-même, cela signifiait qu'elle n'était pas prête à s'engager dans une démarche thérapeutique. Nous attendions donc qu'elle fasse les premiers pas, qu'elle entre en contact avec nos services. Cependant, en prenant peu à peu conscience des barrières considérables qui empêchent les hommes de consulter pour une aide psychologique, nous avons conclu qu'il fallait essayer de nous rapprocher des hommes en pratiquant la politique de la main tendue.

Différentes stratégies ont été expérimentées, dont les **relances autorisées** effectuées par les centres de prévention du suicide. Lorsque les proches appellent sur la ligne d'intervention téléphonique et affirment s'inquiéter pour un homme de leur entourage, sans se sentir la force ou les compétences pour intervenir eux-mêmes, nous leur offrons de l'appeler en son nom, pour amorcer un premier contact et offrir de l'aide. Ce contact inattendu de la part de l'homme suicidaire est presque toujours très bien accueilli par celui-ci. Au cours de cette relance autorisée, l'intervenant se présente, explique à l'homme qu'il y a un proche dans son entourage qui s'inquiète pour lui et lui demande s'il accepte de lui parler. Si c'est le cas, l'intervenant évalue la situation et offre les services appropriés.



### Adapter nos interventions

- ◆ Être proactif (relance autorisée, relance de sécurité)
- ◆ Améliorer l'accessibilité des services (adapter les horaires)
- ◆ Miser sur qualité de l'accueil
- ◆ Mettre dans l'action

Il arrive également que l'on recontacte les personnes auprès de qui nous avons envoyé des secours parce qu'elles commettaient une tentative de suicide au moment de leur appel au centre de prévention du suicide. Au Québec, les centres de prévention du suicide ne sont pas des centres d'écoute comme c'est généralement le cas en Europe, mais plutôt des centres d'intervention. Ils offrent des services confidentiels, mais non anonymes et ont le devoir d'envoyer des secours à la personne si sa vie est en danger. Dans le cadre de **relances de sécurité**, les personnes suicidaires ayant reçu des secours sont rappelées, quelques jours plus tard, afin de vérifier leur état

et leur offrir du soutien. L'évaluation de ces interventions a révélé, qu'encore une fois, les hommes avaient beaucoup apprécié ce service proactif et que l'appel inattendu de l'intervenant étaient perçus comme un signe qu'ils étaient importants, que quelqu'un se souciait d'eux.

Dans la perspective de mieux rejoindre les hommes, il s'avère également important d'**améliorer l'accessibilité des services**. L'une des premières actions à faire à cet égard consiste à adapter les heures d'ouverture, qui devraient débiter plus tard en matinée ou en après-midi, mais se poursuivre jusqu'à 22 heures, afin d'accommoder les hommes qui travaillent.

Il importe également de miser sur **la qualité de l'accueil**. Sachant à quel point il peut être difficile pour un homme de se présenter dans une ressource, il est primordial que sa première expérience soit la plus positive possible. Il faut le rassurer, lui confirmer qu'il est au bon endroit, valoriser sa demande d'aide, expliquer les services et les étapes à suivre.

Aussi, plutôt que de privilégier des approches thérapeutiques qui sont axées sur l'expression des émotions, des approches plus comportementales, mettant l'homme dans l'action et misant sur ses forces, entrent moins en contradiction avec les exigences du rôle masculin traditionnel. Des **thérapies brèves orientées vers les solutions** sont des avenues intéressantes à cet égard.

## 2) Soutenir les proches (Diapo 31)



**Soutenir les proches**

- ◆ **Parrainage téléphonique**
  - ◆ Jumelage avec un intervenant
  - ◆ Contacts téléphoniques à fréquence variable
  - ◆ Informations sur le suicide et sa prévention, coaching, soutien émotif
- ◆ **Rencontre d'information**
  - ◆ Rencontre de groupe
  - ◆ Briser l'isolement, transmettre des informations sur le suicide et sa prévention
- ◆ **Thérapie systémique**

Il m'apparaît absolument crucial d'**impliquer les proches dans nos interventions** et de leur offrir du soutien. Au Québec, deux modalités de services pour soutenir les proches d'hommes à haut risque de suicide ont été

évaluées. Les résultats ont montré qu'à l'aide d'interventions brèves et ciblées, il était possible de mieux outiller les proches, de diminuer leur détresse et d'avoir, par leur intermédiaire, un impact positif auprès des hommes suicidaires. La première de ces modalités est le **parrainage téléphonique** qui consiste à jumeler le proche avec un intervenant qui entrera en contact téléphonique avec lui sur une base régulière afin de lui prodiguer de l'écoute, des conseils et des encouragements. Il s'agit d'une forme de coaching téléphonique adaptée aux besoins de chaque proche. L'étude a montré, qu'après la participation à ce service et jusqu'à 6 mois plus tard, les proches vivaient moins de détresse psychologique, qu'ils utilisaient des mécanismes d'adaptation plus appropriés, que la communication avec l'homme suicidaire s'était améliorée et que les idées et comportements suicidaires de celui-ci s'étaient estompés. Des résultats aussi prometteurs ont été observés dans le cadre de la **rencontre d'information** qui rassemble au cours d'une soirée une dizaine de proches. Cette rencontre permet de briser l'isolement et d'obtenir, grâce aux deux intervenants sur place, des informations sur le suicide ainsi que des conseils sur les façons d'interagir plus efficacement avec l'homme suicidaire.

Au Québec, la **thérapie systémique** est de plus en plus utilisée dans les cas de tentatives de suicide. Le thérapeute convie la famille en même temps que la personne suicidaire à la séance de thérapie. Le rationnel étant que les dynamiques suicidaires sont souvent liées à des interactions dysfonctionnelles entre les membres de la famille, à des problèmes de communication.

### 3) Améliorer la formation des médecins (Diapo 32)



**Améliorer la formation des médecins**

- ◆ Meilleur dépistage de la dépression chez les hommes
- ◆ Traitement optimal
  - ◆ Utilisation d'une combinaison pharmacothérapie et psychothérapie
  - ◆ Suivi régulier

Il serait important d'améliorer la formation des médecins au dépistage et au traitement de la dépression chez les hommes. Cette maladie demeure largement sous-diagnostiquée au sein de la population masculine et, malgré l'existence de traitements efficaces et reconnus, dont notamment la **combinaison de la pharmacothérapie et de la psychothérapie**, une forte proportion de personnes dépressives ne sont pas correctement traitées (dose non thérapeutique d'antidépresseur, absence de suivi, etc.).

#### 4) *Promouvoir la demande d'aide (Diapos 33 à 36)*

La demande d'aide devrait être promue auprès de la population en générale, particulièrement auprès des jeunes garçons. À cet égard, il s'avère judicieux d'**implanter en milieu scolaire des programmes de développement des habiletés d'adaptation**, comme par exemple « Les Amis de Zippy » destiné aux enfants de 6 à 7 ans. Il serait également souhaitable de réaliser des **campagnes grand public**, à l'aide d'affiches et de messages dans les médias. Au Québec, l'une d'elle s'adressait spécifiquement aux hommes et avait comme slogan : « Demander de l'aide c'est fort ». Toutefois, de telles initiatives nécessitent des investissements financiers massifs et soutenus afin de réussir à obtenir un impact réel sur les attitudes et les comportements de la population.



### **Promouvoir la demande d'aide**

- ◆ Programmes de développement des habiletés d'adaptation en milieu scolaire (Ex: les amis de Zippy)



**Promouvoir la demande d'aide**

- ♦ Programmes de développement des habiletés d'adaptation en milieu scolaire (les amis de Zippy)
- ♦ Campagne populationnelle

**Demander de l'aide... c'est FORT!**

### 5) Favoriser l'entraide masculine (Diapo 37)

L'entraide masculine mériterait d'être encouragée davantage, afin notamment de diminuer la dépendance des hommes à l'égard de leur partenaire amoureux. Il existe des **programmes de sentinelles et d'aidants naturels en milieu de travail** qui sont implantés et

expérimentés au Québec. Cette stratégie est à privilégier dans les milieux de travail typiquement masculin. Il s'agit de former des hommes qui ont une aptitude naturelle à l'entraide afin qu'ils dépistent leurs collègues en détresse, leur offrent du soutien et les accompagnent vers les ressources. Il serait également profitable de mettre en place des **groupes de soutien pour hommes séparés**, car ces derniers constituent un groupe à risque élevé de suicide.



### Favoriser l'entraide masculine

- ◆ Programmes de sentinelles et d'aidants naturels en milieu de travail
  - ◆ Repérer les individus en détresse
  - ◆ Offrir du soutien
  - ◆ Accompagner vers les ressources
- ◆ Groupes de soutien pour hommes séparés

#### 6) Promouvoir l'engagement paternel (Diapos 38 et 39)

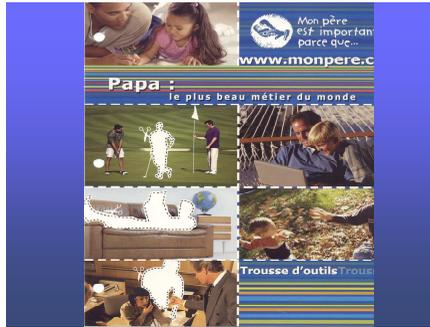
Enfin, une dernière stratégie serait de promouvoir l'engagement paternel, en commençant par des modifications du cadre légal entourant la garde des enfants en cas de divorce. La formation des intervenants en périnatalité pourrait également être envisagée, afin qu'ils intègrent davantage les pères actuels ou en devenir dans leurs interventions. Il existe également une profusion de programmes de promotion de l'engagement paternel qui se retrouvent sur le site internet suivant : [www.monpere.ca](http://www.monpere.ca).



### Promouvoir l'engagement paternel

- ◆ Modification du cadre légal entourant la garde des enfants en cas de divorce
- ◆ Formation des intervenants en périnatalité afin qu'ils intègrent davantage les pères dans leurs interventions pré et postnatales
- ◆ Programme de promotion de l'engagement paternel [www.monpere.ca](http://www.monpere.ca)

Merci beaucoup de votre attention.



Note :

*Le Centre de Prévention du Suicide ainsi que d'autres chercheurs belges travaillent sur des enquêtes communes en collaboration avec le CRISE.*

# La rupture au masculin : recherche identité désespérément

Par **Xavier Pommereau**,

*Psychiatre, Chef de service du Pôle aquitain de l'adolescent  
du Centre Jean Abadie au CHU de Bordeaux*

Beaucoup de choses ont déjà été dites aussi bien par Michel Debout que Janie Houle. Je vais donc souvent reprendre certains éléments.

## **Psychologie et sociologie : des disciplines à associer**

La première chose que j'apprécie dans l'organisation de ce type de journée, et qui me rassure aussi, c'est qu'on ne cherche pas à opposer la sociologie et la psychologie. Espérons qu'on a vraiment tourné la page, qu'on va dans l'avenir effectivement s'attacher non pas à vouloir à tout prix expliquer un phénomène aussi dramatique et aussi complexe que le suicide avec une seule grille d'interprétation mais au contraire accepter de les associer. Je crois vraiment que c'est une chance pour nous, dans la mesure où nous sommes – je l'imagine – des professionnels issus de divers champs : sanitaires sûrement, éducatifs, certainement, sociaux, judiciaires pourquoi pas. Et donc, quel que soit finalement le champ dans lequel on s'inscrit, il me semble très important que chacun puisse trouver sa place dans la prévention du suicide. C'est aussi ça qu'il faut qu'on fasse connaître autour de nous à l'occasion de journées comme celles-ci : personne ne prétend avoir *la* clé, personne n'a *le* passe qui permettrait de tout expliquer. On a des pistes, on a des programmes, on réfléchit à un certain nombre de choses, parfois même on a l'impression que certaines choses peuvent paraître contradictoires. Plutôt que de les éviter, ayons en quelque sorte l'énergie et le courage au contraire de vouloir les associer.

Pour vous donner un exemple, je voudrais vous rappeler que je suis avant tout un clinicien. Je travaille effectivement avec les adolescents, donc mon propos va surtout s'en tenir à eux. Avec mon équipe, nous essayons de développer des modalités de prise en charge qui supposent que derrière les éléments déclenchants, se cachent peut-être d'autres réalités échappant à la conscience des sujets et de leur entourage. Pour nous, l'inconscient existe. Mais ce n'est pas parce que nous croyons à l'inconscient que nous allons en

rester à des rationalisations psychologiques sans réponses concrètes. D'autre part, comme ça a été très bien rappelé, si on se contentait d'attendre dans un bureau de psychothérapeutes que des suicidaires viennent nous voir - que ce soient d'ailleurs des filles ou des garçons -, on pourrait parfois attendre longtemps. Et ils ne viendraient pas, tout le monde le sait bien ! Les garçons encore moins que les filles, ne sont du genre à accepter facilement le principe d'aller voir un psy, et de comprendre l'intérêt d'une psychothérapie.

### **A propos des statistiques**

Pour rebondir sur ce qui a été dit ce matin, en particulier par Michel Debout, et sur les données statistiques, je voudrais vous indiquer deux choses qui me paraissent complémentaires et importantes à avoir en tête.

La première, c'est que quand on regarde des courbes, ce que j'appelle des courbes froides de statistiques du suicide, il faut se souvenir que ce sont des statistiques de suicides *homologués*. Et que se cachent dans d'autres rubriques de décès, sinon de réels suicides qui n'ont pas été reconnus comme tels, du moins des conduites que l'on pourrait qualifier de suicidaires dans la mesure où les circonstances dans lesquelles se produisent ces drames conduisent finalement au même résultat, c'est-à-dire à la mort. Par exemple, je regardais récemment les causes médicales de décès en France telles que l'Inserm les publie. J'observais la catégorie des accidents dits domestiques, c'est-à-dire des accidents de la vie courante, ce qu'on appelle les décès par accident de la vie courante. Quand on regarde ce qui se passe du côté des adolescents, on s'aperçoit que la chute est l'une des causes accidentelles les plus fréquentes en matière de décès des adolescents par accident de la vie courante. Ça représente quand même un décès sur dix chez les jeunes. Or, quand on regarde et quand on écoute un petit peu ce que disent certains cliniciens et notamment les urgentistes qui reçoivent des blessés et des blessés graves, ils les connaissent très bien ces gens qui ont chuté. Ce sont des adolescents qui étaient « ivres morts », qui se sont amusés à balancer leurs pieds du haut d'un parapet, ou à monter sur le toit d'un train, ou à se lancer dans des conduites à risques telles que par exemple faire du skate sur les toits. Ça fait partie de certains sports de l'extrême ! Et il y a eu un accident et malheureusement un blessé. Donc, il va falloir, en ce qui nous concerne tous, qui sommes concernés de près par la prévention du suicide, se préoccuper aussi de tous ceux qui meurent ou qui se font mal d'une manière grave. Et dans des événements qui ne sont pas directement rapportés au suicide.

La deuxième observation que je voudrais faire par rapport aux statistiques - et c'est sans doute celle qui pour moi est la plus importante -, concerne la segmentation par âge, qui est aussi une vision froidement statistique. C'est-à-dire que les 600 morts chez les 15-24 ans et les 6.000 morts chez les 30-60 ans ne sont absolument pas des catégories imperméables. Je prétends que bon nombre d'hommes et de femmes suicidaires dits adultes voire adultes vieillissants ont été pour certains des adolescents suicidaires reconnus ou non reconnus comme tels. C'est aussi le sens que je donne à mon action auprès des adolescents suicidaires. Prendre en charge ceux que nous avons, qui viennent dans nos services parce qu'en ce moment ça ne va pas, bien sûr que c'est notre mission principale. Mais c'est aussi essayer, dans la mesure du possible (évidemment on sait bien qu'on ne pourra pas tout faire), d'infléchir une éventuelle courbe, une nouvelle trajectoire dans leur parcours. Car ces adolescents qui vont mal à l'adolescence vont peut-être connaître un moment d'apaisement en début d'âge adulte et replonger ensuite à la faveur bien entendu de circonstances de vie défavorables dont je ne vais pas reparler, puisque aussi bien Michel que Janie en ont beaucoup parlé. Ces facteurs vont aggraver les choses, et vont précipiter ces adultes à nouveau dans une spirale suicidaire. Ça vaut la peine, donc, que lorsqu'on pratique des autopsies psychologiques, on ne se contente pas d'analyser ce qui s'est passé dans les six mois ou dans l'année précédant l'acte mortel, mais qu'on essaie d'interroger les proches pour savoir si 20 ans, 30 ans, 40 ans avant, il n'y avait pas déjà eu des problèmes. Et on serait peut-être très surpris si on arrivait vraiment à le faire, d'observer qu'à mon avis, c'est en tout cas l'hypothèse que je vous lance, non seulement il y a plus de tentatives de suicides dans les antécédents, mais il y a aussi plus d' "accidents", si vous acceptez l'idée qu'un certain nombre d'accidents ne sont pas du tout le fait du hasard.

### **Le suicide des adolescents**

Ceci étant dit, puisque nous parlons aujourd'hui du suicide au masculin, j'ai envie de vous parler de ce qu'on peut imaginer à propos des jeunes garçons, de ces garçons qui vont mal.

Première chose, je souscris totalement à ce qui a été dit par Michel Debout quand il dit que probablement **il y a autant de filles que de garçons qui vont mal**.

Un certain nombre d'études ou d'enquêtes finissent d'ailleurs par dire qu'on peut estimer sans trop se tromper qu'environ 15% des adolescents, c'est-à-dire 1 sur 7 quand même, garçons comme filles, "vont mal". Selon le champ dans lequel on se trouve, on va les appeler différemment. Soit vulnérables, soit qui présentent plus de facteurs de risques que les autres, soit qui sont en situation de souffrance psychologique. Encore une fois, cette souffrance peut être liée à des tas de choses. Et peut-être avec une exacerbation des souffrances à certains âges plus qu'à d'autres.

Or, dans la souffrance masculine de l'adolescent, il y a aussi **l'orientation sexuelle**. Incontestablement, parmi les garçons qui font des tentatives de suicide, nous voyons que la proportion de ceux qui se déclarent ou se sentent orientés vers le même sexe, c'est-à-dire homosexuels, est importante. Et là encore on va devoir interroger aussi bien la sociologie que la psychologie. Puisqu'on va pouvoir à la fois s'interroger sur la manière dont ils peuvent supporter le regard social sur eux et y compris le regard de leurs proches, bien sûr, mais aussi en termes d'identité, s'il est plus facile ou moins facile pour un jeune homme dans notre société de se vivre homosexuel, de se sentir homosexuel. Est-ce que ça pose davantage de questions et de souffrances de l'assumer que d'assumer l'hétérosexualité ? Voilà des questions qui là encore ne doivent pas distinguer la sociologie de la psychologie mais au contraire essayer de les associer.

On pourrait dire aussi quand on examine les chiffres concernant les détenus, que parmi les jeunes personnes qui sont en prison, beaucoup sont des garçons. Et bien effectivement là encore on va trouver non seulement **des conduites suicidaires homologuées mais aussi des conduites suicidaires non homologuées** et parfois même cachées, et parfois même voilées complètement pour des raisons d'ambiance politique et de statistiques. Il faut quand même savoir que dans certaines prisons en France, lorsqu'un détenu avale une fourchette, on considère que c'est pour aller à l'hôpital, pour attirer l'attention. Et on n'appelle même pas ça un acte suicidaire. Avaler une fourchette, c'est attirer l'attention.

On peut donc imaginer un certain nombre d'autres actes qui ne vont pas forcément être reconnus comme des conduites suicidaires ou voire des actes suicidaires. L'une des choses qui concerne le garçon qui va mal, et qui sans

doute le distingue de ce point de vue-là de la fille qui va mal, c'est que pour des raisons que je ne m'explique pas et pour lesquelles je ne connais pas la part du social et du psychologique, nous constatons que **les garçons ont tendance lorsqu'ils souffrent à projeter hors d'eux la souffrance**, à utiliser leur corps comme vecteur de l'agir, comme le disait tout à l'heure Janie Houle, et d'un agir qui est plutôt adressé, orienté vers l'autre, ou vers, si je puis dire, les "surfaces" de l'autre. C'est-à-dire que lorsqu'ils sont en souffrance, il y a chez les garçons une plus grande propension à essayer de se débarrasser de cette souffrance en se lâchant en dehors d'eux. A se mettre en quelque sorte *hors d'eux* comme le dit bien l'expression. Ça va se traduire par des gestes impulsifs, agressifs, mais aussi par les actes qu'ils vont produire.

Les garçons vont donc s'en prendre très souvent au corps social à l'extérieur d'eux avant de penser ou d'imaginer s'en prendre à leur corps propre. Bien que très souvent - et ça fait partie à mon avis d'indices qui témoignent de leur mal-être - ils associent les deux, sans qu'en aucun cas on ne considère ces actes comme suicidaires. Pourquoi par exemple un garçon qui se cogne la tête contre les murs, ou un garçon qui régulièrement donne des coups de poing dans des surfaces très dures au point pour certains d'ailleurs de se faire des blessures et des fractures, nous dirons : "Voyez-vous c'est de l'impulsivité, il s'est énervé beaucoup, il a pété les câbles, les plombs". Comme si ce "pétage de câbles et de plombs" était simplement un excès d'énergie, d'impulsivité et d'agressivité, mais qui ne disait pas quelque chose qui annonce déjà le besoin de rompre avec une souffrance intérieure. C'est l'idée que je voudrais vous faire passer : lorsqu'on souffre à l'intérieur de soi, la première chose dont on a conscience c'est d'essayer d'évacuer cet excès de souffrance intérieure. Et les manières de l'évacuer seront les manières d'agir de la rupture, de la déchirure, de la cassure, lesquelles s'exprimeront différemment selon qu'on est une fille ou un garçon. Et quand on est un garçon, les premières formes que vont prendre ces cassures, ces déchirures, ces brisures que l'on veut exprimer pour se libérer de la souffrance intérieure, ça va être par exemple de se livrer à des actes de vandalisme sur le corps social, ça va être de taguer, d'aller érafler des voitures, de se battre, d'être plus agressif que la moyenne, d'avoir des contacts très violents contre l'extérieur.

Mais gardons en tête que dans ce contact avec l'extérieur qui peut être très violent, il y a à la fois le besoin d'évacuer hors de soi une violence intérieure qui submerge, et à la fois - et c'est ça qui est important pour nous évidemment - il y a le **besoin irrépressible d'aller rencontrer une**

**limite**, quelque chose qui vient borner soi ou qui vient réfléchir ce qu'on oppose à cette surface pour raffermir son identité. Vous voyez, c'est un peu : " Je me cogne contre l'extérieur pour que l'extérieur me limite davantage et me définisse mon identité ". C'est terrible, mais il y a de ça.

Quand on est en flottement identitaire, voyez-vous, et qu'on est un garçon, on espère en quelque sorte un peu à la manière d'un sonar d'où on envoie le son qui se réfléchit, et c'est comme ça qu'on mesure la distance par rapport à l'obstacle, qu'en émettant des violences, contre autrui ou contre les murs d'autrui, cet autrui ou ces murs vont réfléchir une meilleure définition de soi-même. C'est incroyable. Des jeunes garçons que nous suivons le disent d'ailleurs à leur manière : " Je me suis cogné complètement ". Et parfois ils se sont défigurés le visage. Que font-ils après ? Ils se regardent. Comme si c'étaient les hématomes et éventuellement le sang qui coule qui allaient réfléchir une image plus réelle d'eux-mêmes, et donc plus tangible, et donc " identitairement " plus acceptable. C'est très important d'avoir accès à ça parce que la plupart des filles ne fonctionnent pas du tout comme cela.

La plupart des filles, elles, vont avoir, à souffrance identitaire égale, le même besoin d'aller interroger quelque chose qui viendrait faire écho pour leur renvoyer une image d'elles-mêmes. Mais elles, elles le font dans une circulation entre l'intérieur de leur corps et l'extérieur. C'est comme ça qu'on peut expliquer que les conduites de rupture des filles, qui naviguent souvent de l'intérieur vers l'extérieur et vice versa, vont plus souvent s'exprimer sous la forme de troubles alimentaires avec notamment les vomissements provoqués, vont plus souvent s'observer par des intoxications volontaires comme on a vu tout à l'heure, ou par des scarifications, sorte de " tagage " sur soi. Comme si là, l'interrogation principale de la fille par rapport au garçon qui tague les murs, c'est sa peau, qui va faire une sorte d'écran, de projection de la souffrance, pour la faire sortir, comme le garçon. C'est une manière de sortir de soi que de saigner. Donc la fille fait sortir le sang pour alléger les souffrances, tout en même temps qu'elle espère secrètement que ces scarifications - qui vont être plus ou moins montrées ou plus ou moins cachées, mais rarement quand on les observe -, pourront être leur surface réfléchissante qui leur permettrait d'être reconnues par l'autre. Puisque le fond du problème, c'est ça.

Quand on est une identité floue et quelle que soit la raison pour laquelle on est en identité floue, ce qu'on attend de l'autre c'est d'être reconnu et défini de manière plus nette. C'est ça d'ailleurs qu'on doit essayer de faire dans nos pratiques. C'est essayer de dire à notre façon et avec nos outils, avec nos

manières de travailler : “ Tu n’auras pas besoin de te faire du mal ou de t’autodétruire pour chercher l’écho, pour qu’on te renvoie une image de toi, nous allons essayer avec nos moyens à nous, avec nos outils à nous, de t’aider à *réfléchir*”. Et ça pourra s’entendre aussi bien par la tête et les mots que bien entendu par tout ce qui peut faire sens. Et tout ce qui peut faire sens, et bien, c’est par exemple les diverses médiations, toute la réalité aménagée de l’accueil, de la prise en charge dans des centres, dans des lieux qui accueillent des jeunes, où on doit s’employer à donner à des éléments qui appartiennent à la réalité concrète, matérielle au sens propre, quelque chose qui puisse avoir une forte valeur ajoutée sur le plan symbolique, sur le plan métaphorique, pour restituer un sens à l’adolescent concerné.

Un petit exemple qu’on connaît : lorsque nous recevons dans nos services des jeunes filles qui se scarifient, l’une des réponses que nous avons institutionnalisées comme un moyen de “ métaphoriser ” la rupture à notre façon à nous, c’est de leur proposer - et elles l’acceptent facilement - que pendant les 48 premières heures de leurs admissions, et seulement ces 48 heures-là, il faut qu’elles acceptent d’être coupées du monde et de n’avoir aucun contact avec l’extérieur. Etonnamment 100 % des adolescentes acceptent. Parce que ça ne dure aussi que 48 heures. Parce qu’aussi, à leur acte de rupture, la scarification, nous répondons par un acte de rupture institutionnelle visant justement à leur montrer que ça peut aussi les apaiser, et peut-être mieux. Et à partir du moment où elles vont accepter de naviguer du sens propre au sens figuré, *d’une coupure à l’autre*, alors peut-être vont-elles pouvoir mieux comprendre les choses.

Du côté des garçons, c’est exactement pareil. Les garçons en rupture, au-delà d’aller cogner pour se faire réfléchir une image d’eux-mêmes, vont aussi par exemple **s’en prendre de manière active à leur scolarité**, les professeurs le savent bien. Ce sont des adolescents intelligents, ce sont des garçons qui pourraient tout à fait bien réussir. Mais on dirait qu’ils s’acharnent littéralement à rater. Comme si c’était par l’identité en négatif qu’ils parvenaient à mieux se définir, et là il faut que les enseignants fassent très attention. Parce que certains garçons ne se sentent exister qu’à partir du moment où ils sont ceux qui se déchirent le plus. Ils vont tout faire pour se faire renvoyer par exemple ; ils vont tout faire pour être dans l’échec scolaire le plus radical. Et si l’attitude de l’école est alors de leur dire : “ Eh bien va-t-en ”, on les renvoie de l’institution éducative avec une identité en négatif. Le risque étant ensuite qu’on s’emploie encore à la confirmer, par des actes d’autodestruction ou de négativité. Et ça, ça c’est vraiment très important. Philippe Jeammet le dit très bien : “ Quand on a des épreuves à passer, on

est jamais sûr de pouvoir réussir mais on est toujours certain de pouvoir rater”. C’est de cette manière qu’ils s’emploieront à obtenir la déchirure.

Et puis, il y a **la déchirure par l’alcool et le cannabis, et les stupéfiants de manière générale**. Et vous savez, ceux qui se livrent de manière régulière, répétée, précoce à ces ivresses qui confinent à des comas éthyliques, ce ne sont pas seulement des adolescents qui s’amuse, qui font la fête. Ceux qui vont plus loin, ceux qu’on retrouve à 4 heures du matin dans les toilettes des discothèques en train de vomir tripes et boyaux sont quand même ceux qui cherchent à travers ces expériences de toxiques à se défaire de leur mal-être, à se défaire de leur souffrance en se mettant dans une espèce de parenthèse, parenthèse extrêmement dangereuse. Car ensuite ils vont prendre des véhicules à moteur, et là on ne saura pas si c’est du suicide ou de l’accident de la route. Mais le résultat sera le même. Ils seront morts. Et donc on voit bien là encore combien les lignes statistiques froides ne rendent pas bien compte du rapport qu’il y a entre une première cause de mortalité chez les garçons (trois morts pour une fille) par accident de la circulation et la deuxième cause, le suicide. Et ce qu’on ne dit pas ou très discrètement dans les médias, c’est qu’alors que la mortalité sur la route tend à diminuer depuis quelques années tous âges confondus, le seul segment où elle augmente c’est les 15-19 ans. Cette année, en 2006, plus 4% de morts sur les routes chez les garçons entre 15 et 19 ans essentiellement par des accidents mortels en deux roues. La moitié de ces accidents mortels en France se sont produits la nuit, entre le jeudi et le dimanche. C’est-à-dire dans les moments où ils vont dans des lieux de fêtes, dans des lieux de rencontres sans doute pour tenter d’échapper à leurs problèmes, à leurs difficultés, à leurs souffrances, se défaire de tout ça pour ne plus penser, pour essayer de gommer tout ce mal-être. Ceci rejoint, par une autre grille interprétative, ce que Janie nous disait tout à l’heure : partout on observe des corrélations entre usage de toxiques et de substances psychotropes et actes suicidaires. Dans ma grille d’interprétation, cette corrélation n’est que la traduction d’un même désir : rompre avec des réalités qui sont vécues comme intolérables de différentes façons. Rompre en utilisant ces substances mais aussi en renvoyant quelque chose de très important, c’est qu’un certain nombre de ces adolescents suicidaires en grande crise identitaire le sont aussi parce que, sans le savoir, ils sont enfermés dans un dispositif affectif on peut dire, qui fait d’eux des personnes plus dépendantes, moins autonomes sur le plan affectif que d’autres.

Pour ceux-là, pour ceux qui ne parviennent pas en quelque sorte à percevoir leur identité propre, parce que leur identité est trop confondue avec leur vie

affective et leurs attaches affectives notamment parentales, l'une des solutions qu'ils parviennent à trouver c'est de **se défaire de leur corporéité** qui évidemment gêne, entrave, empêche cette espèce de communion avec les proches. Se défaire de cette corporéité par les drogues ou par le suicide, c'est avoir le secret espoir de parvenir à continuer à exister davantage morts que vivants, c'est-à-dire d'avoir une existence en quelque sorte de pur esprit qui viendrait occuper la tête de ceux qui restent. C'est quand même frappant. J'ai en tête et en image une effroyable lettre d'adieu d'un jeune homme décédé. Les parents m'ont amené la lettre d'adieu qu'il leur avait laissée. Une lettre d'adieu avec beaucoup de dénégations comme toujours, vous le savez, quand on souffre beaucoup et qu'on ne sait pas très bien pourquoi on souffre mais qu'on ne veut pas non plus accuser les proches. Il commence par : " Chers parents, ne m'en voulez pas ". D'emblée. " Ne m'en voulez pas, j'en peux plus, ça ne peut plus durer ". Enfin il y a eu toute une litanie de propos qui indiquent le ras-le-bol que c'est, que la coupe est pleine. Ensuite des consignes et des consignes qui donnent une impression terrible parce qu'elles ne sont pas écrites avec cynisme. D'ailleurs on voit que l'écriture devient de plus en plus tremblotante. Ce n'est pas écrit avec cynisme, et pourtant ça comporte quelque chose de cynique. Après avoir dit : " Chers parents ne m'en voulez pas, j'en peux plus, ça ne peut plus durer ". Il donne des consignes : " Donnez mon blouson vert à Mathieu, ma collection de cassettes à Jérôme, et rendez les lettres à Virginie ". Un truc, une espèce de testament qui frappe tellement par son incongruité que ça en est stupéfiant. Et comment conclut-il ? Il termine la lettre par un cœur. Dans le cœur, il met lui et ses parents. Malheureusement, on n'aura jamais pu connaître ce jeune homme vivant et essayer avec nos outils de le faire travailler sur cette relation de dépendance. Par cette signature, d'une manière complètement compactée, il vient en fait dire : " Chers parents, je n'en peux plus de ne plus me sentir exister. En tant que moi-même. Je n'arrive pas à me défaire de vous parce que je vous aime trop mais je vous aime tellement que vous vous êtes confondus avec moi. Je n'arrive plus à supporter ça. Et je n'arrive pas à investir les autres, je n'arrive pas à vivre des relations sentimentales correctement. D'ailleurs ça ne marche pas. Virginie m'a quitté une fois de plus. Je n'arrive pas à me sentir en tant que moi-même. Alors je me défais de moi-même. Je me défais de moi-même et j'espère secrètement, et je le signe à travers ce cœur dans lequel je figure avec vous, que c'est aussi pour vous rejoindre ". En somme, il dit : " Je meurs pour exister davantage dans votre tête et ne jamais vous quitter ". Et qu'est-ce qu'on observe chez les endeuillés, ces parents qui sont venus me voir puisque je n'ai pas connu leur fils ? Ils sont venus pour travailler avec moi leur deuil terrible. La première chose qu'ils me montrent c'est la photo de

leur fils qui est un superbe jeune homme, debout devant la maison, un magnifique adolescent. Et voilà, ils me montrent une photo de leur fils “plein de vie”. Et pourquoi ? Parce qu’il est totalement présent, il occupe en quelque sorte la tête des parents qui restent. Quand je reçois des endeuillés d’adolescents morts, le seul conseil que je peux leur donner qui répond à cette interprétation que je leur donne, c’est de leur dire : “Faites tout pour garder vivants en vous votre enfant”. Puisque c’est ça qu’il veut. Plus vous rechercherez à l’extraire de vous, plus vous chercherez à oublier, trouver des circonstances extérieures, vouloir comprendre pourquoi il s’est suicidé, en analysant vos faits et gestes, etc., plus vous serez persécutés. Acceptez par contre l’idée qu’il a voulu se tuer pour ne jamais vous quitter. Un jour, une adolescente nous a révélé sur un mur d’expression du Centre Abadie : “Je voulais pas mourir, je voulais juste me tuer”. C’est pour moi, à ce jour, la meilleure définition du suicide à l’adolescence. Par ce propos qui peut paraître comme ça bizarre, étrange, elle dit quelque chose d’une réalité psychique qui est que dans la mort, dans le projet de mort, dans le désir de mort, dans la manière dont ils vont le mettre en scène et quelque soit le moyen qu’ils vont utiliser (et même si des filles vont utiliser des méthodes beaucoup moins violentes que les garçons, tout ce qu’on a dit ce matin et qui est vrai), il y a cet étrange **rapport entre mourir et se tuer**. Se tuer, c’est-à-dire faire disparaître le corps, lui régler son compte et la tête qui dérange tant, avec une balle ou une corde. On s’en sépare, on l’anéantit, on la fait taire, la tête, et on laisse le corps pendouiller avec. Mais en même temps, d’une manière évidemment tout à fait inconsciente, défait de ce corps, laissant cette dépouille aux autres, on espère que l’on va trouver une identité à jamais en occupant la tête de ceux qui vont rester. C’est ça qui nous permet de comprendre pourquoi les entourages de personnes suicidées sont aussi marqués par le décès de leurs proches. Bien sûr que ça fait souffrir que l’autre meurt. C’est évident. Mais bien sûr aussi que si cet acte déclenche autant de culpabilité dans l’entourage, c’est que **la culpabilité a un sens**. Et le sens de la culpabilité n’est pas de torturer les vivants pour qu’ils ne s’en remettent jamais, c’est pour qu’ils n’oublient jamais le mort, pour qu’ils le maintiennent vivant par-devers eux. C’est une manière de posséder les vivants en quelque sorte. L’acte suicidaire comporte une dimension terroriste qui s’ignore. Je pense qu’un adolescent suicidaire est un terroriste qui s’ignore. Il ne le sait pas, mais il y a aussi de ça. Et c’est pour ça que lorsqu’on va avoir à travailler avec eux, on ne pourra jamais leur restituer les choses de cette manière. Imaginez la tête que ferait un jeune homme qui a essayé de se suicider si je commençais à lui expliquer ça : “Mais oui les psys sont plus fous que les malades j’ai bien compris. Et donc ça me convainc un

peu plus que je n'irais surtout pas vous voir. Parce que si vous m'interprétez tous mes trucs comme ça c'est pas la peine. ”

On devra donc **penser nos dispositifs d'aide** ou de soins avec les choses matérielles dont on dispose, en réponse en quelque sorte à ce qui est émis. Je veux dire que l'adolescent agit des choses réelles, matérielles, corporelles, qui ne sont jamais n'importe quoi, qui ont toujours un sens, bien au-delà de la seule accessibilité aux moyens, que l'on ait ou pas sous la main une arme à feu, une corde ou je ne sais quoi. Bien au-delà de ça. Ça veut donc dire que les adolescents vont livrer matériellement, physiquement, concrètement des actes, des attitudes et des gestes dont ils croient connaître la raison. Mais pour lesquels ils ne possèdent qu'une partie de l'iceberg visible, les causes déclenchantes, sans savoir que par-devers eux ces actes, ces choses concrètes, matérielles, qu'ils posent, comportent une valeur symbolique et métaphorique très forte. Attention, je souscris à 100% au fait qu'il ne faut pas que les armes à feu soient librement accessibles par les adolescents. Mais ça ne suffit pas. Faisons en sorte de réduire l'accessibilité aux armes à feu, mais interrogeons-nous aussi sur le sens que ça a de prendre une arme à feu, une corde ou des moyens comme ça.

Et du côté des soignants ou du côté des aidants, comment est-ce qu'on pourrait imaginer la “concrétude”, si vous m'autorisez ce terme, de nos moyens, des endroits où on les reçoit ? Tout ce qui va être le matériel, le réel qui fait la manière dont on les accueille, où on va les chercher, la manière dont on leur parle, la manière dont on agit des choses envers eux, tout ça va pouvoir inversement donc faire sens, et faire en quelque sorte écho à leurs souffrances. Ça c'est hyper important. Je voudrais vous en donner un exemple. Parmi les jeunes gens que nous recevons au Centre Abadie, chez les filles une sur trois a été victime de violences sexuelles et un garçon sur sept. Donc la violence sexuelle est une réalité que bon nombre de jeunes suicidaires ont vécue et est repérée dans beaucoup de violences subies. Est-ce que donc il va falloir dès qu'on les reçoit leur dire : “ Bonjour Jérôme est-ce que t'as été violé quand t'étais petit ” ? Non, parce qu'alors là il s'enfuit, il s'enfuit immédiatement. Parce que Jérôme ou Virginie, quand ils arrivent, ne vont jamais attribuer leur acte suicidaire à cette violence sexuelle qu'ils ont subie dans l'enfance. Eux ne font déjà pas le lien. Ils vont dire : “ C'est parce que je me suis disputé(e) avec mes parents, c'est parce que ça ne va pas du tout à l'école, c'est parce que je ne supporte plus la vie, que le monde est pourri, c'est parce que il ou elle m'a quitté ”. Ils vont donner des raisons qui ne sont pas de fausses raisons, contrairement à ce qu'on pourrait dire, mais ce sont des raisons qui sont à la fois écran et éventuellement révélatrices de

la problématique en cause sans pour autant simplement la résumer. Ça compte, mais on ne doit pas s'en contenter.

Eh bien ces jeunes, la première et la deuxième chose qu'on va pouvoir poser est une sorte de réponse institutionnelle par les actes, par les gestes. Ils viennent d'essayer de se couper, de se pendre, de se supprimer, de s'intoxiquer, ont été dans le coma :

- Premier acte que pose notre institution : **48 heures de coupure avec le reste du monde**. Et cette coupure que nous proposons aussi bien aux jeune scarifiés, aux jeunes qui ont essayé de se pendre, aux jeunes qui ont essayé de s'intoxiquer, elle leur fait assez sens quand même pour que jamais ils ne la refusent.
- Deuxième chose, **on n'aura jamais d'entretien dans leur chambre et on n'entrera jamais dans leur chambre sans avoir frappé d'abord à la porte**. Vous allez vous dire : " Mais alors vraiment le programme du Centre Abadie c'est nullissime, si vous n'avez que ça à vous mettre sous la dent comme programme thérapeutique, aller frapper aux portes ". Et bien moi, je vous affirme que c'est comme ça que ça commence. Si ça ne commence pas comme ça, c'est nul. C'est-à-dire que ça ne prend pas en compte les gens qui ont été intrusés, qui ont été victimes de violations territoriales caractérisées puisqu'ils ont été violés. Une fille sur trois, un garçon sur sept. Si on veut les faire réfléchir aux liens qu'il pourrait y avoir entre leurs souffrances d'aujourd'hui et avec cette souffrance vécue hier, il faut commencer par protéger leur intimité et par leur dire : " Nous allons te respecter dans ton intimité ". Et nous le caricaturons. Nous en rajoutons. Nous disons bonjour à tous les adolescents qu'on croise dans le couloir, 100 fois par jour s'il le faut. Chaque fois qu'on croise un ado : " bonjour ". On le reconnaît. On le fait au sens propre. Chaque fois qu'on va vouloir en voir 1 en entretien, ou l'inviter à venir à un groupe, " toque, toque " à la porte. Et on attend qu'il réponde : " Oui, entrez ". Il y en a qui sont sciés. Ils ne sont tellement pas habitués qu'ils ne répondent même pas. " Toque, toque, toque. " Ils ne répondent pas parce qu'ils ont l'habitude que chez eux, on rentre dans la chambre comme ça. Il va rien comprendre. Nous, on reffappe à la porte. Et alors ils finissent par dire : " Mais ils sont cinglés !? Qu'est-ce qu'ils font au Centre Abadie ? ". Alors ils sortent : " Qu'est-ce qu'il y a ? " - " On attendait que tu nous dises d'entrer ".

Et on a observe qu'à travers ces minuscules actes du quotidien, on prépare davantage nos adolescents au travail psychothérapique qu'en essayant de les apprivoiser au départ par la parole. Notre "concrétude", notre réalité, **les actes que nous posons, nous essayons donc de nous en servir comme des leviers métaphoriques** qui autorisent les adolescents à s'intéresser à ce qu'on y fait. Puisque eux ça les calme un peu plus, peut-être que ça va leur donner davantage envie d'en savoir d'avantage sur leurs propres souffrances et donc d'entamer ensuite un travail. Mais ce temps-là est un temps en quelque sorte d'anticipation, de préparation à un travail de psychothérapie culturelle.

Merci beaucoup de votre attention.

Note :

*Xavier Pommereau est l'auteur d'un ouvrage sur l'anorexie intitulé : "Le mystère de l'anorexie", à paraître chez Albin Michel le 3 septembre 2007.*

*Il a participé par ailleurs, dans le cadre des "Journées internationales de la prévention du suicide", à un reportage sur le suicide qui sera diffusé lundi (le 05/02/2007) au journal de PPDA.*

# Biochimie du suicide

Par Serge Ginger

*Psychologue clinicien, psychothérapeute, spécialiste en neurosciences, fondateur de l'École Parisienne de Gestalt (EPG), Secrétaire général de la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse (France).*

## Introduction

Je suis psychologue et psychothérapeute, spécialisé en Gestalt-thérapie depuis plus de trente ans (et en EMDR, depuis quelques années) et je m'intéresse de près aux recherches en neurosciences, depuis une vingtaine d'années au moins.

Aujourd'hui, j'ai choisi de dire quelques mots non pas sur le suicide en général, mais plutôt sur le sujet spécifique de cette journée de recherche, c'est-à-dire « Le suicide au masculin ». Je vais surtout partager avec vous quelques hypothèses concernant les **différences de comportement entre les sexes** — je devrais dire entre les « genres » : masculin et féminin.

## **Comment expliquer les différences criantes entre la fréquence, les modalités, les causes et les résultats des tentatives de suicide, chez les hommes et chez les femmes ?**

Ainsi, par exemple, les jeunes filles ou jeunes femmes de 15 à 24 ans commettent environ 8 fois plus de tentatives de suicide que les garçons ou les hommes du même âge ; tandis, qu'à l'inverse, ces derniers se suicident « pour de bon » 2 à 3 fois plus souvent. Quant au risque chez les jeunes garçons homosexuels, il est... 14 fois plus élevé !

Toute explication simpliste et monolithique, qu'elle soit biologique, psychologique, sociologique ou philosophique, serait éminemment réductrice. Il est évident que ces disparités sont multi-causales, à la conjonction de tous ces aspects.

Mes collègues développent chacun un éclairage spécifique, et j'ai donc choisi délibérément dans ce bref exposé, de souligner essentiellement les aspects **psychophysiologiques**, qui me paraissent trop souvent négligés, même s'ils ne sont pas forcément prépondérants. J'ajoute qu'ils ne sont pas toujours « à la mode », du fait de préjugés idéologiques sur la parité des

sexes et aussi, de caricatures largement dispensées dans les médias. Compte tenu du temps imparti, je vais me montrer forcément schématique, négligeant les nuances... voire même carrément « provocateur », pour alimenter les débats prévus cet après-midi.

Et puisque j'ai fort peu de temps, j'ai décidé de faire deux conférences en même temps !... Une pour les femmes ; une autre pour les hommes !

D'ailleurs, j'ai déjà commencé !

Les quelques mots que je viens de prononcer, les femmes et les hommes — ici présents — ne les ont **pas entendus de manière identique**.

Tout d'abord, les femmes, (en moyenne statistique, bien entendu, et avec de **larges variations individuelles**) :

- entendent deux fois plus fort (2,3 fois, en moyenne)<sup>1</sup> : elle m'entendent donc « crier » — et me croient agressif ou en colère... Tandis que les hommes ont le sentiment que je parle de manière « confidentielle et complice »...
- les femmes m'entendent avec leurs deux hémisphères, tandis que les hommes m'écoutent essentiellement avec l'hémisphère gauche, verbal, logique... et donc, critique. Les femmes mobilisent, en même temps, leur hémisphère droit (leur corps calleux est plus important)<sup>2</sup> et mon discours est donc coloré d'émotions, perçu subjectivement — à travers leurs désirs et leurs craintes, leurs valeurs éthiques et sociales (par exemple, féministes...). Elles entendent **ce** que je dis, mais aussi, voire surtout, **comment** je le dis : elles sont plus sensibles aux inflexions de ma voix, au rythme de ma respiration, etc.

Bien entendu, cette prééminence de l'audition et de l'écoute subjective chez la femme n'est qu'un détail — dont l'intérêt principal réside dans le fait qu'elle se manifeste entre nous, ici et maintenant.

En fait, nous appartenons... à deux « espèces » différentes !

À notre époque où l'on vient d'achever les premières phases de décryptage du génome humain, vous savez sans doute qu'on a pu montrer que

<sup>1</sup> DURDEN-SMITH J. & DESIMONE D. (1983). *Sex and the Brain*

<sup>2</sup> Cette spécialisation cérébrale moins poussée permet aux femmes de mener plusieurs tâches simultanément.

**L'homme et certains singes** possèdent un patrimoine génétique de base, commun à... 98,4 % ; ce qui laisse 1,6 % de différence seulement ... contre environ **5 % de différence génétique entre l'homme et la femme** (5 % sur 30 000 gènes = environ 600 gènes, dont certains interviennent sur plusieurs centaines de caractéristiques !). Ainsi, un homme mâle est physiologiquement plus proche d'un singe mâle que d'une femme !... Et, naturellement, les guenons sont proches des femmes...

Ces calculs quantitatifs et provocateurs négligent, bien sûr, l'aspect **qualitatif** : les gènes contribuant au développement du langage, de l'art, de la philosophie... Mais ils soulignent **l'écart considérable entre les deux sexes**, dans la plupart des espèces animales — dont l'espèce humaine — l'importance centrale de l'identité de genre (sentiment d'appartenance au genre masculin ou féminin) — à ne pas confondre avec l'identité sexuelle. J'essaierai de laisser de côté les positions idéologiques a priori sur « l'égalité des sexes » et notamment le féminisme périmé qui revendique une égalité mythique avec les hommes, au lieu de **valoriser les différences**, voire les supériorités de la femme.

### L'épigénèse du cerveau

Au cours de cette brève communication, j'ai donc délibérément choisi de me centrer sur les aspects **neurobiologiques** soulignés par les recherches contemporaines — parfois insuffisamment connues. Cela ne sous-estime en rien l'importance des aspects psychologiques et sociaux mieux connus et n'implique **aucun déterminisme rigide** puisqu'on peut intervenir sur « l'expression des gènes » par la psychothérapie ou l'éducation<sup>3</sup>.

Par ailleurs, il va de soi que les différences **individuelles** sont souvent plus importantes que les différences de genre<sup>4</sup>. Ces dernières ont cependant un poids statistique indiscuté, qui apparaît dans les nombreuses études scientifiques internationales et dans plusieurs méta-analyses<sup>5</sup>, portant souvent sur des milliers d'études.

<sup>3</sup> Voir par exemple : Ernest ROSSI. *The Psychobiology of Gene Expression*, Norton, New York, 2002, 560 pages, appuyé notamment sur les recherches d'Eric KANDEL, Prix Nobel 2000, concernant les gènes silencieux et leur stimulation.

<sup>4</sup> Voir, par exemple, Catherine VIDAL (2005) : *Cerveau, sexe et pouvoir*, Belin, Paris.

<sup>5</sup> Par ex. Eleanor MACCOBY : *The Psychology of Sex differences*, 1974 (méta-analyse de 1 600 études internationales) ; Richard FABES et Nancy EISENBERG (Université de l'Arizona, USA) : méta-analyse de 250 études.

C'est l'éternelle question : **Nature et Culture** — et leur intrication permanente tout au long de la vie. Comme le rappelait Jean Rostand, n'oublions pas qu'« Il est dans la nature de l'Homme de lutter contre la Nature ».

L'épigénèse du cerveau, c'est-à-dire son développement en fonction de l'environnement culturel, a notamment été souligné dans l'ouvrage classique de Jean-Pierre Changeux : *L'Homme neuronal* (1983). On vient encore de confirmer plus récemment par des techniques d'imagerie cérébrale que la surface du cortex représentant la main gauche s'élargit chez les violonistes, tandis que les aires d'orientation spatiale se développent chez les chauffeurs de taxi londoniens. On sait aujourd'hui que cette **plasticité du cerveau** se maintient jusqu'à un âge très avancé.

Il n'en reste pas moins que tant le **comportement extérieur que le vécu intérieur** des hommes et des femmes — et, bien entendu, les comportements **suicidaires** et le vécu subjectif qui les accompagne — sont largement conditionnés par des dispositions préexistantes de nature biologique, sur lesquelles viennent se greffer les influences ultérieures éducatives et culturelles. Nous y reviendrons.

Je vais d'abord évoquer rapidement quelques résultats de nombreuses recherches scientifiques qui soulignent les différences sensibles de fonctionnement du « cerveau féminin » et du « cerveau masculin » — sans perdre de vue qu'on estime qu'il y a environ 20 % d'hommes qui disposent d'un cerveau de type « féminin » (comme moi, par exemple !) et 10 % de femmes qui fonctionnent avec un cerveau plutôt « masculin ».

### Les Queers

Il va de soi que cette dichotomie en deux genres est un peu simpliste, au moment où la théorie « Queer » — développée aux Etats-Unis par Judith Butler<sup>6</sup>, et reprise en France par Marie-Hélène Bourcier<sup>7</sup> — soutient le principe qu'il y a une **multiplicité de genres** : de nombreuses variantes d'hétérosexuels, des bisexuels, des gays et des lesbiennes de toutes catégories, des transsexuels, et donc finalement, pas de genre typiquement féminin ou masculin.

<sup>6</sup> Judith BUTLER : *Gender Trouble*, Routledge, 1990.

<sup>7</sup> Marie-Hélène BOURCIER : *Q comme Queer*, Paris, 1999.

Mais je ne succomberai pas à la dernière mode : je préfère **dénoncer** l'idéologie dominante de ces dernières années qui voudrait **gommer les différences** naturelles — nécessaires et enrichissantes — au profit d'une mythique « égalité des sexes », d'une mode « unisexe », non seulement vestimentaire, mais aussi psychologique, éducative, parentale, sociologique et politique. Il n'est pas certain qu'il incombe au père de langer le bébé, et à la mère de réparer les fuites du moteur de la voiture, à plat dos sur le sol du garage ! Il ne s'agit pas, bien entendu, de postuler une supériorité de l'un ou l'autre sexe, dans un machisme ou un féminisme obsolètes, mais de constater la richesse et surtout la complémentarité des deux approches. On sait que toute l'évolution biologique va dans le sens d'une **dissymétrie** croissante des êtres : haut/bas, avant/arrière, droite/gauche, de même que l'évolution **sociologique** tend vers un partage croissant des responsabilités et des spécialisations, distinguant le boulanger de l'épicier, l'ophtalmologiste du cardiologue...

Je prendrai donc en compte les études statistiques, basées sur la distinction traditionnelle de deux genres — laquelle concerne, en fait, plus de 90 % de la population.

### **Cerveau gauche et cerveau droit**

La plupart des chercheurs en neurosciences sont encore d'accord aujourd'hui pour considérer que :

- le cerveau gauche est plus développé chez les femmes ;
- et le **cerveau droit, chez les hommes** — contrairement à ce que pense encore le grand public (voire même certains personnes ici présentes!)<sup>8</sup> et cela sous l'influence directe des hormones sexuelles (testostérone, œstrogènes, etc.).

Ainsi, la femme est plus portée sur le partage **verbal** et la **communication**, tandis que l'homme est centré sur **l'action** et la **provocation**. Vous voyez

---

<sup>8</sup> On sait que l'hémisphère **gauche** est dit « scientifique » : analytique, **rationnel**, **verbal** et qu'il gère le **temps** — tandis que l'hémisphère **droit** est dit « artistique » : synthétique, **émotionnel**, non verbal et gère **l'espace**.

Voir détails in GINGER S. & A. (1987). *La Gestalt, une thérapie du contact. Hommes et Groupes*, Paris. 7<sup>e</sup> édit., 2003

et GINGER S. (1995). *La Gestalt, l'art du contact. Guide de poche Marabout*. 8<sup>e</sup> édit. Paris, 2006 (traduit en 10 langues)

déjà, d'emblée, l'impact de cette spécificité sur le suicide en tant qu'appel à l'aide.

Par exemple, dès l'école maternelle, sur 50 minutes de classe, les filles parlent 15 min et les garçons, 4 min — soit 4 fois moins (Einstein n'a parlé qu'à l'âge de 5 ans) ; tandis que les garçons sont turbulents et **agressifs 10 fois plus** (5 min au lieu de 30 sec).

À l'âge de 9 ans, les filles présentent, en moyenne, **18 mois d'avance verbale** sur les garçons. À l'âge adulte, les femmes téléphonent en moyenne 20 min par appel... contre 6 min pour les hommes. La femme a besoin, en effet, de **partager ses idées, ses sentiments**, ses émotions, **sa dépression ou son désespoir**, tandis que l'homme contrôle et retient ses sentiments : il transmet surtout des informations, cherche des solutions ou pose des **actes**.

En résumé, **la femme est moins émotive** mais elle **s'exprime** davantage, alors que l'homme est en réalité **plus émotif, mais il n'exprime pas** habituellement ses émotions, sauf de manière parfois brutale, voire « explosive » — ce qu'il importe de ne jamais perdre de vue, en psychothérapie de prévention du suicide (... tout comme en thérapie conjugale !).

J'évoquerai maintenant — rapidement et juste pour mémoire — quelques différences concernant les organes des sens :

### Les organes des sens

Globalement, la femme est beaucoup plus sensible (plus « sensible » — organes des sens — mais pas plus « émotive » !) :

- Son ouïe est plus développée (d'où l'importance des échanges verbaux) ;
- Son sens du toucher : les femmes possèdent nettement plus de récepteurs cutanés pour le contact ; l'ocytocine et la prolactine (**hormones de l'attachement** et des câlins) multiplient leur besoin de toucher et d'être touchées ; les tentatives de suicide en se tailladant la peau, sont typiquement féminines et sans doute, symboliquement liées à des problèmes d'attachement, de contact... et de rupture !
- Son olfaction est plus fine : jusqu'à 100 fois, à certaines périodes du cycle ;

- Son OVN (organe voméro-nasal, véritable sixième sens chimique et relationnel) perçoit les **phéromones** — qui traduisent plusieurs formes d'émotions : désir sexuel, colère, crainte, tristesse, désespoir... Il serait aussi plus sensible chez les femmes ;
- Quant à la vue, elle est davantage développée — et érotisée — chez l'homme (d'où son intérêt et son excitation par les vêtements, le maquillage, l'érotisation du nu, son attirance pour les revues pornos...). Cependant, la femme dispose d'une meilleure mémoire visuelle (favorisant notamment la reconnaissance des visages connus).

### Pourquoi ces différences ?

La plupart des chercheurs expliquent ces nombreuses **différences biologiques fondamentales** entre hommes et femmes par la **sélection naturelle** tout au long de plus d'un million d'années de **l'évolution** de l'espèce humaine<sup>9</sup>. Cette évolution adaptative aurait modelé nos cerveaux et nos organes des sens, à travers l'action conjuguée des **hormones** et des **neurotransmetteurs** :

- L'homme s'est adapté à la **chasse** sur de grands espaces (impliquant une poursuite muette du gibier pendant plusieurs jours), ainsi qu'à la **guerre** entre clans et à la rivalité entre mâles. Peu d'échanges verbaux (on a calculé qu'au cours de toute sa vie, un homme préhistorique n'avait rencontré que... 150 personnes environ). Cette carence traditionnelle des échanges verbaux chez l'homme, facilite bien entendu le passage à l'acte suicidaire...
- Le cerveau de la femme, pendant ce temps, s'est adapté à « l'élevage » de ses enfants et au partage verbal, dans le cadre restreint de la caverne ;

Ainsi, sur le plan biologique, les hommes sont programmés pour **la compétition, l'agression et l'auto-agression**, et les femmes pour la **coopération et l'échange**.

---

<sup>9</sup> Sur le cadran d'une montre, 10 000 ans de civilisation sur un million d'années d'humanité seraient représentés par 1/2 minute avant midi.

On voit au passage que l'accompagnement psychothérapeutique de personnes en difficulté est une tâche **biologiquement féminine**<sup>10</sup> ! Plusieurs études américaines<sup>11</sup> et canadiennes ont souligné les exigences contradictoires entre la psychothérapie et la « masculinité » :

- En thérapie, on est amené à montrer ses faiblesses, à reconnaître ses échecs ; l'homme, lui, veut montrer sa force, prouver qu'il avait raison.
- En thérapie, on est encouragé à exprimer ses émotions ; l'homme veut apparaître comme stoïque et contrôlé.
- En thérapie, on cherche de l'aide ; l'homme veut se montrer indépendant.
- En thérapie, on est introspectif, on est incité à parler ; l'homme a besoin d'agir et de faire, non de parler.

Ces traits de personnalité sont en partie le fait de conditionnements culturels, mais ils sont essentiellement liés à la biologie (hormones et neurotransmetteurs). Ils se préparent dès **les premières semaines de la vie intra-utérine** et sont relativement peu modelés par l'éducation ou la culture (comme on peut le voir en comparant l'évolution des paires de jumeaux univitellins, séparés à la naissance et élevés dans un environnement très différent)<sup>12</sup>.

### Hérédité et acquis

En chiffres très arrondis, les chercheurs considèrent aujourd'hui que notre caractère peut se répartir en trois tiers environ. Il apparaît :

- **pour 1/3 héréditaire** : chromosomes du noyau de la cellule + hérédité mitochondriale provenant de la mère ;
- **pour 1/3 acquis** : bain culturel, éducation, exercice ou entraînement, circonstances fortuites... ou psychothérapie ;
- **pour 1/3 congénital**, acquis notamment pendant les premières semaines de la vie intra-utérine ; l'embryon est

<sup>10</sup> Cf. KRAUSE-GIRTH Cornelia (2001). *La place des femmes dans la psychothérapie (conférences à Frankfort et Paris)*

<sup>11</sup> par ex. BROOKS, 1998).

<sup>12</sup> L'éducation les marque de manière assez sensible pendant l'enfance, mais « chassez le naturel, il revient au galop ! » et l'on constate que vers l'âge de 40 ans, ils ont retrouvé de nombreuses similitudes.

féminin pendant les premiers jours<sup>13</sup>, et **la masculinité est une lente conquête**, hormonale puis éducative. Ainsi, la fille n'est pas un garçon qui a perdu son pénis (comme le supposait Freud), mais le garçon est une fille qui a gagné un pénis. (« L'envie de pénis » est une hypothèse non vérifiée par l'expérience : ainsi, chez les transsexuels, on trouve... cinq fois plus d'hommes désirant devenir une femme, que de femmes voulant devenir un homme !). Pendant la guerre, il naît deux fois plus d'homosexuels mâles (stress de la mère perturbant son équilibre hormonal pendant la grossesse)<sup>14</sup>.

**Les parts héréditaire et congénitale** semblent donc importantes : ainsi, par exemple, chez les vrais jumeaux garçons, si l'un est homosexuel, l'autre l'est aussi dans 50 à 65 % des cas ; chez les faux jumeaux, on ne le constate que dans 25 à 30 % des cas, soit deux fois moins souvent (mais cependant 5 fois plus que dans la population générale).

Ainsi, on pourrait prédire l'homosexualité dès l'âge de 1 à 2 ans dans de nombreux cas (Le Vay, 1993). Malgré l'évolution sensible des mœurs, assumer son homosexualité n'est pas toujours facile, et le malaise identitaire profond s'accroît souvent à l'adolescence, entraînant, le cas échéant, des passages à l'acte suicidaires (10 à 15 fois plus nombreux que chez les adolescents hétérosexuels du même âge !).

Pour de nombreuses **aptitudes ou prédispositions** — telles que l'intelligence, le don pour la musique, le sport, et même **l'optimisme**<sup>15</sup> — on retrouve ces trois tiers (héréditaire, acquis in utero, acquis pendant la vie), dans des proportions d'ailleurs légèrement variables. Ainsi face à un même événement, on voit « le verre à moitié vide ou à moitié plein »...

<sup>13</sup> MAGRE S. et VIGIER B. (2001) *Développement et différenciation sexuelle de l'appareil génital*, in *La reproduction chez les mammifères et l'homme*. Paris : Ellipses. *L'émergence du mâle débute vers la 7<sup>e</sup> semaine.*

« *La forme fondamentale de l'espèce, c'est la femelle* » in DURDEN-SMITH J. & DESIMONE D. (1983). *Sex and the Brain*.

<sup>14</sup> DURDEEN (1983) et LE VAY (1994).

<sup>15</sup> Cf. une célèbre étude suédoise sur les jumeaux et les travaux de LYKKEN et TELLEGEN (Minnesota University).

Selon que l'on a hérité de gènes pessimistes ou optimistes, on pourrait formuler les résultats de ces recherches de diverses manières :

- soit on peut conclure : « notre caractère est prédéterminé **dès la naissance** aux 2/3 environ » ; (il reste cependant un tiers de liberté...).
- soit, au contraire : « notre caractère se construit aux 2/3 pendant la vie, à partir de la **conception** »...

De toute façon, il ne s'agit que de **prédispositions** qui peuvent être **soit développées, soit inhibées** par l'éducation ou la psychothérapie — qui favorisent ou neutralisent l'expression des gènes sous forme de protéines (Kandel, 2000). **L'hérédité n'est donc pas une « fatalité »** : souvenons-nous, à titre de métaphore, qu'un accroissement de 10 % seulement transformerait un homme normal (1,85 m) en géant (2,04 m), ou encore un bon coureur, en véritable champion. La psychothérapie peut, de même, transformer un gros dépressif... en dépressif léger, voire en homme heureux !

### Les hormones sexuelles

Lorsqu'on pose un ballon par terre, les garçons shootent ; les filles le ramassent et le serrent contre leur cœur. Cela semble indépendant de l'éducation et de la culture, et donc directement lié à nos hormones.

**La testostérone** est l'hormone du désir, de la **sexualité ainsi que de l'agressivité** (et bien sûr, de **l'auto-agressivité**), autrement dit c'est hormone de la « **conquête** » — militaire ou sexuelle). Elle développe notamment<sup>16</sup> :

- La force musculaire (40 % de muscles chez l'homme, contre 23 % chez la femme) ;
- La vitesse de réaction et l'impatience (92 % des conducteurs qui klaxonnent à un feu rouge sont des hommes !) ; elle favorise de même le passage à l'acte désespéré, chez une personnalité dépressive, mais aussi chez une personnalité borderline ;

<sup>16</sup> Lorsqu'elle est en concentration optimale : ni trop faible, ni trop élevée (Kimura, 1999).

- L'agressivité, la compétition, le défi, l'instinct de domination, les conduites à risques — entraînant certains accidents qui peuvent s'avérer des équivalents suicidaires ;
- La vision de loin (« téléobjectif »), pour repérer les animaux, les femmes... ou le danger ;
- Le goût pour l'aventure, les expériences nouvelles avec leur part de risque (les génies, tout comme les fous, sont le plus souvent des mâles) ;

### **Les œstrogènes** développent :

- La graisse (protection et réserve pour le bébé) : 25 % de graisse chez la femme, contre 15 % chez l'homme ;
- La mémoire verbale (les noms) et la mémoire de localisation des objets, ainsi que la vision de près (« grand angle » pour repérer sa progéniture et toute intrusion étrangère)
- L'ouïe : l'éventail des sons perçus est beaucoup plus large et les femmes chantent juste, six fois plus souvent que les hommes (Durdeen, 1983) ; leur reconnaissance des sons est bien meilleure (leur permettant d'entendre et reconnaître d'emblée leur bébé qui pleure) ;
- L'attrait pour un mâle dominant, fort et expérimenté, socialement reconnu (donc moins jeune, mais susceptible de la protéger) ; mais aussi, le besoin plus général d'être à l'abri, d'apitoyer et d'attirer l'attention (d'où certains chantages au suicide).

### **Conclusion**

Après ces quelques réflexions générales, j'en arrive à ma conclusion (et je récapitule).

**Les recherches contemporaines en neurosciences peuvent contribuer à orienter le travail quotidien en psychothérapie et en prévention du suicide.** En voici quelques exemples concrets :

Les neurosciences encouragent les psychothérapeutes à :

- **Faire parler davantage les hommes** de leurs soucis et de leurs idées suicidaires, de leurs sentiments de solitude, d'échec,

d'imperfection ou d'impuissance, au lieu de les laisser ruminer et raisonner en silence ;

- Le suicide peut être lié à un état **dépressif**, mais aussi à un passage à l'acte, sur un fond de personnalité **borderline**, notamment chez les jeunes hommes. Les entretiens aident à transformer **l'action** — impulsive, en **verbalisation** — gérable ;
- Chez les hommes, soumis notamment à leurs prédispositions hormonales, les modes de suicide sont le plus souvent violents et meurtriers : pendaison, arme à feu, précipitations dans le vide... tandis que chez les femmes, ils prennent la plupart du temps une forme moins brutale : auto-intoxications médicamenteuses, scarifications veineuses, etc., laissant bien plus de chances de survie ; ainsi, on déplore environ 8 fois plus de **tentatives** de suicide chez les femmes (elles expriment leur émotion et **leur besoin de compassion**), mais un taux élevé de suicides **réussis** chez les hommes (mise en action directe) ;
- Ne pas sous-estimer l'importance de **l'équilibre biochimique** (hormones, neurotransmetteurs synaptiques, neuromodulateurs « volumiques » qui diffusent largement). Rappelons que **chaque séance de psychothérapie modifie directement la production de dopamine, de sérotonine**, des endorphines, etc., tout autant qu'une prise de médicaments... cela souvent plus durablement, et surtout d'une manière plus nuancée, à travers un dosage naturel subtil adapté aux exigences de chaque personnalité, à chaque instant de son évolution ; ceux que Boris Cyrulnik appelle les « petits transporteurs de sérotonine » ont une prédisposition à la dépression : ils s'avèrent plus vulnérables, avec une hyperactivité de l'amygdale, notre centre émotionnel du cerveau ;
- La **Gestalt-thérapie** notamment, favorise la gestion des émotions réprimées ; pendant que **l'EMDR** permet souvent de « booster » les associations mentales, de restaurer des liaisons synaptiques verrouillées, et de **dédramatiser rapidement la connotation émotionnelle** d'un traumatisme psychologique,

même ancien, évitant ainsi, le cas échéant, les actes de désespoir ;

- **Écouter patiemment** une personne qui se plaint, plutôt que tenter de l'aider à résoudre à court terme ses problèmes (attitude de « mâle », trop orientée vers l'action — au lieu de favoriser la distance de la réflexion) ;
- **Stimuler les malades et les déprimés** : dans une chambre commune d'hôpital, ils guérissent plus vite lorsqu'ils sont installés près d'une fenêtre, (ouverte sur le monde) ; stimuler les personnes âgées (une retraite passive induit un vieillissement rapide, et encourage la dépression et le suicide : « je ne sers plus à rien ») ;
- **Traiter avec prudence les souvenirs d'abus sexuels** de la première enfance : en effet, le souvenir d'une scène, qu'elle soit réelle ou imaginaire, présente la même localisation cérébrale et génère les mêmes processus mentaux (**40 % de faux souvenirs** — inconsciemment reconstruits, à partir de craintes ou de désirs). L'incitation à de telles « remémorations », s'avère souvent dramatisante et induit un risque certain ;
- **Mobiliser les lobes frontaux**, siège de la responsabilité et de l'autonomie (apprendre à dire « non » tant aux pressions de l'entourage qu'à ses propres pulsions) — d'où la richesse de la thérapie paradoxale.

L'écoute ne sera pas une simple empathie empreinte de « neutralité bienveillante », mais une **écoute engagée**, interactive, dans une « **implication contrôlée** » de la personne même de l'intervenant. Chaque fois que cela est possible, l'interlocuteur d'un suicidaire sera choisi avec soin : en fonction de l'âge, du sexe, et de la situation socioculturelle. Quoi qu'on en dise parfois<sup>17</sup>, il n'est pas indifférent en psychothérapie, qu'un

---

<sup>17</sup> Il s'agit là d'un mythe, cultivé notamment par certains psychanalystes, que les recherches statistiques contemporaines ne permettent pas de confirmer.

homme reçoive une femme — ou qu'une femme reçoive un homme (Krause-Girth, 2001).

Enfin, il est indispensable de **se tenir au courant des recherches contemporaines** en neurosciences et en génétique (par exemple, à travers les moteurs de recherche sur internet, du type de *Google*, — ce qui demeure le meilleur moyen de se tenir informé sur les recherches en cours, non encore traduites ni publiées).

C'est la synthèse harmonieuse des éclairages divers et complémentaires, colorés par la philosophie, la sociologie, la psychologie, la psychothérapie et la **psychophysiologie** qui peut engendrer la lumière blanche de l'Espoir.

Je vous remercie de votre attention.

## **Brève bibliographie (sur les différences hommes/femmes)**

- ARON Claude (2000) La Sexualité (Phéromones et désir). Paris : Odile Jacob. (206 p.)
- BADINTER Elisabeth (1992) XY, de l'identité masculine. Paris : Odile Jacob. (315 p.)
- BRACONNIER Alain (1996) Le sexe des émotions. Paris : Odile Jacob. (210 p.)
- CYRULNIK Boris (1993 à 2006) chez Odile Jacob, Paris, une dizaine d'ouvrages, depuis :  
Les nourritures affectives... jusqu'à : De chair et d'âme.
- DOREEN Kimura (2000) Sex and Cognition. MIT Press (USA) Trad. Cerveau d'homme, cerveau de femme ? Paris : Odile Jacob. (250 p.)
- DURDEN-SMITH & DESIMONE (1983) Sex and the Brain. USA. Trad. Le sexe et le cerveau. Ottawa, La Presse (270 p.)
- GINGER S. et A. (1987) La Gestalt, une thérapie du contact. Paris : Hommes et Groupes.  
7<sup>e</sup> éd. 2003 (535 p.). Traduit en 6 langues.
- GINGER Serge (1995) La Gestalt, l'art du contact. Bruxelles : Guide de poche Marabout.  
8<sup>e</sup> éd. mise à jour : 2006 (290 p). Traduit en 12 langues.
- GINGER Serge (2006) Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues. Dunod, Paris, (188 p.). Traduit en 3 langues.
- LE VAY Simon (1994) Le cerveau a-t-il un sexe ? Paris : Biblio scientifique Flammarion (230 p.)
- MCMILLAN Bonnie (2005) Pourquoi les garçons sont différents ? Octopus, Paris (160 p.)

- MARTEL Brigitte (2004) Sexualité, amour et Gestalt. Paris : Dunod, Interéditions.
- VIDAL Catherine (2005) Cerveau, Sexe et Pouvoir. Paris, Belin (110 p.)
- VINCENT Jean-Didier (1986) Biologie des passions. Paris : Odile Jacob. (352 p.) et plusieurs autres...
- VINCENT Lucy (2004) Comment devient-on amoureux . Paris : Odile Jacob. (192 p.)

Note :

Serge Ginger est l'auteur de plusieurs ouvrages dont :

- « Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues », Dunod, Paris, 2006.
- « Être psychothérapeute », Dunod, Paris, 2006.
- « La Gestalt, l'art du contact », Marabout-poche, 1995. 8<sup>e</sup> édit. 2006 (traduit en 12 langues)

# Le suicide des hommes à la lumière de la philosophie

Par Jean-Michel Longneaux,

*Philosophe, Professeur aux Facultés Universitaires de Notre-Dame de la Paix à Namur, Rédacteur en chef de la revue Ethica Clinica*

Bonjour à tous.

J'avais prévu un exposé et puis, en entendant les premiers intervenants, je me suis dit que ça n'allait pas parce que j'allais répéter des choses et que j'allais jouer avec la même matière et donc c'étaient des répétitions inutiles.

Il me semble que pour terminer la matinée, ça peut être intéressant de poser quelques questions, et juste de poser quelques questions - mon ambition n'étant certainement pas de venir ici avec des théories -, par rapport à la prévention du suicide. Réfléchir sur base de tout ce que nous avons entendu ici, réfléchir sur ce que doit être ou ce qu'est la prévention. Quelles sont ses possibilités mais aussi quelles sont ses limites. Parce que dans le fond, sur base de tout ce qu'on a entendu, il y a toute une série d'enseignements qui sont intéressants. Dans les ateliers, après, on reparlera de « l'éthique au masculin ».

## Les philosophes ont dit du suicide...

Comme premier point néanmoins, je vais quand même reprendre l'amorce que j'avais prévue pour mon exposé initial. Je m'étais demandé : « Mais qu'est-ce que veulent exactement les organisateurs ? » Et donc je me suis dit que j'allais m'embarquer dans ce que les philosophes hommes ont dit du suicide. Et peut-être que là, nous allons découvrir quelque chose d'extraordinaire qui nous révélerait la nature masculine par rapport au suicide...

Et bien je suis presque content de le dire, pour une fois c'est assez rare, la philosophie ne donne rien à penser sur la question, rien. Pour une fois que la philosophie ne donne pas à penser, il faut en profiter quand même. Quand vous regardez les différents auteurs (très rapidement je ne vais pas

faire de philosophie ici) ils disent en fait tout et n'importe quoi sur le suicide, selon leurs goûts, selon leur siècle, selon leur tempérament, selon leur courant philosophique. En gros, on peut distinguer trois courants :

- Un courant qui sera plutôt sévère avec le suicide ; c'est un courant qui part de Platon, passe par Aristote, Saint Augustin, Saint Thomas d'Aquin (donc la partie chrétienne bien sûr), et enfin Kant. Ce courant condamne fermement le suicide qui est vu comme un signe de lâcheté, de manquement par rapport à l'Etat, par rapport à Dieu.
- A côté, d'autres philosophes, aux mêmes époques - comme quoi ce n'est pas une affaire de culture manifestement - disent exactement le contraire : les stoïciens, Montaigne, Rousseau, Hume, etc., soit toute une série d'auteurs ambivalents par rapport au suicide. D'une part, ils constatent qu'effectivement le suicide peut être selon eux signe de lâcheté, mais ce n'est pas pour ça qu'il faut le condamner. Ils vont promouvoir au contraire le suicide philosophique, c'est-à-dire le suicide qui sera l'expression d'une sagesse. Il faut savoir aussi partir quand il est temps. Et donc c'est un signe de maturité par rapport à la vie que de pouvoir tirer les conséquences qui s'imposent.
- Et puis le troisième courant est plus surprenant, plus minoritaire. Il a été inauguré notamment par Spinoza, un philosophe cartésien, qui dit que le suicide n'existe pas. En fait l'idée n'est pas bête du tout. Ce qu'il dit c'est qu'on meurt toujours pour des raisons. C'est-à-dire qu'on est toujours pris dans un déterminisme, que ce déterminisme pousse quelqu'un à mourir d'une maladie, d'une chute mortelle, d'un accident, ou bien d'un geste qu'il commettrait lui-même, motivé effectivement par des causes peut-être biologiques ou autres. Dans le fond, c'est toujours mourir puisqu'on ne meurt jamais spontanément. La vie veut vivre toujours davantage. Donc en gros il dit : « On peut bien se braquer sur le suicide parce que ça interpelle. Mais dans le fond on meurt toujours pour des raisons précises dans tous les cas de figure envisageables - et le suicide est un des cas de figure comme les autres -, il y a des raisons qui nous poussent à mourir un point c'est tout ». C'est finalement une construction émotionnelle que de se braquer sur certaines morts qui nous interpelleraient plus que d'autres. Pour Spinoza, il est finalement tout aussi tragique de mourir d'une chute de caillou sur la tête qu'en se pendant, par exemple.

Bon, mais alors quoi pour les hommes ? Est-ce que les hommes auraient une pensée particulière par rapport au suicide ? Est-ce qu'ils auraient une sensibilité particulière par rapport au suicide ? Et bien manifestement non. Les hommes ont dit tout et n'importe quoi. Et d'ailleurs, et je ne dis pas ça négativement, ils continuent à dire tout et n'importe quoi aujourd'hui aussi bien entendu.

A la question : « Est-ce que le fait d'être un homme nous amène à approcher le suicide d'une manière ou d'une autre ? », la philosophie ne nous permet donc pas de répondre.

### **Les hommes et le suicide : quels constats ?**

Je quitte maintenant mon exposé pour rebondir sur des choses que l'on a entendues. Quand on entend maintenant tous les exposés, en jouant avec toute une série de constats, ce qui me semble intéressant de relever en prenant le prisme homme, c'est : « Est-ce que par rapport aux hommes, il y a des choses à dire sur le suicide ? ». Et je crois constater, et les interventions me renforcent dans cette idée, qu'entre les faits qu'on peut établir, des chiffres, des statistiques, des moyennes etc., entre ces faits et les interprétations que l'on va proposer, il y a de la marge. C'est-à-dire que les faits que l'on a sont tellement aléatoires, tellement dépendants par exemple de la culture, du lieu, etc., qu'on ne peut rien en tirer de vraiment probant à propos des hommes en général. Par exemple, on dit que les hommes se suicident plus, en tout cas réussissent plus leur suicide que les femmes. Mais, on l'a déjà dit, *sauf* en Chine et en Inde. On dit aussi que les hommes utilisent plus de moyens violents et on évoque notamment la pendaison. Et j'ai lu une étude pas plus tard qu'avant-hier disant que c'est vrai, *sauf* par exemple en Grande-Bretagne où c'est l'inverse, les femmes se pendent davantage, tandis que les hommes utilisent plutôt des moyens comme le poison. Toutes ces études sont toujours à vérifier évidemment.

Disposons-nous donc finalement de données vraiment fiables, qui permettraient une interprétation univoque à propos des hommes et du suicide, à la différence des femmes ? Pour l'instant, du moins en entendant tout ce qu'on a entendu et en lisant dans la littérature tout ce qu'on peut lire, on a certes des constats qui sont imparables : c'est objectif, c'est établi. Mais manifestement, les interprétations que l'on propose à partir de ces constats sont toujours sujettes à caution pour l'instant, ou en tout cas soumises à discussion.

Ce que l'on peut juste dire, c'est qu'en tout cas ces théories qui essaient de rendre compte des constats que l'on fait, ont au moins une vertu - c'est pour ça qu'il ne faut pas les rejeter évidemment -, c'est qu'elles permettent au moins d'appréhender le phénomène, et c'est ce qui permet à ceux qui font de la prévention notamment, d'agir. Ces théories ne sont pas vraies en soi, tout le monde l'a dit. Avec beaucoup de précautions, on ne propose que des interprétations, des interprétations « opérationnelles ». Parce que si on n'a pas une théorie de départ, comment peut-on savoir ce qu'on doit faire ? Penser les théories en tant qu'interprétations, ça permet évidemment d'être un peu distant par rapport au travail qui est le vôtre. Ça donne à penser par rapport à la prévention en général.

### **Les problèmes de la prévention du suicide**

#### *1) le suicide n'est pas un fait, mais un événement*

Cela étant dit, pour avancer un peu je vais expliquer pourquoi j'en viens à penser ce genre de choses. Pourquoi effectivement constater cet échec des théories quelles qu'elles soient par rapport au suicide ?

Il y a une raison toute simple que l'on oublie souvent, bien que ça ait été dit par les différents conférenciers à leur manière. C'est tout simplement parce que le suicide, dans notre jargon de philosophe, est un événement. Un événement, ça veut dire que ce n'est pas un fait. Alors quand on parle des faits, de quoi parle-t-on ?

Les faits, c'est ce qui est reproductible, c'est ce qui est soumis aux lois du monde, aux déterminismes que l'on peut repérer. Une fois que l'on connaît les causes, on peut prévoir les effets. Quand on fait de la prévention, évidemment c'est facile. Si on pouvait tout ramener à des causes simples et identifiées, en sachant que ces causes provoquent toujours un suicide, on saurait ce qu'il faudrait faire. Le problème c'est que pour le suicide notamment on n'est pas dans ce cas de figure. Je vous montre un exemple de fait : la gravité (*Jean-Michel Longneaux tend prend un bic, puis le lâche : le bic tombe*). La gravité est un fait. Ça ne surprend personne. Enfin si, peut-être, car je jette un bic ici pendant une conférence. Mais l'expérience respecte les lois de la nature, votre monde n'est pas ébranlé, enfin je l'espère en tout cas. On est dans l'ordre des faits. On est dans l'ordre de la maîtrise. Le fait confirme le sens que vous avez toujours donné au monde.

Alors un événement, c'est quoi ? J'ai failli le faire mais je ne vais pas le faire, parce que ce serait quand même trop violent, mais par exemple si j'avais pris ici, maintenant, un revolver « à blanc » pour me le mettre sur la tempe et tirer, on aurait été devant un événement ! L'évènement ne se mesure pas à l'horreur de ce qui se passe, mais au fait que c'est imprévisible. Au moment où un suicide se produit, où quelqu'un passe à l'acte, on est dans un événement parce qu'effectivement, il y a là un saut que rien ne permet d'anticiper. C'est-à-dire qu'on n'est plus dans l'ordre des faits soumis à l'enchaînement des causes et des effets qui m'amèneraient à prévoir qu'effectivement je vais me suicider, et donc que je dois faire attention et demander de l'aide. Idem pour le suicide d'un proche. En d'autres termes, les causes connues par les spécialistes peuvent être réunies, cela ne suffit pas pour prédire qui va se suicider, quand et où. Le passage à l'acte – ou le non passage à l'acte – est par définition imprévisible.

Quand on est dans un passage à l'acte, on est toujours devant un événement parce qu'on se trouve devant quelque chose qui, au moment où il se produit, n'a aucune explication. Ça déjoue la conscience, ça déjoue la raison humaine. Et j'ai beau savoir toutes les théories du monde à propos du suicide par exemple, devant un passage à l'acte, je serai toujours désespéré.

Ensuite, et c'est à ça qu'on assiste quand on entend les orateurs de ce matin, il faut savoir que l'évènement produit toujours des explications a posteriori. Au moment où ça se produit, on est perdu. Et ce n'est qu'après coup, quand l'évènement a eu lieu, qu'effectivement on se trouve dans autre chose, dans un monde qui est différent d'avant, dans un monde qui soudain nous échappe, et à partir duquel on va essayer finalement d'expliquer le phénomène qui vient d'avoir lieu.

Par rapport à la prévention, la question qui se pose évidemment, vous me voyez venir, c'est : « comment on peut prévenir un suicide avec des théories qui ne sont que des constats - interprétations après coup ? ». Vous pouvez retourner le problème comme vous voulez. Après coup on peut toujours trouver des causes, probablement même les bonnes causes, mais on ne les trouve qu'après. Il y a plein d'événements dans la vie qui vous désarment complètement et ce n'est qu'après coup qu'on essaie de se réapproprier les choses. Alors que l'on soit de la famille, que l'on soit celui qui a fait la tentative de suicide, ou que l'on soit un professionnel, quand on cherche à, expliquer, on est toujours que « après » et jamais « avant ».

C'est bien ce qui explique pourquoi ces théories échouent et pourquoi elles ne sont qu'opérationnelles, qu'elles ne sont pas vraies en soi, qu'elles ne sont que des tentatives désespérées bien souvent pour essayer de comprendre ce qui s'est joué, en espérant que ça permettra de prévoir les autres tentatives. Mais on constate qu'effectivement, on l'a dit et on l'a répété, on aura toujours des tentatives de suicide, parce qu'aucun savoir ne permettra de cadrer ce genre d'événement.

## 2) *Quelle conception de la vie guide nos préventions ?*

Le deuxième problème que je vois à la prévention est le suivant : quand on fait de la prévention, au nom de quelle conception de la vie la fait-on ? Quelle est donc la conception de la vie qui nous amène à penser qu'il faut faire des choses pour empêcher les gens de passer à l'acte, que ça soit par exemple dans le suicide, dans la violence, dans les maladies, que sais-je enfin, dans tous ces secteurs où on développe effectivement de la prévention ? Il me semble qu'on peut se mettre d'accord sur au moins une chose. Manifestement, ce qui justifie les dépenses d'énergie, et d'argent, c'est tout simplement qu'on part du principe que *normalement* on ne se suicide pas. Il ne doit pas y avoir de suicide. Et c'est une catastrophe qu'il y en ait. Tout comme quand vous faites de la prévention dans le domaine de la sécurité et de la violence, on part du principe qu'une vie sociale, *normalement* c'est une vie dans laquelle il n'y a pas de violence. Et donc que la violence est toujours un échec, une dérive. *Normalement*, ce n'est pas ça la vie. La vie c'est de pouvoir être entre nous, de vivre, d'être content. On a nos petits problèmes mais enfin on doit pouvoir dépasser tout ça. Et normalement, ça doit rouler. Par rapport aux maladies, *normalement* on ne doit pas tomber grippé, donc vaccin évidemment. Vivre aujourd'hui, c'est ne plus avoir la grippe, et donc faire ce qui faut pour ne pas être grippé. Ou le SIDA ou n'importe quoi, enfin toutes ces choses qui sont évidemment des problèmes monstrueux. La question qui se pose, s'il est vrai qu'on a cette idée-là notamment qui justifie qu'on va essayer d'empêcher des gens de passer à l'acte, c'est : « quel est le statut de cette conception-là de la vie ? ». On tire ça d'où ? Car manifestement, cette conception-là de la vie est entièrement imaginaire. La réalité dans laquelle on travaille, manifestement ce n'est pas ça.

La vie concrète, réelle dans laquelle nous sommes aujourd'hui, et depuis la nuit des temps paraît-il, c'est tout simplement une vie dans laquelle il y a de la souffrance, dans laquelle il y a des échecs, dans laquelle il y a des gens qui ne supportent plus la vie, dans laquelle il y a enfin toute une série de choses,

des injustices, de la maladie, etc. Et c'est clair que quand on en vient à juger tout ça, c'est souvent au nom d'une vie qui n'existe pas et qui en plus, enfin il ne faut pas être un prophète pour le dire, n'existera probablement jamais. Et plus on se rattache néanmoins à cet idéal de vie - ce serait quand même bien une vie où tout le monde est gentil, où tout le monde est content et a envie de vivre ! - plus on se rattache à ce genre de conception de la vie, plus on prend le risque de se mettre en porte-à-faux par rapport à la vie dans laquelle on est amené à vivre.

Plus je suis persuadé que personne ne doit se suicider et que je dois faire tout pour que jamais ça n'arrive, plus je risque, au bout de quelques années, de me tirer moi-même une balle dans la tête ! Parce qu'on n'en sort pas, parce qu'on se met dans un cas de figure où on ne peut être qu'insatisfait, frustré, désespéré de ne pas y arriver. Mais pourquoi n'y arrive-t-on pas ? Une fois encore parce que la réalité tout simplement n'est pas celle imaginée, n'est pas cette vie rêvée. En d'autres termes, on se met alors soi-même comme professionnel en porte-à-faux par rapport à ce qu'on est amené à rencontrer sur le terrain.

Deuxièmement, ce qui est plus grave maintenant, c'est quand vous êtes un candidat au suicide, que ça ne va pas dans votre vie, et qu'on ne cesse de vous répéter que vivre c'est être heureux, c'est ne jamais souffrir ou en tout cas c'est de dépasser les souffrances, qu'on soit homme ou femme d'ailleurs, si on vous répète ça, y a-t-il encore une place pour vous dans cette vie-là ? Si c'est effectivement ça qui doit être le moteur de toutes les actions préventives : « Surtout ne vous suicidez pas », est-ce que ce n'est pas une manière pour certains peut-être, qui seraient plus fragiles sur ce plan-là, de se sentir davantage poussés hors des cordes ? Et finalement de passer peut-être à l'acte parce que vraiment « cette vie-là qu'on me promet, moi je ne l'ai pas et je ne vois pas comment je pourrais l'atteindre » ? Et de fait, ces gens-là ont raison, il n'y a pas moyen de l'atteindre. Mais est-ce qu'on le dit aux gens ? Je ne suis pas sûr.

### 3) *le deuil, un facteur déclenchant*

Troisièmement, et c'est apparu dans tous les exposés je pense, qu'on me corrige si je dis une bêtise, le suicide de façon générale que ce soit pour les hommes ou les femmes est finalement multifactoriel, vu bien entendu le fait que toutes les approches sont justifiées. Dans ce que j'ai entendu, et ça corrobore ce que j'ai pu lire par ailleurs, on dit toujours qu'il y a des facteurs

déclencheurs. Donc qu'il y a effectivement des causes loin, en amont si vous voulez, et puis des facteurs déclencheurs susciteront peut-être un passage à l'acte.

Parmi ces facteurs déclencheurs, il y en a un qui revient, c'est un thème récurrent semble-t-il dans le monde du suicide, c'est le thème du deuil, pourvu qu'on prenne ce mot de façon large. Ce n'est pas uniquement le fait que je suis confronté à la mort d'une personne que j'aime bien. Dans les causes qu'on a évoquées tout à l'heure, on a parlé de surendettement par exemple. Et bien une situation de surendettement peut mettre des personnes en deuil quand elles n'arrivent plus à se réapproprier leur vie. Ça peut être une séparation, c'est un deuil aussi évidemment, et toute une série d'autres choses : une perte d'emploi c'est un deuil également. C'est intéressant parce que le deuil évidemment ça donne à penser les choses. Et les philosophes se sont emparés de cette question-là.

On peut rapidement donner une définition du deuil qui va faire écho à ce que racontait Monsieur Pommereau. Le deuil, c'est d'abord sans doute une série de circonstances, quand on est amené à perdre quelque chose qui pour soi est essentiel (et qui peut être une bêtise pour les autres). Mais enfin pour moi c'est essentiel. Et de telle sorte qu'en perdant ça, je suis empêché de continuer à vivre ma vie. Alors la première définition qu'on peut donner c'est celle-ci, parce que ça permet de comprendre la dynamique qui est en jeu et peut-être le lien qu'il peut y avoir avec le suicide : un deuil c'est toujours un travail, c'est un travail par lequel on meurt à ce que l'on n'est plus. Ça c'est la première partie du deuil, qui est la plus pénible évidemment. Parce que l'idée de mourir à ce qu'on n'est pas ce n'est pas gai. Mais il faut toujours se souvenir – et c'est la seconde partie de la définition – que c'est pour renaître à ce qu'on est devenu. Le but d'un deuil c'est de quitter tout ce qui est mort, périmé - parce que les circonstances font que je ne suis plus le mari de, que je ne suis plus celui qui travaille etc. - de mourir à tout ce que je ne suis plus, pour renaître effectivement à ce que je deviens de part les circonstances. Je vous donne donc une autre définition qui fait songer à une citation de Monsieur Pommereau, qui est tirée de Lagache, un psychanalyste : « Le deuil, c'est tuer le mort ». C'est une très bonne définition. Souvenez-vous : « je veux pas mourir, je veux me tuer ». En quelque sorte c'est vrai que c'est ça un deuil, c'est effectivement le fait qu'on veut mourir mais à ce qu'on n'est plus, qu'on veut tuer le mort pour continuer à vivre, pour devenir ce que l'on a à devenir à travers les circonstances bien entendu. Le travail de deuil, ça va être donc ce par quoi on va essayer de se réapproprier ce qu'on devient.

## Le processus du deuil : se réapproprier ce qu'on devient...

Ce qui est important, premièrement, c'est de montrer que dans tout deuil, quel qu'il soit, – c'est la clinique qui le montre –, il est impossible pour un être humain homme ou femme, d'accepter ces changements qui s'imposent dans la vie, c'est impossible de prime abord en tout cas. De prime abord, à moins d'être un sage, tout le monde effectivement va mal encaisser ces changements. Et effectivement on va du coup se réfugier - et là on retombe dans des catégories très générales -, on va se réfugier dans un premier temps, comme pour souffler et mettre les choses à distance, dans des réactions, qu'on peut stéréotyper de la manière suivante :

- des attitudes de fuite, où on va nier ce qui s'est passé, tout simplement. Et vous avez des démenches possibles à ce moment-là, enfin ça va parfois très loin.
- des comportements de violence, où je me mets en guerre contre ce qui me remet en question. Et effectivement, certaines personnes retourneront cette violence contre eux-mêmes et le suicide devient alors possible.
- des réactions plutôt dépressives, où je vais me vider littéralement de l'intérieur, et là aussi, ces attitudes peuvent déboucher sur des suicides, par perte de sens. Il y a des gens qui effectivement vont tenir dans la dépression jusqu'au moment où ça deviendra impossible tout simplement.

On le voit bien, ces trois comportements sont en réalité des mécanismes que les gens se donnent pour des raisons biologiques, sociales ou autres, peu importe, mais que c'est ce dont ils ont besoin dans un premier temps, pour essayer de fuir ce qui les remet en question.

Du point de vue de la prévention ça veut dire quoi ? Pour moi, ça veut dire que s'ils en ont besoin, parce que c'est leur détour à eux pour se réapproprier ce qu'ils doivent devenir, il faut le leur permettre. Si pour moi la violence c'est mon truc à moi pour réagir quand ma vie fout le camp - d'abord il faut que je gueule un bon coup, que je me fâche, crie, aille casser des trucs ou je ne sais pas quoi, moi si j'en ai besoin, et bien si vous m'empêchez de le faire parce que « c'est pas bien », « ça fait peur aux enfants » etc., du coup vous m'empêchez d'avancer dans mon deuil. Vous me bloquez. Et alors qu'est-ce ça produit ? Des bombes à retardement évidemment. On bloque ces personnes dans leur deuil, donc on les maintient dans la souffrance, parce qu'elles n'arrivent pas à renoncer à ce qu'elles doivent quitter. Et puis elles accumulent cette violence jusqu'au moment où paf ! elles explosent d'une

façon ou d'une autre. Soit sous forme de suicide effectivement, soit sous forme de passage à l'acte contre quelqu'un qui n'a rien à voir avec l'histoire. C'est le problème du jeune qui débarque dans une classe et pan, il tire ! Et les histoires comme ça surprennent tout le monde. Bref, on n'aide personne quand on interdit ces détours que prennent les gens, qui font parfois peur, qui sont des prises de risques parfois, qui allaient mettre des tiers en danger, mais on ne les aide pas dans la mesure où c'est leur chemin pour peut-être arriver, car on n'est jamais sûr non plus, à finalement accepter ce qu'ils ont à accepter. Cela dit, on ne peut pas négocier le fait qu'on ne peut jamais taper les autres, ça c'est clair. On a toujours le droit d'être en colère, mais évidemment, ce n'est pas parce qu'on est malheureux qu'on aurait le droit de s'en prendre à qui que ce soit.

La question suivante, si on doit tolérer finalement ces détours, c'est : « jusqu'où doit-on les tolérer ? ». C'est une question éthique évidemment. Faut-il tolérer que des tiers soient mis en danger par des comportements comme ceux-là ? Et faut-il finalement tolérer le suicide ? Et si nous répondons : « On ne peut pas tout tolérer », la question éthique qui se pose alors c'est : « Pourquoi je vais à un moment donné, par rapport à tel individu qui se met trop en danger, car je pressens peut-être qu'il va se suicider, pourquoi j'interviens ? Est-ce que j'interviens pour *lui* ? Parce que c'est pour *son* bien ? Mais qui sait ce qui est le bien de qui ? Ou bien est-ce que c'est parce que *moi* je ne supporte pas de savoir que ce type est en danger ? Dans ce cas-là, c'est alors pour me sauver moi en fait. J'ai envie de bien dormir ce soir, mais *je* n'ai pas envie de le laisser tout seul dans la nature en me disant que peut-être *je* vais le retrouver pendu demain. En fait, dans toutes les décisions éthiques par rapport à ce genre de situation, on retrouve toujours ces deux motivations mélangées.

Cependant, il faut justement pouvoir se mettre au clair sur les motivations de ses interventions. Est-ce vraiment pour aider l'autre, ou est-ce finalement parce que moi je suis en souffrance par rapport à des gens qui se mettent dans des situations pareilles ? Et si on agit seulement parce que soi-même on ne supporte pas la situation, on peut se demander clairement si ce genre d'action est valide, si elle est éthique, si elle est acceptable pour l'autre comme pour soi.

## ...et le faire valoir socialement

Le second aspect, dans le processus du deuil, après donc tout le travail psychologique qui passe par du déni, par de la violence, par de la dépression etc., c'est qu'un deuil doit absolument, d'une façon ou d'une autre, se socialiser. C'est-à-dire que si dans ma tête j'accepte ce que je deviens, il faut encore que je puisse exister aux yeux des autres pour être pleinement ce que je suis. Un exemple de deuil : c'est une dame qui accepte après deux ans que son mari soit décédé. Elle se voit bien comme veuve. Mais elle m'explique : « Ma souffrance à moi, c'est ma belle-famille qui n'accepte toujours pas la mort de mon mari ». Donc effectivement, elle est empêchée d'exister comme veuve ! Et du coup elle ne va plus les voir.

Pour faire un deuil jusqu'au bout, c'est vrai qu'il faut pouvoir exister aux yeux des autres tel que l'on est, c'est-à-dire que les autres ont un deuil à faire par conséquent. Accepter que tu n'es plus l'épouse de mon fils mais tu es maintenant désormais une veuve et moi je suis un parent désenfanté. Tout ce travail-là doit évidemment être fait, et ce n'est pas évident du tout bien entendu.

Petite parenthèse : on voit que le deuil se fait sur le plan psychologique et sur le plan social, ce serait donc encore une manière de réconcilier la psychologie et la sociologie... Enfin bon, ce sont des questions de théorie.

Par rapport à la prévention, la question qui se pose sur le plan social, puisqu'on existe effectivement et on est ce qu'on est effectivement aux yeux des autres, est la suivante : « quel langage social offre-t-on aux personnes en deuil ? » Puisque manifestement les deuils sont des événements déclencheurs de passages à l'acte. Existe-t-il un langage social, permettant aux personnes en deuil d'être reconnues en difficulté aux yeux du monde ? Ceci nous ramène à ce qu'on a déjà dit. Aujourd'hui, les discours que l'on cautionne mettent l'accent sur la réussite, etc., mais je ne trouve pas moi dans la société quelque chose qui me permette de dire que je ne vais pas bien.

On peut se demander - et je termine par là -, si en tant qu'agents de la prévention qui travaillons sur le terrain, si nous ne devrions pas plus travailler effectivement à mettre en place des langages incontournables, qui s'imposent à tout le monde et qui feront que quand je ne vais pas bien et quand j'utilise ce langage, les autres voient que de fait je ne vais pas bien, ce qui me permettrait d'exister encore à leurs yeux et de trouver une issue

évidemment. Est-ce que ce n'est pas ça peut-être qu'il faudrait faire, plutôt que de s'acharner à essayer d'éviter des suicides ? Ne devrait-on pas, au niveau de la prévention - et c'est sans doute ce que l'on fait aussi ceci dit -, mettre l'accent davantage sur tout ce que l'on peut faire sur le plan social, pour que de fait ce travail de deuil puisse se déployer ?

Je vous remercie de votre attention.

Note :

*La revue Ethica Clinica a sorti en mars 2007 un numéro consacré au suicide.*

Ces Actes ont été publiés grâce au soutien de la Loterie Nationale



Centre de Prévention du Suicide