

## Suicides, générations et culture

Monique Séguin

Volume 12, Number 1, Fall 1999

Suicides, générations et culture

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074501ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074501ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

### ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this document

Séguin, M. (1999). Suicides, générations et culture. *Frontières*, 12(1), 8–10.  
<https://doi.org/10.7202/1074501ar>

# Suicides, générations et culture



Monique Séguin,

professeure au Département de psychoéducation, UQAH,  
directrice du Laboratoire d'étude sur le suicide et le deuil,  
Centre de recherche Fernand-Séguin, membre du CRISE.

Pourquoi une personne se suicide-t-elle? Malgré des années de recherche et d'intervention, cette question demeure et les éléments de réponse restent complexes. Il y a encore beaucoup de questions sans réponses sur le suicide, notamment celle-ci: qu'est-ce qui distingue

l'expérience d'une personne qui passera à l'acte de l'expérience d'une autre personne qui n'envisagera pas le suicide, même dans une situation de grande souffrance émotive? Malgré la qualité des recherches des dernières décennies, il n'existe pas actuellement de modèle théorique faisant consensus pour expliquer les comportements suicidaires. Au cours des dernières années, de nombreuses études bien réalisées et extrêmement intéressantes<sup>1</sup> ont réussi à identifier une longue liste de facteurs de risque ou encore de variables associées aux

comportements suicidaires. Malgré l'identification de ces facteurs de risque, il demeure toujours difficile de prédire parmi les personnes les plus vulnérables lesquelles passeront à l'acte suicidaire.

Le suicide complété compte parmi les problèmes de santé publique les plus sérieux et les plus complexes auxquels doivent faire face nos sociétés et pose un défi majeur, tant au niveau de la compréhension du phénomène qu'au niveau de sa prévention. Les suicides complétés ne représentent pourtant que la pointe de l'iceberg; les tentatives de suicides, les idéations suicidaires, le deuil à la suite d'un suicide et le fait de côtoyer un proche suicidaire sont autant de réalités associées à l'ampleur du phénomène. Ce numéro rassemble une variété de points de vue pouvant contribuer à une meilleure compréhension du phénomène.

Les articles de Richard Boyer et de Danielle St-Laurent tout comme celui de Marie Choquet abordent la dimension épidémiologique du suicide, tant au Québec qu'en France. Il est important de resituer les suicides complétés et les tentatives de suicide dans le cadre plus large des comportements à risque. L'article de Joseph Lévy, de même que celui de Lomer Pilote et Guy Quesnel, permettent de situer le suicide dans le contexte des conduites à risque.

Comment expliquer qu'un individu se suicide? La compréhension actuelle des comportements suicidaires est souvent associée à l'étiologie de la dépression, ou encore à des prédispositions à l'impulsivité. Les études ayant utilisé une méthodologie de diagnostic post-mortem, entrevue dite d'autopsie psychologique, arrivent à identifier des troubles mentaux chez 70 à 95 % des personnes décédées par suicide<sup>2</sup>. Cette entrevue, qui se réalise suite au décès, est généralement réalisée avec des membres de la famille de la personne décédée ou des proches l'ayant bien connue. Cette entrevue semi-structurée permet de confirmer ou d'infirmer la présence de certains symptômes chez la personne décédée. L'histoire des difficultés de santé mentale ainsi reconstituée permettra, le cas échéant, de poser un diagnostic *a posteriori*. Malgré l'évidence du lien entre psychopathologie et suicide, il convient d'observer que si plusieurs personnes qui se sont suicidées étaient dépressives, toutes les personnes dépressives ne se suicident pas.

Le lien entre suicide et psychopathologie familiale a aussi fait l'objet de recherches au cours des dernières décennies. Notamment, D.A. Brent<sup>3</sup> confirme l'importance de l'agrégation de problèmes de santé mentale dans les familles où une personne est décédée par suicide. Il observe notamment que le milieu familial d'adolescents suicidaires accuse des taux élevés de problèmes psychosociaux. Pourtant, ici encore, ce ne sont pas toutes les familles dysfonctionnelles à ce chapitre qui «forment» automatiquement des jeunes enclins au suicide. L'article préparé par André Gagnon, Michel Tousignant et Luce DesAulniers fait le point sur le suicide des adolescents et leur milieu de vie. Réal Labelle et Richard Boyer abordent la question des habitudes d'utilisation des services de santé chez les jeunes et l'article préparé par Normand D'Aragnon, permet d'aborder la difficile question de la répétition générationnelle des difficultés dans les familles de personnes suicidaires.

Une autre réalité extrêmement préoccupante au cours des dernières années est celle du taux élevé de sui-

cide chez les hommes. Les hommes jeunes constituent un groupe cible auprès desquels les efforts de prévention et d'intervention sont considérables, puisque ce sont eux qui se suicident le plus au Québec. Lucie Charbonneau et Janie Houle abordent ce sujet. Sylvaine Raymond retrace par ailleurs les efforts de prévention entrepris en ce sens au cours des vingt dernières années.

Le suicide ne pourra jamais être circonscrit de façon satisfaisante tant qu'on le concevra comme un phénomène isolé. Les articles de Marc Daigle et de Brian Mishara permettent d'aborder la question des facteurs de risque reliés à des clientèles spécifiques. Malgré l'identification de ces facteurs de risque, il demeure toujours difficile de prédire quelles personnes passeront à l'acte suicidaire.

Bien que la vulnérabilité individuelle se caractérise souvent par l'expression de problèmes de santé mentale, elle n'implique pas qu'une seule vulnérabilité génétique-biologique<sup>4</sup>. Elle suppose également une interaction avec des facteurs développementaux<sup>5</sup> et psychosociaux<sup>6</sup> qui peuvent déterminer la vulnérabilité au développement de problèmes de santé mentale, et éventuellement à des comportements suicidaires. Si l'on souhaite dépasser l'explication des comportements suicidaires par l'identification de facteurs de risque, l'étiologie des comportements suicidaires devra être étudiée dans une perspective de développement de l'individu, en tenant compte de tous les facteurs qui viendront intervenir dans le cours de sa trajectoire de vie. La vulnérabilité personnelle se construit à partir d'éléments divers. Des prédispositions personnelles s'ajoutant à des problèmes familiaux et des pertes précoces peuvent entraîner des difficultés dans le développement de relations d'attachement saines et stables et contribuent à expliquer l'apparition d'une série d'événements plus ou moins contrôlés tout au cours de la trajectoire de vie.

Toutefois, au-delà des discussions et des analyses historiques, épidémiologiques, sociologiques et psychosociales il y a, derrière tout comportement suicidaire, un drame terrible, une peine, une douleur, une souffrance!

Les gestes suicidaires sont, presque toujours, l'expression d'une souffrance écoutée ou non, exprimée ou non, exprimable ou non. Ainsi, au-delà de la comptabilisation des facteurs associés, du risque, de l'urgence ou de la dangerosité du geste suicidaire, il y a la souffrance, toujours et encore la souffrance. La souffrance de la personne suicidaire. La souffrance des tiers qui en viennent souvent à soupçonner la détresse d'un proche et qui vivent inquiets et traumatisés dans la crainte qu'un drame se produise. La souffrance des familles, des amis et des proches endeuillés qui vivront culpabilité, doute, peine et encore plus de souffrance suite au suicide.

Il faut être en mesure de reconnaître cette souffrance même chez ceux qui arrivent mal à l'exprimer, ou chez ceux qui l'expriment avec agressivité, avec réserve, ou avec un déversement d'émotion. Même si la souffrance s'exprime différemment d'une personne à une autre et que, dans son expression, elle peut nous toucher à des degrés divers, il n'en demeure pas moins que le chemin qui mène aux comportements suicidaires est douloureux, épuisant et qu'il confine l'individu dans un isolement presque total. Cette souffrance doit être entendue, nommée et validée. Cette souffrance doit être prise en considération de la même manière dont on tiendrait compte de la souffrance physique.

C'est en se positionnant comme témoin de la souffrance de l'autre qu'on la rend humainement tolérable. Écouter la souffrance n'implique pas nécessairement qu'il faille à tout prix en délivrer la personne souffrante, mais plutôt la «réhabiliter», lui donner le droit d'exister.

Les personnes suicidaires ont souvent l'impression qu'elles sont les seules à aller mal. Bien sûr, la répartition du bonheur et des difficultés n'est pas établie également entre tous les individus et certains vivront plus de souffrance que d'autres. Mais en général, les événements de la vie se produisent de manière cyclique. La vie nous amène heureusement des moments de bonheur et d'exaltation, mais elle nous apporte aussi, sans doute à tous, des moments de peine, des souffrances et des tragédies personnelles. Mais habituellement, la vie est davantage remplie du quotidien, intéressant ou pas. Les personnes suicidaires ne perçoivent plus qu'il puisse exister une alternance entre ces états, elles ne perçoivent plus que les souffrances vécues actuellement ne dureront pas toujours. Il est nécessaire de réinscrire ces souffrances dans un «sens social» plus large et de resituer la vie comme valeur unique et importante. Il appartient à toute la société de transmettre ce message. Mais comment? Par où commencer?

Devons-nous tenter de recréer un interdit social à l'égard du suicide? Devons-nous prendre position et dire NON au suicide? L'affirmer haut et fort? Des études récentes démontrent que dans les pays où la tolérance sociale à l'égard du suicide est grande, les individus à qui une personne aurait confié ses idées suicidaires interviennent moins auprès d'elle et que, parallèlement, les personnes suicidaires s'ouvrent moins sur leurs intentions suicidaires<sup>7</sup>.

Devons-nous plutôt arrêter d'aborder le suicide publiquement afin de contrer sa banalisation? Il est quand même intéressant de constater que les campagnes de marketing social visant à diminuer les accidents d'automobiles avec facultés affaiblies, ou celles visant à diminuer la consommation de tabac, ne sont jamais parvenues à banaliser l'alcool au volant ou le cancer du poumon. Au contraire, la conscience sociale à l'égard de ces situations est très aiguë. Mais en regard du suicide, le contraire semble se produire. Plus nous parlons du suicide, plus nous parvenons semble-t-il, à donner l'impression que le suicide est un comportement qui se produit fréquemment chez certains groupes, au point de le banaliser. Alors que le suicide est un événement rare, dramatique, tragique, il n'est pas inévitable et n'a rien de banal!

L'objectif principal de ce numéro est d'offrir une réflexion qui nous conduira, peut-être, vers des perspectives communes à l'égard des actions concrètes à adopter. Parce que le temps presse! La prévention du suicide requiert une réponse courageuse et énergique. Des décisions importantes doivent être prises et celles-ci seront d'autant plus faciles à prendre qu'elles s'appuieront sur une communauté de conceptions et de valeurs.

## Notes

- 1 H.M. ARO et al., «Suicide among Female Adolescents: Characteristics and Comparison with Males in the Age Group 13-22 Years», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, no 10, 1995, p. 1297-1307.  
J.J. BRETON, *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes*, Enquête Santé Québec, Bibliothèque Nationale du Québec, Montréal, 1993.  
B.A. JOHNSON, D.A. BRENT, J. BRIDGE et J. CONNOLLY, «The Familial Aggregation of Adolescent Suicide Attempts», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, no 97, 1998, p. 18-24.  
E.K. MOSCICKI, «Epidemiology of Suicidal Behavior», *Suicide and Life Threatening Behavior*, vol. 25, no 1, 1995, p. 22-34.
- 2 J. BESKOW, B. RUNESON et U. ASGARD, «Psychological Autopsies: Methods and Ethics», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 20, 1990, p. 307-323.
- 3 D.A. BRENT, B.A. JOHNSON, J. BRIDGE et J. CONNOLLY, «The Familial Aggregation of Adolescent Suicide Attempts», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *ibid.*
- 4 P. MCGUFFIN, R. KATZ et J. RUTHERFORD, «Nature, Nurture and Depression: A Twin Study», *Psychological Medicine*, no 21, 1991, p. 329-335.
- 5 M. RUTTER, «Resilience in the Face of Adversity», *British Journal of Psychiatry*, no 147, 1985, p. 598-611.
- 6 G.W. BROWN, A.T. HARRIS, Z. ADLER, L. BRIDGE, «Social Support, Self-Esteem and Depression», *Psychological Medicine*, no 16, 1986, p. 813-831.
- 7 M. ESKIN, «Social Reactions of Swedish and Turkish Adolescents to a Close Friend's Suicidal Disclosure», *Social Psychiatric Epidemiology*, no 34, 1999, p. 492-497.