

Université de Montréal

Mise à l'épreuve critique des thèses de la (sur)médicalisation du suicide

Par
Justine Racicot

Département de sociologie, Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maître ès Science (M.Sc.) en
sociologie

Août 2023

© Justine Racicot, 2023

Ce mémoire intitulé

Mise à l'épreuve critique des thèses de la (sur)médicalisation du suicide

Présenté par
Justine Racicot

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Nicolas Sallée
Président-rapporteur

Estelle Carde
Directrice de recherche

Jean-François Bissonnette
Codirecteur

Dave Poitras
Membre du jury

Résumé

Ce mémoire vise à mettre à l'épreuve les contributions scientifiques des auteurs qui critiquent la médicalisation de l'enjeu suicidaire. Selon eux, l'idée d'une relation causale entre le suicide et la maladie mentale est devenue une évidence acceptée dans les milieux scientifiques et profanes. Cette conception dominante est critiquée car elle oriente les stratégies de prévention du suicide vers des interventions médicales, négligeant ainsi l'importance des facteurs structurels. Nous proposons d'explorer comment ces critiques résonnent avec le contexte québécois.

Nous interrogeons également ces critiques en les replaçant au sein d'un large éventail d'approches concernant le suicide, y compris les expertises élaborées en sociologie, psychologie et épidémiologie. En étayant notre examen de la littérature par une démonstration de la complexité théorique du suicide, nous explorons la manière dont les experts intègrent les discours "médicalisés" parmi la diversité de ces connaissances. L'analyse proposée se concentre spécifiquement sur l'établissement d'une cartographie des représentations concernant les causes du suicide et les pratiques de prévention privilégiées.

Pour mener cette analyse, nous étudierons les discours de douze professionnels québécois et analyserons le contenu de divers documents institutionnels rédigés par le gouvernement du Québec.

Mots-clés : médicalisation, suicide, mort volontaire, sociohistoire, critique

Abstract

This master's thesis aims to challenge the scientific contributions of authors who criticize the medicalization of concepts and treatments surrounding the topic of suicide. According to their arguments, the notion of a causal link between suicide and mental illness has become widely acknowledged within scientific and non-expert circles. This prevailing notion also plays a significant role in the public management of suicide, as it narrows down suicide prevention strategies to medical interventions. We intend to investigate how these critiques resonate within the context of Quebec.

Furthermore, we also suggest interrogating these criticisms by situating them within a broad a broad range of approaches concerning suicide, including expertise from sociology, psychology, and epidemiology. By grounding our literature review in a demonstration of the intricate theoretical nature of suicide, we will delve into how professionals incorporate "medicalized" discourses within the scope of these competencies. The proposed analysis is specifically directed towards constructing a map of representations regarding the causes of suicide and prevention practices.

To accomplish this, we will analyze the viewpoints of twelve Quebec-based professionals, as well as scrutinize the content of various institutional documents produced by the Quebec government.

Keywords : medicalization, suicide, voluntary death, sociohistory, critic

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT.....	IV
TABLE DES MATIÈRES.....	V
REMERCIEMENTS	VII
INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE I.....	14
LE SUICIDE À TRAVERS L'HISTOIRE : DU PÉCHÉ, AU CRIME ET À LA MALADIE	14
1.1 LE SUICIDE DURANT L'ANTIQUITÉ GRÉCO-ROMAINE.....	15
1.2 LE SUICIDE DURANT L'ÉPOQUE MÉDIÉVALE	17
1.3 LE SUICIDE À L'ÉPOQUE DES LUMIÈRES	20
1.3.1 <i>La critique philosophique</i>	20
1.3.2 <i>L'approche psychiatrique et les théories de l'aliénation mentale</i>	22
1.3.3 <i>L'omniprésence thérapeutique dans les cours pénales québécoises</i>	23
1.4 CONCLUSION	25
CHAPITRE II	27
LE DÉVELOPPEMENT DES SAVOIRS SCIENTIFIQUES NON MÉDICAUX ...	27
2.1 TERMINOLOGIE ACTUELLE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	27
2.2 L'APPROCHE SOCIOLOGIQUE ET LES CAUSES SOCIALES DU SUICIDE.....	31
2.2.1 <i>Une typologie du suicide</i>	32
2.2.2 <i>Limites et contributions de la sociologie du suicide</i>	34
2.3 LES APPROCHES PSYCHOLOGIQUES : UN APPORT QUALITATIF.....	35
2.3.1 <i>Les modèles théoriques en psychologie</i>	36
2.3.2 <i>Les psychothérapies</i>	39
2.4 LA SANTÉ PUBLIQUE, L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA PRÉVENTION « MULTIDISCIPLINAIRE ».....	40
2.4.1 <i>La notion de risque : convergence des savoirs</i>	41
2.5 CONCLUSION	43
CHAPITRE III.....	45
LA PROBLÉMATIQUE	45
3.1 <i>Médicalisation ou surmédicalisation ?</i>	47
3.2 <i>La dénonciation d'une conception (trop) pathologique du suicide</i>	49
3.3 <i>La dénonciation d'une orientation individualisée dans les stratégies de prévention du suicide</i> ...	51
3.4 <i>Conclusion</i>	53
CHAPITRE IV	56
LA MÉTHODOLOGIQUE	56
4.1 CHOIX ÉPISTÉMOLOGIQUES ET OBJET D'ÉTUDE	56

4.1.1 <i>Les représentations sociales</i>	58
4.2 MÉTHODOLOGIE ET DÉROULEMENT DU TRAVAIL DE TERRAIN	59
4.2.1 <i>Les documents analysés</i>	61
4.3 CONCLUSION	64
CHAPITRE V.....	65
ANALYSE	65
5.1 LES CONCEPTIONS DU SUICIDE	65
5.1.1 <i>L'alliance entre suicide et pathologie : nuances et questionnements</i>	65
5.1.2 <i>L'alliance entre suicide et pathologie dans le DSM-5 : controverses</i>	69
5.1.3 <i>Une compréhension multifactorielle des comportements suicidaires</i>	73
5.2 L'ORIENTATION DES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU SUICIDE : OBLITÉRATION DE LA QUESTION DU SENS DANS LA SURVEILLANCE DU RISQUE SUICIDAIRE	78
5.2.1 <i>Le guide des bonnes pratiques : préséance à la surveillance du risque suicidaire</i>	80
5.2.2 <i>La stratégie nationale de prévention du suicide</i>	87
5.3 <i>Conclusion</i>	97
5.4 CONCLUSION PRÉLIMINAIRE	99
5.4.1 <i>L'absence d'une conception uniquement pathologique du suicide</i>	100
5.4.2 <i>Une prévention personnalisée</i>	101
CHAPITRE VI.....	104
CONCLUSION	104
6.1 <i>Les limites de la recherche et les avenues d'investigations futures</i>	105
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	109
ANNEXE II - FORMULAIRE	118
ANNEXE III - GUIDE D'ENTRETIEN.....	125

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice, Estelle Carde, et mon co-directeur, Jean-François Bissonnette, pour leurs commentaires judicieux qui ont aidé à faire progresser les idées alimentant ce mémoire.

Je souhaite ensuite remercier ma famille pour leurs encouragements, le soutien moral et les lieux de rédaction idylliques qu'ils m'ont offerts ces derniers mois. Pouvoir écrire dans la nature m'a certainement permis d'avoir du plaisir durant cette aventure. J'aimerais également exprimer ma reconnaissance envers mon partenaire, William, pour le soutien précieux qu'il m'a apporté au cours des derniers mois. À mes ami.es et aux membres du Crux, je vous exprime ma gratitude pour les multiples instants de joie qui m'ont offert une pause bienvenue loin de l'exercice rédactionnel.

Ensuite, je souhaite adresser mes remerciements à Monica et Natalie de la bibliothèque Laval de l'Université de Montréal, dont les encouragements quotidiens ont joué un rôle déterminant dans ma motivation à maintenir un engagement dans mon travail.

En tout dernier, j'aimerais exprimer ma gratitude envers chaque participant.e ayant consacré du temps à répondre à mes questions, contribuant ainsi à la réalisation de cette étude.

Introduction

Historiquement traité à travers le prisme de la morale, le suicide fait aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches scientifiques dans les domaines de la psychiatrie, la sociologie, la psychologie et la santé publique. L'objet du suicide est traversé par des significations et des pratiques plurielles qui en font un problème sociétal des plus complexes. Ce mémoire analyse le phénomène suicidaire en examinant la relation entre les explications occidentales du suicide et les types d'interventions préventives mises en œuvre au Québec. Il est à savoir que ce mémoire propose d'étudier le suicide non pas comme un problème social à résoudre, mais plutôt comme un problème social qui trouve ses significations suivant le développement des connaissances. À ce sujet, nous verrons la naissance des perspectives psychiatriques, sociologiques, psychologiques et épidémiologiques qui ont chacune, à leur manière, circonscrit le sens du suicide en Occident. Ces diverses perspectives nous permettront de contextualiser notre questionnement sur la médicalisation du suicide.

Une recherche sur les formes de connaissance circonscrivant la prévention du suicide se justifie aisément en 2024. Ceci n'a pas toujours été le cas. En fait, c'est l'idée de prévenir le suicide qui n'a pas toujours été aussi évidente. Durant l'époque médiévale, le suicide était lourdement stigmatisé selon une morale accordant la prédominance aux discours religieux. Les autorités religieuses dénonçaient ouvertement le suicide comme un acte allant contre Dieu et ces considérations attiraient des châtiments sévères à l'égard des suicidaires. Dans un Québec du 17^e siècle, les cadavres des suicidés pouvaient se faire attacher par les pieds à une charrette puis traîner dans les rues. Un tel châtiment administré au suicidé étonne aujourd'hui, car le suicide s'est métamorphosé d'une « faute grave individuelle » à un problème de société¹. Ce changement dans les considérations peut se répertorier dans l'histoire. Notre examen de la littérature révélera qu'il est d'abord le travail d'une série de penseurs qui, à l'époque des Lumières, remirent en cause les

¹ André Cellard, Élise Chapdelaine, et Patrice Corriveau, « Des Menottes Sur Des Pansements » : La Décriminalisation de La Tentative de Suicide Dans Les Tribunaux Du Québec Entre 1892 et 19721 », *Canadian Journal of Law and Society/La Revue Canadienne Droit et Société* 28, n° 1 (avril 2013): 83-98, <https://doi.org/10.1017/cls.2013.1>, 84

peines infligées aux suicidés. Ces remises en question, couplées à la décriminalisation croissante du suicide, permirent à d'autres champs d'interprétation de s'établir. Nous verrons apparaître, à ce moment, quelques médecins avant-gardistes s'appliquant à mettre le suicide en relation avec la mélancolie et la folie. Le suicide se transforma graduellement d'un objet répréhensible aux yeux de la religion ou de la justice en la manifestation d'une pathologie mentale.

La problématisation du suicide dans une perspective psychiatrique nous invite à concevoir les comportements suicidaires comme l'expression d'un problème de santé mentale. À ce jour, les comportements suicidaires sont associés à 58 conditions psychiatriques dans la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)². Parmi l'ensemble, certaines conditions sont plus réputées avoir une incidence sur les comportements suicidaires, notamment la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, les troubles bipolaires I et II et le trouble dépressif majeur³. Cette façon de « problématiser » le suicide suscite des contestations chez quelques auteurs qui dénoncent la réduction de l'objet du suicide au seul résultat d'un problème de santé mentale. Cette idée « réductrice » orienterait aussi les traitements et les stratégies de prévention du suicide sur le traitement de la maladie mentale au détriment des aspects psychologiques, socio-économiques, structurels et environnementaux ayant des contributions importantes dans le suicide. La problématique de ce mémoire s'insère ici tel un questionnement critique sur les apports scientifiques d'une telle dénonciation de la médicalisation du suicide.

Le concept de la médicalisation comporte plusieurs significations sociologiques que nous examinerons successivement au chapitre 3 avant de nous arrêter sur la populaire définition de Peter Conrad. Ce dernier avance que la médicalisation s'opère à trois niveaux : conceptuel, institutionnel et interactionnel. Il nous explique que la médicalisation est *conceptuelle* lorsqu'un vocabulaire médical est utilisé pour définir un problème. Elle est *institutionnelle* lorsque des organisations adoptent une approche médicale pour traiter un problème et elle est *interactionnelle* lorsque le problème d'un individu est analysé et traité selon un cadre médical. La thèse de Conrad nous permettra d'investiguer l'état québécois actuel de la médicalisation du suicide. Plus précisément,

² Alan R. Felthous, Neha Kulkarni, et Catalina Belean, « DSM-5-TR Diagnosis as a Guide to Suicide Risk Assessment », *Behavioral Sciences & the Law* n/a, n° n/a, consulté le 15 août 2023, <https://doi.org/10.1002/bsl.2617>, 13

³ Felthous, Kulkarni, et Belean, 16

nous tenterons de mettre à l'épreuve les critiques de la médicalisation du suicide, car selon notre lecture macrosociologique du développement des connaissances sur le suicide, plusieurs autres champs scientifiques (autres que la médecine et la psychiatrie) sont intervenus dans le traitement et la conceptualisation de l'enjeu du suicide. Notre analyse se concentrera donc, dans un premier temps, à révéler les articulations entre les représentations dites « médicalisés » et les autres formes de savoirs sociologiques, psychologiques et épidémiologiques portant sur l'objet du suicide.

Afin de contextualiser ce questionnement et révéler aux lecteurs les perspectives non médicales sur le suicide, nous présenterons les savoirs sociologiques, psychologiques et épidémiologiques. Nous verrons brièvement comment les causes du suicide sont appréhendées par la sociologie de Durkheim, les différents modèles psychologiques et la santé publique. Nous verrons entre autres que selon une perspective sociologique durkheimienne, les causes du suicide ne sont pas à aller chercher au niveau intra-individuel, mais plutôt « dans la nature des sociétés elles-mêmes »⁴. Durkheim propose que le suicide varie selon la structure des relations sociales, soit le niveau d'intégration (les liens qui unissent les individus) et de régulation morale (les normes et règles sociales qui guident les individus) propres à une société. Bien que Durkheim n'ait pas abordé la prévention du suicide directement, ses idées ont inspiré l'établissement des stratégies de prévention à des niveaux structurels et relationnels.

D'autre part, dans une perspective psychologique, la recherche sur les causes du suicide s'oriente plutôt vers la découverte des traits de personnalités suicidaires (comme l'impulsivité), le vécu d'une douleur psychique insupportable qui forme une réponse d'échappatoire (dont le suicide serait l'étape ultime) ou la perception que son existence constitue un fardeau pour son entourage. Les recherches en psychologie ont permis de développer des interventions et des thérapies adaptées aux individus en crise suicidaire ou à risque de l'être. En dernier, dans une perspective épidémiologique de santé publique, on justifie généralement la systématisation de la prévention du suicide en utilisant les données agrégées pour nous révéler l'ampleur du phénomène. On nous dit que chaque année, entre 700 000 et 800 000 humains se donnent la mort dans le monde, ou bien, sous un autre dénominateur, on nous indique qu'une personne se suicide toutes les 40 secondes⁵.

⁴ Émile Durkheim, *Le suicide*, 14^e éd., Quadrige (France : puf, 2013), 335

⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>, 3

On estime que le suicide est la cause d'entre 1 et 4 % des morts mondiales et parmi les jeunes âgés de 15 à 29 ans, le suicide est l'une des premières causes de mort (dépendamment du pays à l'étude)⁶. On nous révèle ensuite que l'amplitude du phénomène ne s'arrête pas au suicide complété, car les tentatives de suicide sont de 20 à 30 fois plus fréquentes et les idéations suicidaires, bien que difficiles à sonder, seraient probablement plus courantes. Sur la base de ces données, il est souvent mentionné qu'il faut investir dans la prévention du suicide, car il s'agit de morts qui sont « évitables »⁷.

D'ailleurs, en 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) désigna officiellement les taux élevés de suicide comme une **urgence** de santé publique à laquelle « il convient de s'attaquer impérativement » par la mise en place de stratégies de prévention⁸. Ces stratégies s'orientaient selon une « approche multisectorielle de la santé publique » mobilisant « une multitude de parties prenantes qui, en d'autres circonstances, ne collaboreraient pas »⁹. Cette combinaison d'expertises repose surtout sur l'idée qu'aucune approche isolée ne peut résoudre à elle seule l'enjeu suicidaire et qu'une diversité d'intervention pourrait non seulement avoir des effets additifs pour prévenir le suicide, mais aussi des effets « synergiques et catalytiques »¹⁰. Bien que la perspective de santé publique n'alimente pas ce mémoire, il est important de comprendre qu'elle reflète ce pour quoi le suicide pose problème aujourd'hui. L'officialisation de la prévention du suicide comme objet de santé publique est une façon récente de traiter le suicide.

Avant cette invitation sanitaire à joindre les expertises dans un effort de prévention du suicide, les disciplines psychiatriques, sociologiques et psychologiques travaillaient isolément à dégager des explications au suicide et, avant même l'émergence de ces explications scientifiques du suicide, les principales réflexions étaient émises par des philosophes et théologiens. L'objet du suicide possède une longue histoire jalonnée de représentations morales et scientifiques. Afin de saisir ces différentes « problématisations », notre examen de la littérature reposera sur la méthode

⁶ Gil Zalsman et al., « Suicide Prevention Strategies Revisited: 10-Year Systematic Review », *The Lancet. Psychiatry* 3, n° 7 (juillet 2016): 646-59, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X), 646

⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Prévention du suicide*, 3

⁸ Organisation mondiale de la Santé, 3

⁹ Organisation mondiale de la Santé, 3

¹⁰ Susana Al-Halabi et Eduardo Fonseca-Pedrero, « Suicidal Behavior Prevention: The Time to Act Is Now », *Clinica y Salud* 32, n° 2 (31 mai 2021): 89-92, <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>, 90

sociohistorique, où sociologie et histoire créent un mariage épistémologique nous permettant de décrire les véridictions discursives ayant orienté les savoir-faire entourant le suicide au cours des siècles¹¹.

L'analyse proposée s'oriente vers l'établissement d'une cartographie des représentations sur les causes du suicide et les pratiques de prévention telles que décrites par les professionnels interrogés et les documents analysés. Notre analyse tente de répondre à deux questions fondamentales :

- 1) De quelle façon est-ce que les experts font ressortir les liens entre le suicide et la pathologie individuelle ? Le suicide est-il compris comme prenant racine exclusivement dans une pathologie individuelle ? De quelle façon est-ce que les savoirs médicaux sont articulés aux savoirs appartenant à d'autres champs de connaissances non médicaux, soit la sociologie, la psychologie et l'épidémiologie ?

- 2) De quelle façon est-ce que les connaissances sur le suicide sont mobilisées dans les stratégies de prévention du suicide ? Les stratégies de prévention sont-elles axées principalement sur l'individu et ses pathologies comme le supposent les auteurs critiquant la médicalisation du suicide ? Retrouvons-nous la présence de stratégies plutôt sociales, environnementales, relationnelles et communautaires dans la prévention du suicide ?

Il est à savoir que selon nous, considérer que le suicide est favorisé par une pathologie individuelle ne revient pas à exclure les connaissances sociologiques, psychologiques et épidémiologiques, car ces disciplines éclairent aussi la production des pathologies individuelles. Nous pensons que la vraie question réside dans la manière dont les experts interrogés abordent cette complexité ; quels sont les désaccords, les nuances exprimées et les revendications... ? Quelle place prennent les représentations « médicalisées » face à cette complexité explicative ?

¹¹ Michel Foucault, *Dits et Écrits, 1954-1975* (Paris – P.U.F, 1984), 632-633

Nous avons choisi de ne pas nous emparer des critiques de la médicalisation du suicide pour mener une analyse décloisonnée, c'est-à-dire que nous souhaitons nous détacher d'une analyse qui reconduirait les cadres des théories de la médicalisation. Ainsi, dans une attitude phénoménologique, nous allons plutôt mettre en doute ces critiques avant d'acquiescer de leur validité. D'ailleurs, interroger les théories de la médicalisation du suicide nous permet non seulement de décloisonner l'analyse, mais aussi de faire reposer ces théories sur un souci de rigueur et de reproductibilité scientifique. De quelle façon est-ce que les théories critiques de la médicalisation du suicide s'ajustent au contexte québécois ? Est-ce que les considérations et pratiques « médicalisées » du suicide trouvent écho dans les discours des acteurs et le contenu des documents institutionnels québécois ?

**

Ce mémoire est composé de six chapitres. Le premier chapitre retrace les différentes conceptions morales afin de les inscrire dans un autre mode de problématisation, celui de la pathologisation du suicide. Dans le chapitre 2, nous poursuivons l'histoire des connaissances en traitant du développement des savoirs non médicaux, soit la sociologie, la psychologie et l'épidémiologie. Les deux premiers chapitres culminent vers l'établissement de notre problématique au chapitre 3. Nous y présentons en détail les critiques de la médicalisation du suicide sur lesquelles nous comptons rétroagir en analyse. Le chapitre 4 fait état de la méthodologie utilisée ; nous traitons de notre posture théorique, des représentations sociales et du déroulement du travail de terrain. Le 5^e chapitre contient notre analyse qui se sépare en deux sections : la première partie explore les représentations sur les causes du suicide, et la seconde section traite des types d'interventions préventives privilégiées par les acteurs et les institutions. Nous terminons ce chapitre par une conclusion préliminaire sur nos résultats avant de conclure par le chapitre 6. Ce dernier chapitre fait un retour sur les résultats de l'analyse et propose des pistes pour prolonger les réflexions sur le suicide et ses domaines connexes.

Chapitre I

Le suicide à travers l'histoire : du péché, au crime et à la maladie

Aujourd'hui, lorsqu'on parle de suicide, plusieurs couches de morale se superposent. Certaines personnes considèrent le suicide comme une preuve de courage, d'autres comme un acte de lâcheté, un outrage à la société, un acte allant contre l'instinct de survie ou contre Dieu. Toutes ces morales trouvent leur point de départ dans l'histoire. Nous examinerons l'apparition de ces différentes morales, qui entrent parfois en conflit les unes avec les autres, en commençant par la période de l'Antiquité gréco-romaine, en poursuivant avec le Moyen-âge, la montée du christianisme et l'époque des Lumières. Nous verrons, entre autres, que la condamnation du suicide n'a pas débuté avec le christianisme, mais probablement avec une morale qui circulait bien avant la prédominance des discours religieux condamnateurs à l'égard du suicide. Nous ferons ensuite un saut historique pour nous situer à l'époque des Lumières et voir ce que revendiquent les érudits français, écossais et italiens sur le sujet. Nous traiterons ensuite de l'important développement de la médecine aliéniste dans la compréhension de l'enjeu suicidaire.

Les recherches documentaires menées par plusieurs auteurs ont permis de recomposer le plus précisément possible l'évolution des différents « régimes de vérités » entourant le suicide et les traitements administrés aux suicidaires¹². Nous verrons dans ce chapitre les différentes considérations sur l'objet du suicide, faisant passer le suicide d'un péché à un crime et finalement au symptôme d'une maladie. La démarche de ce chapitre est proprement sociohistorique et permettra de découvrir les représentations, attitudes et pratiques découlant des différents systèmes d'ordre religieux, judiciaire et médical. Nous replaçons l'histoire de la pensée du Québec parmi les contributions des penseurs et des chercheurs de l'Occident, notamment parce que l'évolution de la pensée n'est pas le monopole d'un hémisphère ou d'un pays.

1.1 Le suicide durant l'Antiquité gréco-romaine

Les archives historiques nous permettent de saisir les représentations, attitudes et pratiques ayant circonscrit le phénomène suicidaire durant les derniers millénaires. Bien que la littérature sur l'origine du mot « suicide » (du latin *sui* (de soi) et *caedere* (tuer)¹³) retrace généralement sa première apparition au 17^e siècle dans le livre *Religio Medici* de Sir Thomas Browne's¹⁴, les historiens de l'Antiquité et du Moyen-âge rapportent que des réflexions sur le suicide étaient déjà élaborées bien avant. Il serait possible de remonter plus loin dans les archives, mais pour ce mémoire, nous débuterons dans l'Antiquité gréco-romaine, car les données y sont plus nombreuses. De prime abord, l'historien néerlandais Van Hooff recense 1 200 cas de suicide durant l'Antiquité gréco-romaine¹⁵. Bien que cela paraisse peu pour une période historique aussi longue, l'intérêt pour ces actes était assez répandu dans les chroniques de l'époque. Dans les écrits anciens, on ne retrouve pas le terme français utilisé aujourd'hui — suicide — qui n'existait pas encore, on utilisait plutôt des synonymes de l'expression « mort volontaire » : en grec *Hekousious thanatos* et en latin *Mors voluntaria*, on retrouve aussi dans le palmarès l'expression romaine *mortem sibi consciscere* (*se donner la mort en connaissance de cause*) mettant l'accent sur la conscience rationnelle du sujet¹⁶. Ces qualificatifs indiquent tous qu'il y avait jadis présence d'une compréhension rationnelle et volontaire de l'acte de suicide, cette compréhension guidait d'ailleurs les jugements nuancés à l'égard des suicidés.

Selon Albert Bayet, il est trop fréquent de séparer, à tort, la morale contemporaine en une doctrine qui approuve le suicide et une doctrine qui le désapprouve¹⁷. Avec le souci de démontrer que le christianisme n'avait pas inventé l'horreur du suicide, Bayet fait la démonstration que les opinions circulant à l'époque antique sont beaucoup plus nuancées à l'égard du suicide. En recueillant les propos de philosophes, moralistes, poètes, journalistes et auteurs d'ouvrages destinés à

¹³ Jérémie Vandevoorde, « Chapitre 1. Préambule à l'appréhension de la problématique suicidaire », dans *Psychopathologie du suicide*, Psycho Sup (Paris : Dunod, 2013), 5-13, <https://www.cairn.info/psychopathologie-du-suicide--9782100598212-p-5.htm>, 8

¹⁴ M. T. Griffin, « Suicide », Oxford Research Encyclopedia of Classics, 7 mars 2016, <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199381135.013.6122>; Alexander Murray, *Suicide in the Middle Ages: The Violent against Themselves* (Oxford University Press, 1998), 38

¹⁵ Ronald W. Maris, Alan L. Berman, et Morton M. Silverman, *Comprehensive textbook of suicidology*, Comprehensive textbook of suicidology (New York, NY, US: Guilford Press, 2000), 98.

¹⁶ Yolande Grisé, *Le suicide dans la Rome antique* (Bellarmine, 1982), 24.

¹⁷ Albert Bayet, *Le suicide et la morale* (New York : Arno Press, 1975), 23.

l'enseignement, il propose l'existence de deux types de morales anciennes : une morale « simple » prolétaire et une morale « nuancée » aristocrate¹⁸. La morale simple serait le propre de l'homme du peuple ignorant qui confond tous les suicides dans une même aversion, ce que Grisé relativise, car selon ses lectures historiques, le soldat lui-même était aussi un adepte de la morale nuancée¹⁹. Les porteurs de la morale nuancée jugeaient les suicides par leurs motifs. Ce jugement nuancé n'appartenait donc probablement pas seulement à l'aristocratie comme le laisse entendre Bayet, car les réactions de l'ensemble du peuple variaient selon le type de suicide, se rangeant de la désapprobation à la pitié, voire à l'admiration²⁰. Ainsi, à cette époque, on ne jugeait pas *le suicide*, mais bien *les suicides*.

On peut aussi examiner ces nuances chez les philosophes pour qui les considérations sur le suicide sont souvent articulées à celles sur la liberté, l'autodétermination de sa propre existence, le rapport à Dieu ou à la société. Plusieurs textes des penseurs grecs, notamment les stoïciens et les épicuriens, défendent ou tolèrent le suicide comme solution ultime pour sauver sa dignité lorsque cette dernière est en cause. Les stoïciens (300 av. J.-C. à 300 apr. J.-C.) sont reconnus pour l'importance qu'ils accordaient à la pleine possession de l'existence vécue, y compris le moment et la nature de sa propre mort²¹. Le suicide était ainsi toléré par les philosophes de l'école stoïcienne, car il était perçu comme un acte rationnel. Bien que la philosophie stoïcienne ait eu une influence notable durant l'Antiquité, il est supposé par Van Hooff que la vision la plus répandue face au suicide était celle de la condamnation morale²². Aristote percevait dans l'acte de suicide une injustice contre la société, contre la raison et contre les lois. Dans son livre *Éthique à Nicomaque*, il mentionne que « celui qui, dans un accès de colère, se tranche à lui-même la gorge, accomplit cet acte contrairement à la droite règle, et cela la loi ne le permet pas ; aussi commet-il une injustice »²³. Cette injustice devrait être considérée comme une offense portée à la loi positive car selon Aristote « en violant la loi, son auteur commet un acte d'injustice envers la société »²⁴. Platon, quant à lui, se situait dans un entre-deux ; suggérant d'une part que de sévères sanctions soient administrées à

¹⁸ Bayet, 23

¹⁹ Grisé, *Le suicide dans la Rome antique*, 18

²⁰ Grisé, 17

²¹ Judith M. Stillion et Bethany D. Stillion, « Attitudes Toward Suicide: Past, Present and Future » 38, n° 2 (99 1988): 77-97, <https://doi.org/10.2190/0T85-B3H5-JG6T-QFXG>, 78

²² Stillion et Stillion, 78

²³ Jules Tricot, *Aristote: Ethique a Nicomaque* (Vrin, 1990), 269

²⁴ Tricot, 269

ceux ayant survécu à une tentative de suicide²⁵, mais pondérant ses propos en considérant certaines circonstances atténuantes comme « une décision de la justice, une extrême infortune ou encore une honte désespérée »²⁶. Ces diverses positions philosophiques, surtout les plus condamnatrices, influenceront le clergé catholique durant le Moyen-âge.

1.2 Le suicide durant l'époque médiévale

Entre le 11^e et le 17^e siècle, les évocations de la mort volontaire sont quasi-absentes des sources officielles dénombrant et classifiant les morts. La raison principale de cette absence, selon les historiens, est que l'acte suicidaire est lourdement stigmatisé durant l'époque médiévale et conséquemment gardé secret. De ce fait, pour cette période, les sources qui rapportent les actes de mort volontaire ne sont pas les mêmes que celles qui rapportent les morts naturelles, soit les registres paroissiaux²⁷. Comme les suicidés n'avaient pas le droit à l'inhumation religieuse, les descriptions des cas de suicide résident plutôt dans les mémoires, les journaux tenus par les clercs et les bourgeois ainsi que dans les registres judiciaires²⁸.

Durant le Moyen-Âge, les autorités religieuses dénonçaient ouvertement le suicide comme un acte allant contre Dieu. Le suicide était assimilé à un « acte de lâcheté et de fuite » qui dérobaient le pouvoir divin sur la mort²⁹. Il est rapporté qu'au 11^e siècle, en Angleterre, les cas de suicide attiraient deux types de verdicts judiciaires. On jugeait le coupable comme *felo de se* (c.-à-d. criminel de lui-même ou meurtrier de soi) ou *non compos mentis* (c.-à-d. pas sain d'esprit), et donc innocent. Le verdict *felo de se* engendrait la mutilation du cadavre, un serment de damnation éternelle, les biens étaient confisqués et le cadavre ne pouvait être inhumé en terre consacrée³⁰. Ce qui est intéressant pour cette démonstration réside dans le verdict judiciaire *non compos mentis* qui liait déjà le suicide avec des causes de pathologie mentale³¹. Le suicide, bien que stigmatisé, était déjà sporadiquement compris et jugé comme un acte de folie.

²⁵ Grisé, 171

²⁶ Grisé, 172

²⁷ Georges Minois, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Fayard (Lyon, 1995), 9

²⁸ Minois, 17

²⁹ Minois, 21

³⁰ Minois, 21

³¹ Paola Solano et al., « Conceptualizations of Suicide through Time and Socio-Economic Factors: A Historical Mini-Review », *Irish Journal of Psychological Medicine* 35, n° 1 (mars 2018): 75-86, <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.57>, 78

La séquence tardive du Moyen-Âge, vers le 13^e siècle, voit la création d'une structure formelle, le droit canonique, qui codifie les actions déjà répressives à l'égard du suicide³². Cette structure légale a été érigée sur la base d'une forte influence théologique et morale catholique. Afin d'illustrer cette forte influence chrétienne, prenons par exemple les arguments contre le suicide avancés par Augustin d'Hippone (ou Saint Augustin) et Saint Thomas d'Aquin, deux influents philosophes et théologiens chrétiens. Saint Augustin (354-430 ap.J-C.) justifiait la condamnation du suicide selon un raisonnement déjà entamé par les philosophes de l'Antiquité. À la différence des jugements moraux de ces philosophes, il appuyait sa condamnation sur les écrits vétérotestamentaires. Dans son livre *De Civitate Dei*, il interprète le cinquième commandement de la Bible « tu ne tueras point » comme interdisant le meurtre de soi ;

« Ce n'est point sans raison que dans les livres saints on ne saurait trouver aucun passage où Dieu nous commande ou nous permette, soit pour éviter quelque mal, soit même pour gagner la vie éternelle, de nous donner volontairement la mort. Au contraire, cela nous est interdit par le précepte : "Tu ne tueras point". Remarquez que la loi n'ajoute pas : "Ton prochain", ainsi qu'elle le fait quand elle défend le faux témoignage : "Tu ne porteras point faux témoignage contre ton prochain". (...) il reste que nous entendions de l'homme seul ce précepte : "Tu ne tueras point", c'est-à-dire, tu ne tueras ni un autre ni toi-même, car celui qui se tue, tue un homme. »³³

Cette interprétation du cinquième commandement de l'Ancien Testament est la première exégèse jamais faite, ou du moins mise par écrit. Selon Van Hooff, les idées d'Augustin ont accentué la position condamnatrice de l'Église en matérialisant la doctrine chrétienne qui s'est transposée dans les régulations et lois canoniques³⁴. Dans les siècles qui suivirent Saint-Augustin, les membres du clergé de l'église firent de sa perspective morale le fondement de leurs pratiques : « attempted suicide was punished by ecclesiastical sanctions and suicides were only accorded a 'dog's burial'³⁵ ». Cet argument augustinien est aussi retrouvé, avec près d'un millénaire de différence, dans les écrits de Saint Thomas d'Aquin (1225-1274). Ce dernier propose trois arguments dans le chapitre la *secunda secundae* de sa *Somme théologique* ³⁶ qui vont aussi dans le sens de la

³² Jacqueline G. Cvinar, « Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature », *Perspectives in Psychiatric Care* 41, n° 1 (2005): 14-21, <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x.m>, 14

³³ Saint Augustinus, *La Cité de Dieu*, vol. 1 (Garnier, 1855), 44

³⁴ Anton J. L. van Hooff, *From Autothanasia to Suicide: Self-killing in Classical Antiquity* (London: Routledge, 1990), <https://doi.org/10.4324/9780203032930>, 197

³⁵ Hooff, 197

³⁶ Karsten Lehmkuhler, « Le suicide dans l'histoire de la théologie : d'Augustin à Bonhoeffer », *Études sur la mort* 150, n° 2 (2016): 63-78, <https://doi.org/10.3917/eslm.150.0063>, 67

condamnation morale du suicide. Son premier argument, fort ressemblant à celui d'Augustin, est formulé ainsi ;

« Enfin la vie est un don de Dieu accordé [à] l'homme, et qui demeure toujours soumis au pouvoir de celui qui « fait mourir et qui fait vivre ». Aussi quiconque se prive soi-même de la vie pèche contre Dieu (...). Décider de la mort ou de la vie n'appartient qu'à Dieu seul, selon le Deutéronome (32, 39) : « C'est moi qui fais mourir et qui fais vivre. »³⁷

Mais selon Thomas d'Aquin, la personne suicidaire ne pèche pas seulement contre Dieu, il ajoute que cet acte est aussi nuisible envers le suicidé lui-même et la société ; il ajoute que l'homme « se doit le plus grand amour » et donc « le suicide va contre cette tendance de la nature et contre la charité dont chacun doit s'aimer soi-même. »³⁸. Il propose aussi que l'acte de suicide rende l'humain coupable « d'injustice envers la société à laquelle il appartient »³⁹. D'Aquin réunit donc trois arguments dans une perspective théologique chrétienne qui considère la vie comme un don de Dieu, comme un acte allant contre soi et contre la société. Il va sans dire que les considérations chrétiennes sur le suicide sont négatives et stigmatisent les personnes suicidaires. Ces considérations influenceront d'ailleurs l'administration de procès aux cadavres de suicidés dans l'Ordonnance criminelle de 1670⁴⁰. Le suicide y sera considéré comme un triple crime de meurtre, de trahison et d'hérésie⁴¹. Le suicide sera aussi fortement réprimé en Nouvelle-France, les archives de cette époque font état d'une sévère réprobation pénale et sociale à l'égard des suicides. À titre d'exemple, en 1730, le cadavre de Marie-Anne Magnan, morte par suicide, est condamné à être

Attaché par les pieds au derrière d'une charrette et traîné sur une claie, la tête en bas et la face contre terre dans les rues de Québec jusqu'à la place Royale située à la Basse-Ville, et de là, être ramené devant les prisons royales de la ville où le cadavre sera pendu par les pieds à une potence pendant une durée de 2 heures et ensuite son corps sera jeté à l'eau⁴².

Le suicide et sa tentative sont jusqu'alors fortement réprimés malgré une pratique juridique reconnaissant ponctuellement un caractère de folie relatif à la mort volontaire.

³⁷ Lehmkuhler, 65

³⁸ Lehmkuhler, 67

³⁹ Lehmkuhler, 64

⁴⁰ Norman L. Farberow, *Suicide in Different Cultures* (University Park Press, 1975), 9

⁴¹ Farberow, 9

⁴² Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, « « Des Menottes Sur Des Pansements » », 84

1.3 Le suicide à l'époque des Lumières

Parallèlement à une pratique judiciaire innocentant de plus en plus les suicides, deux autres courants contribuèrent à la dépenalisation du suicide dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle. Il s'agit d'abord d'un débat théorique dénonçant la brutalité des peines infligées aux suicidés menés par les grands auteurs de l'époque des Lumières tels que Montesquieu, Rousseau, Voltaire, Beccaria et Hume. Il s'agit ensuite de quelques médecins avant-gardistes s'appliquant à mettre le suicide en relation avec la mélancolie et la folie. Malgré les propos émis par ces médecins, ce ne fut pas avant les années 1810 que le suicide est devenu véritablement un objet médical⁴³. À ce moment, les instances d'hygiène publique, considérant le suicide comme contagieux, ont tenu la médecine compétente à « fournir les explications scientifiques » au suicide⁴⁴.

1.3.1 La critique philosophique

Les sanctions judiciaires imposées aux suicidés furent remises en question par les philosophes italiens, français et écossais. Loin d'être des apologistes du suicide, ces philosophes, notamment en Italie Beccaria (1764), en France Voltaire (1766), Rousseau (1761) et Montesquieu (1721) et plus tardivement en Écosse avec Hume (1783)⁴⁵, ouvre plutôt un débat sur la conception chrétienne du suicide. Les propos de Montesquieu reflètent l'attitude sceptique adoptée par la plupart d'entre eux à l'égard des lois contre le suicide. Dans *les lettres persanes*, il écrit en s'adressant à Ibben :

Les lois sont furieuses en Europe contre ceux qui se tuent eux-mêmes : on les fait mourir, pour ainsi dire, une seconde fois : ils sont traînés indignement par les rues ; on les note d'infamie ; on confisque leurs biens. Il me paraît, Ibben, que ces lois sont bien injustes. Quand je suis accablé de douleur, de mépris, pourquoi veut-on m'empêcher de mettre fin à mes peines, et me priver cruellement d'un remède qui est en mes mains⁴⁶ ?

Montesquieu, suivi de près par Voltaire et Beccaria, s'attaque à la législation pénale de l'Ancien Régime en se basant sur les valeurs classiques des Lumières, soit la tolérance et la liberté. Ces

⁴³ Eva Yampolsky, « La perversion du suicide, entre la pathologie et la morale », *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, n° 7 (26 septembre 2016), <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.3481>, 2

⁴⁴ Yampolsky, 2

⁴⁵ Farberow, *Suicide in Different Cultures*, 9

⁴⁶ Montesquieu et André Lefèvre, « Lettres Persanes », 2009, <https://www.gutenberg.org/files/30268/30268-h/30268-h.htm>, lettre 76

philosophes réclament l'atténuation de la répression judiciaire contre le suicide, car pour eux, l'individu devrait avoir le droit au suicide puisque la vie elle-même est la propriété de l'individu⁴⁷. L'*Essai sur le Suicide* écrit en 1753 et publié en 1777 de Hume invite aussi à sortir le suicide d'une conception théologique chrétienne. Hume se positionne directement à l'encontre des arguments avancés par Thomas D'Aquin, car il propose que le suicide ne soit pas un crime contre Dieu, contre soi-même ou contre la société. Pour Hume, Dieu nous a conféré le pouvoir d'agir sur notre propre mort et le suicide ne serait donc qu'une autre « operation of God »⁴⁸, c'est-à-dire que si Dieu n'avait pas voulu qu'on se suicide, Hume propose qu'il ne nous aurait donné ce pouvoir d'agir sur notre propre mort. On peut dire que pour ces auteurs le suicide relève d'une certaine autonomie rationnelle, car la vie, et par extension la mort seraient la propriété de l'individu. La prolifération des idées émises par ces philosophes sécularise le suicide et ouvre la porte à d'autres champs d'interprétation, comme celui de la pathologie mentale⁴⁹. Certains philosophes s'avancèrent à proposer un lien entre la maladie mentale et le suicide, tel Montesquieu, repris ici par Philippe Pinel, qui semblait croire à une maladie anglaise spécifique qui menait au suicide ;

“The English” says Montesquieu “kill themselves for no imaginable reason; they kill themselves in the very bosom of happiness. This action, amongst the Romans, was the result of education; it stemmed from their way of thinking and their customs: with the English it is the effect of an illness, and arises from the bodily physical state...” The kind of tendency to suicide to which the author of *The Spirit of the Laws* refers, and which is independent of the very powerful motives to kill oneself such as loss of honour or of fortune, is not an illness peculiar to England. Numerous examples are seen in France in the hospices.⁵⁰

Cette citation démontre que Montesquieu semble croire à une maladie spécifiquement anglaise, alors que Pinel rétorque que cette soi-disant maladie est aussi bien présente en France. Le constat d'un caractère maladif se rattachant au suicide entraîna les psychiatres à tenter de comprendre les raisons qui poussent au suicide. En l'espace de quelques décennies, un virage important du jugement moral à l'explication scientifique du suicide viendra bousculer les attitudes, pratiques et conceptions.

⁴⁷ Solano et al., « Conceptualizations of Suicide through Time and Socio-Economic Factors », 80

⁴⁸ David Hume, *An Essay on Suicide* (R. Forder, 1894), 9

⁴⁹ Solano et al., « Conceptualizations of Suicide through Time and Socio-Economic Factors », 79

⁵⁰ Philippe Pinel, *Medico-Philosophical Treatise on Mental Alienation*, 2^e éd., 1809, 130

1.3.2 L'approche psychiatrique et les théories de l'aliénation mentale

La sécularisation du suicide s'accroît avec la présence croissante de la médecine aliéniste au 19^e siècle. Selon Renneville, on dénombre deux grandes positions théoriques chez les médecins français de l'époque⁵¹. La première position regroupe des médecins soutenant que la question suicidaire n'est pas le propre de la médecine, car le suicide ne se rapporterait pas à une « maladie essentielle »⁵². La seconde, à l'opposé, est composée de médecins argumentant que le suicide relève presque exclusivement du domaine médical en raison d'une aliénation mentale présente chez les suicidaires.

Les premières propositions de la présence d'une aliénation mentale en lien avec le suicide sont retrouvées dans les thèses sur la mélancolie (aujourd'hui connue sous le dénominateur de dépression) présentées par Philippe Pinel, mais aussi Hufeland (mélancholia suicidum), Boissier de Sauvages et Balme (melancholia anglica)⁵³. L'un des plus influents représentants du mouvement aliéniste français et l'élève de Philippe Pinel, le dénommé Jean-Étienne-Dominique Esquirol, déclarait en 1821 dans le *Dictionnaire des sciences médicales* que les suicides relevaient presque tous de pathologies⁵⁴. Pour Esquirol, les médecins avaient le droit de garder, soigner, contrôler et juger les personnes présentant des comportements suicidaires⁵⁵. Ces propos sont appuyés par d'autres aliénistes, tel Chevrey mentionnant dans son essai médical sur le suicide que « le suicide étant le résultat d'une maladie, la gloire d'en arrêter les progrès et d'en suspendre la terrible marche ne [peut] être réservée qu'à la médecine »⁵⁶. Les revendications de quelques médecins aliénistes enveloppèrent les comportements suicidaires dans les mailles d'un discours au vocabulaire médical. Bien qu'Esquirol conçût le suicide selon un cadre médical, il reconnaissait quand même

⁵¹ Marc Renneville, « Le suicide est-il une folie ? Les lectures médicales du suicide en France au XIX^e siècle », *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, n° 10 (11 mai 2018), <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.3797>, 2

⁵² Renneville, 2

⁵³ Laurent Mucchielli et Marc Renneville, « Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930) », *Déviance et Société*, 22, n° 1 (1998): 3-36, 6

⁵⁴ Jean-Étienne Dominique Esquirol. *Société de Médecins et de Chirurgiens. Dictionnaire des sciences médicales*. LIII. Paris (FR): CLF Panckouke; Suicide ; pp. 1812–1822., cité dans Saxby Pridmore, « Medicalisation of Suicide », *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS* 18, n° 4 (2011): 78-83, 78

⁵⁵ Ian Hacking, éd., « Suicide is a kind of madness », dans *The Taming of Chance, Ideas in Context* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990), 64-72, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511819766.008>, 65

⁵⁶ J. Chevrey, « Essai médical sur le suicide, considéré, dans tous les cas, comme le résultat d'une aliénation mentale, etc. » (1816), 7.

l'apport de facteurs sociaux, un peu à la manière de Claude-Étienne Bourdin, un médecin aliéniste français qui s'appliquait à relier tous les suicides à *la monomanie suicide*⁵⁷, pathologie occasionnée par un grand nombre de causes : les causes *prédisposantes* telles que l'hérédité et l'imitation et les *causes déterminantes* telles que « l'amour déçu, la haine et la jalousie, l'ambition trompée, les mécomptes de la fortune [...] »⁵⁸. Pour la plupart des aliénistes, bien que la folie et la mélancolie furent reconnues comme le cœur du passage à l'acte suicidaire, certains reconnaissaient qu'il existait des suicides ne relevant pas de l'aliénation mentale⁵⁹. Certains aliénistes récusait cette tendance des médecins à lier le suicide à des causes de folie, d'aliénation mentale et à des perversions de l'instinct de conservation⁶⁰. Pour le médecin Brière de Boismont, par exemple, il existait deux types de suicide : l'un qui relève de la perversion morale, dont les causes sont « l'éducation, les passions et l'oubli des devoirs sociaux et religieux, et l'autre, pathologique, qui est commis dans la perte de la raison et de la volonté »⁶¹. Dans son livre *Du suicide et de la folie suicide*, il explique la tendance au suicide des aliénés par « des hallucinations, des illusions, des conceptions délirantes, des impulsions irrésistibles, un véritable état maladif (...) »⁶². L'explication du suicide par l'aliénation mentale est venue bousculer la prégnance des paradigmes moraux qui avait dominé pendant des siècles.

1.3.3 L'omniprésence thérapeutique dans les cours pénales québécoises

La psychiatrie, en révélant l'état d'aliénation mentale des suicidaires, a non seulement renversé la morale dominante, mais a aussi orchestré un déplacement dans la prise en charge et la réaction sociale à l'égard des suicidaires. L'analyse des procès pour tentative de suicide entre 1892 et 1972 dans les cours de justice québécoise rapporte que nous sommes passés

D'une légitimation de la répression pénale qui était jusque-là fondée en grande partie sur la morale et le discours religieux, lesquels condamnaient le meurtre contre soi-même et sa tentative, à l'interprétation de cette tentative de suicide comme émanant d'un instant de folie, d'un mal être ou

⁵⁷ Mucchielli et Renneville, « Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930) », 4

⁵⁸ Mucchielli et Renneville, 4

⁵⁹ Yampolsky, « La perversion du suicide, entre la pathologie et la morale », 8

⁶⁰ Yampolsky, 3

⁶¹ Yampolsky, 9

⁶² G. M. B., « Du Suicide et de La Folie Suicide ; Par A. Brière de Boismont, & c., & c., & c., Deuxième Edition, Revue et Augmentée. Paris : 1865, Pp. 763. - On Suicide and Suicidal Mania. By Dr. Brière de Boismont. Second Edition, Revised and Enlarged. Paris: 1865. », *Journal of Mental Science* 11, n° 54 (juillet 1865): 219-33, <https://doi.org/10.1192/S0368315X00226509>, 351

encore d'une maladie mentale avec l'émergence de nouveaux discours dominants que sont ceux de la médecine et de la psychiatrie au cours du vingtième siècle.⁶³

Les auteurs Cellard, Chapdelaine et Corriveau relèvent précisément trois phases chronologiques marquant le déplacement du pénal au thérapeutique dans l'appréhension du geste suicidaire. Entre 1892 et 1925, le suicide relève en quasi-exclusivité du domaine judiciaire, mais on admet déjà la présence d'une aliénation mentale. Il est à savoir qu'avant de figurer au Code criminel, la tentative de suicide était une infraction punissable en vertu de la Common Law⁶⁴. Dès la création du Code criminel en 1892, on indique à l'article 238 que « celui qui tente de se suicider est coupable d'un acte criminel passible de deux ans d'emprisonnement » (chap. 29, art. 238). L'article 11 du Code criminel mentionne toutefois que l'accusé doit être « déclaré non-coupable en cas d'aliénation mentale et détenu jusqu'à un avis contraire du lieutenant-gouverneur de la province »⁶⁵. Cet accouplement du médical et du législatif est aussi retrouvé dans les propos du professeur de médecine légale, Dr. Wilfrid Derome, qui dans son étude publiée en 1919 admet l'importance de la folie comme cause déterminante dans le passage à l'acte suicidaire tout en définissant le suicide comme un « meurtre contre soi-même »⁶⁶.

Le clergé catholique jouait aussi un rôle fondamental dans le jugement des personnes suicidaires entre 1892 et 1925. Au sein des cours de justice, les juges accordaient une certaine importance à la présence d'un soutien familial ou du curé de la paroisse dans le jugement d'une sentence. Le juge ne s'en remettait donc pas au savoir médical pour valider son jugement malgré une reconnaissance de l'aliénation mentale. Les propos rapportés dans les archives soulignent que l'aliénation mentale est plutôt traitée comme une évidence et non comme un diagnostic médical « [. . .] Ce pauvre malheureux avait *évidemment* essayé de se trancher la gorge dans un moment d'aliénation mentale »⁶⁷.

De 1926 à 1950, la réaction juridique évolue vers une plus grande indulgence envers les suicidaires. Durant ces années, les auteurs Cellard et coll. dénotent une « entrée en scène du discours

⁶³ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, « Des Menottes Sur Des Pansements », 85

⁶⁴ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 86

⁶⁵ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 84

⁶⁶ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 85

⁶⁷ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 89

psychiatrique »⁶⁸. Les psychiatres sont de plus en plus appelés à témoigner devant les tribunaux du Québec en tant qu'experts, « le discours scientifique ayant désormais davantage de poids dans les cours de justice »⁶⁹. Les psychiatres appelés à la cour pour faire l'examen psychologique d'un accusé vont baser leur évaluation sur l'origine du comportement suicidaire et le niveau d'intentionnalité du passage à l'acte⁷⁰. Malgré l'entrée en scène de la psychiatrie, l'interprétation juridique avait encore le mot final sur la sentence de l'accusé.

C'est à partir de 1950 que les auteurs Cellard et coll. dénotent un réel changement dans les tribunaux québécois. Dans les archives des procès pour tentative de suicide des tribunaux québécois, on assiste, pour la première fois, à des acquittements à la suite d'un plaidoyer de folie⁷¹. D'ailleurs, les types de sentences changent aussi, on voit apparaître des « sentences en communauté » et la peine d'incarcération disparaît des archives à partir de 1963⁷². C'est officiellement en 1972 que la tentative de suicide est décriminalisée au Canada, année de son retrait du *Code criminel canadien*.

1.4 Conclusion

Ce chapitre nous a permis de retracer les différentes conceptions morales afin de les inscrire dans un autre mode de problématisation, soit celui de la pathologisation du suicide. Comme nous venons de le démontrer, au 20^e siècle, la psychiatrie a graduellement commencé à prendre en charge les personnes suicidaires. À ce stade du mémoire, on entrevoit la possibilité de poursuivre dans une perspective foucauldienne d'analyse du pouvoir psychiatrique. D'ailleurs, ce type d'analyse pourrait être largement appuyé par une somme considérable d'auteurs dénonçant, à ce jour, une gestion trop médicalisée du suicide. Toutefois, nous ressentons une certaine gêne à s'appropriier ces critiques sans les vérifier nous-mêmes. Comme le mentionne Kaczmarek, le fait que l'institution médicale est supplantée la religion et la justice dans la prise en charge des personnes suicidaires n'est pas

⁶⁸ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 90

⁶⁹ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 90

⁷⁰ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 91

⁷¹ Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 92

⁷² Cellard, Chapdelaine, et Corriveau, 92

nécessairement déplorable⁷³. Nous souhaitons donc prendre un recul sur la tradition sociologique qui critique d'emblée la médicalisation dès qu'elle s'impose historiquement, car selon nous la réalité est probablement plus complexe. Comme nous le verrons dans le chapitre 2, après l'entrée en scène de la médecine dans la gestion du suicide, une abondance de savoirs et de pratiques s'est développée. Nous verrons en détail le développement des sciences sociologiques, psychologiques et épidémiologiques et la manière dont ils ont, à leurs tours, élargi le champ des connaissances sur le suicide. Cette abondance est en quelque sorte à la racine de notre questionnement, à savoir que malgré cette multitude de savoirs et de pratiques, la prévention du suicide serait encore trop médicalisée, mais à quel point est-ce réellement le cas ?

⁷³ Emilia Kaczmarek, « How to Distinguish Medicalization from Over-Medicalization? », *Medicine, Health Care and Philosophy* 22, n° 1 (1 mars 2019): 119-28, <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>, 121

Chapitre II

Le développement des savoirs scientifiques non médicaux

Au moment où le suicide entre dans la sphère médicale, la personne suicidaire est perçue comme dépossédée, aliénée de ses moyens et, en parallèle, on la disculpe de plus en plus des châtiments sauvages administrés aux suicidés. L'analyse médicale du suicide ouvre la voie à des formes d'interprétations libérées d'une morale répressive. On verra dans l'histoire se développer des connaissances sociologiques, psychologiques et épidémiologiques sur l'objet du suicide qui vont offrir d'autres interprétations aux explications médico-psychiatriques du suicide. Ces champs de connaissances permettront d'établir que le suicide est aussi influencé par les crises économiques, le divorce, certains traits de personnalité, la présence d'un sentiment de désespoir, l'interaction entre de nombreux facteurs de risques, et bien plus.

Avant de traiter de ces nouvelles interprétations du suicide, nous poursuivons notre démarche sociohistorique en délimitant les terminologies actuelles adoptées pour définir le suicide. Dans le dernier chapitre, la définition du suicide se résumait à l'acte de se donner la mort, mais aujourd'hui le suicide n'est plus uniquement « mort volontaire », il est devenu « comportements suicidaires » et comprend un lexique diversifié regroupant le « suicide complété », la « tentative de suicide », l'« idéation suicidaire » et les « comportements autodestructeurs ou suicide indirect ».

2.1 Terminologie actuelle des comportements suicidaires

Avant de poursuivre notre examen du problème, il est nécessaire de clarifier ce qui est entendu par « suicide complété », « tentative de suicide », « idéation suicidaire » et « comportements autodestructeurs ou suicide indirect ». Il est généralement entendu qu'une personne qui se suicide possède une trajectoire plus ou moins linéaire de comportements suicidaires précédant la complétion de l'acte suicidaire. Les « suicides complétés » représentent en fait un faible pourcentage de l'étendue des comportements suicidaires chez l'humain⁷⁴. Il est estimé que les comportements suicidaires non fatals sont de 25 à 50 fois plus fréquents que les suicides

⁷⁴ Brian L. Mishara et Michel Tousignant, *Comprendre le suicide* (PUM, 2004), 31

complétés⁷⁵. Ces *comportements suicidaires*, outre le suicide complété, sont définis par l'Agence de la santé publique du Canada, comme le fait de « réfléchir au suicide ou de l'envisager, de planifier le suicide, d'avoir l'intention de se suicider et de tenter de se suicider »⁷⁶. Lorsqu'on décortique ces éléments, on entrevoit la complexité à établir une caractérisation homogène et consensuelle de ce qu'est le suicide.

Les décès par suicide sont souvent désignés sous les termes « suicide complété » dans les milieux scientifiques. Ces termes servent à préciser le seul mot « suicide » et sont plus politiquement correct que l'expression utilisée il y a de cela quelques années, soit le « suicide réussi »⁷⁷. Plusieurs définitions du « suicide complété » ont été proposées, mais aucune ne témoigne d'un assentiment généralisé par la communauté scientifique. Selon une revue de littérature systématique menée par Goodfellow et coll., les multiples définitions du « suicide complété » qui existent dans le monde évoquent quatre caractéristiques fondamentales que l'auteur résume par « agency, knowledge of a potential fatal outcome, intent, and outcome »⁷⁸ que nous traduisons par agentivité, connaissance de la fatalité de l'acte, intention et résultat. Parmi ces quatre caractéristiques, les auteurs mentionnent que les définitions évoquant l'intention et le résultat font état d'un plus grand consensus chez les chercheurs ; c'est-à-dire que ces deux traits sont similairement définis chez l'ensemble des définitions étudiées. Nous pouvons d'ailleurs observer cette tendance dans la définition proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans laquelle le suicide réfère « à l'acte de se donner délibérément la mort »⁷⁹. L'intention suicidaire donc, pour les définitions officielles, tient essentiellement à « tout décès causé intentionnellement par soi-même »⁸⁰. Cependant, comme souligné par Mishara et Tousignant, évaluer le degré d'intention d'une personne qui commet un acte suicidaire est complexe : le décès d'une personne morte par pendaison est catégorisé en tant que suicide, tout comme le décès d'une personne en proie à une

⁷⁵ Maria A Oquendo et Enrique Baca-Garcia, « Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations », *World Psychiatry* 13, n° 2 (juin 2014): 128-30, <https://doi.org/10.1002/wps.20116>, 128

⁷⁶ Agence de la santé publique du Canada, « Cadre fédéral de prévention du suicide », politiques, 13 juin 2016, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/cadre-federal-prevention-suicide.html>, 45

⁷⁷ Mishara et Tousignant, *Comprendre le suicide*, 32

⁷⁸ Benjamin Goodfellow, Kairi Kølves, et Diego Leo, « Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review », *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, n° 2 (avril 2019): 488-504, <https://doi.org/10.1111/sltb.12457>, 499

⁷⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Prévention du suicide*, 12

⁸⁰ Mishara et Tousignant, *Comprendre le suicide*, 33

longue dépression qui choisit de se pendre le jour où son partenaire décède, ainsi que le cas d'une personne atteinte de schizophrénie qui, sous l'influence d'auditions impératives, opte pour la pendaison⁸¹. L'intention référée dans les documents officiels se rapporte uniquement au fait de se donner la mort, mais on peut pousser plus loin la réflexion et se demander si la personne souhaitait vraiment mourir. La théorie psychologique du Psychache stipule d'ailleurs que la personne qui se suicide ne souhaite pas vraiment mourir, mais plutôt échapper à une souffrance insupportable, qu'est-ce donc l'intention de mourir dans un contexte de détresse. Voici du matériel sur lequel réfléchir, mais pour revenir à notre terminologie, poursuivons avec d'autres exemples révélateurs de la complexité propre à l'établissement d'une définition du suicide.

Lorsqu'on s'imagine un suicide, la plupart d'entre nous pensent à la pendaison ou à la prise d'une quantité létale de pilules ; ce sont deux événements qui ont été largement représentés dans les médias, mais la distinction entre une mort non volontaire et une mort par suicide n'est pas toujours aussi discernable. Il existe de nombreux comportements humains qui augmentent le risque de mourir à moyen terme sans le précipiter dans l'immédiat⁸². Selon la méta-analyse menée par Goodfellow et coll., il semblerait que selon trois définitions sur 19 le suicide peut résulter de l'absence d'action ou de comportements destructeurs⁸³. Ce sont les cas des personnes qui n'écoutent pas les recommandations de leur médecin pour soigner leur maladie grave⁸⁴, ceux qui fument la cigarette ou prennent des risques en conduisant dangereusement⁸⁵. De nombreux comportements sont donc associés de près ou de loin à la perpétration d'un suicide ; de loin dans le cas des comportements autodestructeurs et d'un peu plus près dans le cas de la tentative de suicide.

La tentative de suicide fait référence à des actes réalisés dans l'intention de se donner la mort, mais sans aboutir à cette finalité⁸⁶. Le résultat des tentatives de suicide varie en intensité ; la tentative peut être considérée comme « grave » lorsque, par exemple, une personne ne succombe pas à la balle qu'elle s'est tirée dans la tête ou comme « mineure » lorsque, par exemple, une personne

⁸¹ Mishara et Tousignant, 33

⁸² Mishara et Tousignant, 37

⁸³ Goodfellow, Kølves, et Leo, « Contemporary Definitions of Suicidal Behavior », 491

⁸⁴ Mishara et Tousignant, *Comprendre le suicide.*, 37

⁸⁵ Mishara et Tousignant, 37

⁸⁶ Mishara et Tousignant, 34

s'ouvre les veines sans occasionner de dommage physique important⁸⁷. Néanmoins, certains chercheurs ont établi que la gravité des séquelles laissées par la tentative de suicide n'est pas le reflet du degré d'intention de se donner la mort⁸⁸. Les intervenants auprès des personnes suicidaires rapportent qu'une ambivalence serait souvent présente au moment d'accomplir l'acte suicidaire. Cette ambivalence se traduit par un désir de « mettre fin à [ses] souffrances en recourant au suicide, mais [à la fois de] trouver d'autres solutions moins radicales et permanentes à leurs problèmes »⁸⁹. Cette ambivalence infléchirait sur la sélection d'un moyen ayant une plus faible probabilité de mener à la mort, mais l'intention suicidaire resterait présente. Les tentatives de suicide sont en fait beaucoup plus nombreuses que les suicides complétés.

Des chercheurs européens souhaitaient savoir pourquoi seulement quelques tentatives de suicide aboutissaient à la mort. Ils proposent que les personnes faisant une tentative de suicide présentent des caractéristiques différentes des personnes qui meurent par suicide. Ces mêmes chercheurs ont décidé d'utiliser le terme « parasuicide » pour identifier les « efforts non létaux de se donner la mort »⁹⁰. Sans entrer dans les détails, certaines études, comme celle de Beautrais, ont cherché à mesurer ces différences entre suicide et tentative de suicide, et concluent en fait qu'un grand nombre de similarités unissent les deux comportements⁹¹. Bref, le terme « parasuicide » est surtout utilisé en Europe. Les recherches réalisées au Québec mettent l'accent sur les ressemblances entre les tentatives de suicide et les suicides complétés⁹².

Au même titre que toutes les définitions précédentes, la caractérisation de l'idéation suicidaire ne fait pas consensus parmi les chercheurs du milieu universitaire et scientifique. L'idéation suicidaire est un phénomène complexe sans définition cohérente et elle est parfois décrite comme des pensées éphémères, des contemplations, des souhaits ou des intentions de s'enlever la vie⁹³. L'idéation suicidaire n'implique pas nécessairement la perpétration d'une tentative de suicide, mais puisque

⁸⁷ Mishara et Tousignant, 34

⁸⁸ Mishara et Tousignant, 34

⁸⁹ Mishara et Tousignant, 35

⁹⁰ Mishara et Tousignant, 36

⁹¹ A. L. Beautrais, « Suicides and Serious Suicide Attempts: Two Populations or One? », *Psychological Medicine* 31, n° 5 (juillet 2001): 837-45, <https://doi.org/10.1017/s0033291701003889>, 837

⁹² Mishara et Tousignant, *Comprendre le suicide*, 37

⁹³ Bonnie Harmer et al., « Suicidal Ideation », dans *StatPearls* (Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>, 1

l'idéation suicidaire est toujours présente avant le suicide complété, elle représente un signal d'alarme. C'est pourquoi l'idéation suicidaire est incluse dans la grille d'estimation du risque suicidaire, qui, lorsqu'utilisée par un intervenant, sert à identifier la présence d'idées suicidaires et la fréquence à laquelle elles surviennent⁹⁴.

Il reste difficile, à ce jour, d'établir une définition cohérente et consensuelle des différents comportements suicidaires. Toutefois, grossièrement, on peut comprendre le suicide non pas comme un comportement isolé, mais comme l'aboutissement d'une longue trajectoire de comportements suicidaires comprenant ou non l'idéation, les comportements autodestructeurs, aux tentatives de suicide et au suicide complété. Cette trajectoire n'est pas linéaire, elle est le résultat des intentions individuelles qui la guide. Ces intentions individuelles, pour Durkheim, sont influencées par des « causes suicidogènes » extérieures à l'individu, mais qui agissent sur l'individu.

2.2 L'approche sociologique et les causes sociales du suicide

Le regard sociologique sur le suicide s'est développé en faisant concurrence aux thèses psychiatriques. Le sociologue le plus popularisé pour ses recherches fondatrices sur cette thématique est Émile Durkheim, notamment par la parution de son essai intitulé *Le suicide* en 1897. Dès les premières pages de l'ouvrage, Durkheim écrit, avec des prétentions impérialistes pour la sociologie, que le suicide n'entretient aucun lien avec la folie et la neurasthénie : « nous n'avons découvert aucun rapport immédiat entre la neurasthénie et le taux social des suicides »⁹⁵. En se distinguant largement des médecins-aliénistes, Durkheim laisse de côté la recherche des causes intra-individuelles du suicide pour chercher « dans la nature des sociétés elles-mêmes les causes de l'aptitude que chacune d'elles a pour le suicide »⁹⁶. Il émet l'hypothèse que le suicide possède une nature « éminemment sociale » ; les penchants individuels pour le suicide dériveraient d'une morale collective propre à chaque peuple :

C'est la constitution morale de la société qui fixe à chaque instant le contingent des morts volontaires. Il existe donc pour chaque peuple une force collective, d'une énergie déterminée, qui

⁹⁴ Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal., « Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS) », 2018, 35

⁹⁵ Durkheim, *Le suicide*, 335

⁹⁶ Durkheim, 335

pousse les hommes à se tuer. Les mouvements que le patient accomplit et qui, au premier abord, paraissent n'exprimer que son tempérament personnel sont, en réalité, la suite et le prolongement d'un état social qu'ils manifestent extérieurement⁹⁷.

Durkheim considère donc plutôt le suicide comme un ensemble de « causes suicidogènes » extérieures à l'individu et qui agissent sur l'individu. Afin de soutenir sa posture critique, il démontre que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, chez les personnes célibataires que les personnes mariées, chez les personnes sans enfant plutôt que celles avec des enfants et chez les protestants plutôt que les catholiques (Stanley 2015). Son outil principal, la statistique, soit « l'addition des cas individuels, tous forts différents, et le rapport de la somme obtenue avec les principales grandeurs sociales »⁹⁸, permet à Durkheim de proposer que le suicide varie selon *la structure des relations sociales* propres à une société. Ce qu'il entend par « structure des relations sociales » est un rapport entre deux variables : le niveau d'intégration (les liens qui unissent les individus) et de régulation morale (les normes et règles sociales qui guident les individus) (Mueller, 2021). Ainsi, pour résumer le tout, Durkheim établit que le suicide, au lieu de varier *seulement* selon des penchants individuels, varierait selon les niveaux d'intégration ou de régulation propres à une société donnée.

2.2.1 Une typologie du suicide

Il ne conclut pas sa démonstration ici, le rapport entre les variables d'intégration et de régulation lui permet d'établir une typologie du suicide. La typologie de Durkheim est construite sur l'opposition *excès* versus *défaut* d'intégration (*trop* d'intégration ou *pas assez* d'intégration) ou de régulation (*trop* de normes/règles ou *pas assez* de normes/règles). Un défaut d'intégration engendre un type de suicide *égoïste* et un excès d'intégration engendre un type de suicide *altruïste*. Un défaut de régulation engendre le suicide de type *anomique* et un excès de régulation occasionne le suicide de type *fataliste*.

Le suicide de type *égoïste* survient lorsqu'un individu manque d'intégration sociale. Selon l'observation d'un taux de suicide plus élevé chez les religieux protestants que catholique, Durkheim explique que l'Église protestante n'a pas sur le suicide « la même action modératrice » que les autres Églises. Il ne réduit pas son argumentaire aux seules conceptions religieuses qui

⁹⁷ Durkheim, 336

⁹⁸ Philippe Courtet, *Suicides et tentatives de suicide*, Médecine-Sciences Flammarion (France : Lavoisier, 2010), 14

protègent l'individu, mais bien à l'aspect intégrateur que possède la communauté religieuse.

L'église, ainsi

Si elle protège l'homme contre le désir de se détruire, ce n'est pas parce qu'elle lui prêche, avec des arguments *sui generis*, le respect de sa personne ; c'est parce qu'elle est une société. Ce qui constitue cette société, c'est l'existence d'un certain nombre de croyances et de pratiques communes à tous les fidèles, traditionnelles et, par suite, obligatoires. Plus ces états collectifs sont nombreux et forts, plus la communauté religieuse est fortement intégrée ; plus aussi elle a de vertu préservatrice.⁹⁹

Bien que la démonstration initiale ait porté sur la communauté religieuse, Durkheim consacre son prochain chapitre à la fonction intégratrice aussi présente chez la « société familiale »¹⁰⁰ et les « sociétés politiques »¹⁰¹. Si, par contre, l'individu est *trop* intégré à la communauté, des suicides de type altruistes peuvent survenir. Les suicides altruistes sont ceux d'hommes arrivés au seuil de la vieillesse ou atteints de maladie, de femmes suivant leur mari dans la mort ou de serviteurs suivant leurs « chefs » dans la mort¹⁰². Ces suicides ne sont pas exécutés parce que le suicidaire s'en « arroe le droit », mais parce qu'il en a « le devoir »¹⁰³, l'individu ne s'appartient pas, le « pôle de sa conduite est situé en dehors de lui, à savoir dans un des groupes dont il fait partie »¹⁰⁴.

La société possède également un pouvoir moral régulateur qui influe sur le taux social des suicides. Ce pouvoir moral serait assuré par l'intermédiaire des normes, soit des règles intériorisées par les individus, qui guideraient l'action de ces derniers. Les crises économiques sont, par exemple, un exemple d'évènement qui fait augmenter le nombre de suicides dits *anomiques*. En d'autres mots, le suicide anomique découlerait d'une société qui ne fournit pas une régulation sociale adéquate, une société en absence de normes. Pour Durkheim, il est dans la nature de l'homme d'être un « éternel mécontent, d'aller toujours en avant sans trêve et sans repos, vers une fin indéterminée »¹⁰⁵, si aucune force extérieure ne peut le réguler pour le protéger de sa propre nature, pour « marquer aux passions le point au-delà duquel elles ne doivent pas aller »¹⁰⁶, l'individu pourra attenter à ses jours, compléter un suicide *anomique*. Pour Durkheim, l'anomie économique n'est pas la seule qui puisse engendrer le suicide, la crise de veuvage, comme il la nomme, en est aussi

⁹⁹ Durkheim, *Le suicide*, 173

¹⁰⁰ Durkheim, 208

¹⁰¹ Durkheim, 215

¹⁰² Durkheim, 235

¹⁰³ Durkheim, 236

¹⁰⁴ Durkheim, 238

¹⁰⁵ Durkheim, 287

¹⁰⁶ Durkheim, 275

coupable. Le divorce impliquerait un « affaiblissement de la réglementation matrimoniale »¹⁰⁷. Cet état d'anomie conjugale serait relié au suicide anémique, mais spécifiquement chez les hommes, car la femme aurait des intérêts contraires à l'homme. Selon Durkheim, l'homme aurait besoin de « contrainte » et la femme de « liberté », ce que le divorce lui offre en quelque sorte¹⁰⁸. En dernier, à l'opposé du suicide anémique, Durkheim décrit le suicide fataliste comme découlant d'un excès de régulation sociale et de discipline oppressive. Ce suicide est très peu décrit dans l'essai de Durkheim, car ce dernier le juge de « peu d'importance » sauf pour son intérêt historique. Il résume brièvement les suicides fatalistes par « tous ceux, en un mot, qui peuvent être attribués aux intempérances du despotisme matériel ou moral »¹⁰⁹.

2.2.2 Limites et contributions de la sociologie du suicide

À l'époque, Durkheim a fait connaître une autre façon de comprendre le suicide, en se dégageant d'une conception individuelle sur le plan de l'aliénation mentale, il superpose les causes collectives du suicide pour expliquer ces mêmes causes individuelles :

Il y a une humeur collective, comme il y a une humeur individuelle, qui incline les peuples à la tristesse ou à la gaieté, qui leur fait voir les choses sous des couleurs riantes ou sombres. Même, la société est seule en état de porter sur ce que vaut la vie humaine un jugement d'ensemble pour lequel l'individu n'est pas compétent.¹¹⁰

Cette tentative de superposition est en fait la source de nombreuses critiques à l'égard de la méthodologie de Durkheim. Sa méthodologie est un exemple de « l'erreur écologique » : l'erreur d'étudier les données agrégées pour expliquer des comportements individuels¹¹¹. C'est-à-dire que Durkheim postule, par exemple, que les protestants se suicident plus que les catholiques, mais au niveau individuel, une personne de foi protestante n'est pas plus suicidaire qu'une personne de foi catholique. Les tendances collectives relevées par Durkheim auraient leurs existences propres. Durkheim n'accorde aussi aucune importance aux enjeux de pouvoir et d'inégalité dans son essai. Comme il est rapporté dans l'article de Mueller et coll., il existe une ligne mince entre une autorité

¹⁰⁷ Durkheim, 306

¹⁰⁸ Durkheim, 309

¹⁰⁹ Durkheim, 311

¹¹⁰ Durkheim, 229

¹¹¹ Anna S. Mueller et al., « The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention », *Frontiers in Psychology* 12 (2021), <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.621569>, 3

(morale et physique) assurant une régulation en temps de chaos sociétal et une autorité étant le renforçateur d'oppression et d'inégalités¹¹². Durkheim n'aborderait pas ce côté pernicieux d'une autorité de pouvoir pouvant renforcer les inégalités, il traite essentiellement de la société comme étant une force régulatrice neutre.

La force de l'étude de Durkheim réside dans son apport à la prévention du suicide. Son ouvrage met en lumière la manière dont les structures sociales peuvent avoir un impact sur les taux de suicide. Il souligne aussi l'importance des solidarités sociales fortes qui ancrent l'individu dans la société¹¹³. En appréhendant le suicide comme le résultat entre « sujet, groupes familial et social et contexte économique et politique », il sort le suicide d'un regard psychiatrique rivé sur l'individu et lui seul¹¹⁴.

2.3 Les approches psychologiques : un apport qualitatif

La psychanalyse et la psychopathologie clinique, à l'instar de la psychiatrie, se sont aussi appliquées à élucider les caractéristiques endogènes du suicide. Selon André, la psychanalyse n'a pas véritablement théorisé le suicide plutôt que chercher à comprendre les mécanismes psychiques suscitant un désir de mort¹¹⁵. Cette façon d'aborder l'enjeu suicidaire s'éloigne des recherches sur les corrélations menées en psychiatrie, en sociologie, en santé publique et finalement en psychopathologie clinique¹¹⁶. La psychanalyse a voulu davantage comprendre les conditions de possibilité du « désir de mourir » que d'y trouver des explications causales. Au contraire, la branche de la psychopathologie clinique a dirigé ses activités de recherche vers la découverte des traits de personnalité récurrents chez les personnes suicidaires qui pouvaient expliquer la présence des comportements suicidaires.

¹¹² Mueller et al., 3

¹¹³ Mueller et al., 3

¹¹⁴ François Danet, « Généalogie de la problématique suicidaire. Des mythes de la création du monde et de la topographie corporelle à l'approche psychanalytique du suicide », *L'Évolution Psychiatrique* 73, n° 2 (1 avril 2008) : 273-94, <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2008.02.010>, 286

¹¹⁵ Joanne André, « Premier chapitre. Histoire de la pensée sur le suicide », dans *La vie après le suicide*, Hors collection (Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France, 2016), 15-38, <https://www.cairn.info/la-vie-apres-le-suicide--9782130731016-p-15.htm>, 28

¹¹⁶ André, 28

Vers 1910, quelques psychanalystes tels que Stekel, Adler, Jung et Freud, proposent de résoudre l'énigme de l'acte suicidaire ou, dans les termes de Freud, comprendre « comment ce moi peut consentir à son auto-destruction »¹¹⁷. La plupart de ces psychanalystes feront apparaître le suicide comme une « hostilité dirigée envers un objet aimé, mais qui est retournée contre soi-même », « un substitut de psychose », « une expression délirante », « le meurtre d'un autre », « un substitut du désir et de la parole », la mise en échec de la pulsion de vie ou l'aboutissement d'un conflit intérieur dans lequel « le moi se tue de n'être plus moi »¹¹⁸. Toutefois, comme la majorité des théories psychodynamiques ne peuvent être validées empiriquement, elles sont restées à l'état théorique et font actuellement moins l'objet central des recherches en psychologie du suicide. D'autres théories sont aujourd'hui plus investies dans l'étude psychologique du suicide, notamment la théorie du psychache, le modèle du cry of pain, la recherche des « traits de personnalité suicidaire », le modèle de Baumeister, le modèle de Joiner et les théories diathèse-stress.

2.3.1 Les modèles théoriques en psychologie

En 1993, Norman Farberow et Ed Shneidman, les fondateurs de la suicidologie¹¹⁹, proposent la *Psychache Theory* pour expliquer le processus suicidaire. Selon eux, la présence d'une douleur psychique (*psychache*) insurmontable est la variable la plus communément reliée au suicide. Le suicidologue Edwin Shneidman définit cette douleur psychique (*psychache*) comme :

The hurt, anguish, soreness, aching, psychological *pain* in the psyche, the mind. The pain of excessively felt shame, or guilt, or humiliation, or loneliness, or fear, or angst, or dread of growing old or of dying badly, or whatever.

Cette douleur psychique résulterait d'une expérience introspective de honte, culpabilité, d'humiliation, de solitude, de peur, etc. couplée à des vulnérabilités individuelles qui ferait en sorte que la mort devienne une option envisageable, selon Shneidman, « suicide occurs when the psychache is deemed by that person to be unbearable »¹²⁰. C'est d'ailleurs ce qu'en laisse croire

¹¹⁷ André, 28

¹¹⁸ André, 30

¹¹⁹ La suicidologie a été défini comme un système ouvert de recherche-action en prévention du suicide qui base ses pratiques sur l'intervention sociale dans les centres de prévention, les forums et la gestion de l'information concernant les « personnes vulnérables à potentiel suicidaire », Cf. Marie-France Aujard, « La suicidologie, un outil de gestion du comportement », *Recherches sociographiques* 48, n° 3 (2007) : 161-74, <https://doi.org/10.7202/018008ar>, 161

¹²⁰ Edwin S. Shneidman, *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior* (Jason Aronson, 1993), 51

l'analyse des notes laissées par les suicidés, car ces derniers témoignent fréquemment d'une vie « trop dure à supporter »¹²¹. Un grand nombre de travaux ont évalué la pertinence de cette théorie et ont trouvé des associations robustes entre les mesures de douleur psychologique et de risque suicidaire. Il est dit que la douleur psychologique serait associée au risque suicidaire « even when controlling for depression and hopelessness »¹²² bien que d'autres études aboutissent à la conclusion contraire, soit d'une association forte ($r=.80$) entre la douleur psychique, la dépression et le désespoir¹²³. Les contradictions des études résulteraient du manque de cohésion dans les mesures de la douleur psychique, notamment en ce qui concerne l'aspect « insupportable » de la douleur psychique¹²⁴. Les études portant sur la *psychache theory* ont néanmoins inspiré la formulation de nombreux autres modèles contemporains du suicide : celui de Baumeister (escape theory), de Williams (modèle du cry of pain) et la recherche sur les « traits de personnalité suicidaire ».

La diversification des courants théoriques en psychologie amena plusieurs psychologues à s'investir dans l'établissement de modèles fondés sur la recherche des « traits de personnalités suicidaires »¹²⁵. Plusieurs traits de personnalité constituent aujourd'hui les cibles privilégiées des traitements psychothérapeutiques. On note l'impulsivité (la tendance à répondre rapidement à un stimulus sans réflexion préalable), le neuroticisme (l'hyperréactivité émotionnelle face à des situations stressantes), le style cognitif (l'existence d'une pensée dichotomique « tout ou rien »), le désespoir (schéma cognitif marqué par une incapacité à entrevoir dans l'avenir des événements positifs), le déficit de résolution de problème (les personnes suicidaires seraient plus passives et auraient tendance à compter sur autrui dans la gestion d'un problème) et un déficit dans la mémoire autobiographique (les souvenirs d'expériences passées et des stratégies utilisées pour gérer ses problèmes semblent défaillants)¹²⁶.

¹²¹ Émilie Olié et Philippe Courtet, « Pour une neurobiologie des conduites suicidaires », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 201, n° 4 (1 avril 2017) : 845-54, [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30466-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30466-2), 33

¹²² Mikayla C. Pachkowski et al., « A Brief Measure of Unbearable Psychache », *Suicide & Life-Threatening Behavior* 49, n° 6 (décembre 2019) : 1721-34, <https://doi.org/10.1111/sltb.12556>, 1722

¹²³ Shira Barzilay et Alan Apter, « Psychological Models of Suicide » *Archives of suicide research*, n° 18 (2014) : 295-312, <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>, 298

¹²⁴ Pachkowski et al., « A Brief Measure of Unbearable Psychache », 1

¹²⁵ André, « Premier chapitre. Histoire de la pensée sur le suicide », 27

¹²⁶ Guillaume Collin, « Efficacité des psychothérapies dans la prévention des conduites suicidaires », dans *Suicides et tentatives de suicide*, Psychiatrie (Cachan : Lavoisier, 2010), 311-16, <https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0311>, 312

Le modèle du « cry of pain » articule l'ensemble des mécanismes psychopathologiques susmentionnés pour expliquer le suicide :

Le sujet suicidant présenterait de façon générale une hypersensibilité aux signaux de perte et de rejet. Les difficultés de résolution de problème liées à une mémoire autobiographique trop générale amèneraient le sujet à plus facilement se sentir piégé dans une situation qu'il considère comme problématique. Puis, la tendance au désespoir citée plus haut amènerait le sujet à penser qu'il n'y a plus d'issue. Le suicide serait l'aboutissement de ces trois séquences.¹²⁷

Le modèle du « cry of pain » fait aussi écho au modèle de Baumeister, un autre modèle répandu en psychologie stipulant que le suicide est réalisé dans le but d'échapper à une conscience de soi douloureuse et insoutenable (« escape from aversive self-awareness »). Cette aversion se formerait en réponse au vécu d'une série d'événements qui sont en deçà des attentes de la personne, celle dernière internaliserait ses échecs comme étant de sa faute, ce qui admettrait une conscience d'elle-même douloureuse et des affects négatifs l'amenant à tenter de « s'échapper d'elle-même ». Le suicide serait l'étape ultime de cet effort d'échappement. Un autre modèle théorique reconnu en psychologie du suicide est le modèle interpersonnel de Joiner. Selon ce modèle, l'adoption de comportements suicidaires résulte d'un état psychologique fortement influencé par les relations interpersonnelles. Dans ce modèle, l'individu aurait la perception d'être un fardeau pour les autres (perceived burdensomeness) et vivrait un sentiment d'aliénation à l'égard de son cercle social (thwarted belongingness)¹²⁸. Ces deux états psychologiques sont décrits comme facilitant l'adoption de la croyance que sa propre mort est souhaitable pour les autres.

Les approches psychanalytiques et psychologiques, en appuyant les constats déjà entamés par la psychiatrie, ont accéléré la considération sociale du sujet suicidaire comme une personne souffrante et la nécessité d'une prise en charge clinique du problème¹²⁹. Sur la base de ces modèles psychologiques, des psychothérapies ont été proposées aux personnes suicidaires, notamment la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale dialectique¹³⁰.

¹²⁷ Collin, 312

¹²⁸ Thomas Joiner, « The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Current Empirical Status », <https://www.apa.org>, 2009, <https://www.apa.org/science/about/psa/2009/06/sci-brief>, 1

¹²⁹ Barzilay et Apter, « Psychological Models of Suicide », 297

¹³⁰ Navneet Kapur et Robert D. Goldney, *Suicide Prevention* (Oxford University Press, 2018), 74

2.3.2 Les psychothérapies

L'une des thérapies les plus prescrites aux personnes suicidaires est la thérapie cognitivo-comportementale. L'atteinte de l'objectif de cette thérapie — qui est de modifier des pensées automatiques « inexactes » qu'un individu entretient sur lui-même et le monde — peut prendre plusieurs séances¹³¹. Cette thérapie est basée sur l'idée que l'individu suicidaire se percevrait comme inadéquat et aurait une perception négative de ses succès et de son futur, anticipant que ses initiatives sont d'avance condamnées à échouer. Le rôle de l'intervenant est ici d'accompagner le patient dans l'examen de ses pensées en considérant ce qui les valide et les contredit. Cette thérapie permettrait au patient de développer des pensées alternatives moins négatives. Une personne suicidaire pourrait, par exemple, considérer qu'elle est en échec dans toutes les sphères de sa vie, ce que le thérapeute tentera de détricoter avec elle afin de lui permettre d'identifier ses compétences.

Une autre thérapie souvent prescrite pour aider les personnes présentant des comportements suicidaires est la thérapie comportementale dialectique (TCD). Cette thérapie est particulièrement destinée à traiter les comportements suicidaires présents chez les troubles de personnalité limite. La TCD prend la forme d'une thérapie cognitivo-comportementale à laquelle s'ajoutent « des stratégies d'acceptation, des stratégies dialectiques et un entraînement à la pleine conscience »¹³². Elle comporte quatre composantes : la thérapie individuelle, la formation de compétences personnelles, le coaching téléphonique et la présence d'une équipe de consultation¹³³. L'objectif principal est d'apprendre au patient comment réguler ses émotions, améliorer ses relations interpersonnelles, développer une tolérance lorsqu'il fait face à l'adversité et être plus conscients de ses pensées, sentiments et comportements¹³⁴.

L'objectif ici n'est pas de passer en revue toutes les formes de thérapies, mais d'offrir un aperçu de la façon dont l'approche clinique propose de résoudre la problématique suicidaire. Plusieurs

¹³¹ Kapur et Goldney, 75

¹³² Julie Jomphe, « La thérapie comportementale dialectique : recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale », *Santé mentale au Québec* 38, n° 2 (2013): 83-109, <https://doi.org/10.7202/1023991ar.>, 85

¹³³ Jomphe, 85

¹³⁴ Jomphe, 85

autres formes de traitements auraient pu être abordées telles que la thérapie interpersonnelle, la thérapie interpersonnelle psychodynamique, le *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS), la thérapie par résolution de problème, etc. Néanmoins, énumérer les formes de thérapies alourdirait le texte inutilement. Il est important de retenir que la psychologie a aussi émis un raisonnement sur les aspects endogènes du suicide et a proposé des traitements en ce sens. Cette façon psychologique de problématiser l'enjeu suicidaire, ajouté aux connaissances apportées par la psychiatrie et la sociologie, a nourri l'émergence d'une pratique diversifiée en prévention du suicide.

2.4 La santé publique, l'épidémiologie et la prévention « multidisciplinaire »

Vers le début des années 1990, la littérature scientifique sur les aspects sociologiques, psychologiques et biologiques liés au suicide abondait. De façon contradictoire, quelques auteurs signalaient le stade embryonnaire des efforts pour prévenir le suicide¹³⁵. Sur la base de ces revendications et de la mobilisation d'une quantité importante d'acteurs, la prévention du suicide se consolida graduellement en objet de santé publique vers la fin des années 1990. C'est en 1996 que les Nations Unies, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), publièrent le document *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. Ce document établissait, entre autres, que la prévention du suicide était prioritaire et devait se développer dans une approche multidisciplinaire¹³⁶.

Ainsi, les interventions de santé publique ont été développées dans un esprit de multidisciplinarité avec l'aide d'outils épidémiologiques décortiquant la relation entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels impliqués dans le développement des comportements suicidaires¹³⁷. L'épidémiologie est l'un des outils généralement utilisés en santé publique afin d'étudier « la fréquence et la répartition dans l'espace des problèmes de santé dans

¹³⁵ Kerry L. Knox, Yeates Conwell, et Eric D. Caine, « If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent It? », *American Journal of Public Health* 94, n° 1 (janvier 2004): 37-45, <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.1.37>, 37

¹³⁶ UN Department for Policy Coordination and Sustainable Development, *Prevention of suicide :: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. (UN, 1996), <https://digitallibrary.un.org/record/215713..>, 2

¹³⁷ Development, 2

des populations humaines, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent ¹³⁸». La science épidémiologique prend plusieurs formes : l'épidémiologie descriptive, l'épidémiologie explicative (celle qui nous intéresse) et l'épidémiologie évaluative. L'épidémiologie explicative, aussi dénommée épidémiologie analytique ou étiologique, est utile pour établir les stratégies de prévention du suicide, car elle cherche à en identifier les « causes »¹³⁹. L'utilisation de l'épidémiologie explicative s'est accélérée en 2012 alors que l'Organisation mondiale de la Santé soulignait la portée prédictive des facteurs de risques dans la vulnérabilité au suicide ;

The identification of risk and protective factors is a key component of a national suicide prevention strategy, and can help determine the nature and type of interventions required. Risk factors, in this context, are indicative of whether an individual, a community or a population is particularly vulnerable to suicide¹⁴⁰.

À ce jour, les facteurs de risque liés aux comportements suicidaires dérivent de nombreux domaines d'expertises et une même expertise peut rendre compte de plusieurs niveaux de risque. Le risque suicidaire biologique peut, par exemple, être de nature biochimique, génétique ou neurologique.

2.4.1 La notion de risque : convergence des savoirs

Alors qu'initialement les études de sociologie ou de psychiatrie s'attardaient à découvrir les causes du suicide propres à leurs disciplines scientifiques, l'identification des facteurs de risques s'étend aux caractéristiques individuelles, aux expériences et aux contextes¹⁴¹. Une variable est reconnue comme un facteur de risque lorsque, présente chez un sujet (qui peut être autant un individu, une communauté, une famille...), la probabilité que la conséquence négative (le suicide) survienne est augmentée par rapport à la population générale¹⁴². Il est important de souligner la nature probabiliste du facteur de risque, celui-ci n'est pas la cause déterminante du résultat, il ne fait qu'augmenter la probabilité que le résultat survienne. Il existe différentes catégories de facteurs de risques : ils sont internes (propres à la personne) ou externes (en lien avec la famille, les pairs, l'école et la communauté...); ils sont proximaux (présents peu de temps avant la survenue de

¹³⁸ Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, *Critique de la santé publique : une approche anthropologique* (Balland, 2001), 76

¹³⁹ Dozon et Fassin, 76

¹⁴⁰ World Health Organization, *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework* (World Health Organization, 2012), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>, 13

¹⁴¹ World Health Organization, 13

¹⁴² Helena Chmura Kraemer et al., « Coming to Terms With the Terms of Risk », *Archives of General Psychiatry* 54, n° 4 (1 avril 1997): 337-43, <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>, 337

l'évènement) ou distaux (éloigné dans le temps par rapport à l'évènement) ; ils sont statiques (immuables comme le sexe, l'origine ethnique ou l'année de naissance d'un sujet¹⁴³.) ou dynamiques (malléables)¹⁴⁴. À cet égard, les stratégies de prévention du suicide vont surtout cibler les facteurs de risques dynamiques. Toutefois, bien que le sexe soit un facteur statique, les mécanismes par lesquels le sexe agit sur le suicide peuvent le transformer en facteur dynamique. Il a été démontré que les hommes utilisaient des moyens plus létaux pour perpétrer un suicide que les femmes, il est donc possible de modifier l'accès aux moyens létaux (modifier l'accès aux armes à feu, installer des clôtures sur les ponts, supprimer la vente libre de pesticides mortels, etc.). La détermination des nombreux facteurs de risques impliqués dans la genèse du suicide a influencé l'élaboration de programmes de santé publique selon une approche écologique¹⁴⁵.

Cette approche propose une conception du suicide comprenant les niveaux individuels et sociaux tout en reconnaissant l'interdépendance entre ces deux niveaux. Ainsi, les modèles explicatifs développés sur les savoirs épidémiologiques reconnaissent que le suicide « is a complex public health problem of global dimension » qui devrait être appréhendé dans une approche soulignant son hétérogénéité étiologique¹⁴⁶. La théorie développée par la santé publique sur le suicide jeta les fondements d'une compréhension de l'interaction entre une multitude de facteurs et non sur des causes essentielles. Les modèles établis à partir des facteurs de risques englobent à la fois les facteurs sociaux, développementaux, psychologiques, biologiques, environnementaux et bien plus. Le modèle biopsychosocial développé par Turecki et coll., est un bon exemple de cette convergence entre les divers savoirs étayés précédemment, on retrouve à la fois l'incorporation de facteurs quantitatifs sociaux et individuels avec de modèles qualitatifs tirés de la psychologie comme la présence de désespoir :

Suicide risk is modulated by a range of factors both at the population and individual levels. Population factors related to social cohesion include wide-scale changes to the social structure, societal pressures such as economic turmoil, and social isolation of individuals or groups of

¹⁴³ David R. Offord et Helena Chmura Kraemer, « Risk Factors and Prevention », *Evidence-Based Mental Health* 3, n° 3 (1 août 2000): 70-71, <https://doi.org/10.1136/ebmh.3.3.70>, 1

¹⁴⁴ Sécurité publique Canada, « Détermination et définition des principaux facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes » (Toronto : Centre national de prévention du crime, mars 2012), <https://www.securitepublique.gc.ca>, 8

¹⁴⁵ C. W. Hoven, D. J. Mandell, et J. M. Bertolote, « Prevention of Mental Ill-Health and Suicide: Public Health Perspectives », *European Psychiatry* 25, n° 5 (juin 2010): 252-56, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.011>, 255

¹⁴⁶ Gustavo Turecki et al., « Suicide and Suicide Risk », *Nature Reviews Disease Primers* 5, n° 1 (décembre 2019): 74, <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>, 4

individuals. Environmental factors in the population that could impact an individual's risk for suicide include representation of suicide in the media, accessibility of lethal means of suicide and difficulties in accessing appropriate healthcare. Individual risk factors can be grouped into distal (or predisposing), developmental (or mediating), and proximal (or precipitating) factors, and many of these factors interact to contribute to the risk of developing SBs.

Le modèle biopsychosocial développé par Turecki est une tentative d'intégrer les multiples facteurs augmentant le « risque » suicidaire afin d'orienter la prévention du suicide. Ce cheminement méthodologique vers le calcul du risque influence aussi les actions sociales entourant le traitement du suicidaire. Selon Forget et Lebel, la Santé publique aurait fait passer le traitement du suicidaire d'une stratégie individuelle et biomédicale à une stratégie reposant sur les déterminants sociaux de la santé :

D'une stratégie axée sur les soins cliniques et sur la recherche biomédicale, on est passé à une appréhension beaucoup plus globale des déterminants de la santé, qui déborde amplement les bases physiologiques des affections humaines.¹⁴⁷

Graduellement, avec l'appréhension du risque suicidaire provenant de domaines multiples, la prévention du suicide s'organise autour d'une approche écologique orientée vers les déterminants sociaux de la santé comprenant « le revenu et le statut social ; l'emploi et les conditions de travail ; l'éducation et la littératie ; les expériences vécues pendant l'enfance ; l'environnement physique ; le soutien social et la capacité d'adaptation ; les comportements sains ; l'accès aux services de santé ; la biologie et le patrimoine génétique ; le genre ; la culture ; la race et le racisme »¹⁴⁸. Cette reformulation de la problématique suicidaire émise par la santé publique rassemble les déterminants du suicide et diversifie les pratiques de prévention. Ceci nous permet d'emblée de rappeler au lecteur la question qui alimente ce mémoire, à savoir comment se présentent les considérations « médicalisées » du suicide à l'intérieur d'une problématisation pluridisciplinaire.

2.5 Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons retracé l'émergence de différentes formes de savoirs non médicaux qui se sont développées après les explications médico-aliénistes du suicide. Selon Durkheim, l'état suicidaire est occasionné par des causes sociales et mène au suicide anémique, égoïste, fataliste ou

¹⁴⁷ Gilles Forget et Jean Lebel, « Approche écosystémique à la santé humaine », dans *Environnement et santé publique - Fondements et pratiques* (Paris, 2003), 593-638, 595

¹⁴⁸ Agence de la santé publique du Canada, « Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé », politiques, 25 novembre 2001, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>, 1

altruiste. Selon les psychologues, l'état suicidaire est plutôt rapporté à des causes endogènes et serait le résultat d'une douleur psychique insupportable selon Shneidman, le sentiment d'être un fardeau ou la présence des « traits de personnalités » suicidaire. Enfin, selon les recherches en épidémiologie, l'état suicidaire est le résultat de l'interaction complexe entre de nombreux facteurs de risques. Parmi toutes ces formes de problématisation, l'une d'entre elles a suscité notre intérêt en raison de la quantité de critiques qu'elle a générées.

À ce jour, plusieurs auteurs dénoncent une gestion trop médicalisée de l'enjeu suicidaire. Nous venons toutefois de voir que la prévention du suicide s'est construite « par tâtonnements et négociations plus ou moins masquées, entre des injonctions contradictoires et des champs concurrents, tout en s'adaptant à chaque étape aux enjeux de société »¹⁴⁹. En d'autres mots, notre examen de la littérature révèle la complexité théorique entourant le sujet du suicide. À la lumière de cette exploration, nous envisageons de définir la médicalisation du suicide et d'expliquer les raisons pour lesquelles elle génère autant de critiques.

¹⁴⁹ Matthieu Lustman, « De la prévention du suicide comme une question sociologique », *Frontières*, 21, n° 1 (2008): 15-22, <https://doi.org/10.7202/037870ar>, 20

Chapitre III

La problématique

Nous avons vu que les façons de problématiser¹⁵⁰ le suicide ont évolué au cours des derniers siècles. L'histoire de la pensée sociale concernant l'enjeu suicidaire nous a révélé les problématisations théologiques, philosophiques et juridiques préfigurant à l'analyse médico-psychiatrique, sociologique, psychologique et épidémiologique du suicide. L'histoire du suicide est une histoire complexe et marquée par la contingence. Toutefois, en construisant notre objet d'étude, nous sommes tombées sur certains auteurs qui font valoir que l'objet du suicide serait excessivement circonscrit aux savoirs médico-psychiatriques. Ce cadrage réducteur entraînerait également des stratégies de prévention du suicide axées sur l'individu dans la prise en charge, au détriment de stratégies ciblant les structures sociales et environnementales délétères.

À ce jour, les comportements suicidaires sont reconnus, dans le Manuel de Diagnostic et Statistique en Santé mentale (DSM-5), comme associés à de nombreuses pathologies : la dépression majeure, le trouble de la personnalité limite, le trouble bipolaire, la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, les troubles anxieux, le trouble de la personnalité antisociale, le trouble lié à l'utilisation des substances, le trouble de personnalité antisociale et le trouble de l'ajustement¹⁵¹. Le diagnostic d'une de ces pathologies engendre généralement la prescription d'une médication ou une psychothérapie. Parmi les médicaments les plus prescrits aux personnes suicidaires se trouvent les antidépresseurs (aux personnes présentant des symptômes dépressifs ou autres symptômes psychiatriques),

¹⁵⁰ Le terme « problématisation » est emprunté à Foucault et symbolise la manière dont les problèmes émergent, sont définis et abordés dans les pratiques d'une société à un moment donné. Cf. Fabrice de Salies, « Statut et fonction de la notion de "problématisation" dans le corpus foucauldien tardif », *Le Philosophoire* 40, n° 2 (2013) : 235-58, <https://doi.org/10.3917/phoir.040.0235>, 236

¹⁵¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR* (American Psychiatric Association Publishing, 2022), 923

le lithium (surtout aux personnes présentant des troubles bipolaires), les médicaments antipsychotiques (la clozapine par exemple) et plus récemment, la kétamine commence aussi à être prescrite pour traiter les comportements suicidaires chez les patients présentant une forte résistance aux autres traitements.

Parmi toutes ces pathologies, la dépression est la pathologie la plus fréquemment associée au suicide. Certains représentants de l'approche médico-psychiatrique tiennent pour un *fait* que la majorité des suicides ont été commis par des personnes souffrant de dépression clinique et une fois des antidépresseurs administrés, le suicide se ferait rare :

The majority of suicides were committed by people with clinical depression. This finding has been replicated over and over again and we believe that many, like us, have concluded that this connection has been replicated enough to be proven. We have also presented evidence that suicides occur infrequently in people with depression taking antidepressant medication ¹⁵².

Pourtant, les études portant sur les bénéfices de la prescription de médicaments aux personnes avec des comportements suicidaires sont assez mixtes. Bien que la recherche tende à démontrer une association entre l'augmentation du nombre de prescriptions d'antidépresseurs et la diminution du taux de suicide au niveau populationnel¹⁵³, cette tendance ne se valide pas dans tous les pays¹⁵⁴ et dans toutes les études réalisées¹⁵⁵.

L'association forte entre la maladie mentale et le suicide éveille aujourd'hui de nombreuses revendications. On dénonce, en premier lieu, des représentations des causes du suicide comme étant trop restreintes à la maladie mentale. On s'inquiète ensuite des programmes de prévention du suicide ayant une forte dimension médico-psychiatrique au détriment des facteurs sociaux et environnementaux. Nous souhaitons mettre à l'épreuve ces critiques de

¹⁵² G. Isacson et C. L. Rich, « Getting closer to suicide prevention », *The British Journal of Psychiatry* 182, n° 5 (mai 2003): 457-457, <https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.457>, 457

¹⁵³ J. John Mann et al., « Family History of Suicidal Behavior and Mood Disorders in Proband With Mood Disorders », *American Journal of Psychiatry* 162, n° 9 (septembre 2005): 1672-79, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1672>, 1672

¹⁵⁴ Diego De Leo et Vita Poštuvan, *Resources for Suicide Prevention: Bridging Research and Practice* (Hogrefe, 2018), 59

¹⁵⁵ U. A. Andersen et al., « Psychopharmacological Treatment and Psychiatric Morbidity in 390 Cases of Suicide with Special Focus on Affective Disorders », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, n° 6 (2001): 458-65, <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00191.x>. <https://www.cairn.info/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984-page-308.htm>, 458

la médicalisation du suicide, car selon notre lecture macrosociologique du développement des connaissances sur le suicide, plusieurs autres champs scientifiques (autres que la médecine et la psychiatrie) sont intervenus dans le traitement et la conceptualisation de l'enjeu du suicide.

3.1 Médicalisation ou surmédicalisation ?

Afin de questionner l'association entre la maladie mentale et le suicide, nous empruntons le concept de la médicalisation. En sociologie, le terme de médicalisation revêt diverses significations, pouvant exprimer tant un concept qu'un processus ou un phénomène. Ce manque de cadrage définitionnel rend quelque peu délicate l'utilisation du terme médicalisation. En ce qui concerne le suicide, nous admettons qu'il y a bel et bien eu un *processus* de médicalisation, car de ce que nous avons vu, une formulation médicale du suicide s'est construite dès le 19^e siècle avec les médecins-aliénistes proposant que le suicide soit le symptôme d'une aliénation mentale. La médecine a aussi fait son entrée dans les cours de justice durant le 20^e siècle pour monopoliser la prise en charge des personnes suicidaires. La médicalisation peut donc désigner un processus par lequel des représentations et des pratiques se voient conférer une nature médicale alors qu'elles n'ont pas toujours été appréhendées dans ces termes¹⁵⁶.

Toutefois, la médicalisation n'est pas seulement un processus. Diverses interprétations sociologiques de la médicalisation se sont développées au gré des changements sociaux. Les significations données à la médicalisation ont été en constante évolution depuis les années 1950, moment où la médecine elle-même devient l'un des objets centraux de la sociologie¹⁵⁷. En 1960, le concept est surtout utilisé pour manifester l'influence grandissante de la psychiatrie et en 1970 on le retrouve fortement jumelé aux analyses concernant le contrôle social, notamment à l'égard de l'industrie pharmaceutique¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Aiach, *L'ère de la Médicalisation : Ecce Homo Sanitas* (Economica, 1998), 5

¹⁵⁷ Johanne Collin et Amnon Suissa, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales* 19, n° 2 (2007): 25-33, <https://doi.org/10.7202/016048ar>, 25

¹⁵⁸ Collin et Suissa, 25

Pour Zola, la médicalisation correspond au processus par lequel la vie quotidienne est de plus en plus mise sous domination, influence et supervision médicale¹⁵⁹. Elle serait le « résultat d'une colonisation constante de la profession médicale sur l'ensemble de la population vers laquelle elle oriente ses interventions »¹⁶⁰. Zola est l'un des théoriciens ayant cadré le concept de médicalisation dans une perspective critique concernant l'expansion et le contrôle social de l'institution médicale. Cette formulation du concept est aussi retrouvée chez d'autres auteurs comme Szasz, Illich et Busfield¹⁶¹. Pour Conrad toutefois, le concept de médicalisation ne devrait pas être nécessairement négatif ou critique à l'égard de la profession médicale. Dans cette perspective, il clarifie le sens moral neutre du concept : « while medicalization describes a social process, like globalization or secularization, it does not imply that a change is good or bad. »¹⁶². Selon lui, la médicalisation devient négative et critiquable seulement lorsque « the institution of medicine oversteps its proper limits ». Conrad rapporte trois niveaux auxquels peut se produire la médicalisation d'un problème donné. Elle est de niveau conceptuel lorsqu'un vocabulaire médical est utilisé pour définir un problème. Elle est de niveau institutionnel lorsque les organisations adoptent une approche médicale pour traiter un problème. Elle se produit au niveau interactionnel lorsque le problème d'un individu est analysé et traité selon un cadre médical. Dans les mots de Conrad,

Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using a medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to “treat” it ¹⁶³.

¹⁵⁹ Peter Conrad, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology* 18 (1992): 209-32., 216

¹⁶⁰ MéliSSa Nader, « La médicalisation : concept, phénomène et processus : émergence, diffusion et reconfigurations des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique » (Montréal, Université du Québec à Montréal, 2012), i

¹⁶¹ Emilia Kaczmarek, « How to Distinguish Medicalization from Over-Medicalization? », *Medicine, Health Care and Philosophy* 22, n° 1 (1 mars 2019): 119-28, <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>, 119

¹⁶² Peter Conrad, Thomas Mackie, et Ateev Mehrotra, « Estimating the Costs of Medicalization », *Social Science & Medicine* 70, n° 12 (1 juin 2010): 1943-47, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.019>, 1943

¹⁶³ Conrad, « Medicalization and Social Control », 211

Ainsi, la médicalisation n'est pas nécessairement négative ou critiquable sauf lorsqu'elle devient excessive comme dans le cas du suicide (tel que dénoncé par les auteurs ci-dessous). Étant donné l'absence d'une définition précise de la médicalisation dans la littérature sociologique, nous cadrerons le concept de médicalisation en se fiant aux propos des auteurs dénonçant la « médicalisation du suicide ».

3.2 La dénonciation d'une conception (trop) pathologique du suicide

Selon plusieurs auteurs, une liaison fautive a été établie entre la maladie mentale et le suicide. Selon Saxby Pridmore, professeur australien de psychiatrie, il serait maintenant déplorablement admis que le suicide est causé par la maladie mentale (et spécifiquement la dépression) dans **90 %**¹⁶⁴ des cas et ce « fait » serait partagé par de nombreuses figures influentes dans les milieux professionnels et profanes¹⁶⁵. Ce dernier émet des réserves quant à cette corrélation statistique, car elle repose apparemment sur une méthode d'analyse vivement contestée en raison de son manque de rigueur scientifique, à savoir l'autopsie psychologique. L'autopsie psychologique est une méthode d'enquête rétrospective développée à l'origine par Edwin Shneidman. Son objectif était de classer les décès équivoques en différentes catégories telles que naturels, accidentels, suicidaires ou criminels¹⁶⁶. En recherche clinique, l'autopsie psychologique est plutôt utilisée pour déterminer quels sont les facteurs de risques du suicide. Ces enquêtes sont réalisées auprès des proches d'une personne décédée par suicide pour comprendre les facteurs potentiellement impliqués dans la survenue de son suicide.

Selon Craig J. Bryan, chercheur et psychologue clinicien, la statistique du 90 % fait figure de truisme aujourd'hui, à tel point que des biais de confirmation la nourrissent et lui

¹⁶⁴ La statistique du 90 % a été popularisée par Cavanagh et son équipe en 2003 dans l'article *Psychological Autopsy studies of suicide : a systematic review*. Dans cet article, les auteurs concluent que pour l'ensemble des cas de suicide étudiés, la proportion moyenne présentant un trouble mental est de 90 %. Cf. J. T. O. Cavanagh et al., « Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review », *Psychological Medicine* 33, n° 3 (avril 2003): 395-405, <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>, 395

¹⁶⁵ Saxby Pridmore, « Mental Disorder and Suicide: A Faulty Connection », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 49, n° 1 (1 janvier 2015): 18-20, <https://doi.org/10.1177/0004867414548904>, 18

¹⁶⁶ Patrick Desai, « L'autopsie psychologique : applications cliniques et juridiques », *Cahiers de psychologie clinique* 47, n° 2 (2016): 75-94, <https://doi.org/10.3917/cpc.047.0075>, 78

assurent une certaine perpétuité. Bryan nous explique la manière dont les biais de confirmations nourrissent ce truisme par une mise en scène de l'autopsie psychologique. Il nous explique que lors d'une autopsie psychologique, si la personne questionnée sur les comportements de la personne décédée pense fermement que le suicide est causé par la maladie mentale, il sera plus enclin à interpréter rétrospectivement les informations concernant le décédé comme les preuves d'une maladie mentale. Si l'intervieweur entretient également cette croyance, il pourrait aussi être plus enclin à orienter ses questions sur la maladie mentale et pourrait interpréter certaines réponses comme des éléments validant un diagnostic psychiatrique.

D'autre part, ces auteurs mentionnent que lorsque ces autopsies psychologiques sont répliquées à l'international, les résultats ne convergent pas. En Inde, on retrouve plutôt 37 % des cas de suicide pouvant s'expliquer par une pathologie psychiatrique selon les critères du DSM-III-R¹⁶⁷ et en Chine on retrouve plutôt un résultat autour de 50 %¹⁶⁸¹⁶⁹. La démonstration de la relativité culturelle de l'association permet aux auteurs de dénoncer que le maintien d'un lien de causalité entre maladie mentale et suicide tiendrait d'une forme de médicalisation. C'est-à-dire que le suicide serait médicalisé à tort lorsqu'il est considéré comme le résultat d'une pathologie individuelle.

Le psychiatre Pridmore, le psychiatre Konrad Michel, le psychologue clinicien et chercheur Bryan et les chercheurs en santé mentale Hjelmeland et Knizek critiquent la compréhension des comportements suicidaires comme le symptôme d'un trouble psychiatrique¹⁷⁰. Selon ces auteurs, considérer le suicide comme causé par la maladie mentale camouflerait les causes extra-individuelles et stigmatiserait l'individu :

¹⁶⁷ S. D. Manoranjitham et al., « Risk Factors for Suicide in Rural South India », *The British Journal of Psychiatry* 196, n° 1 (janvier 2010): 26-30, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.063347>, 26

¹⁶⁸ Jie Zhang, Shuiyuan Xiao, et Liang Zhou, « Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese: A Case-Control Psychological Autopsy Study », *The American journal of psychiatry* 167, n° 7 (juillet 2010): 773-81, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101476>, 773

¹⁶⁹ En Inde, le suicide est principalement lié à la présence de stressors psychosociaux et l'isolement social. En Chine, les variables fortement associés au suicide sont un faible niveau d'éducation, le célibat ou l'absence de support social. Cf. Manoranjitham et al., « Risk Factors for Suicide in Rural South India », 26 & Zhang, Xiao, et Zhou, « Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese », 773

¹⁷⁰ Heidi Hjelmeland et Birthe L. Knizek, « Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests », *Death Studies* 41, n° 8 (14 septembre 2017): 481-92,

The great disadvantage of all-suicide-is-caused-by-mental-disorder thinking is that important social, cultural, economic, and political factors, about which much might be done, are neglected in favour of the medical solution¹⁷¹.

Selon Pridmore, le suicide est médicalisé lorsqu'il est considéré comme un diagnostic médical en soi et lorsque la responsabilité du traitement des personnes suicidaires est mise sous l'autorité des psychiatres (surtout quand aucune maladie mentale n'est présente)¹⁷². Il critique surtout une conception du suicide qui accentue la responsabilité individuelle de sa souffrance sous couvert d'une maladie mentale. L'individu est considéré comme l'acteur central de son mal-être, car les comportements suicidaires proviendraient de l'intérieur de l'individu. Cette conception détournerait le regard des facteurs socio-économiques et des environnements physiques et sociaux qui peuvent aussi avoir alimenté les comportements suicidaires. Selon Canevascini, une conception médicale des comportements suicidaires nécessite « une forme de résistance ou d'engagement politique », ¹⁷³ car elle neutralise ce que les « problématiques suicidaires expriment en termes d'injustice sociale » et contribuerait à renforcer « les logiques d'oppression » ¹⁷⁴ (en raison de l'absence de considérations pour les facteurs extra-individuels).

3.3 La dénonciation d'une orientation individualisée dans les stratégies de prévention du suicide

Les critiques de la médicalisation du suicide considèrent aussi qu'une conception des comportements suicidaires comme le symptôme d'une psychopathologie pourrait dangereusement limiter les stratégies pour prévenir le suicide à une ordonnance

<https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1332905>, 605; Konrad Michel, « Suicide Models and Treatment Models Are Separate Entities. What Does It Mean for Clinical Suicide Prevention? », *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, n° 10 (17 mai 2021): 5301, <https://doi.org/10.3390/ijerph18105301>, 1; David Pilgrim, *Key Concepts in Mental Health* (SAGE Publications, 2014), 187

¹⁷¹ Pridmore, « Medicalisation of Suicide », 81

¹⁷² Pridmore, « Medicalisation of Suicide », 78

¹⁷³ Michela Canevascini, « Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques » (Université de Lausanne, 2012), 23

¹⁷⁴ Michela Canevascini, « La médicalisation des problématiques suicidaires : l'exemple d'un service d'urgence psychiatrique », *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, n° 10 (11 mai 2018), <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.3837>, 2

médicamenteuse et une hospitalisation des personnes suicidaires. C'est d'ailleurs ce que suggère l'équipe du « 90 % » en soutenant que la prévention du suicide devrait s'orienter vers le traitement des maladies mentales ; « suicide prevention strategies may be most effective if focused on the treatment of mental disorders »¹⁷⁵.

La majorité des auteurs critiquant la médicalisation du suicide propose que l'accent occidental porté sur le traitement d'une maladie spécifique sous-jacente aux comportements suicidaires doive être reconsidéré¹⁷⁶. On dénonce une trop grande importance accordée à la résolution, par l'individu, de ses propres problèmes à l'aide d'un séjour hospitalier, une thérapie ou une médication et des « coping strategies »¹⁷⁷. Tout cela au détriment d'investir des efforts dans une prévention structurelle ou socio-environnementale. Une étude menée par White propose que cette logique produise une vision du problème suicidaire comme étant localisée « à l'intérieur de l'individu » et entraînerait des interventions qui vont cibler uniquement l'individu :

When a psychiatric or medicalized understanding of distress becomes the only way for making sense of youth suicide, broader sociopolitical factors and structural arrangements that contribute to the emergence of hopelessness and suicidal despair among youth quickly fade from view. The consequence is that problems come to be understood as being located inside persons, and young people (not social contexts or sociocultural conditions) become the primary targets for change.¹⁷⁸

Une approche médicalisée inviterait donc à responsabiliser l'individu pour sa souffrance et non à pointer les facteurs sociaux délétères qui alimenteraient cette souffrance en premier lieu. Pour Bertolote et Bryan, il est nécessaire que les stratégies de prévention du suicide des pays occidentaux incorporent davantage une approche holistique ciblant des facteurs psychosociaux dans les stratégies de prévention du suicide¹⁷⁹. Selon Bryan,

¹⁷⁵ Cavanagh et al., « Psychological Autopsy Studies of Suicide », 395

¹⁷⁶ José Manoel Bertolote et al., « Suicide and Mental Disorders: Do We Know Enough? », *The British Journal of Psychiatry* 183, n° 5 (novembre 2003): 382-83, <https://doi.org/10.1192/bjp.183.5.382>, 383

¹⁷⁷ Jennifer White, « Youth Suicide as a “Wild” Problem: Implications for Prevention Practice », *suicidology online*, 2012, 40

¹⁷⁸ White, 46

¹⁷⁹ Bertolote et al., « Suicide and Mental Disorders », 383 ;. Craig J. Bryan, *Rethinking Suicide: Why Prevention Fails, and How We Can Do Better* (Oxford University Press, 2021)., 21

An environmentally focused prevention-by-design approach would help us to address the many social and psychological hazards that can increase the risk for suicidal behaviours but cannot be remedied with mental health treatment: underemployment, financial security, discrimination, lack of health insurance, and more. Establishing a meaningful life is possible – even likely – but it’s much harder to achieve when you live in an environment or community that lacks institutions, programs, and resources that promote a high quality of life.¹⁸⁰

La clé donc, selon Bryan, est d’établir les conditions permettant aux individus de vivre une vie significative. Pour les chercheurs dans le domaine de la santé et des services sociaux Hochhauser, Rao, England-Kennedy et Roy, l’établissement des conditions permettant des vies significatives serait facilité par l’atténuation des effets négatifs que peuvent causer les inégalités sociales, politiques et économiques¹⁸¹. Ces auteurs proposent d’orienter la prévention du suicide vers une approche en termes de justice sociale. Le premier élément de cette approche serait de reconnaître les effets insidieux que les injustices sociales ont sur le suicide.

Socioeconomic inequality cultivates social injustices, including poverty, homelessness, racism, sexism, homophobia, ageism, refugee status, and historical trauma that inordinately affect minorities and marginalized groups and communities and contribute to suicidality, especially in already-vulnerable people.¹⁸²

Les auteurs reconnaissent qu’une intervention thérapeutique est utile pour aider l’individu en crise suicidaire, mais n’est pas adéquate pour résoudre les injustices sociales alimentant le suicide. Ainsi, pour les auteurs, le suicide est négativement médicalisé lorsque les stratégies préventives s’orientent vers l’individu et négligent l’apport des inégalités sociales, des conditions de vie difficiles, des contextes sociaux et des conditions socioculturelles dans l’étiologie du suicide.

3.4 Conclusion

Ainsi, les critiques de la médicalisation du suicide, qu’elles soient de niveau conceptuel ou institutionnel, se recoupent dans ce qu’elles dénoncent. La médicalisation consisterait en

¹⁸⁰ Bryan, *Rethinking Suicide*, 196

¹⁸¹ Shirley Hochhauser et al., « Why social justice matters: a context for suicide prevention efforts », *International Journal for Equity in Health* 19, n° 1 (25 mai 2020): 76, <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01173-9>, 3

¹⁸² Hochhauser et al., 3

la considération du suicide comme étant majoritairement consécutive d'un problème de santé mentale et cette considération orienterait les traitements et les stratégies de prévention du suicide sur le traitement de la maladie mentale (au détriment des causes structurelles, environnementales et socio-économiques). Notre problématique s'insère ici tel un questionnement critique sur ces apports scientifiques. Les deux premiers chapitres ont fait état d'une multitude de connaissances habitant l'objet du suicide et donc, nous cherchons à savoir comment, malgré la diversité des explications en lien avec le suicide, le suicide se réduit à des explications et traitements médicaux.

Il est à savoir que les auteurs recensés ne font pas de différence entre les degrés de médicalisation du suicide, ils utilisent le simple terme *médicalisation* pour symboliser, ce qui, selon nous, devrait plutôt être qualifié d'une *surmédicalisation* du suicide, un *excès* de médecine¹⁸³. Cette posture épistémologique nous permet de nous dégager d'une conception souvent péjorative du concept de médicalisation afin de conserver une position neutre dans l'analyse de nos données. À notre avis, il est difficile d'évaluer à partir de quel moment la médicalisation est bonne ou mauvaise ou à partir de quel moment elle devient critiquable. Nous rebondirons sur ces critiques à l'aide d'une analyse approfondie des discours provenant des institutions et des acteurs du milieu de la prévention du suicide.

Nous tenterons de découvrir les implicites théoriques inhérents aux discours des personnes interrogées selon deux questions fondamentales qui guideront notre analyse :

- 3) De quelle façon est-ce que les experts font ressortir les liens entre le suicide et la pathologie individuelle? Le suicide est-il compris comme prenant racine *exclusivement* dans une pathologie individuelle? De quelle façon est-ce que les savoirs médicaux sont articulés aux savoirs appartenant à d'autres champs de connaissances non médicaux tels que développés précédemment, soit la sociologie, la psychologie et l'épidémiologie?

¹⁸³ T. Hanslik et A. Flahault, « La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé », *La Revue de Médecine Interne* 37, n° 3 (1 mars 2016) : 201-5, <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2015.10.009>, 202

- 4) De quelle façon est-ce que les connaissances sur le suicide sont mobilisées dans les stratégies de prévention du suicide ? Les stratégies de prévention sont-elles axées principalement sur l'individu et ses pathologies comme le supposent les auteurs critiquant la médicalisation du suicide ? Retrouvons-nous la présence de stratégies plutôt structurelles, sociales et environnementales dans la prévention du suicide ?

Les deux premiers chapitres du mémoire ont fait état de différents paradigmes : le suicide peut être causé par un manque de normes, par une pathologie mentale, par un sentiment de désespoir, par la cumulation de facteurs de risques, etc. Notre hypothèse se fonde sur cette multitude d'explications et sur le fait qu'aucune politique sociale n'enraye complètement la problématique suicidaire dans une population donnée à l'heure actuelle. Nous pensons que les professionnels interrogés pour ce mémoire ne vont pas se limiter à des explications réductionnistes des tenants et des aboutissants de l'enjeu suicidaire. Nous pensons plutôt que les experts reconnaissent la complexité de l'enjeu suicidaire et que la vraie question réside plutôt dans la manière dont ils abordent cette complexité ; quels sont les nuances exprimées, les désaccords, les revendications... ? Quelle place prennent les représentations médicales au regard de cette complexité explicative ?

Chapitre IV

La méthodologique

4.1 Choix épistémologiques et objet d'étude

Notre examen de la problématique suicidaire a été guidé par une démarche sociohistorique, une démarche sociologique ancrée dans l'histoire qui s'est appliquée à faire ressortir les formes de vérités, de subjectivités qui se sont succédé au cours des siècles¹⁸⁴. Cette démarche nous aura permis de dégager les multiples représentations, les pratiques, les valeurs et les normes qui se sont rattachées à l'objet du suicide. Cette volonté de retracer l'histoire était au départ une curiosité, mais est rapidement devenue l'essence de nos interrogations sur le lien entre le suicide et la maladie mentale. En fait, la perspective sociohistorique nous a permis de saisir la complexité théorique du suicide et, par le fait même, de désacraliser un fait que nous tenions pour acquis avant de commencer l'écriture de notre mémoire : les personnes qui se suicident ont une maladie mentale. En scrutant les documents historiques, nous avons réalisé que cette association n'était pas une vérité historique donnée et qu'elle était en fait la cible de nombreuses critiques.

À la fin de la rédaction de ce chapitre, quand nous avons compris la complexité théorique de l'objet du suicide, une attitude phénoménologique a été adoptée. L'attitude phénoménologique est traversée par l'écoute attentive, l'ouverture au monde et la reconnaissance de la souveraineté première des personnes interrogées dans la constitution du sens¹⁸⁵. L'attitude phénoménologique nous a permis de nous adonner à l'écoute initiale des entretiens pour ce qu'ils ont à nous apprendre avant de tenter d'en ressortir une certaine logique. Pour ce faire, nous avons tenté de mettre en œuvre ce qu'Husserl nomme

¹⁸⁴ Florence Hulak, « Michel Foucault, la philosophie et les sciences humaines : jusqu'où l'histoire peut-elle être foucauldienne ? », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° #13 (1 décembre 2013) : 103-20, <https://doi.org/10.4000/traces.5718>, 110

¹⁸⁵ Pierre Paillé et Alex Mucchielli, *Analyse qualitative sciences humaines et sociales*, 2^e éd. (Paris : Armand Colin, s. d.), consulté le 21 août 2023, 86

l'« époque » en nous privant de prendre position sur le monde extérieur et sur toutes les affirmations concernant ce monde¹⁸⁶. Nous avons soutenu cette attitude à force de combat contre nos prénotions. À cet effet, nous avons réalisé que le sujet initial de notre maîtrise soit *la biopolitique de l'épigénétique du risque suicidaire* nous guidait vers une posture légèrement accusatrice du réductionnisme biologique de l'épigénétique. Ce faisant, en prenant une trajectoire plus ouverte sur le sujet du « suicide », nous avons adopté l'attitude phénoménologique afin de s'immerger dans les réalités des acteurs interrogés. Nous avons vécu quelques égarements au sujet de notre ambition de neutralité, car les problèmes identifiés par les acteurs sont rapidement devenus les nôtres. Nous avons dû débusquer notre désir de dénoncer le syndrome de la porte tournante engendré par le réseau de la santé ou le contrôle social de la psychiatrie dans la gestion du suicide, etc. Bref, nous avons emprunté plusieurs lunettes avant de concrétiser notre problématique et d'émettre enfin notre hypothèse.

La confirmation d'une problématique a été une étape obscure, non seulement parce que nous étions désorientés à la suite des problèmes identifiés par les acteurs, mais aussi parce que nous éprouvions une certaine gêne à adopter un cadre théorique qui orienterait le sens de nos données avant même d'entamer l'analyse. Nous souhaitions décroiser l'analyse, la libérer d'un cadre théorique qui la piloterait à notre place. Dans un esprit de recherche itératif et récursif, nous n'avons pas vraiment fait « une recension des écrits » plutôt qu'un « examen du problème »¹⁸⁷. Choisir d'**examiner** le problème nous a permis de consulter des types de textes divers appartenant à des disciplines scientifiques tout aussi diversifiées. En consultant ces documents hétéroclites, nous avons établi une hypothèse, soit celle que le suicide est un problème riche de sens par les multiples significations qu'il a empruntées au cours des siècles. En effet, nos deux premiers chapitres passent en revue les modes de compréhension théologiques, moraux, psychiatriques, sociologiques, psychologiques et épidémiologiques habitant le champ des connaissances du suicide. Face à cette multitude de savoirs, comment peut-on affirmer qu'un objet aussi complexe en soit réduit à ses

¹⁸⁶ Valentina Grassi, « Sociologie compréhensive et phénoménologie sociale », dans *Introduction à la sociologie de l'imaginaire*, Sociologie de l'imaginaire et du quotidien (Toulouse : Érès, 2005), 61-93, <https://www.cairn.info/introduction-a-la-sociologie-de-l-imaginaire--9782749203973-p-61.htm>, 76

¹⁸⁷ Paillé et Mucchielli, *Analyse qualitative sciences humaines et sociales*, 82

explications médicales ? Notre problématique s'est enracinée dans les propos de quelques auteurs critiquant l'association persistante et nuisible entre la maladie mentale et le suicide. En raison de notre posture phénoménologique, nous avons aussi remis en question ce type d'affirmation en la dégageant du seul sens de « médicalisation ». Il était important pour nous de marquer une distance entre le concept de médicalisation et le concept de surmédicalisation ayant une portée beaucoup plus critique et s'arrimant mieux aux propos des auteurs. Enfin, notre analyse s'est appliquée à entrevoir la production de sens des acteurs du terrain et des institutions ; comment les acteurs interrogés perçoivent-ils les liens entre le suicide et la maladie mentale ? Pour mener notre analyse, nous avons entrepris d'étudier les représentations sociales des acteurs interrogés.

4.1.1 Les représentations sociales

Notre analyse s'intéresse donc particulièrement aux représentations qu'ont les acteurs sur **les causes du suicide** et les **types d'interventions préventives** qui devraient être privilégiées. La représentation sociale est un concept transdisciplinaire qui trouve majoritairement ses adeptes en psychologie sociale et en sociologie. Elle est le résultat d'une tentative individuelle de construire du sens sur le monde par l'entremise de ses croyances, ses connaissances, ses opinions et ses valeurs¹⁸⁸.

La représentation sociale, bien qu'elle se constitue individuellement, fait fréquemment l'objet de répétition chez les acteurs d'un même réseau. L'objet de la représentation sociale a une visée d'action et de communication et elle suscite « des pratiques qui lui sont relatives et spécifiques [et doit] être présente dans les communications »¹⁸⁹. Ainsi, les représentations sociales acquièrent une portée collective de par le rôle central qu'elles ont

¹⁸⁸ Christian Guimelli, « Les représentations sociales », 3453 vol., *Que sais-je ?* (Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France, 1999), 63-78, <https://www.cairn.info/la-pensee-sociale--9782130497776-p-63.htm>, 63

¹⁸⁹ Aline Valence, « Approche théorique des représentations sociales », dans *Les représentations sociales*, vol. 1re éd., Le point sur... Psychologie (Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2010), 27-43, <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782804162573-p-27.htm>, 29

dans le partage d'un sens symbolique et interprétatif à l'intérieur des interactions sociales¹⁹⁰, elle est créatrice de liens entre les acteurs.

Une représentation sociale est relativement complexe à déceler en raison de son caractère multi référentiel. Selon Moscovici, elle émerge selon trois conditions. La première est la dispersion de l'information : les éléments d'informations relatifs à l'objet sont appropriés par les acteurs et construits à travers la communication ; la seconde est la focalisation : les groupes se positionnent différemment au sujet de l'objet selon leurs intérêts ; la troisième est la pression à l'inférence : les individus et les groupes développent des « raccourcis, analogies, attributions causales, processus qui permettent d'établir un code commun et stabiliser les opinions »¹⁹¹. En cherchant la présence de débats ou de répétitions discursives sur les causes du suicide et les types d'interventions privilégiées, nous pourrions saisir la portée de la (sur) médicalisation du suicide dans les représentations des acteurs.

4.2 Méthodologie et déroulement du travail de terrain

Notre mémoire se fonde sur une recherche qualitative réunissant les discours des acteurs et le contenu des documents institutionnels. Afin de rétroagir sur les critiques étayés en problématique, nous avons interrogé des acteurs appartenant à une diversité de professions, car la médicalisation du suicide a été dépeinte tel un phénomène qui ne résulterait pas uniquement d'une volonté propre aux milieux psychiatriques, mais d'une « transformation culturelle »¹⁹² engageant « tant les soignants, que les patients, mais aussi les proches et la société civile de manière générale. »¹⁹³.

¹⁹⁰ Christophe Gauld, « Extension théorique et pratique de la définition sociologique de représentation sociale » (mars 2019), <https://hal.science/hal-02084694>, 3

¹⁹¹ Valence, « Approche théorique des représentations sociales », 30

¹⁹² Laëtitia Ngatcha-Ribert, « Chapitre 2. Quelques évolutions médicales et sociales. Médicalisation, normalisation et “chronicisation” », dans *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*, Santé Social (Paris : Dunod, 2012), 55-86, <https://www.cairn.info/alzheimer-la-construction-sociale-d-une-maladie--9782100563715-p-55.htm>, 56

¹⁹³ Canevascini, « La médicalisation des problématiques suicidaires », 2

Les personnes recrutées devaient répondre à des critères spécifiques. Nous avons initialement établi deux catégories de participants. Les participants devaient soit être chercheurs pour une université ou un centre hospitalier et faire de la recherche dans le domaine de l'épigénétique de la santé mentale ou être des professionnels de santé publique et avoir une expertise dans le domaine de la prévention du suicide en plus de posséder des connaissances sur l'épigénétique. Il est à savoir qu'un professionnel de santé publique au Québec regroupe diverses autorités de santé publique : le ministère de la Santé et des services sociaux, l'Institut National de Santé publique, les partenaires nationaux du secteur de la santé (les organismes publics par exemple), les partenaires régionaux et locaux ainsi que les CISSS et les CIUSSS. Nous avons ratissé large pour la sélection des participants.

Le critère portant sur la détention de connaissances épigénétique s'est rapidement dissout, car la recherche s'est séparée de l'accent épigénétique pour porter uniquement sur la maladie mentale. Nous avons interrogé 12 professionnels au total : trois psychiatres, une chercheuse en psychologie communautaire, un chercheur en biostatistique dans le domaine de la maladie mentale, une chercheuse en épigénétique dans le domaine de la maladie mentale, deux travailleurs sociaux, un représentant d'un centre d'appel de première ligne en prévention du suicide, un représentant d'un organisme communautaire, une épidémiologiste et une infirmière. Le recrutement des candidats a été effectué par courriel.

Les entrevues se sont déroulées en personne et en ligne et ont duré entre 35 minutes et 2 heures. Nous avons opté pour une structure d'entretien semi-dirigée afin de laisser les participants bifurquer de la trajectoire préétablie par le schéma d'entretien. L'entrevue semi-dirigée a été la méthode préférée afin de consolider notre attitude phénoménologique et tenter de comprendre l'univers de l'autre, la compréhension qu'ont les professionnels des causes du suicide et des façons de faire de la prévention. Il est à savoir que l'entrevue semi-dirigée ne peut pas être complètement neutre¹⁹⁴. L'aspect performatif de l'entrevue et les thèmes prédéterminés l'orientent vers une certaine finalité. La personne interviewée, en voulant bien répondre aux questions qui lui sont posées, pourrait négliger de mentionner

¹⁹⁴ Benoît Gauthier et Isabelle Bourgeois, *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (Presses de l'Université du Québec, 2016), 341

certain aspects. L'intervieweur peut aussi passer à côté d'éléments capitaux en cherchant à ramener l'entretien vers les thématiques préétablies. Néanmoins, afin de saisir au mieux les représentations sociales des professionnels, l'entrevue semi-dirigée a été appréhendée comme un « évènement linguistique, qui s'insère dans un contexte normatif très dense et qui est teinté par les choix sémantiques et syntaxiques des interlocuteurs »¹⁹⁵. Cette posture a guidé notre analyse vers une attention particulière donnée aux choix linguistiques des acteurs afin de dégager des unités de sens.

Une fois les entretiens complétés, nous les avons transcrits sous forme de verbatim manuellement ou à l'aide de logiciels de transcription (happyscrib et sonix). Nous avons ensuite codifié les verbatims pour en faire ressortir des catégories conceptuelles qui allaient donner un sens à notre analyse. Nous avons aussi inclus à notre analyse deux documents centraux dans la prévention du suicide au Québec à notre analyse. Le premier document s'intitule *Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* et le second document est la *Stratégie Nationale de Prévention du suicide au Québec*.

4.2.1 Les documents analysés

Le Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux

Une attention particulière a été portée au document guidant l'approche québécoise privilégiée dans les milieux cliniques, soit le document *Prévention du Suicide : Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Ce document a été coproduit par le Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Il fait figure de chef d'orchestre dans le réseau de la santé au Québec, car « il [coordonne] les services de santé et les services sociaux au sein du Réseau local de services de santé et de services sociaux

¹⁹⁵ Benoît Gauthier et Isabelle Bourgeois, 341

(RLS) [et mobilise] les partenaires locaux concernant des enjeux d'importance, en plus de fournir lui-même certains services. »¹⁹⁶. Ce guide s'adresse donc non seulement à plusieurs intervenants (travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs, infirmier. e. s...), mais aussi à plusieurs partenaires parmi lesquels on retrouve les centres hospitaliers, les entreprises d'économie sociale, les cliniques et cabinets privés de médecine incluant les groupes de médecine de famille (GMF), les centres de réadaptation, les pharmacies communautaires, les partenaires de l'éducation, les organismes communautaires, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, et bien plus.¹⁹⁷

Ce document propose 7 étapes qui se succèdent, mais peuvent se chevaucher, pour mener à bien une intervention auprès d'une personne présentant des idées et comportements suicidaires (ICS). Ces étapes consistent à accueillir et créer une alliance thérapeutique avec la personne suicidaire, estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, gérer immédiatement la crise, effectuer un suivi de courte durée, diriger ou orienter la personne, l'accompagner à l'urgence hospitalière et si nécessaire, hospitaliser ou héberger la personne suicidaire et effectuer un suivi étroit¹⁹⁸. Bien entendu, ce ne sont pas toutes les institutions du CSSS qui peuvent appliquer l'entièreté des étapes. Sur papier, le système de santé orchestre une séparation méticuleuse des tâches entre les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) à leur disposition. Logiquement, la seule institution pouvant hospitaliser un individu est l'hôpital, les services d'hébergement sont offerts par les centres de crise et les centres de réadaptation. L'hôpital ne peut pas, par contre, effectuer un suivi auprès de la personne, cette tâche sera plutôt du ressort d'autres acteurs tels que les centres de prévention du suicide, les centres de crise et les centres de réadaptation. Les cliniques médicales, les services policiers et les sentinelles ont un répertoire d'actions plus ciblées consistant principalement à estimer la dangerosité du passage à l'acte, orienter la personne vers d'autres ressources et, si nécessaire, accompagner la personne à l'urgence hospitalière. Le Québec possède une stratégie nationale de prévention du suicide et sa plus récente forme s'étend sur la période de 2022-2026.

¹⁹⁶ Gouvernement du Québec, « Prévention du suicide. Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. », 2010, <https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/>, 5

¹⁹⁷ Gouvernement du Québec, 9

¹⁹⁸ Gouvernement du Québec, 25

La stratégie nationale de prévention du suicide

La stratégie nationale a été lancée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et propose des mesures s'adressant à l'ensemble de la population (stratégies universelles), à des groupes et des communautés comportant des vulnérabilités spécifiques (stratégies sélectives) ainsi qu'à des personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité ou manifestant des comportements suicidaires (stratégies indiquées)¹⁹⁹. L'objectif de la stratégie est de diminuer au minimum de 10 % le nombre de suicides par jour en utilisant la synergie entre les mesures décrites dans le document. Selon la « vision » établie dans le document, les mesures doivent se ranger en amont des soins et des services afin de créer « un Québec sans suicide », car tous les suicides sont « évitables ». Les quatre axes de la stratégie sont la promotion de la santé mentale et la sensibilisation à la prévention du suicide, la prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide, la formation et soutien des professionnels et des intervenants, le développement et l'intégration de connaissances et l'actualisation des pratiques.

La stratégie inclut aussi des fondements transversaux, dont la prise en compte des inégalités sociales de santé dans le déploiement des mesures de la Stratégie nationale. Les inégalités sociales sont appliquées surtout selon le principe de l'universalisme proportionné, c'est-à-dire que les interventions universelles cherchent à limiter les « barrières d'accès » et à accroître le soutien aux populations qui vivent de la défavorisation sociale et économique²⁰⁰. La stratégie cherche aussi à prendre en compte les besoins des groupes spécifiques (les personnes vivantes avec un trouble mental, les personnes aux prises avec un problème de dépendance, les personnes de la communauté LGBTQ+, etc.) et mentionne l'importance de fonder la stratégie sur les meilleures pratiques et les données probantes. À cet égard, on juge tout de même que le recours aux données probantes délaisse l'apport des savoirs expérientiels des gestionnaires, des professionnels et des intervenants. Enfin, les stratégies

¹⁹⁹ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, « Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir », 2022, <https://publications.msss.gouv.qc.ca>, 22

²⁰⁰ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 15

s'instituent selon une mobilisation nationale et locale ainsi qu'avec l'aide des partenariats dans un esprit « d'optimisation des ressources »²⁰¹.

4.3 Conclusion

Bref, notre problématique découle d'un examen de la littérature portée par une démarche sociohistorique de l'enjeu suicidaire. En empruntant cette méthode, nous avons vu l'évolution historique de l'objet du suicide ; passant d'un péché à un crime et à une maladie. Provenant de notre attitude phénoménologique, nous avons tenté de saisir les enjeux tels qu'exprimés par les participants à notre étude et avons ainsi orienté notre problématique vers l'interrogation de la portée de la médicalisation du suicide dans un contexte québécois.

L'analyse sera menée en étudiant les discours des professionnels interrogés et le contenu des documents institutionnels. L'un des documents analysés, soit le *Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, nous servira à étudier les pratiques plus individuelles, celles ayant lieu entre un intervenant et une personne en crise suicidaire, alors que la *Stratégie nationale de prévention du Suicide* nous permettra d'étudier les pratiques plus collectives, qui s'adressent à la fois à l'ensemble de la société, aux groupes plus vulnérables d'adopter des comportements suicidaires et aux personnes en crise. Les professionnels interrogés proviendront de domaines diversifiés tels que la psychiatrie, la psychologie, la biostatistique, l'épigénétique, le travail social, les centres d'appel, les organismes communautaires, l'épidémiologie et les soins infirmiers. Cette diversité nous permettra de saisir la portée de la « médicalisation » du suicide chez les professionnels œuvrant à prévenir le suicide dans la société québécoise.

²⁰¹ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 19

Chapitre V

Analyse

5.1 Les conceptions du suicide

Les auteurs qui dénoncent une médicalisation du suicide proposent d'abord que les représentations du suicide soient trop restreintes à la pathologie mentale. Ce raisonnement individualiserait les causes du suicide et, par le fait même, dissimulerait l'apport des causes structurelles et sociales dans l'étiologie du suicide. Pour saisir les représentations du suicide chez les experts, une question générale a été posée, soit *Comment expliquez-vous l'apparition des comportements suicidaires ?* Plusieurs réponses en ressorties ; nous verrons d'abord celles en lien avec la pathologie mentale pour ensuite explorer les représentations alternatives.

5.1.1 L'alliance entre suicide et pathologie : nuances et questionnements

En décortiquant les propos des experts, on dénombre plusieurs perspectives sur les liens entre la maladie mentale et le suicide. Pour tous, il est certain qu'un lien existe, mais les discours varient plutôt dans la description et le poids accordé à la maladie mentale dans les causes du suicide. De prime abord, on retrouve un discours plus nuancé sur les liens entre la maladie mentale et le suicide que ce que laissent supposer les critiques de la médicalisation du suicide. Alors que les critiques proposent que la conception dominante soit de croire que le suicide est causé exclusivement par la maladie mentale, nous retrouvons des discours plus nuancés à cet égard. Les experts qui tiennent ce discours reconnaissent que la situation inverse est fautive, c'est-à-dire que les personnes ayant une maladie mentale sont peu nombreuses à se suicider. La reconnaissance de cette implication non réciproque le leur laisse croire que le suicide ne ferait pas seulement partie d'une psychopathologie, mais qu'il en serait une entité à part.

Organisme communautaire : « On sait que 90 % des personnes qui s'enlèvent la vie ont un trouble de santé mentale qui soit léger ou important. Maintenant, il faut faire très attention quand on tient ce discours-là parce que l'inverse est faux. Dans la mesure où ce ne sont pas toutes les personnes qui, et même, c'est loin d'être la majorité des personnes qui vivent avec un trouble de santé mentale qui vont avoir des idées suicidaires. »

Épigénéticienne : « The prevalence of suicide is higher in individuals with psychopathologies. But still it's a small percentage of them, which suggests that it's not just part of the psychopathology, that it's its own thing. »

Ainsi, on retrouve un discours à tendance médicalisé sans l'être entièrement, car les acteurs reconnaissent que la pathologie contribue au suicide sans en être l'unique cause. D'ailleurs, la conception du suicide comme une entité diagnostic séparé de la dépression laisse un biostatisticien penser que l'intégration du « trouble conduite suicidaire » dans une future version du Manuel de diagnostic et statistique (DSM) pourrait être intéressante, car certains cas de suicide ne peuvent pas être expliqués par la dépression. Toutefois, il ajoute que le suicide pourrait être occasionné par d'autres pathologies que la dépression.

Biostatisticien : « Je crois que oui, effectivement, c'est ce qui semble se sortir sur tous les coups, tout ce qui est relié à la dépression, il y a une grande importance dans le comportement suicidaire. (...) Toutefois, dans certains cas, il n'y aurait pas de dépression décelable et c'est pourquoi il serait intéressant d'intégrer le "trouble conduite suicidaire" (...) pour certains cas de troubles de comportement suicidaires, on n'a pas d'explication comme par la dépression ou par des comportements... peut être d'autres pathologies. »

Ainsi, pour le biostatisticien, les cas de suicide qui ne peuvent pas être expliqués par la dépression pourraient l'être par d'autres pathologies. Ce discours rejoint la médicalisation du suicide, car on retrouve des explications se rangeant exclusivement dans le registre de la maladie mentale. Une logique similaire est aussi retrouvée chez une épigénéticienne exprimant un doute face à la classification de certains suicides comme étant non occasionnée par la dépression. Elle éprouve une difficulté à figurer comment on peut affirmer l'absence de dépression chez les personnes s'étant suicidées malgré l'absence d'un diagnostic clinique. Ses propos laissent supposer un raisonnement étroit sur les liens entre le suicide et la dépression.

Épigénéticienne : « But the issue is that if you have brains from people who have committed suicide. How can you possibly say they weren't depressed when they

committed suicide? This is the very tricky thing, right? That's the part that I have a very hard time understanding how we can. So I know that people have set it up and said, okay, this person didn't have a diagnosis like a formal diagnosis at time of death of major depression. (...) You know, so we can say, okay, this individual didn't have a clinical diagnosis of depression when they committed suicide. Yeah, but you realistically say they weren't depressed when they committed suicide, even if they have other psychopathologies. That's the issue is that they're definitely in a very strong and very deep depressive state if they're going to commit suicide. »

Ce type de raisonnement abonde dans le sens de la médicalisation du suicide. Ainsi, on retrouve chez quelques experts un narratif selon lequel toutes les personnes suicidaires sont en dépression ou atteint d'une pathologie mentale. On retrouve aussi la présence d'une nuance, soit que ce ne sont pas toutes les personnes ayant une pathologie mentale qui vont faire une tentative de suicide.

Une autre psychiatre adopte aussi un narratif qui associe le suicide à des troubles mentaux, mais elle ajoute que la présence de « stresseurs » environnementaux renforce les comportements suicidaires. Selon elle, la personne suicidaire éprouve une détresse qui peut s'expliquer par la dépression, la psychose ou les troubles d'adaptation couplée au vécu d'évènements stressants.

Psychiatre 3 : « Il faut que tu sois en détresse pour te suicider et c'est une détresse assez sévère là, soit en dépression, en psychose, les troubles d'adaptation, c'est-à-dire que tu vis quelque chose de très difficile, c'est un trouble d'adaptation, t'es pas en dépression majeure, il t'arrive quelque chose de vraiment *tough*, puis tu ne vois pas d'issues. Je pense que les événements de vie aussi font que ça te met plus à risque, tu ne vas pas te suicider quand tout va bien dans ta vie, puis t'es heureuse et tu viens de te marier d'habitude. Mais non, c'est ça fait que moi je pense que les maladies mentales ou les gros stresseurs de vie, ça joue là. »

En restant encore dans le champ de la pathologie mentale, on assiste à une certaine ouverture à l'apport des facteurs extra-individuelle, que ce soit sous la forme d'un « évènement de vie » ou du diagnostic du « trouble de l'adaptation ». Il est à savoir que le trouble de l'adaptation est reconnu dans le DSM-5 comme une maladie spécifique qui se distingue de la dépression et des troubles anxieux²⁰². Le trouble de l'adaptation « évoque le développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en

²⁰² A. Appart et al., « Le trouble de l'adaptation et le DSM-5 : une revue de la littérature », *L'Encéphale* 43, n° 1 (1 février 2017): 41-46, <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.06.007>, 42

réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s) »²⁰³. En bref, le trouble de l'adaptation est une réponse mal adaptée à des événements stressants. Certains caractérisent ce trouble comme un diagnostic de transition, ambigu, marginal et difficile à détecter²⁰⁴. Le trouble de l'adaptation reste infraliminaire et difficile à distinguer d'une réaction normale au stress²⁰⁵. D'ailleurs, les études ayant recensé les événements stressants qui peuvent déclencher un « trouble de l'adaptation » mentionnent les problèmes professionnels, les conflits familiaux et conjugaux ainsi que la maladie grave ou les accidents²⁰⁶. Lorsqu'un individu présente une réponse mal adaptée à ces « stressseurs », une forte proportion de médecins vont prescrire un traitement bifocal ralliant le pharmacologique à la psychothérapie²⁰⁷. Cette réponse thérapeutique fait écho aux critiques de la médicalisation du suicide, car l'ordonnance médicamenteuse n'agit pas sur les causes environnementales et les mécanismes d'adaptations de l'individu. La littérature s'oppose d'ailleurs à cette pratique médicale, en préconisant plutôt une approche uniquement psychothérapeutique ou en utilisant des techniques variées comme la méditation, la thérapie brève, l'administration d'extraits de plantes, etc.²⁰⁸. Le diagnostic du trouble de l'adaptation, si proche d'une reconnaissance des conditions nuisibles à la qualité de vie, alimente toutefois une réponse thérapeutique qui responsabilise l'individu.

On remarque aussi une reconnaissance de la réciprocité entre environnement et maladie mentale chez une travailleuse sociale. Celle-ci mentionne qu'un trouble de santé mentale est toujours en relation à l'environnement et que le traitement doit s'orienter sur les vulnérabilités reliées à cet environnement. Cette travailleuse sociale ne conçoit pas la pathologie comme une entité diagnostic qui se complète à elle-même, cette pathologie est toujours liée à l'environnement :

Travailleuse sociale : « Après il faut amener la personne à se comprendre elle-même avec ce qu'elle a vécu, les expériences adverses durant l'enfance, on va faire du sens avec ça. Pourquoi elle a vécu une détresse, elle a sûrement des vulnérabilités en lien avec son environnement, un trouble quelconque est toujours lié avec l'environnement. Un trouble

²⁰³ Appart et al., 42

²⁰⁴ Appart et al., 42

²⁰⁵ Appart et al., 44

²⁰⁶ Appart et al., 44

²⁰⁷ Appart et al., 44

²⁰⁸ Appart et al., 44

de la personnalité, ça se crée à deux, ça ne se développe jamais seul. C'est en interaction avec l'autre. »

Certains experts vont donc limiter leurs explications du suicide à la maladie mentale, alors que d'autres vont relier la présence d'une maladie mentale à l'environnement. Certains professionnels, comme cette infirmière, proposent d'ailleurs qu'il n'y ait pas juste une cause au suicide.

Infirmière : « C'est sûr qu'il n'y a jamais juste une cause, c'est sûr que l'environnement, ça compte pour beaucoup. »

Comme nous l'avons évoqué au chapitre 3, nous pensons que la plupart des experts reconnaîtraient la complexité de l'enjeu suicidaire et que la vraie question résiderait plutôt dans la manière dont ils abordent cette complexité. Nous cherchions à savoir, dans cette première section de l'analyse, la place prise par les représentations médicales lorsque les experts interrogés répondent à la question « comment expliquez-vous l'apparition des comportements suicidaires ». De façon schématique, nous avons vu deux camps s'établir : les experts qui incluent l'environnement dans leurs explications et ceux qui ne le mentionnent pas. Nous verrons dans les prochaines lignes la façon dont cette dichotomie se déploie dans les propos des experts, notamment lorsqu'il est question de l'inclusion du « trouble des conduites suicidaires » dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM).

5.1.2 L'alliance entre suicide et pathologie dans le DSM-5 : controverses

La reconnaissance grandissante d'un suicide associé à la maladie mentale invite la « force de travail »²⁰⁹ du DSM-5 à proposer que le « trouble conduite suicidaire » soit une entité diagnostique dans le système de classification des troubles mentaux²¹⁰. Le « trouble conduite suicidaire », dans la 5^e version du manuel, est rangé dans la section « conditions à l'étude

²⁰⁹ La force de travail (« task force ») du DSM-5 est composé de 13 groupes d'environ 160 professionnels de la santé mentale et de médecins. Les membres de ces groupes sont responsables de la création des nouvelles entités diagnostiques qui s'intégreront dans les versions ultérieures du DSM. Cf American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 9

²¹⁰ American Psychiatric Association, 920

»²¹¹. La possible inclusion de ce trouble comme diagnostic séparé — et non plus comme une comorbidité — engendre des perspectives discordantes chez les experts interrogés.

On remarque la présence d'une certaine controverse entourant l'association entre le suicide et la maladie mentale dans le DSM. Une psychologue communautaire récuse la tendance unilatérale à lier la maladie mentale au suicide.

Psychologue communautaire : « Le temps qu'on passe à dire qu'il y a un lien avec la santé mentale, par exemple, et à présumer d'un lien directionnel d'une certaine manière avec la santé mentale, c'est plus compliqué que ça. C'est beaucoup plus compliqué que ça parce que si c'était simple, de même, malheureusement, tout le monde qui a un problème de santé mentale finirait par se suicider alors qu'on est loin d'être dans ce cas-là (Tant mieux). Et ce n'est pas tout le monde non plus qui se suicide, qui avait un problème de santé mentale auquel on pouvait dire "je comprends qu'il se suicide à cause de ça". Donc les liens sont beaucoup moins clairs entre suicide et santé mentale que ce qu'on véhicule dans le discours habituel. Et ça, c'est assez frustrant. »

Le discours tenu par cette psychologue laisse croire à la présence d'un certain débat sur les liens entre la maladie mentale et le suicide parmi les experts. La psychologue communautaire se situe à contresens des propos des professionnels étayés précédemment, car, selon elle, désolidariser la dépression du suicide dans le DSM serait une bonne chose afin d'éviter de *pathologiser* le suicide.

Psychologue communautaire : « Déjà le fait qu'on distingue les comportements suicidaires, qu'on enlève des critères par rapport à la dépression par exemple, c'est bien parce que comme on le sait, oui, beaucoup de gens qui ont des idéations suicidaires, ont des symptômes, auront des symptômes de dépression, mais ça ne veut pas dire que c'est à cause de ça qu'ils vont se suicider ou qu'ils vont faire un geste. Donc le fait qu'on le désolidarise, moi je trouve que c'est une bonne idée. Parce que ça nous permet de le considérer en dehors, justement, comme on disait tantôt, d'un diagnostic de santé mentale. »

Cette psychologue partage les propos des critiques de la médicalisation du suicide qui invitent à considérer le suicide en dehors d'un diagnostic de santé mentale. Toutefois, malgré la désolidarisation avec la dépression, elle reste dubitative face à l'intégration du « trouble conduite suicidaire » dans une édition ultérieure du Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM).

²¹¹ American Psychiatric Association, 920

Psychologue communautaire : « Maintenant, la pathologisation du comportement, c'est quelque chose qui est toujours un peu un terrain glissant je trouve. Tu sais de dire, de mettre sur le même niveau diagnostique en fait, d'avoir des comportements suicidaires et d'avoir un trouble de personnalité ou d'avoir une dépression. »

Son hésitation repose sur la pathologisation des comportements suicidaires, c'est-à-dire que les comportements suicidaires seraient considérés comme l'équivalent d'une maladie mentale. Un psychiatre mentionne toutefois que l'insertion du « trouble conduite suicidaire » dans le DSM aurait plutôt une valeur heuristique afin d'aider à la découverte scientifique, car l'objectif ne serait pas de construire une nouvelle maladie.

Psychiatre 2 : « C'est heuristique, on ne crée pas une nouvelle maladie. »

Il est intéressant de voir que les deux psychiatres interrogés ont aussi une compréhension de la spécificité occidentale des catégories du DSM. La reconnaissance de cette spécificité est une manière discrète d'admettre qu'aucun diagnostic ne constitue une réalité parfaitement objective d'un point de vue scientifique ou clinique.

Psychiatre 3 : « Puis j'ai l'impression qu'en Occident, la manière qu'on interprète est beaucoup reliée au DSM, surtout chez les psychiatres, mais que ces catégories-là vont peut-être moins fitter dans une autre culture. »

Psychiatre 2 : « Ça correspond aux pays occidentaux parce que des études ont été menées là jusqu'à maintenant. »

Les deux psychiatres reconnaissent que le découpage nosologique du DSM est propre à l'occident et donc que l'introduction -heuristique ou non- du « trouble conduite suicidaire » serait spécifique aussi à cette population. C'est donc inférer que le lien entre les pathologies mentales et le suicide serait spécifiquement occidental.

D'autres experts appuient des propos contraires à ces deux psychiatres en signalant que la santé mentale serait universelle, mais les causes du suicide ne le seraient pas. Les causes du suicide varieraient selon la culture à laquelle l'individu appartient. Les causes culturelles du suicide identifiées par les professionnels se rapportent à la perception de la mort, à la possibilité de déshonorer sa famille ou de contredire les valeurs familiales.

Infirmière : « La santé mentale, je pense que ça, ça serait universel, mais je ne pense pas que les causes du suicide sont universelles dans le sens que [...] peut être que t'as entendu cette histoire-là, il y a certains peuples qui se suicident parce qu'ils ont fait honte à leur famille. Ou je ne sais pas, au Japon, là, un moment, il fallait qu'ils atteignent une certaine performance puis il venait fou avec ça. Puis ils se suicidaient parce qu'ils n'allaient pas atteindre le niveau qu'on attendait d'eux pour le niveau social (rater un examen de médecine...) Est-ce qu'ils sont déprimés avant ? Peut-être. »

Travailleuse sociale 2 : « Mais j'ai l'impression que c'est en fonction de la notion de la mort. Juste les crimes d'honneur aussi, ça fait partie des cas d'idéation suicidaire. Les jeunes qui ont l'impression qu'ils ont terni l'image de la famille. Il y a beaucoup de familles qui viennent du Bangladesh, souvent c'est des valeurs plus au niveau de se marier jeune, la modestie, des choses comme ça qui rentrent en contradiction. Puis quand tu deviens trop en contradiction avec les valeurs familiales, il y en a qui vont jusqu'à penser au suicide parce qu'ils pensent qu'ils ne sont pas adéquats. J'ai vraiment l'impression que ça change en fonction de tes valeurs, ton milieu. »

Ces professionnels reconnaissent l'apport de la culture ou de l'environnement dans les raisons qui poussent au suicide. Cette reconnaissance s'exprime sous les variations interculturelles des motifs qui poussent à commettre un suicide, de la spécificité occidentale du manuel de diagnostic et statistique ou simplement de la mention du rôle de l'environnement dans l'étiologie du suicide.

Nous venons de voir une fraction des discours des acteurs dans lesquels s'exprimaient les liens entre le suicide et la maladie mentale. Les experts se positionnent différemment selon les degrés d'association entre la pathologie et le suicide. Pour certains, la pathologie mentale expliquerait entièrement le suicide. Chez ces derniers, une médicalisation conceptuelle du suicide est bel et bien présente. Toutefois, pour d'autres, l'association entre ces deux éléments est source de nuances. Les experts concèdent que la maladie mentale ne conduit pas nécessairement au suicide et font intervenir des causes culturelles ou environnementales pour expliquer le suicide. Ainsi, nous concluons cette section en retenant que la conception selon laquelle la maladie mentale occasionne le suicide est non seulement source de nuances et de débats, mais s'inscrit parfois dans une perspective plus large prenant en considération l'environnement dans la genèse des comportements suicidaires.

5.1.3 Une compréhension multifactorielle des comportements suicidaires

L'analyse des discours portant sur la médicalisation du suicide doivent être actualisées au regard des représentations du suicide dans un vocabulaire épidémiologique. C'est-à-dire qu'une conceptualisation médicalisée du suicide est bien présente chez quelques professionnels interrogés, comme nous venons de le voir, mais nous notons que l'espace interprétatif du suicide n'appartient pas à l'étiologie spécifique (causé par une maladie mentale), il est plutôt réfléchi comme le résultat de l'interaction entre des facteurs de risques biologiques, psychiatriques, psychologiques, sociaux, culturels, environnementaux, économiques, etc. Comme le mentionne Dozon et Fassin, le développement d'un nouveau lexique de santé publique a métamorphosé les représentations de la maladie²¹². Bien que le suicide ne soit pas considéré comme une maladie en lui-même, l'étroit lien qu'il partage avec la maladie mentale nous permet d'appliquer ce même constat aux représentations sur le suicide. Nous remarquons d'abord que le suicide connaît une forte présence descriptive de son occurrence en termes de « facteur » (de risque).

Psychiatre 3 : « Les facteurs de risque, c'est un homme, être célibataire, veuf ou habiter seul finalement, être isolé socialement, ne pas avoir de famille, de réseau, d'amis, oui. Avoir des difficultés financières, de consommer, être en dépression ou d'être en psychose (...) Puis on va aussi dans la famille, dans notre histoire psychiatrique, on le questionne : est-ce qu'il y a des gens décédés par suicide dans la famille, pas juste des gens qui ont fait des tentatives, mais qui sont vraiment décédés par suicide ? Puis s'il y en a, ça augmente le risque de la personne. »

Psychiatre 2 : « Suicide is a complex public health problem of global importance. Suicidal behaviour differs between sexes, age groups, geographic regions, and sociopolitical settings, and variably associates with different risk factors, suggesting etiological heterogeneity. »

Infirmière : « C'est sûr que si la personne, elle a une maladie mentale, des maladies physiques chroniques, ben c'est des facteurs de risques. Si elle a des problèmes financiers, qu'elle n'a pas eu beaucoup de soutien social. Peu importe si c'est de la famille, des amis, ben ça augmente les facteurs de risque. Après ça, si tu en rajoutes, elle n'a pas d'emploi, ça fait longtemps qu'elle se cherche un emploi. »

Épidémiologiste : « Les gens qui ont des problèmes de santé mentale souvent... Et qui ne prennent pas leurs médicaments, ben ils n'ont pas d'emploi, l'indice de défavorisation matérielle et sociale est plus élevé, ils vivent plus d'isolement social. Il y a comme une

²¹² Dozon et Fassin, *Critique de la santé publique*, 101

panoplie, ça vient souvent, ça ne vient pas juste en paquet de un souvent les problèmes associés, les risques du suicide, ça vient en kit malheureusement. »

Organisme communautaire : « Puis les facteurs, ils sont multiples. Évidemment on les a catégorisés là donc : prédisposant, contribuant puis précipitant, donc pour moi c'est une combinaison là de ces 3 éléments-là qui fait en sorte que la personne en vient éventuellement à avoir des idées suicidaires. »

Centre d'intervention de première ligne : « Les facteurs, bien, il y en a plusieurs. Il va y avoir, bien souvent, ça va tourner autour de la perte d'espoir, mais ça va être l'isolement social, ça va en être un. Toute l'hygiène, on va appeler ça des signes de détresse. (...) Augmentation de la consommation, les pertes de contrôle, l'impulsivité. Ça aussi ça peut faire en sorte qu'un acte suicidaire va se concrétiser plus rapidement. »

Épigénéticienne : « And I think there are a number of factors that influence suicidal outcomes. One of the big ones are, you know, I want to say cognitive state and personality state. So, for example, impulsivity is one of the most important factors related to suicidality. Right? There's also a very important sex effect in suicide. So there are more males by far that commit suicide, but more females that attempt suicide. »

Travailleuse sociale 1 : « c'est complexe, pour moi c'est plusieurs composantes. Il n'y a pas une partie qui peut répondre à ce qui cause des comportements. Pour moi il y a comme trois facteurs. T'as l'individu, toute sa capacité à réguler ses émotions, ce qui le constitue comme individu et sa capacité à faire face aux épreuves, donc ses affects, sa personne, tout ce qui le constitue. Après il y a les expériences de vie, donc les expériences adverses à l'enfance, je ne peux pas faire abstraction de ça. Donc s'il vit dans une maison avec des parents alcooliques, instables, t'es exposé à la violence conjugale, tu vis d'importants conflits de séparation ou t'es complètement aliéné d'un parent à l'autre. Tout ça module la façon dont l'individu va se développer, développer ses capacités d'adaptation, qui est-il comme personne en interaction de proximité avec son environnement. L'autre point, c'est l'environnement dans lequel tu peux grandir, est-ce que tu es dans un quartier pauvre, dans quelle classe sociale tu es, c'est quoi tes possibilités d'ascension économique ? C'est sûr que l'environnement caractérise aussi la façon dont tu vas pouvoir réagir. C'est comme trois catégories qui s'imbriquent l'une dans l'autre puis en fonction de ces catégories-là c'est sûr que bon, tout dépendamment des facteurs qui sont vécus, ça va influencer les idéations suicidaires. »

Les facteurs de risques nommés par les professionnels ne sont pas uniquement de l'ordre de la maladie mentale comme le laissent entendre les critiques de la médicalisation du suicide. Les facteurs de risques nommés appartiennent à de multiples catégories : le sexe, les antécédents familiaux, l'âge, le statut marital, la consommation d'alcool ou de drogues, la maladie mentale, les expériences adverses durant l'enfance, la capacité à réguler ses émotions et s'adapter à son environnement, la maladie physique, le soutien social, les difficultés financières, l'emploi, la classe sociale, les possibilités d'ascension économique, la région géographique et le contexte sociopolitique. La présence d'un langage du risque généralisé chez les professionnels nous laisse croire que les conceptions du suicide ne sont

pas exclusivement médicalisées, mais *épidémiologisées*, « risk became a way of viewing and dealing with a new class of personal problems and activities that extended beyond biomedical understandings of mental illness and suicide »²¹³. On retrouve aussi l'application des facteurs de risques dans les modèles du suicide nommés par les experts. Une psychologue communautaire se réfère au modèle diathèse-stress afin de comprendre l'interaction entre les facteurs de risques, les facteurs de protections et les différents mécanismes décrits par le modèle interpersonnel.

Psychologue communautaire : « Moi j'aime beaucoup les modèles diathèse stress. Parce qu'il nous aide à comprendre... Parce que le risque suicidaire, c'est pas quelque chose qui est spontané. C'est quelque chose qui se construit dans la vie d'une personne. Puis c'est quelque chose qui peut fluctuer très très rapidement aussi dans la vie d'une personne. Donc pour concilier ces choses-là qu'on observe, que c'est à la fois quelque chose qui est cognitif, émotionnel, social, d'imitation. Il y a comme plein, plein, plein, plein, plein d'éléments qui peuvent entrer en ligne de compte dans ce que Bob va faire à ce moment là. Mais qu'est-ce qui aura amené tout ça avant ? Et les modèles diathèse stress, je trouve, pour moi en tout cas, articule bien ces deux niveaux là de comment les choses se construisent dans le temps pour la personne. Et qu'est-ce que c'est qui fait qu'à un moment donné ça déborde ? Donc moi je l'aime bien pour essayer de comprendre comment les facteurs de risques et les facteurs de protection s'articulent ensemble, comment les différents mécanismes aussi comme ce dont on parlait tantôt, du modèle interpersonnel avec le sentiment d'être un fardeau, puis l'appartenance, je ne sais jamais comment ils le traduisent en français, « thwarted belongingness ». Et donc du coup, il y a comme avec ces modèles diathèse-stress, il y a comme la possibilité d'intégrer aussi différents aspects qui sont intéressants, qui sont pertinents, qui sont expliqués par ailleurs aussi dans des compréhensions plus globales. »

Avec l'épidémiologie, les facteurs de risques et les facteurs de protections sont devenus centraux pour comprendre le suicide. Les facteurs ne reposent pas sur la présence ou non d'une maladie mentale, mais aussi sur le milieu de vie de l'individu. Cette épidémiologiste explique d'ailleurs la manière dont des facteurs de risques plus individuels (micro) peuvent découler de facteurs de risques plus sociétaux (macro).

Épidémiologiste : « Quand on mesure le suicide, tu sais, on aborde souvent ça de façon, comme je te disais tantôt, soit au niveau macro ou micro, on sait qu'il y a des facteurs de risques qui sont plus individuels, mais qui découle aussi de facteurs, par exemple l'indice de défavorisation matérielle et sociale. » p.5. « Ces facteurs de risques clés peuvent être à divers degrés, soit au niveau individuel comme je le disais, comme par exemple la consommation de substances, la défavorisation matérielle ou sociale. Mais ils peuvent aussi être au niveau sociétal parce que dans un sens, si par exemple tu facilites l'accès à des drogues dures sur le marché par des politiques qui ne sont pas assez rigides, bien ça va

²¹³ Scott J. Fitzpatrick, « The moral and political economy of suicide prevention », *Journal of sociology* 58, n° 1 (2022): 113-29, <https://doi.org/10.1177/14407833211001112>, 118

aller aussi avoir un impact sur ton comportement qui est individuel, où il y a certains facteurs qui sont exacerbés, des facteurs comme la pandémie qui est plus un effet populationnel, a exacerbé certains facteurs de risques associés au suicide. »

L'épidémiologie révèle les facteurs sociétaux qui pourrait engendrer le suicide. Le regard théorique posé sur le suicide ne reste donc plus au niveau individuel, il prend une dimension macro-sociale. La reconnaissance d'une causalité multifactorielle permet à la psychologue communautaire de justifier qu'une psychiatrisation du suicide ne soit pas appropriée.

Psychologue communautaire : « Parce que justement le comportement suicidaire, c'est quelque chose qui est extrêmement multidéterminé, multifactoriel, avec des influences Bio-psycho- sociaux-culturo-economico, mets tout ce que tu veux avec, et ramener ça à un diagnostic psychiatrique ou qui est équivalent d'un autre diagnostic psychiatrique, c'est un terrain glissant. Maintenant, est-ce qu'il y a une solution alternative ? Je ne la connais pas, je le sais pas. Mais la psychiatrisation de ce comportement-là, je trouve ça glissant. »

On remarque une certaine réticence chez cette psychologue à proposer d'emblée une psychiatrisation de la problématique suicidaire. La reconnaissance amenée par la science épidémiologique d'un suicide multi déterminé permet à la plupart des professionnels de proposer que le suicide ne soit pas le résultat d'un facteur unique (comme la santé mentale).

Il est intéressant de constater que l'identification des vulnérabilités individuelles et sociales associées au suicide — dominés par la présence des facteurs — est de l'ordre du quantitatif au détriment de descriptions plus qualitatives. Cette tendance est d'ailleurs critiquée par un intervenant :

Centre d'intervention de première ligne « la manière que le système médical en place en fait considère la question du suicide et le réseau de la santé. Je trouve que ça c'est un problème parce qu'ils fonctionnent dans un mode d'épistémologie qu'ils ne vont pas prendre en considération les facteurs que je t'ai dit tantôt, là non, ils vont quantifier, ils veulent des données probantes, ils veulent des quoi faire, ils veulent des tatata, tatata. »

Le professionnel du centre d'intervention dénonce cette tendance à privilégier une gestion du risque à l'aide d'outils quantificateurs (l'épidémiologie) et les données probantes. Nous avons vu que les propos de la psychologue communautaire relatent des mécanismes

psychologiques qui sont de l'ordre du qualitatif (le modèle interpersonnel et le sentiment d'être un fardeau), mais ces explications sont rares chez nos experts. On les retrouve aussi seulement chez une travailleuse sociale :

Travailleuse sociale 1 : « Tu sais, le suicide c'est un sentiment d'être isolé, d'être un fardeau et puis une autre composante qui est à quel point tu peux passer à l'acte, à quel point tu n'as pas peur de mourir. »

Les divers facteurs nommés nous laissent donc croire que le suicide n'est pas médicalisé de la façon dont les critiques le supposent. Nous n'assistons pas majoritairement à des représentations unidirectionnelles, unilatérales et sans nuances du lien entre maladie mentale et suicide. Les représentations véhiculées par les experts se situent plutôt au niveau de la multifactorialité du suicide et s'appuient sur un vocabulaire épidémiologique laissant peu d'espace aux analyses qualitatives et au sens que revêt les comportements suicidaires pour les individus.

Ainsi, pour revenir à notre première question, soit celle d'explorer les façons dont les experts font ressortir les liens entre le suicide et la maladie mentale ; nous constatons des propos essentialistes, mais aussi des nuances, des questionnements et une certaine polémique. Nous remarquons que la statistique selon laquelle « 90 % des personnes qui se suicident ont un trouble de santé mentale » persiste, mais s'accompagne de nuances, car les experts reconnaissent que l'affirmation contraire n'est pas valide : ce ne sont pas toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale qui vont se suicider. Cette incertitude permet à une épigénéticienne de proposer que le suicide possède ses propres propriétés psychopathologiques tout en manifestant une certaine réticence à disjoindre le suicide de la dépression. De même, un biostatisticien propose que les suicides écartés d'un diagnostic de dépression puissent être élucidés par d'autres pathologies. Nous retrouvons donc parmi les experts interrogés la persistance d'un discours à tendance (sur) médicale, car leurs conceptions du suicide se restreignent à des causes intra-individuelles.

D'un autre côté, nous assistons aussi à un débat entre les experts interrogés. Une psychologue communautaire se joint aux critiques de la médicalisation mentionnée en problématique, car elle dénonce aussi l'association courante entre la maladie mentale et le

suicide. Selon elle, la désolidarisation entre la maladie mentale et le suicide permettrait d'éviter de *pathologiser* le suicide. Cela rejoint les critiques de la médicalisation qui dénonce une conception du suicide comme le symptôme d'un trouble psychiatrique ou comme l'équivalent d'un diagnostic psychiatrique (trouble des conduites suicidaires) dans le DSM. Un psychiatre nous mentionne toutefois que cette nouvelle catégorie diagnostique n'aurait qu'une valeur heuristique et ne servirait pas à créer une nouvelle maladie mentale dans le DSM. D'autres experts vont dresser un pont entre la pathologie mentale et l'environnement. Un psychiatre relie les maladies mentales aux « événements de vie », une travailleuse sociale nous explique que les vulnérabilités d'une personne sont toujours liées à son environnement, une infirmière et une travailleuse sociale mentionnent que les causes du suicide varient selon la culture des individus. Ainsi, la reconnaissance du milieu de vie et des spécificités culturelles est aussi présente chez les experts interrogés. Au-delà d'une simple reconnaissance, l'environnement est modélisé dans les termes épidémiologiques. Les experts ont été nombreux à identifier les facteurs de risques corrélés au suicide, nous laissant croire que les conceptions théoriques du suicide ne sont pas médicalisées, mais épidémiologisées.

5.2 L'orientation des stratégies de prévention du suicide : oblitération de la question du sens dans la surveillance du risque suicidaire

Puisque nous avons interrogé des professionnels appartenant à la fois au milieu de l'intervention et de la prévention politique du suicide, nous avons récolté des documents phares pour étayer notre analyse et aider le lecteur à mieux cerner la diversité des pratiques au Québec. Il est à savoir qu'au Québec, les pratiques entourant l'enjeu suicidaire comprennent la prévention, l'intervention et la postvention. Nous ne traiterons pas de la postvention (type d'intervention de soutien auprès des proches qui a lieu après le décès d'une personne morte par suicide), car les critiques de la médicalisation du suicide ne l'abordent pas. Nous traiterons seulement des pratiques de prévention se faisant avant la crise suicidaire (prévenir le suicide par des campagnes d'éducation, la réduction des facteurs de risques et l'augmentation des facteurs de protection) et d'intervention auprès d'une personne en crise suicidaire ou proche de l'être.

Nous avons sélectionné deux documents pour compléter les propos des experts et guider la compréhension du lecteur à travers la complexe gestion de l'enjeu suicidaire. Le premier document s'intitule *Le guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des Centres de santé et de services sociaux (CSSS)*. Ce guide a pour objectif de soutenir les compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de la personne suicidaire²¹⁴. Il est pertinent de l'inclure dans notre analyse, car il représente en quelque sorte l'idéal des pratiques d'intervention selon le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). Le second document, aussi rédigé par le MSSS, s'intitule *Rallumer l'espoir - stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*. Ce document propose des stratégies préventives, en amont des situations de crise suicidaire, afin de prévenir non seulement le suicide, mais aussi les idées suicidaires et les tentatives de suicide tout en augmentant le bien-être psychologique de la population générale²¹⁵. Ces deux documents sont inspirés par le cadre fédéral de prévention du suicide prenant une approche de santé publique qui se concentre

Sur la prévention et tient compte des connaissances, des points de vue et des expériences multidisciplinaires, dont les sciences de la santé (comme la médecine, les soins infirmiers, la psychiatrie et l'épidémiologie), la sociologie, la psychologie, la criminologie, l'éducation et l'économie, pour comprendre le suicide dans son sens large, déterminer les facteurs qui jouent un rôle dans l'augmentation ou la diminution des risques de suicide et améliorer les mesures collectives, la recherche et les pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide.²¹⁶

Le cadre canadien repose donc sur des savoirs multidisciplinaires afin de déterminer les facteurs de risques reliés au suicide. Avant même d'entrer dans les détails des stratégies de prévention québécoises, il semble à première vue que la contribution de disciplines scientifiques diverses lui donne une orientation théorique ne se retraignant pas à l'individu et ses pathologies mentales. Nous approfondirons cette observation dans les prochaines lignes.

²¹⁴ Gouvernement du Québec, « Prévention du suicide. Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. », 3

²¹⁵ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, « Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux, 2022 », 23-24

²¹⁶ Gouvernement du Canada, « Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada. Cadre fédéral de prévention du suicide », 4

5.2.1 Le guide des bonnes pratiques : préséance à la surveillance du risque suicidaire

Au Québec, la pratique clinique pour intervenir auprès d'une personne suicidaire se décompose en trois segments ; le praticien fait d'abord une *évaluation* des facteurs de risques associés au suicide présents chez l'individu suicidaire, il *intervient* selon le niveau de risque estimé et assure une *postvention* (mesures mises en place auprès de l'entourage immédiat et élargi à la suite d'un suicide).

L'évaluation clinique du risque suicidaire

Le premier segment d'une intervention pour prévenir le suicide — au niveau clinique — repose sur l'estimation du risque suicidaire chez un patient à l'aide d'un guide d'évaluation²¹⁷. La recherche a établi plus de 75 variables associées statistiquement au suicide,²¹⁸ mais seulement quelques facteurs ayant plus de « poids » sont intégrés dans la prédiction du risque. Au Québec, ce sont 14 variables qui ont été associées statistiquement au suicide²¹⁹. Ces variables sont évaluées chez les personnes suicidaires pour déterminer leur score de risque suicidaire (faible, moyen, élevé) et permettre au praticien d'adapter son intervention au niveau d'urgence. L'évaluation du risque suicidaire se fait généralement durant les premiers contacts entre un professionnel du milieu de la santé et une personne suicidaire.

Durant cette évaluation, le praticien examine trois volets ; le risque, l'urgence et la dangerosité auxquels s'ajoutent d'autres variables jouant sur l'imminence du passage à l'acte comme « le contrôle des idées, la tension émotionnelle et la capacité d'accepter de

²¹⁷ Gouvernement du Québec, « Prévention du suicide. Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. », 30

²¹⁸ Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal., « Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS) », 11

²¹⁹ Les 14 facteurs évalués sont l'urgence suicidaire (les idées suicidaires, la durée des idées, l'intention suicidaire, la planification, le contrôle des idées, la tension émotionnelle/anxiété, la capacité à accepter de l'aide), la dangerosité (létalité du moyen, accès au moyen), la description du plan actuel, les signes avant-coureurs, la présence et le niveau de risques des tentatives et idées suicidaires antérieures, la présence de gestes autodestructeurs ou d'automutilation sans intention suicidaire, les sentiments quant à la tentative de suicide récente et plusieurs autres facteurs précipitants, prédisposant et de protection. Cf Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 6

l'aide »²²⁰. Il est intéressant de noter que les premières étapes de l'intervention, le premier vis-à-vis ne se concentre pas uniquement sur la personne matérielle et le sens qu'elle donne à ses revendications, mais sur la présence ou non de facteurs de risques.

L'intervenant fonde son intervention sur le Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS). Ce guide aurait pour objectif d'offrir des points de repère aux intervenants afin de mieux comprendre la sémiologie des conduites suicidaires pour orienter leurs interventions²²¹. Comme le mentionne le ministère de la Santé et des Services sociaux, il faut concevoir la grille comme un outil d'affinement et de soutien au jugement clinique ;

Évaluer ou estimer la dangerosité d'une personne consiste à établir un pronostic. Il s'agit dès lors d'appréhender un ensemble de faits susceptibles de favoriser le passage à l'acte. Puisque chaque cas est unique et que l'évaluation du danger est subjective à plus d'un égard, les professionnels chargés d'évaluer ou d'estimer la dangerosité doivent pouvoir compter sur des outils leur permettant de soutenir leur décision. L'utilisation d'un outil basé sur une démarche systématique peut diminuer les risques d'erreur de jugement, tout en facilitant l'intervention auprès de la personne. Le plus souvent, il s'agit d'une grille d'analyse (questionnaire) qui passe systématiquement en revue les facteurs de risque, de danger ou de protection présents chez la personne visée ou son entourage.²²²

La grille d'évaluation agit ici comme une assistance technique qui permettrait au praticien de posséder un outil standardisé pour appuyer son évaluation « subjective ». Comme le mentionnent Dozon et Fassin, on assisterait à « l'institutionnalisation d'un style de pensée centré sur le calcul des niveaux de risques »²²³. À travers lequel il s'agit moins d'affronter un individu en crise que d'anticiper l'éruption du « danger »²²⁴. L'intervention médicale et psychosociale s'oriente sur la réduction du risque. Cette perspective est d'ailleurs retrouvée chez l'un des professionnels interrogés :

Psychiatre 2 « Puis c'est à travers une meilleure gestion thérapeutique. D'un point de vue strictement médical et psychosocial, c'est une meilleure gestion thérapeutique qui permet de pouvoir mieux contenir des conséquences. Réduction des risques. »

²²⁰ Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 6

²²¹ Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 4

²²² Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal., 24

²²³ Dozon et Fassin, *Critique de la santé publique*, 100

²²⁴ Dozon et Fassin, 144

L'évaluation clinique du risque suicidaire semble relever d'une logique actuarielle pour prédire le suicide en se basant sur la pondération entre les facteurs de protections et de risques :

Travailleuse sociale 2 : « Il pourrait y avoir un gros facteur de risque justement comme de l'isolement qui ferait en sorte qu'il y a très peu de moyens de protection autour. Donc tu te dis que s'il y a quelque chose, comme un château de cartes, tout va partir. Tandis que si t'as beaucoup de facteurs de risque, il y en a qui ont tellement de facteurs de protection comme ils vont au camp, ils ont des intervenants, ils sont tout le temps à l'école, la mère participe au suivi, c'est beaucoup, beaucoup de facteurs de protection. Mais mettons des difficultés à l'école de grosses difficultés de santé mentale, de la précarité financière, ils viennent d'immigrer et vivent de l'isolement social, ça fait en sorte que même si t'as tout ça en place, c'est quand même beaucoup de facteur de risque, mais la personne va quand même s'en sortir et ne pas se rendre jusqu'au suicide parce qu'elle a tellement d'autres moyens pour faire face à ses difficultés. »

Épidémiologiste « je pense que tout le monde accumule à certains moments des facteurs de risques, mais aussi de protection qui va s'exprimer ou non, tout dépendamment de la personne ou de la population dans laquelle tu vis »

Infirmière « Ils vont mesurer le risque à l'aide des grilles d'estimation du risque suicidaire. En regardant toujours la personne est ce qu'elle a aussi des facteurs de protection comme justement son soutien. Est-ce qu'elle a des projets ? Est-ce qu'elle garde son emploi ? Est-ce qu'au niveau financier c'est stable ? Est-ce qu'elle a perdu son logement ou elle est encore là ? Si je ne sais pas, elle a un animal de compagnie ? Ce n'est jamais une science exacte sauf que les grilles d'estimation du risque, c'est important. C'est important de les faire, puis de tenir compte des facteurs de risques. C'est prédictif des tentatives antérieures et des facteurs de protection. »

Une autre perspective est aussi retrouvée chez un intervenant, pour qui les facteurs sont appréhendés dans leur globalité, selon une perspective « holiste ». Il ne pondère pas les facteurs de protections et de risques, mais conçoit les facteurs risques comme révélateurs du risque suicidaire en eux-mêmes. À cet effet, l'intervenant nous mentionne que le guide d'évaluation serait plutôt un appui à la décision clinique (comme le mentionne le MSSS), car les personnes ne réagissent pas de la même façon à la question suicidaire et à la dépression :

Centre d'intervention de première ligne : « Je conçois la grille beaucoup d'un point de vue holistique. Pour moi, s'il y a quelque chose qui change là-dedans, c'est un peu un reflet de tout. Sauf que les personnes ne vont pas réagir de la même manière à la question suicidaire puis à la dépression. (...) Tu n'arrives pas avec une grille d'analyse, tu ne catégorises pas ou tu ne vas pas dire la personne est suicidaire. (...). Tu vas plutôt dire il semble y avoir une organisation dépressive, tu peux te dire ça pour te guider. (...) La personne quand tu la traites en tant qu'individu ou sujet, tu ne vas pas lui imposer, tu suspends ce jugement ou cette théorie. »

Ce même intervenant nous parle d'ailleurs d'un problème avec le guide d'évaluation :

Centre d'intervention de première ligne : « On se retrouve, quand on l'intègre en population, on se rend compte qu'il y a un problème, c'est que certains types de population vont être vus tout le temps comme orange, rouge. »

Comme le dénonce l'intervenant, lorsque la grille d'estimation du risque suicidaire est appliquée aux individus, certaines populations se retrouvent souvent dans des niveaux de risques « orange, rouge », ce qui signifie un niveau de risque « dangereux » et la nécessité d'intervenir rapidement auprès de l'individu. Le guide d'évaluation pourrait reposer sur des *normes* comportementales implicites auxquelles l'individu doit se conformer sinon il est catégorisé comme étant « à risque grave » de suicide. La grille d'évaluation décontextualise l'individu et place l'intervenant dans une position d'appréhension du geste suicidaire sans lui permettre de travailler sur ce que révèle la souffrance de la personne qu'elle traite :

Travailleuse sociale : « Quelqu'un qui est dans ton bureau constamment avec des idéations suicidaires, c'est qu'à un moment donné tu n'adresses pas, t'es pas en évaluation tout le temps du risque suicidaire, parce que tu n'adresses rien d'autre. Tu ne peux pas non plus tout le temps être dans « est-ce que t'as un plan, c'est quoi tes idéations » parce que tu ne fais que, même, alimenter le problème. Puis tu mets de l'attention beaucoup à freiner. On veut s'assurer, mais en même temps tu ne travailles rien d'autre. En effet, sa souffrance, qu'est-ce que ça cache derrière ? Ses relations ? »

Psychologue communautaire : « Puis les gens prennent des décisions en fonction de la classification qu'ils ont faite. Et cette classification-là, elle est entièrement statistique. Si tu ne prends pas le temps de dire... « Mais Bob en face de moi là. Qu'est-ce qui en est pour vrai ? (...) Le problème qu'on a avec certains outils standardisés qui sont comme si tu coches de 1 à 5 par exemple ou de 1 à 3, puis si tu comptes un score, puis ça fait dix. Ils veulent dire quoi ces chiffres-là ? Qu'est-ce qu'ils nous disent de la personne puis de comment elle va évoluer, cette personne-là ? »

Psychiatre 1 « On a habitué les gens à des guides de pratiques qui enferment la personne. »

Ainsi, pour certains professionnels, les guides d'évaluation du risque suicidaire ne cherchent pas à comprendre les significations de la souffrance. D'autre part, la façon dont les intervenants font sens des facteurs de risques rend le guide d'évaluation moins « standardisé » que ce qu'en atteste le MSSS. Les facteurs de risques orientent la prévention du suicide, mais son appropriation par les acteurs du milieu de la prévention le détache de la neutralité revendiquée. La façon d'imputer le risque est médiée par la façon dont les

professionnels s'approprient les connaissances. Autrement dit, la façon dont le risque est approprié par les experts surdétermine son raisonnement épidémiologique. Si nous prenons la consommation d'alcool, par exemple, ce « facteur de risque » est interprété différemment selon les individus. Pour certains, la présence du facteur de risque « consommation d'alcool » est un danger établi, immuable qui nécessite une cessation du comportement alors que pour d'autres, la consommation d'alcool relève de l'histoire de l'individu, de ses problèmes particuliers et des significations associées à ses conduites qui ne nécessitent pas un arrêt dans l'immédiat.

Psychiatre 3 : « L'alcool, c'est un déprimeur. (...) Quand ils sont intoxiqués, il peut avoir une période où ils se sentent mieux, mais après ça, il y a une dysphorie qui embarque. Il y a un crash, oui, où ils vont être plus suicidaires, puis le lendemain aussi ils sont moins bien. Puis aussi la désinhibition associée à la consommation. Tout le monde sait, quand on a bu un peu trop on fait des affaires, alors qu'on se retiendrait, on dit des affaires qu'on pense, mais qu'on ne dirait pas normalement, ça fait que ça enlève des inhibitions aussi la consommation d'alcool ou de drogue. »

Épidémiologiste : « Par exemple, une personne qui a des facteurs, mais qui ne consomme pas, on sait que l'alcool, ça peut être souvent un facteur qui va créer une certaine impulsivité au niveau du suicide. L'utilisation de certaines drogues aussi. Donc c'est l'accumulation de certains facteurs que tu as déjà, mais aussi mis en contexte avec d'autres choses qui des fois sont là, des fois ne sont pas là. »

Centre d'intervention de première ligne : « Même chose pour la consommation. Ok, genre « je bois 40 onces par jour ». Ok, ce n'est pas l'idéal, mais comment tu te sens quand tu en prends ? « Au moins ça me calme un peu. » Fine on va commencer par ça, puis ensuite on met en place un plan pour peut-être aller vers de quoi qui est infiniment moins dommageable pour ta santé mentale. »

Psychologue communautaire : « Par exemple, le fait d'avoir des enjeux de consommation de substances, ça fait que tu vas côté plus haut. Mais Bob, sa consommation, ça se passe comment ? Et puis est-ce que dans son cas, lui, en ce moment, c'est un facteur de risque ou est-ce que dans son cas à lui, en ce moment ça a plutôt calmé les choses parce qu'il s'est auto-médicamenté, il est apaisé ? Peut-être que ça peut avoir l'effet inverse de ce que je me disais, tu sais. Mais ça, si tu ne fais pas l'effort de faire une lecture clinique approfondie de la situation de Bob, tu ne le sauras pas. »

Nous remarquons donc que les premiers contacts entre un intervenant et une personne suicidaire ne sont pas dirigés vers la mise en place de traitements « médicalisés », mais sur la comptabilisation des facteurs de risques et de protections permettant de déterminer un niveau de risque suicidaire. Les stratégies de prévention, a priori, semblent orientées vers une perspective de santé publique qui transforme les causes identifiées par la sociologie, la psychologie et la psychiatrie sous la forme de facteurs de risques et de protections. Voyons voir comment ces connaissances multidisciplinaires sont mobilisées durant l'intervention.

L'intervention auprès des personnes suicidaires

L'intervention auprès d'une personne suicidaire peut être effectuée par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), mais aussi par « les milieux scolaires, les organismes communautaires, les groupes de médecine familiale, les médecins de famille, les corps policiers, les Centres de prévention du suicide, etc. »²²⁵. Au Québec, l'approche retenue par les CSSS pour intervenir auprès d'une personne suicidaire est *l'approche orientée vers les solutions*. Celle-ci est privilégiée, car elle permet l'actualisation de changements rapides chez une personne en crise suicidaire.

Cette approche est orientée sur « les mécanismes que les personnes utilisent spontanément pour régler leurs problèmes et sur le fonctionnement de ces mécanismes »²²⁶. L'intervenant n'a pas nécessairement à travailler sur les sources du problème ni à les comprendre d'ailleurs, car cette forme de traitement est orientée vers les objectifs spécifiques qui permettront à l'individu de progresser vers l'action et le changement²²⁷. En pratique, l'approche orientée solution est guidée par des principes comme l'écoute empathique, le respect et le non-jugement de la personne suicidaire. Elle favorise le développement d'une perception « plus » réaliste de la situation vécue par la personne suicidaire afin d'ouvrir un dialogue sur les solutions qui s'offrent à elle (autres que le suicide). Cette approche mise sur les facteurs de protections et les buts à atteindre, mais sans les dicter à la personne en crise, ce doit être elle qui trouve les moyens d'améliorer sa situation. L'intervenant tient donc une posture d'accompagnement en encourageant la personne à découvrir des

²²⁵ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, « Ressources spécialisées en prévention du suicide », s. d., <https://ciussmcq.ca/>, 1

²²⁶ Juliette Simard et Daniel Turcotte, « La thérapie orientée vers la solution. Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité », *Service social* 41, n° 3 (12 avril 2005): 77-93, <https://doi.org/10.7202/706585ar>, 78

²²⁷ Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM), « Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier », *Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM)* (blog), consulté le 23 août 2023, <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/interventions/approche-orientee-vers-les-solutions/>, 1

« stratégies d'adaptation saines, positives et capables de l'aider à retrouver son état d'équilibre »²²⁸.

Durant l'intervention, toutefois, des mesures plus encadrantes peuvent être mises en place pour assurer la sécurité de la personne suicidaire. Une fois la personne en « sécurité », d'autres thérapies peuvent aussi être prescrites pour assurer un suivi sur le long terme, comme la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie comportementale dialectique et la thérapie interpersonnelle²²⁹.

Nous remarquons a priori que l'approche orientée solution responsabilise l'individu pour sa souffrance en délaissant les raisons de cette souffrance. Lorsque l'individu est en crise, il est de sa responsabilité de découvrir les solutions à ses problèmes. Précisément, nous parlons d'une responsabilisation individuelle qui ne se fait pas uniquement dans l'intervention par l'individu pour lui-même, mais aussi dans l'oblitération du sens que cache la souffrance individuelle. En accordant peu d'importance aux « sources du problème » durant l'intervention, il devient facile de les oublier et de cibler uniquement l'individu. D'autre part, ce ne sont pas tous les experts qui mentionnent une intervention axée sur la responsabilité individuelle. Une infirmière nous explique que lorsqu'un individu est en crise suicidaire et qu'il faut l'aider, on peut mettre en place toute forme d'intervention qui ne se limite pas au simple traitement d'une pathologie :

Infirmière : « Ça peut être la mise en place d'une éducation à la mise en place d'un traitement, le fait de... Je ne sais pas moi, trouver un logement, de te trouver un emploi, bref de retourner à l'école, de renouer avec un ami, le mettre dans un groupe... »

Ce type d'intervention axée sur une prise en charge collective ou liée aux facteurs sociaux qui peuvent occasionner les comportements suicidaires n'est pas retrouvé dans l'approche orientée solution privilégiée par le CSSS. Dans le même ordre d'idée, pour une travailleuse sociale, la thérapie ne se réduit pas au traitement d'une pathologie individuelle, mais à la façon dont on peut connecter l'individu avec la communauté :

²²⁸ Gouvernement du Québec, « Prévention du suicide. Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. », 25

²²⁹ Kapur et Goldney, *Suicide Prevention*, 75

Travailleuse sociale 1 : « Au niveau sociétal on peut faire des liens aussi, l'idée de la prévention c'est à tous les niveaux, ce n'est pas juste la psychothérapie, c'est comment faire en sorte que l'individu se sente plus lié, qu'il puisse être plus intégré. »

On retrouve une certaine divergence entre les discours des professionnels et des institutions. D'une part, les discours institutionnels misent sur la responsabilité des individus dans leur prise en charge et les discours des acteurs proposent, oui, des psychothérapies, mais aussi des traitements axés sur la communauté, la recherche d'emploi et de logement, etc. D'ailleurs, les interventions auprès d'un individu en crise sont par nature plus réactives que préventives et il est donc normal, à un certain degré, d'émettre une intervention centrée sur l'individu. Toutefois, l'approche orientée solution place l'individu au centre de la résolution de sa crise en l'enjoignant à développer des stratégies d'adaptations. Ce type d'approche accentue l'idée maintes fois critiquée que la crise suicidaire trouve sa source à l'intérieur de l'individu. D'autre part, nous ne retrouvons pas le même discours chez les professionnels interrogés. Pour ces derniers, on peut agir sur la crise en faisant intervenir des stratégies relationnelles et sociales. Ces stratégies déplacent le regard sur les causes du suicide, on ne pense plus que l'individu est la source de son désespoir, mais que les structures relationnelles et sociales y contribuent. C'est donc dire que l'environnement externe est aussi responsable des comportements suicidaires. Au niveau du programme de prévention national, on retrouve aussi cette même divergence entre théorie et pratique. Alors qu'en théorie, on reconnaît la pluri causalité du suicide, les stratégies se concentrent majoritairement sur des objectifs visant la modification des comportements individuels. Poursuivons donc notre analyse en visitant la *Stratégie nationale de prévention du suicide* au Québec.

5.2.2 La stratégie nationale de prévention du suicide

Le Québec possède une stratégie nationale de prévention du suicide et sa plus récente forme s'étend sur la période de 2022 à 2026. Cette stratégie a été lancée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et propose des mesures s'adressant à l'ensemble de la population (stratégies universelles), à des groupes et des communautés comportant des

vulnérabilités spécifiques (stratégies sélectives) ainsi qu'à des personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité ou manifestant des comportements suicidaires (stratégies indiquées)²³⁰. Dès les premières pages du document *Rallumer l'espoir - stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*, on reconnaît que la stratégie s'actualise selon une perspective large de santé publique, car il est mentionné que le suicide ne découle pas d'une cause, mais plutôt « d'un ensemble d'enjeux et de contextes individuels, familiaux, communautaires, historiques et sociaux »²³¹. L'approche adoptée par le ministère repose sur une approche écologique de santé publique dans laquelle on mentionne :

La santé est déterminée par des conditions variées et des acteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres. Cette vision de la santé appelle des interventions de nature multidimensionnelle, accordant la même importance aux variables individuelles qu'aux variables environnementales, sociales, économiques, politiques, culturelles, religieuses et physiques.²³²

Similairement au *Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants*, l'orientation des stratégies de prévention ne semble pas reposer sur une responsabilisation individuelle de la souffrance suicidaire, car on reconnaît théoriquement les nombreuses variables associées au suicide. Cette perspective est aussi partagée par une épidémiologiste, pour qui

Épidémiologiste : « La meilleure approche, tu sais, ce n'est pas une approche unidirectionnelle, mais une approche vraiment qui va aller jouer autant sur les moyens que sur essayer de briser l'isolement, que l'accès à des soins de santé adéquats, qu'une meilleure prise en charge de la santé mentale. Tu sais, c'est l'ensemble, c'est holistique. »

Ces propos font écho à la perspective écologique des politiques gouvernementales, on reconnaît l'interdépendance entre les individus et leurs contextes sociaux environnementaux. Contrairement à ce que postulent les critiques de la médicalisation du suicide, les problèmes de santé mentale semblent représenter l'un des facteurs constituant les stratégies gouvernementales sans mettre dans l'ombre les autres stratégies. En fait, dans

²³⁰Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, « Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir », 22

²³¹ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 11

²³² Ginette Lafontaine et Lise Renaud, *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*, 2^e éd., Partage (Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 2018), 10

les discours des acteurs, on retrouve moins une prévention du suicide « médicalisée », plutôt qu'une approche de santé publique axée sur la gestion du risque.

Infirmière : « C'est l'affaire de tout le monde, c'est un problème de santé publique le suicide. (...) C'est vraiment de la gestion de risque. »

Épidémiologiste « On est dans un point de vue de santé publique où c'est des acteurs régionaux qui vont utiliser nos données pour essayer d'appliquer, pour émettre des mesures de prévention qui sont efficaces. »

D'ailleurs, l'orientation des politiques de santé publique en prévention du suicide repose sur une approche théorique de la santé promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette approche contient une élaboration si large du concept de santé qu'il est difficile d'en émettre une critique de la médicalisation²³³. La santé publique en proposant que « la santé soit un état de bien-être physique, mental et social complet » qui ne consiste pas seulement en « une absence de maladie ou d'infirmité »²³⁴ rend la critique d'une médicalisation du suicide compliquée, car l'état suicidaire en lui-même n'est pas un état de bien-être complet et peut donc facilement être la cible de prescriptions médicales pour améliorer le bien-être individuel. L'approche théorique de l'OMS est aussi retrouvée dans les propos des experts, pour qui le suicide est une mesure de l'état de santé de la société :

Psychologue communautaire : « Au niveau collectif, les taux de suicide reflètent beaucoup des variations sociales importantes et des phénomènes sociaux importants. Une société dans laquelle beaucoup de gens veulent mourir, c'est une société qui n'est clairement pas en santé. Et donc on mérite des sociétés dans lesquelles on est en santé. Donc ça, c'est l'autre volet de la médaille pour moi, c'est-à-dire la prévention du suicide, c'est quelque chose qui est sociologiquement, à la limite, important parce que ça nous aide à mettre l'accent sur les éléments qui sont délétères dans les sociétés dans lesquelles on vit et sur lesquels il faut agir pour que le monde aille mieux. Et si on arrive à faire baisser les taux de suicide dans une société, ça veut dire qu'avec un peu de chance, on a amélioré les conditions de vie pour tout le monde dans cette société-là. Donc dans ce sens-là, pour moi, c'est un autre niveau auquel la prévention, c'est important. »

Épidémiologiste : « Au-delà de « c'est une maladie » et c'est prenable à plusieurs niveaux, c'est le reflet, pour moi, c'est le pire du pire. C'est comme la pire mesure de santé mentale. Si ça ne va pas bien dans le suicide, ça ne va pas bien ailleurs. Tu sais, c'est comme le *Red Button* un peu du pouls, de notre santé mentale en tant que société. »

²³³Kaczmarek, « How to Distinguish Medicalization from Over-Medicalization? », 2019, 121

²³⁴Organisation mondiale de la Santé, « Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé – Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. » (Communication présentée à la Conférence internationale sur la Santé, New York : OMS, 19 juin 1946), <https://apps.who.int/gb/>, 1

La signification de la santé prend, chez ces deux professionnels, une tournure paradoxale. Pour la psychologue communautaire, les taux de suicide sont une mesure des éléments délétères dans la société et pour l'épidémiologiste, les taux de suicide sont une mesure du niveau de santé mentale d'une société. Ces deux discours, à première vue similaires, exposent des visions implicitement opposées des causes du suicide : la psychologue communautaire rapporte ces causes à des niveaux collectifs alors que l'épidémiologiste les rapporte à des niveaux individuels et médicalisés.

Bien que la promotion de la santé mentale soit une partie intégrante de la Stratégie, elle n'est que l'un des axes de la prévention. Les autres axes concernent plus spécifiquement la prévention du suicide, et se concentrent autour de la « prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide », la « formation et le soutien des professionnels et des intervenants » ainsi que le « développement et l'intégration de connaissances et actualisation des pratiques »²³⁵. Ces quatre axes se déclinent en plusieurs stratégies universelles, sélectives et indiquées. Nous continuons à explorer, à travers ces quatre axes, de quelle façon les connaissances pluridisciplinaires sont mobilisées dans les stratégies de prévention du suicide.

Les stratégies de prévention universelle

Les actions universelles ciblent l'ensemble de la population, elles cherchent à stimuler le développement des compétences chez les individus, à les sensibiliser aux enjeux de santé mentale/suicide et à diminuer la présence de facteurs de risque dans l'environnement. Les activités de sensibilisation ont pour effet « d'améliorer les connaissances et les attitudes par rapport au suicide [...] réduire la stigmatisation et [...] augmenter la capacité à demander de l'aide »²³⁶. Au Québec, ces activités prennent la forme de *Campagnes annuelles de promotion de la santé mentale* ou d'approche d'aide au développement dans les écoles comme *l'Approche-école en santé et référent ÉKIP*. Les approches d'aide au

²³⁵ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, « Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir », 13

²³⁶ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 25

développement comme L'Approche-école en santé et référent ÉKIP misent sur le développement précoce de compétences « personnelles et sociales » chez les jeunes²³⁷. Ces compétences sont de l'ordre de la « connaissance de soi, gestion des émotions et du stress, gestion des influences sociales, la demande d'aide, exercice de choix éclairés en matière de saines habitudes de vie, adoption de comportements prosociaux, engagement social... »²³⁸. Les campagnes annuelles de promotions de la santé mentale proposent des astuces qui aident à maintenir une bonne santé mentale individuelle et collective. Deux campagnes sont en cours : « créer des liens » et « 7 astuces : agir, ressentir, s'accepter, se ressourcer, découvrir, choisir, créer des liens »²³⁹.

La stratégie nationale de prévention du suicide propose aussi des interventions visant à modifier la culture médiatique entourant le suicide. Ces stratégies incitent les médias à présenter adéquatement les faits en lien avec le suicide, car un grand nombre d'études ont démontré qu'une couverture sensationnaliste du suicide créerait un phénomène d'imitation dans la population²⁴⁰. Au Québec, plusieurs actions sont prises afin de sensibiliser les différents supports de communication à traiter de façon responsable du suicide. L'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) a, par exemple, élaboré le guide *Médiatisation et suicide dans un contexte de pandémie ou d'événements exceptionnels*²⁴¹. Dans ce guide, on retrouve des recommandations telles qu'éviter de sensationnaliser le suicide d'une personne célèbre, éviter de traiter du moyen utilisé pour se suicider ou de la façon dont la personne y a eu accès, mettre l'accent sur le deuil que vivent les proches de la personne décédée, etc.²⁴² Ces actions visent surtout à réguler le traitement culturel du suicide en tentant de modifier les perceptions des Québécois quant

²³⁷ Québec : ministère de la Santé et des services sociaux, 2022, 26

²³⁸ Québec : ministère de la Santé et des services sociaux, 2022, 6

²³⁹ Mouvement santé mentale Québec, « Trousse 7 astuces », consulté le 29 mai 2023, <https://mouvementsmq.ca/campagnes>, 1

²⁴⁰ Julie Laforest, Pierre Maurice, et Marie Bouchard, « Rapport québécois sur la violence et la santé » (Montréal : Institut National de Santé publique du Québec, 2018), 325

²⁴¹ Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), « médiatisation et suicide dans un contexte de pandémie ou d'événements exceptionnels », juin 2020, <https://aqps.info/>, 1

²⁴² Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), « Agir sur les médias sociaux pour prévenir le suicide, Guide à l'intention des professionnell-es des médias sociaux », 2022, https://aqps.info, 2

aux réponses appropriées face à certains problèmes, il faut « éviter de suggérer qu'un suicide peut être un moyen de résoudre ses problèmes »²⁴³.

La stratégie nationale québécoise soutient aussi des stratégies universelles de restriction de l'accès aux moyens permettant de se suicider telles que les armes à feu, les lieux en hauteur, les pesticides, les poisons, certains médicaments, etc. Cette stratégie vise à enrayer les suicides « impulsifs » : les suicides qui sont commis lorsque la personne est en crise et a facilement accès aux moyens de s'enlever la vie.²⁴⁴

Il est intéressant de noter que les stratégies universelles ciblent l'environnement, mais qu'elles aboutissent en fait à cibler l'individu. La seule action universelle ne visant pas à empêcher un comportement, comme le fait la restriction de l'accès aux moyens, ou à créer un comportement individuel adapté, comme le font les campagnes d'éducation et de sensibilisation, est celle de la modification du traitement médiatique. En agissant sur la modification des référents médiatiques entourant le suicide, on admet une certaine part de responsabilité sociale dans le développement d'une volonté individuelle suicidaire. Toutefois, les programmes d'apprentissages au développement de compétences « personnelles et sociales » sont des actions préventives qui se font au niveau individuel (même si les programmes touchent l'ensemble de la société). Ce type d'intervention accentue l'idée selon laquelle la souffrance est individuelle et il est du ressort de l'individu d'apprendre les compétences nécessaires à la conservation d'une bonne santé mentale, ce qui rejoint les critiques de la médicalisation du suicide. On retrouve, en effet, des interventions qui responsabilisent l'individu pour sa souffrance sans pointer les facteurs sociaux délétères qui alimenteraient cette souffrance en premier lieu. D'autres avenues de prévention « précoces » sont aussi proposées pour contrer les inégalités sociales. Selon ce psychiatre il faudrait poser des actions psychoéducatives dans les centres de la petite enfance :

²⁴³ Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), 3

²⁴⁴ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, « Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir », 32

Psychiatre 2 : « je mise simplement sur les centres de la petite enfance (CPE). Il y a quelque chose qui se passe là. Quel est le mécanisme ? Est-ce que c'est parce que ça diminue l'exposition aux enfants à des rapports de mère-enfant ? Est-ce que c'est parce que ça fait de l'empowerment de la mère et ça l'expose également à d'autres parents, puis avec des modèles de rôles dont les monitrices professionnelles des CPE. Est-ce que ça permet plus aux mères de pouvoir aller travailler, de pouvoir aller éduquer en milieu défavorisé ou des choses comme ça, ou simplement d'avoir un équilibre travail-famille aussi à ce moment-là, de quelqu'un qui a vécu exactement les mêmes choses quand elle était enfant, donc très très tôt. Donc il y a quelque chose de psychoéducatif qui se produit. Il y a quelque chose de microsocial qui se produit aussi. »

Ce psychiatre mise sur les CPE, car l'implantation d'actions préventives pourrait neutraliser certains mécanismes sociaux délétères (la mère pourra aller travailler et le système d'éducation pourra fournir une éducation aux enfants provenant de milieu défavorisé...). Les stratégies d'accès aux moyens, pour leur part, ciblent les individus qui sont passés à travers les mailles du filet de la prévention. Ceux qui n'ont pas été détectés ou n'ont pas sollicité d'aide dans un moment de crise n'auront pas la possibilité de concrétiser un suicide potentiel, car les moyens de le faire seront inexistantes. D'autres stratégies de préventions dites sélectives vont cibler des groupes jugés plus « à risques » d'adopter des comportements suicidaires.

Les stratégies de prévention sélectives

Les stratégies de prévention dites « sélectives » ciblent des groupes ou des communautés jugés plus à risques d'adopter des idées et comportements suicidaires en raison de leurs « caractéristiques de vulnérabilités spécifiques »²⁴⁵. À cet effet, la stratégie nationale de prévention du suicide mentionne établir des politiques de prévention sélectives pour les victimes de traumatismes ou d'abus, les personnes qui sont confrontées à des conflits ou à des catastrophes naturelles, les membres de la communauté LGBTQ+, les réfugiés ou les migrants, les Premières Nations et les Inuits ainsi que les personnes ayant perdu un proche par suicide²⁴⁶. Pour ces groupes identifiés comme plus vulnérables à l'adoption de comportements suicidaires, des sentinelles partageant leurs milieux de vie ont été formées afin de pouvoir apporter une aide lorsque nécessaire. Les sentinelles sont des personnes

²⁴⁵ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 22

²⁴⁶ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 16

volontaires de plus de 18 ans, non intervenantes, qui partagent des liens étroits — souvent le même milieu de travail — avec les personnes présentant des facteurs de vulnérabilités associés au suicide²⁴⁷. Les sentinelles ont reçu une formation leur permettant de détecter les personnes à risque et les accompagner vers les services d'aide. Le rôle des sentinelles fait appel à des habiletés « d'écoute, de réconfort et d'entraide »²⁴⁸.

Une seconde stratégie sélective consiste à sensibiliser et outiller les professionnels et les intervenants aux besoins des proches de la personne qui présente des idées et comportements suicidaires et les outiller à cet égard²⁴⁹. Cette mesure n'est pas axée sur la personne suicidaire, mais bien son entourage, car ces derniers auraient la capacité d'assurer « une surveillance, un soutien à la gestion des émotions et la création d'un environnement bienveillant »²⁵⁰.

Il est intéressant de voir que les groupes identifiés comme possédant des « caractéristiques de vulnérabilités spécifiques » se voient appliquer uniquement des stratégies de surveillance et d'accompagnement vers les services d'aide. Dans les critiques de la prévention du suicide, on rapporte que les stratégies devraient chercher à atténuer les effets négatifs que peuvent causer les inégalités sociales, politiques et économiques au lieu de cibler l'individu. Ce type de critique rejoint les stratégies sélectives qui mettent en exergue la question du sens que peuvent avoir les taux élevés de suicide chez les populations vulnérables au profit d'une gestion individuelle du risque (faisant intervenir l'entourage et les sentinelles). Dans cette perspective, une psychologue mentionne qu'il reste encore difficile d'atténuer les inégalités sociales en prévention du suicide, mais que les efforts y sont dirigés.

Psychologue communautaire : Les données montrent que si tu fais de la prévention très précoce, si tu fais du dépistage systématique dans certains milieux, si tu mets en place des réseaux de sentinelles, si tu améliores l'accès aux services de santé mentale pour les gens

²⁴⁷ Marie-Claude Roberge, Nora Bouguezour, et Direction du développement des individus et des communautés, « Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec », Étude descriptive (Québec : Direction du développement des individus et des communautés, septembre 2018), 7

²⁴⁸ Roberge, Bouguezour, et Direction du développement des individus et des communautés, 7

²⁴⁹ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, « Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir », 33

²⁵⁰ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 33

qui ont des troubles anxieux par exemple, on sait que ça va avoir un impact. Donc au niveau politique, il y a ces choses-là à faire. Et ça, on parle des déterminants macro. Il y en a sur lesquels on a la misère à travailler, c'est les inégalités sociales. Il faut (mime un balancier), éventuellement on va y arriver.

Pour un représentant d'un organisme communautaire, la prévention précoce du suicide prend plutôt la forme d'un repérage des troubles de santé mentale. En fait, dans les propos du membre de l'organisme communautaire, les activités de sensibilisation et les ressources d'aide servent à faire du repérage, elles sont en soi des activités de « surveillance » qui permettront d'agir avant l'apparition de comportements suicidaires.

Organisme communautaire : Quand on agit en prévention nous notre credo à l'égard de la prévention c'est de dire qu'on doit tout le temps agir à resserrer le filet de sécurité autour des personnes vulnérables pour faire en sorte que quand il y a possibilité ou il y a il y a des signaux qui sont émis bien qui aident le plus rapidement possible quelqu'un qui repère cette vulnérabilité-là c'est pour ça qu'on met en place des campagnes de sensibilisation pour faire connaître les ressources d'aide, qu'on met en place des réseaux de sentinelles dans les milieux publics : pour qu'on aille des antennes sur le terrain. Tous ces éléments-là combinés font en sorte qu'on est capable de repérer plus rapidement les personnes vulnérables, agir plus rapidement donc peut-être contrôler ou empêcher l'apparition des idées suicidaires ou du moins éviter que ça dégénère.

Prévenir le suicide, c'est donc d'abord surveiller et anticiper le risque pour ce représentant d'un organisme communautaire. En focalisant l'attention sur les « individus à risque », il participe à la création d'un nouvel « état intermédiaire », une personne qui ne présente pas encore de comportements suicidaires, mais qui a une possibilité élevée d'en développer et donc nécessiterait des interventions préventives spécialisées, telles que proposées par les stratégies de prévention indiquées. Cette vision de la prévention du suicide, telle que proposée par ce représentant d'un organisme communautaire, rejoint une nouvelle modalité de surveillance, dont le but serait « d'anticiper et d'empêcher l'émergence d'un événement indésirable, maladie, anomalie, comportement déviant »²⁵¹. Ce professionnel nous parle d'un système complet de prévention qui a été mis en place afin « d'empêcher l'apparition des idées suicidaires », ou en d'autres mots, afin « d'anticiper toutes les figures possibles d'irruption du danger »²⁵².

²⁵¹ Robert Castel, De la dangerosité au risque, 123

²⁵² Robert Castel, 123

Les stratégies de prévention indiquées

Enfin, les stratégies « indiquées » s'adressent à des personnes qui cumulent des facteurs de vulnérabilité ou présentent déjà des signes cliniques d'idées et comportements suicidaires²⁵³. Ces stratégies consistent en un soutien communautaire, un suivi à la suite d'une hospitalisation, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé, ainsi que l'identification et la prise en charge accrues des troubles mentaux et liés à la consommation de substances psychoactives²⁵⁴. À titre d'exemple, les services téléphoniques d'urgence tels que *Parlons Suicide Canada* ou *Suicide Action Montréal* se rangent dans les stratégies « indiquées », car un professionnel assure une intervention auprès d'une personne présentant déjà des idéations et/ou comportements suicidaires. Une autre stratégie indiquée consiste à améliorer l'accès à un suivi étroit aux personnes qui sont ou qui ont déjà eu des idées et comportements suicidaires²⁵⁵. Les stratégies indiquées sont aussi présentes dans les discours des experts, car on encourage une prise en charge accrue de la maladie mentale pour diminuer les taux de suicide :

Psychiatre 2 : « Donc le stigma qui continue et est un des enjeux, mais que, au niveau des troubles mentaux, il est moins prévalent, donc les gens vont plus chercher de l'aide et c'est peut-être pour ça aussi en partie qu'on a des diminutions également de nos taux de suicide. » p.17

Épidémiologiste : « La maladie mentale c'est sûr que ça a un lien avec le suicide. On le sait pour la schizophrénie, on le sait pour la bipolarité. Tu sais, c'est sûr que ça va jouer la maladie mentale, mais une mauvaise prise en charge de la maladie mentale. Tu peux souffrir de schizophrénie, puis être bien médicamenté, puis t'en sortir, mais c'est la mauvaise prise en charge de la santé mentale qui peut être dangereuse, puis associée à certains éléments déclencheurs aussi. » p.11

Ces propos rejoignent l'une des critiques de la médicalisation du suicide voulant que l'on mise trop sur le traitement de la maladie mentale pour régler la crise suicidaire. Néanmoins, la fixation sur la maladie mentale ne semble pas être répandue à l'ensemble des stratégies de prévention universelles, sélectives et indiquées.

²⁵³ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 22

²⁵⁴ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 22

²⁵⁵ Gouvernement du Québec et ministère de la santé et des services sociaux, 23

5.3 Conclusion

Les discours recueillis chez les experts et les publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (inclus dans *Le guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des Centres de santé et de services sociaux, Rallumer l'espoir - stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*) font état de nombreuses stratégies comprenant des interventions de prévention clinique (évaluation du risque suicidaire et intervention) et populationnelle (la sensibilisation et l'éducation des citoyens, la réduction de l'accès aux moyens létaux, la gestion de l'information médiatique offerte au public, la formation et l'implantation de sentinelles dans les milieux où des personnes sont jugées plus vulnérables à l'adoption de comportements suicidaires, le soutien aux proches, et bien plus).

Nous avons vu que l'évaluation clinique du risque suicidaire n'est pas dirigée vers le repérage d'une maladie mentale, mais sur l'évaluation des facteurs de risques et de protections présents chez l'individu afin de déterminer son score de risque suicidaire. Pour certains professionnels interrogés, les multiples facteurs semblaient être considérés dans une logique actuarielle alors que pour d'autres, le changement d'un seul facteur de risque était le signe d'une souffrance générale. Nous avons aussi vu que la grille d'évaluation utilisée par l'intervenant place ce dernier dans une position d'appréhension du geste suicidaire sans lui permettre de travailler sur ce que révèle la souffrance de la personne qu'il traite. Sur ce point, la consommation d'alcool représente, pour certains, un risque établi qui nécessite une cessation du comportement alors que pour d'autres, la consommation d'alcool relève de l'histoire de l'individu, de ses problèmes particuliers et des significations associées à ses comportements.

Nous avons ensuite traité de l'intervention et de la prévention du suicide et c'est à ce moment que vous avons vu une divergence entre les logiques théoriques et pratiques. Alors qu'en théorie, on reconnaît l'importance des facteurs structurels, socio-environnementaux, économiques..., en pratique, les stratégies ciblent plutôt indirectement l'individu. En fait, en examinant les politiques ciblant les « facteurs de risques » du milieu, on réalise que ce sont toujours les individus qui font l'objet de ciblage. Au niveau clinique, l'intervention

est guidée par *l'approche orientée solution* qui permet de travailler sur les mécanismes qu'une personne suicidaire utilise pour régler ses problèmes sans s'attarder « aux sources du problème ». En son contraire, les intervenants qui ont traité des interventions possibles ont mentionné l'importance de la communauté, la recherche d'emploi et de logement, etc.

La même divergence entre théorie et pratique se produit au niveau de la stratégie nationale de prévention du suicide, car on reconnaît théoriquement la pluri causalité du suicide, mais les stratégies ciblent majoritairement l'individu et ses comportements. L'ensemble de ces stratégies visent soit à empêcher le suicide en restreignant l'accès aux moyens, à modifier les comportements individuels par des campagnes, à modifier le traitement médiatique du suicide, à surveiller et accompagner vers les services d'aide les personnes « à risques » d'adopter des comportements suicidaires, à offrir un soutien communautaire, et bien plus. Ces interventions rejoignent les critiques de la médicalisation du suicide, car elles comportent une vision du problème suicidaire comme étant localisées « à l'intérieur de l'individu », elles ne cherchent pas à atténuer les effets négatifs que peuvent causer les inégalités sociales, politiques et économiques.

5.4 Conclusion préliminaire

“There is a need to go beyond the accumulation of different cases of medicalization to try and develop a more integrated theory of the process of medicalization, its causes and consequences and to relate these to recent changes in medical organization and knowledge and the growing challenge to medical authority.”

David Pilgrim²⁵⁶

La prévention du suicide, en s’associant fortement à des pratiques de prédiction, de repérage et d’identification du risque suicidaire mobilise une tout autre forme de médicalisation que celle envisagée dans la problématique. Les critiques évoquées dans la problématique dénoncent des interventions thérapeutiques ayant une cible précise et matérielle : l’individu et ses pathologies mentales. Cette cible thérapeutique serait aussi marquée par une distinction nette entre l’individu normal « non-suicidaire » et l’individu pathologique « suicidaire ». Nous ne retrouvons pas la trace d’une cible d’intervention aussi précise dans notre analyse.

La prévention du suicide, telle que décrite dans les documents analysés et les propos des professionnels, évacue la possibilité de conceptions à tendance trop « médicalisées », car elle ne repose pas sur la présence ou l’absence de maladies, mais plutôt sur un langage épidémiologique exprimant des degrés de risque biologique, psychologique, social, économique et plus. Nous arrivons à la même conclusion que Robert Castel, soit celle que nous assistons à la « dissolution de la notion de *sujet* ou d’individu concret [remplacé par]

²⁵⁶ Pilgrim, *Key Concepts in Mental Health*, 63

une combinatoire construite de *facteurs*, les facteurs de risques »²⁵⁷. Ce constat nous permet de proposer quelques pistes pour actualiser les critiques de la médicalisation du suicide au regard d'une approche préventive de santé publique.

Nous remarquons d'abord que la gestion du suicide telle que décrite dans le discours des acteurs et des institutions est traversée par une dimension politique et collective. Le suicide s'inscrit dans une approche large de santé publique qui ouvre la voie à une compréhension du suicide qui ne réside pas dans son aspect clinique et curatif, mais bien préventif et politique²⁵⁸. Dans cette transition se situe un élément central ayant échappé aux auteurs critiquant la médicalisation du suicide, à savoir que la façon dont la problématique suicidaire est « médicalisée » réside surtout dans sa caractérisation en tant qu'objet de santé publique. Nous tenterons d'expliquer, dans les prochaines lignes, de quelle façon ce constat nuance les critiques de la médicalisation du suicide. A priori, nous remarquons une divergence entre les logiques théoriques et pratiques.

5.4.1 L'absence d'une conception uniquement pathologique du suicide

Nous constatons que les représentations du suicide ne se restreignent pas à la présence d'une pathologie. Dans notre analyse, nous avons fait succéder les propos des professionnels concernant spécifiquement la maladie mentale à ceux concernant les facteurs de risques associés au suicide.

Le suicide est en partie conçu comme le symptôme d'un trouble psychiatrique, mais ne s'y limite pas dans les explications fournies par les professionnels. À cet effet, nous avons vu que l'affirmation « 90 % des personnes qui se suicident ont un trouble de santé mentale » persiste, mais s'accompagne de nuances, car les experts reconnaissent que l'affirmation contraire n'est pas valide et que ce ne sont pas toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale qui vont se suicider.

Dans certains discours, on remarque une tendance à faire de l'individu l'acteur central de son mal-être. La chercheuse en épigénétique propose que le suicide possède ses propres

²⁵⁷ Robert Castel, *De la dangerosité au risque*, 119

²⁵⁸ Dozon et Fassin, *Critique de la santé publique*, 7-8

propriétés psychopathologiques même s'il est étonnant, à son avis, que les personnes suicidaires n'aient aucune dépression. Dans un raisonnement similaire, un chercheur en biostatistique propose que le suicide s'explique par la dépression ou d'autres pathologies. Nous retrouvons donc, parmi certains experts, la présence d'un discours médicalisé dirigé vers l'individu et ses pathologies. Si l'analyse s'était arrêtée ici, nous pourrions convenir, comme les critiques de la médicalisation du suicide, qu'il y a bel et bien présence de représentations du suicide donnant préséance à la maladie mentale. Toutefois, selon notre analyse, il semble que les perspectives théoriques sur le suicide ne se limitent pas à une approche strictement médicale, car de nombreux experts témoignent d'une compréhension du suicide qui prend en compte plusieurs facteurs.

Les logiques théoriques exprimées rapportent un raisonnement multifactoriel dans la genèse des comportements suicidaires. Les professionnels interrogés mentionnent des facteurs disparates tels que le sexe, les antécédents familiaux, l'âge, le statut marital, la consommation d'alcool ou de drogues, la maladie mentale, la maladie physique, le soutien social, les difficultés financières ou d'emploi, la région géographique et le contexte sociopolitique. Par ailleurs, cette logique théorique axée sur la pluri causalité est aussi présente dans les discours institutionnels notamment par l'adoption d'une approche écologique décrivant le suicide comme causé par « un ensemble d'enjeux et de contextes individuels, familiaux, communautaires, historiques et sociaux »,²⁵⁹ mais aussi par la reconnaissance des inégalités sociales de santé augmentant la vulnérabilité à l'adoption des comportements suicidaires. En théorie, les critiques de la médicalisation du suicide sont infirmés par les acteurs qui sont nombreux à souligner le rôle non négligeable d'une quantité importante de facteurs dans la genèse du suicide. On peut donc conclure, en réponse aux critiques de la médicalisation du suicide, que conceptuellement — théoriquement — les causes du suicide ne sont pas réduites exclusivement à la maladie mentale dans les discours des professionnels et des institutions de santé.

5.4.2 Une prévention personnalisée

²⁵⁹ Dozon et Fassin, 7-8

Les critiques de la médicalisation du suicide pensent également que considérer les comportements suicidaires comme symptomatiques d'une psychopathologie pourrait restreindre de manière dangereuse les approches préventives au seul domaine individuel. On dénonce la tendance à prévenir le suicide en responsabilisant l'individu pour sa détresse, notamment en réglant la problématique suicidaire par l'ordonnance médicamenteuse et un séjour hospitalier. Ce type de réaction sociale au suicide négligerait les structures sociales délétères qui pourraient, selon les auteurs, provoquer les comportements suicidaires avant même leur apparition. Nous venons tout juste de voir qu'au niveau des représentations théoriques, les professionnels sont nombreux à identifier le caractère multi déterminé du suicide, incluant autant les structures sociales que les pathologies mentales.

Les représentations multifactorielles du risque suicidaire, toutefois, ne demeurent pas uniquement à un niveau théorique, car les risques identifiés sont aussi déterminants dans la gestion des problèmes publics. Toutefois, notre analyse nous amène dans le même sens que les critiques de la médicalisation du suicide, car une poignée de facteurs identifiés théoriquement échappent aux stratégies de prévention du suicide ; notamment les facteurs sociaux (comme les difficultés financières ou d'emploi). Les stratégies de prévention universelles, sélectives et indiquées restent à un niveau, somme toute, assez individuelles. Certes, certaines interventions de nature plus sociales et relationnelles sont proposées ; on tente de changer la culture médiatique en améliorant le traitement médiatique du suicide et on offre des formations pour outiller les proches d'une personne suicidaire (un niveau plus relationnel dans la prévention), mais le reste des stratégies s'oriente majoritairement vers l'individu.

Les stratégies universelles de prévention du suicide, en cherchant à sensibiliser et stimuler le développement des compétences individuelles, surinvestissent les modèles de rôle et de modification des comportements²⁶⁰. Les campagnes de sensibilisation responsabilisent l'individu pour sa souffrance en empruntant la voie d'un changement de comportement individuel plutôt que le changement des environnements. Concrètement, ces règles

²⁶⁰ Dozon et Fassin, *Critique de la santé publique*, 288

prennent la forme de campagnes qui ciblent la littératie en santé mentale, l'apprentissage de « saines habitudes de vie », de compétences « personnelles et sociales », la gestion du stress, les capacités d'adaptation, etc. Les stratégies éducatives invitent l'individu à développer sa propre discipline sanitaire. Ce type de processus micropolitique produit un narratif selon lequel l'individu est rationnel et responsable de ses conduites : les acteurs sont encouragés à intérioriser les règles de conduite et agir sur celles-ci selon des principes d'autodiscipline²⁶¹.

D'autre part, dans les stratégies sélectives, il est indiqué que la recherche a identifié des groupes plus à risque d'être vulnérables au suicide : les victimes de traumatismes ou d'abus, les personnes qui sont confrontées à des conflits ou à des catastrophes naturelles, les membres de la communauté LGBTQ+, les réfugiés ou les migrants, les Premières Nations et les Inuits ainsi que les personnes ayant perdu un proche par suicide. Cette identification serait un bon moment pour établir une réflexion sur les façons d'intervenir sur ce qui rend ces groupes « à risque » initialement. Comme le mentionnent les critiques de la médicalisation du suicide, les stratégies de prévention négligent l'apport des inégalités sociales, des conditions de vie difficiles et des conditions socioculturelles dans l'étiologie du suicide. Ce type de critique rejoint les stratégies sélectives, car ces dernières ne proposent pas d'intervention ciblant le vécu des « injustices sociales ». Les interventions se basent sur l'identification des groupes « à risques » pour fournir des stratégies d'intervention personnalisées. En privilégiant une gestion axée sur le risque individuel, les mesures de prévention du suicide négligent le questionnement sur le sens que ces facteurs de vulnérabilité pourrait revêtir.

²⁶¹ Massé, 20

Chapitre VI

Conclusion

Si la question du suicide paraît ancienne, l'organisation de stratégies politiques visant à prévenir le suicide est récente. Dans un contexte où l'objet du suicide est problématisé comme une urgence de santé publique, nous avons examiné la place des conceptions et des pratiques précisément « médicalisées » chez les professionnels et dans le contenu des documents institutionnels. L'intérêt de cette démarche était de rétroagir sur les critiques de la médicalisation du suicide et de proposer des façons d'adapter ces critiques au contexte québécois. Afin de répondre à nos questions, nous avons mené des entrevues auprès de douze professionnels québécois et consulté quelques documents rédigés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce faisant, notre recherche a permis de mettre en lumière une fracture entre les logiques théoriques et pratiques concernant la prévention du suicide au Québec.

Théoriquement, les conceptions médicalisées n'empiètent pas sur les autres formes de connaissances dans les discours des professionnels et le contenu des documents. Généralement, on retrouve la présence d'un raisonnement multi déterministe pour expliquer la genèse des comportements suicidaires. Tout en reconnaissant l'apport de la maladie mentale dans l'étiologie du suicide, les professionnels nous ont fait entendre, en majorité, que les comportements suicidaires découlaient de l'interdépendance entre des facteurs biologiques, relationnels, familiaux, psychologiques, psychiatriques, sociaux, culturels, et bien plus. Les documents institutionnels analysés se rangent aussi dans une perspective multi déterministe en accordant la prédominance au paradigme écologique

dans l'élaboration des stratégies de prévention du suicide. En pratique toutefois, les critiques de la médicalisation du suicide trouvent écho dans les stratégies québécoises de prévention du suicide. Alors que le cadre théorique de la prévention fait valoir le caractère multi déterminé du suicide, cette richesse théorique n'est pas transposée dans les pratiques de prévention. Nos recherches démontrent une tendance à responsabiliser l'individu dans la prise en charge de sa détresse.

6.1 Les limites de la recherche et les avenues d'investigations futures

La principale limite de cette recherche est l'adoption d'une perspective macrosociologique sur les rapports entre les formes de connaissances qui a pu négliger certains détails. En passant en revue l'évolution des savoirs sur le suicide, nous avons priorisé une approche globale qui a mis en lumière le bricolage des connaissances à l'œuvre chez les acteurs et les institutions. Le revers d'une perspective aussi large est la négligence de certains détails qui pourraient faire l'objet de recherches ultérieures.

En interrogeant des professionnels appartenant à des disciplines disparates, nous avons généralisé les propos d'un professionnel à l'ensemble d'une profession. Nous reconnaissons l'imbroglio que pose cette généralisation, car il est ardu de distinguer si les discours tenus par les acteurs se rattachent à leurs expériences en tant qu'individus ou à leurs expériences en tant que professionnels. Une recherche qui éclaire l'ampleur de la médicalisation du suicide chez une seule profession pourrait être avantageuse afin de combler cette lacune.

D'un autre côté, notre analyse a permis de mettre en lumière la prédominance du paradigme de la recherche des facteurs de risques lorsqu'on tente de comprendre les causes du suicide. Toutefois, nous avons aussi mis de l'avant que le suicide était défini comme un acte intentionnel, rattaché à une expérience individuelle et des significations subjectives. À cet effet, il pourrait être intéressant d'augmenter le nombre de recherches visant à comprendre le sens que les acteurs donnent à leurs idéations suicidaires afin de mieux comprendre les causes du suicide. C'est-à-dire que la recherche sur les facteurs de risques est quantitative

et n'aborde pas les significations individuelles, ce qui pourrait être bénéfique pour comprendre les comportements suicidaires.

Ensuite, bien que notre mémoire réponde en partie à nos questions de recherches, il débouche sur de nouvelles interrogations concernant les rapports entre morale et suicide. L'examen de la littérature nous a fait voir l'évolution des conceptualisations, des pratiques et des valeurs en lien avec le suicide. Nous avons vu que la considération du suicidaire comme autonome ou non dans le choix de s'enlever la vie a subi de nombreuses variations au cours des siècles. Concevoir le suicide sur le plan de l'aliénation mentale a, par exemple, amené à considérer le suicidaire comme non autonome, celui-ci étant dorénavant perçu comme ayant une maladie mentale l'empêchant d'être en contrôle de ses moyens. Il pourrait être intéressant d'interroger la persistance d'un « paradigme moral » au sein des formes séculières de problématisation du suicide qui se sont développées depuis le siècle des Lumières.

Ce questionnement pourrait être extrapolé à la très récente offre fédérale d'une aide médicale à mourir (AMM) aux personnes ayant uniquement une maladie mentale. Le gouvernement fédéral canadien est, à ce jour, en pourparlers avec plusieurs partis afin de permettre aux personnes, dont le « seul problème médical est une maladie mentale et qui satisfont à tous les autres critères d'admissibilité [d'être] admissibles à l'AMM au Canada à compter du 17 mars 2024 »²⁶². Cette offre d'une AMM aux personnes souffrant uniquement d'une maladie mentale dresse un paradoxe important avec les conceptions « médicalisées » du suicide, soit que la personne se suicidant avait une maladie mentale au moment de son décès et que si cette maladie mentale n'avait pas été présente, cette personne ne se serait pas suicidée.

D'ailleurs, le Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale de Santé Canada, publié en mai 2022, apporte des mises au point sur le rapport entre AMM et suicide. Dans ce rapport, il est stipulé qu'une demande d'AMM présentée par une personne

²⁶² Ministère de la Justice Gouvernement du Canada, « La loi canadienne sur l'aide médicale à mourir », juin 2023, <https://www.justice.gc.ca>, 1

atteinte de troubles mentaux « ne doit pas être interprétée comme une idéation suicidaire, même si les tendances suicidaires figurent parmi les critères de diagnostic des troubles mentaux de cette personne »²⁶³ et s'il advient que la personne a des antécédents d'idées ou tentatives de suicide, l'approche clinique habituelle doit s'appliquer. Jusqu'ici l'octroi de l'AMM semble être une procédure simple, mais cela se complique, car il existe des personnes ayant des pensées et comportements suicidaires chroniques qui demandent l'AMM²⁶⁴. Dans ces cas, la littérature est de peu d'aide, car certains affirment que l'AMM et le suicide sont deux phénomènes distincts et d'autres affirment qu'ils ne le sont pas²⁶⁵. Étant donné l'imprécise distinction entre l'AMM et le suicide, la décision de permettre ou non l'AMM aux personnes ayant des comportements suicidaires chroniques est un choix de société. C'est d'ailleurs précisément la conclusion faite par les experts du rapport de Santé Canada, concluant qu'il est possible pour les personnes « ayant des pensées suicidaires chroniques et des troubles mentaux chroniques, de faire un souhait raisonné de mourir »²⁶⁶ et que cette décision tient davantage d'un choix éthique sociétal que d'un raisonnement scientifique :

En autorisant l'AMM dans de tels cas, la société fait le choix éthique de permettre à certaines personnes de bénéficier de l'AMM au cas par cas, peu importe si l'AMM et le suicide sont considérés comme distincts ou non.²⁶⁷

Nous constatons que deux valeurs entrent en contradiction au niveau de la prévention du suicide, soit la *liberté de choix* (pouvoir choisir l'aide médicale à mourir lorsqu'on souffre d'une maladie mentale) et la *protection des personnes susceptibles d'être vulnérables* (protéger les personnes souffrant d'une maladie mentale de se suicider). Cette opposition est d'ailleurs explicitée dans les propos du gouvernement canadien ; sur leur plateforme web, il est inscrit que les représentants du gouvernement sont « déterminé(s) à s'assurer que les lois reflètent les besoins des Canadiennes et Canadiens, qu'elles protègent les

²⁶³ Gouvernement du Canada, « Rapport final du groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale » (Canada : Santé Canada, mai 2022), 69

²⁶⁴ Gouvernement du Canada, 70

²⁶⁵ Gouvernement du Canada, 70

²⁶⁶ Gouvernement du Canada, 71

²⁶⁷ Gouvernement du Canada, 71

personnes susceptibles d'être vulnérables et qu'elles soutiennent l'autonomie et la liberté de choix. »²⁶⁸. Nous pensons donc qu'il serait intéressant d'interroger le rapport des professionnels aux questions d'autonomie et de protection. Comment se situent-ils en rapport à cette tension fondamentale entre les valeurs d'*autonomie* et de *protection de la vulnérabilité* ? Quelles sont les valeurs qui influencent les pratiques des acteurs interrogés ?

²⁶⁸ Gouvernement du Canada, « La loi canadienne sur l'aide médicale à mourir », 1

Références bibliographiques

Aiach. *L'ère de la Medicalisation : Ecce Homo Sanitas*. Economica, 1998.

Al-Halabí, Susana, et Eduardo Fonseca-Pedrero. « Suicidal Behavior Prevention: The Time to Act Is Now ». *Clínica y Salud* 32, n° 2 (31 mai 2021): 89-92.
<https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*. American Psychiatric Association Publishing, 2022.

Andersen, U. A., M. Andersen, J. U. Rosholm, et L. F. Gram. « Psychopharmacological Treatment and Psychiatric Morbidity in 390 Cases of Suicide with Special Focus on Affective Disorders ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, n° 6 (2001): 458-65.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00191.x>.

André, Joanne. « Premier chapitre. Histoire de la pensée sur le suicide ». Dans *La vie après le suicide*, 15-38. Hors collection. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2016.
<https://www.cairn.info/la-vie-apres-le-suicide--9782130731016-p-15.htm>.

Appart, A., A. -K. Lange, I. Sievert, F. Bihain, et D. Tordeurs. « Le trouble de l'adaptation et le DSM-5 : une revue de la littérature ». *L'Encéphale* 43, n° 1 (1 février 2017): 41-46.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.06.007>.

Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). « Agir sur les médias sociaux pour prévenir le suicide, Guide à l'intention des professionnell-es des médias sociaux », 2022.
https://aqps.info/wp-content/uploads/2023/01/AQPS_Guide-Agir-medias-sociaux_janv2022.pdf.
———. « médiatisation et suicide dans un contexte de pandémie ou d'évènements exceptionnels », juin 2020. <https://aqps.info/>.

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). « Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier ». *Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM)* (blog). Consulté le 23 août 2023.
<https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/interventions/approche-orientee-vers-les-solutions/>.

Augustinus, saint. *La Cité de Dieu*. Vol. 1. Garnier, 1855.

Aujard, Marie-France. « La suicidologie, un outil de gestion du comportement ». *Recherches sociographiques* 48, n° 3 (2007): 161-74. <https://doi.org/10.7202/018008ar>.

Bayet, Albert. « Le suicide et la morale », New York : Arno Press, 1975

Barzilay, Shira, et Alan Apter. « Psychological Models of Suicide » *Archives of suicide research*,

n° 18 (2014): 295-312. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825295>.

Beautrais, A. L. « Suicides and Serious Suicide Attempts: Two Populations or One? » *Psychological Medicine* 31, n° 5 (juillet 2001): 837-45.
<https://doi.org/10.1017/s0033291701003889>.

Bertolote, José Manoel, Alexandra Fleischmann, Diego De Leo, et Danuta Wasserman. « Suicide and Mental Disorders: Do We Know Enough? » *The British Journal of Psychiatry* 183, n° 5 (novembre 2003): 382-83. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.5.382>.

Brière de Boismont. « Du Suicide et de La Folie Suicide », Deuxième Edition, Revue et Augmentée. Paris: 1865, p. 763. - On Suicide and Suicidal Mania. By Dr. Brière de Boismont. Second Edition, Revised and Enlarged. Paris: 1865. » *Journal of Mental Science* 11, n° 54 (juillet 1865): 219-33. <https://doi.org/10.1192/S0368315X00226509>.

Bryan, Craig J. *Rethinking Suicide: Why Prevention Fails, and How We Can Do Better*. Oxford University Press, 2021.

Canada, Agence de la santé publique du. « Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé ». Politiques, 25 novembre 2001. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>.

Canada, Sécurité publique. « Détermination et définition des principaux facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes ». Toronto: Centre national de prévention du crime, mars 2012. <https://www.securitepublique.gc.ca/ent/rsrscs/pblctns/2012-03-adb/index-fr.aspx#toc2a1>.

Canevascini, Michela. « La médicalisation des problématiques suicidaires : l'exemple d'un service d'urgence psychiatrique ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, n° 10 (11 mai 2018). <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.3837>.

———. « Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques ». Université de Lausanne, 2012.

Castel Robert. De la dangerosité au risque. In: Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 47-48, juin 1983. Éducation et philosophie. pp. 119-127; doi : <https://doi.org/10.3406/arss.1983.2192>

Cavanagh, J. T. O., A. J. Carson, M. Sharpe, et S. M. Lawrie. « Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review ». *Psychological Medicine* 33, n° 3 (avril 2003): 395-405.
<https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>.

Cellard, André, Élise Chapdelaine, et Patrice Corriveau. « « Des Menottes Sur Des Pansements » : La Décriminalisation de La Tentative de Suicide Dans Les Tribunaux Du Québec Entre 1892 et 19 721 ». *Canadian Journal of Law and Society / La Revue Canadienne Droit et Société* 28, n° 1 (avril 2013): 83-98. <https://doi.org/10.1017/cls.2013.1>.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-

Québec. « Ressources spécialisées en prévention du suicide », s. d. <https://ciusssmcq.ca/>.

Chevrey, J. « Essai médical sur le suicide, considéré, dans tous les cas, comme le résultat d'une aliénation mentale, etc. », 1816.

Collin, Guillaume. « Efficacité des psychothérapies dans la prévention des conduites suicidaires ». Dans *Suicides et tentatives de suicide*, 311-16. Psychiatrie. Cachan: Lavoisier, 2010. <https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0311>.

Collin, Johanne, et Amnon Suissa. « Les multiples facettes de la médicalisation du social ». *Nouvelles pratiques sociales* 19, n° 2 (2007): 25-33. <https://doi.org/10.7202/016048ar>.

Conrad, Peter. « Medicalization and Social Control ». *Annual Review of Sociology* 18 (1992): 209-32.

Conrad, Peter, Thomas Mackie, et Ateev Mehrotra. « Estimating the Costs of Medicalization ». *Social Science & Medicine* 70, n° 12 (1 juin 2010): 1943-47. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.019>.

Courtet, Philippe. *Suicides et tentatives de suicide*. Médecine-Sciences Flammarion. France: Lavoisier, 2010.

Cvinar, Jacqueline G. « Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature ». *Perspectives in Psychiatric Care* 41, n° 1 (2005): 14-21. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>.

Danet, François. « Généalogie de la problématique suicidaire. Des mythes de la création du monde et de la topographie corporelle à l'approche psychanalytique du suicide ». *L'Évolution Psychiatrique* 73, n° 2 (1 avril 2008): 273-94. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2008.02.010>.

De Leo, Diego, et Vita Poštuvan. *Resources for Suicide Prevention: Bridging Research and Practice*. Hogrefe, 2018. https://books.google.ca/books/about/Resources_for_Suicide_Prevention.html?id=cpybEAAAQB_AJ&redir_esc=y.

Desaive, Patrick. « L'autopsie psychologique : applications cliniques et juridiques ». *Cahiers de psychologie clinique* 47, n° 2 (2016): 75-94. <https://doi.org/10.3917/cpc.047.0075>.

Development, UN Department for Policy Coordination and Sustainable. *Prevention of suicide :: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. UN, 1996. <https://digitallibrary.un.org/record/215713>.

Dozon, Jean-Pierre, et Didier Fassin. *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*. Balland, 2001.

Durkheim, Émile. *Le suicide*. 14^e éd. Quadrige. France: puf, 2013.

Farberow, Norman L. *Suicide in Different Cultures*. University Park Press, 1975.

Felthous, Alan R., Neha Kulkarni, et Catalina Belean. « DSM-5-TR Diagnosis as a Guide to Suicide Risk Assessment ». *Behavioral Sciences & the Law* n/a, n° n/a. Consulté le 15 août 2023. <https://doi.org/10.1002/bsl.2617>.

Fitzpatrick, Scott J. « The moral and political economy of suicide prevention ». *Journal of sociology* 58, n° 1 (2022): 113-29. <https://doi.org/10.1177/14407833211001112>.

Foucault, Michel. *Dits et écrits, 1954-1975*, Paris, éditions P.U.F, tome 1, 1984.

Forget, Gilles, et Jean Lebel. « Approche écosystémique à la santé humaine ». Dans *Environnement et santé publique - Fondements et pratiques*, 593-638. Paris, 2003.

Gauld, Christophe. « Extension théorique et pratique de la définition sociologique de représentation sociale », mars 2019. <https://hal.science/hal-02084694>.

Gauthier, Benoît, et Isabelle Bourgeois. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec, 2016.

Goodfellow, Benjamin, Kairi Kõlves, et Diego Leo. « Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review ». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, n° 2 (avril 2019): 488-504. <https://doi.org/10.1111/sltb.12457>.

Gouvernement du Canada. « Rapport final du groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale ». Canada: Santé Canada, mai 2022.

Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du. « Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada. Cadre fédéral de prévention du suicide », 13 juin 2016. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique>.

Gouvernement du Canada, ministère de la Justice. « La loi canadienne sur l'aide médicale à mourir », juin 2023. <https://www.justice.gc.ca>.

Gouvernement du Québec. « Prévention du suicide. Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. », 2010. <https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/>.

Gouvernement du Québec, et ministère de la santé et des services sociaux. « Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir », 2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca>.

Grassi, Valentina. « Sociologie compréhensive et phénoménologie sociale ». Dans *Introduction à la sociologie de l'imaginaire*, 61-93. Sociologie de l'imaginaire et du quotidien. Toulouse: Érès, 2005. <https://www.cairn.info/introduction-a-la-sociologie-de-l-imaginaire--9782749203973-p-61.htm>.

Griffin, M. T. « Suicide ». Oxford Research Encyclopedia of Classics, 7 mars 2016.
<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199381135.013.6122>.

Grisé, Yolande. *Le suicide dans la Rome antique*. Bellarmin, 1982.

Guimelli, Christian. « Les représentations sociales », 63-78. Que sais-je ? Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 1999. <https://www.cairn.info/la-pensee-sociale--9782130497776-p-63.htm>.

Hacking, Ian, éd. « Suicide is a kind of madness ». Dans *The Taming of Chance*, 64-72. Ideas in Context. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511819766.008>.

Hanslik, T., et A. Flahault. « La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé ». *La Revue de Médecine Interne* 37, n° 3 (1 mars 2016): 201-5.
<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2015.10.009>.

Harmer, Bonnie, Sarah Lee, Truc vi H. Duong, et Abdolreza Saadabadi. « Suicidal Ideation ». Dans *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>.

Hjelmeland, Heidi, et Birthe L. Knizek. « Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests ». *Death Studies* 41, n° 8 (14 septembre 2017): 481-92.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1332905>.

Hochhauser, Shirley, Satya Rao, Elizabeth England-Kennedy, et Sharmistha Roy. « Why social justice matters: a context for suicide prevention efforts ». *International Journal for Equity in Health* 19, n° 1 (25 mai 2020): 76. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01173-9>.

Hooff, Anton J. L. van. *From Autothanasia to Suicide: Self-killing in Classical Antiquity*. London: Routledge, 1990. <https://doi.org/10.4324/9780203032930>.

Hoven, C. W., D. J. Mandell, et J. M. Bertolote. « Prevention of Mental Ill-Health and Suicide: Public Health Perspectives ». *European Psychiatry* 25, n° 5 (juin 2010): 252-56.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.011>.

Hulak, Florence. « Michel Foucault, la philosophie et les sciences humaines : jusqu'où l'histoire peut-elle être foucauldienne ? » *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° #13 (1 décembre 2013): 103-20. <https://doi.org/10.4000/traces.5718>.

Hume, David. *An Essay on Suicide*. R. Forder, 1894.

Isacsson, G., et C. L. Rich. « Getting closer to suicide prevention ». *The British Journal of Psychiatry* 182, n° 5 (mai 2003): 457-457. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.457>.

Joiner, Thomas. « The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Current Empirical Status ». <https://www.apa.org>, 2009.

<https://www.apa.org/science/about/psa/2009/06/sci-brief>.

Jomphe, Julie. « La thérapie comportementale dialectique : recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale ». *Santé mentale au Québec* 38, n° 2 (2013): 83-109. <https://doi.org/10.7202/1023991ar>.

Kaczmarek, Emilia. « How to Distinguish Medicalization from Over-Medicalization? » *Medicine, Health Care and Philosophy* 22, n° 1 (1 mars 2019): 119-28. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>.

———. « How to Distinguish Medicalization from Over-Medicalization? » *Medicine, Health Care and Philosophy* 22, n° 1 (1 mars 2019): 119-28. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>.

Kapur, Navneet, et Robert D. Goldney. *Suicide Prevention*. Oxford University Press, 2018.

Knox, Kerry L., Yeates Conwell, et Eric D. Caine. « If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent It? » *American Journal of Public Health* 94, n° 1 (janvier 2004): 37-45. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.1.37>.

Kraemer, Helena Chmura, Alan E. Kazdin, David R. Offord, Ronald C. Kessler, Peter S. Jensen, et David J. Kupfer. « Coming to Terms With the Terms of Risk ». *Archives of General Psychiatry* 54, n° 4 (1 avril 1997): 337-43. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>.

Lafontaine, Ginette, et Lise Renaud. *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. 2^e éd. Partage. Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 2018.

Laforest, Julie, Pierre Maurice, et Marie Bouchard. « Rapport québécois sur la violence et la santé ». Montréal: Institut National de Santé publique du Québec, 2018.

Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M., et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. « Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS) », 2018.

Lehmkuhler, Karsten. « Le suicide dans l'histoire de la théologie : d'Augustin à Bonhoeffer ». *Études sur la mort* 150, n° 2 (2016): 63-78. <https://doi.org/10.3917/eslm.150.0063>.

Lustman, Matthieu. « De la prévention du suicide comme une question sociologique », *Frontières*, 21, n° 1 (2008): 15-22. <https://doi.org/10.7202/037870ar>.

Mann, J. John, Jonathan Bortinger, Maria A. Oquendo, Dianne Currier, Shuhua Li, et David A. Brent. « Family History of Suicidal Behavior and Mood Disorders in Proband With Mood Disorders ». *American Journal of Psychiatry* 162, n° 9 (septembre 2005): 1672-79. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1672>.

Manoranjitham, S. D., A. P. Rajkumar, P. Thangadurai, J. Prasad, R. Jayakaran, et K. S. Jacob. « Risk Factors for Suicide in Rural South India ». *The British Journal of Psychiatry* 196, n° 1

(janvier 2010): 26-30. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.063347>.

Maris, Ronald W., Alan L. Berman, et Morton M. Silverman. *Comprehensive textbook of suicidology*. Comprehensive textbook of suicidology. New York, NY, US: Guilford Press, 2000.

Massé, Raymond. « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale ». *Sociologie et sociétés* 39, n° 1 (2007): 13-27. <https://doi.org/10.7202/016930ar>.

Michel, Konrad. « Suicide Models and Treatment Models Are Separate Entities. What Does It Mean for Clinical Suicide Prevention? » *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, n° 10 (17 mai 2021): 5301. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105301>.

Minois, Georges. *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*. Fayard. Lyon, 1995.

Mishara, Brian L., et Michel Tousignant. *Comprendre le suicide*. PUM, 2004.

Montesquieu, et André Lefèvre. « Lettres Persanes », 2009. <https://www.gutenberg.org/files/30268/30268-h/30268-h.htm>.

Mouvement santé mentale Québec. « Trousse 7 astuces ». Consulté le 29 mai 2023. <https://mouvementsmq.ca/campagnes>.

Mucchielli, Laurent, et Marc Renneville. « Les causes du suicide: pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930) », *Déviance et Société*, 22, n° 1 (1998): 3-36.

Mueller, Anna S., Seth Abrutyn, Bernice Pescosolido, et Sarah Diefendorf. « The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention ». *Frontiers in Psychology* 12 (2021). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.621569>.

Murray, Alexander. *Suicide in the Middle Ages: The Violent against Themselves*. Oxford University Press, 1998.

Nader, Mélissa. « La médicalisation : concept, phénomène et processus : émergence, diffusion et reconfigurations des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique ». Université du Québec à Montréal, 2012.

Ngatcha-Ribert, Laëtitia. « Chapitre 2. Quelques évolutions médicales et sociales. Médicalisation, normalisation et “chronicisation” ». Dans *Alzheimer : la construction sociale d’une maladie*, 55-86. Santé Social. Paris: Dunod, 2012. <https://www.cairn.info/alzheimer-la-construction-sociale-d-une-maladie--9782100563715-p-55.htm>.

Offord, David R., et Helena Chmura Kraemer. « Risk Factors and Prevention ». *Evidence-Based Mental Health* 3, n° 3 (1 août 2000): 70-71. <https://doi.org/10.1136/ebmh.3.3.70>.

Olié, Émilie, et Philippe Courtet. « Pour une neurobiologie des conduites suicidaires ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 201, n° 4 (1 avril 2017): 845-54.
[https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30466-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30466-2).

Oquendo, Maria A, et Enrique Baca-Garcia. « Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations ». *World Psychiatry* 13, n° 2 (juin 2014): 128-30. <https://doi.org/10.1002/wps.20116>.

Organisation mondiale de la Santé. « Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé – Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. » Communication présentée à la Conférence internationale sur la Santé, New York: OMS, 19 juin 1946.
<https://apps.who.int/gb/>.

———. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>.

Pachkowski, Mikayla C., Alexis M. May, Michelle Tsai, et E. David Klonsky. « A Brief Measure of Unbearable Psychache ». *Suicide & Life-Threatening Behavior* 49, n° 6 (décembre 2019): 1721-34. <https://doi.org/10.1111/sltb.12556>.

Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli. *Analyse qualitative sciences humaines et sociales*. 2^e éd. Paris: Armand Colin, s. d. Consulté le 21 août 2023.

Pilgrim, David. *Key Concepts in Mental Health*. SAGE Publications, 2014.

Pinel, Philippe. *Medico-Philosophical Treatise on Mental Alienation*. 2^e éd., 1809.

Pridmore, Saxby. « Medicalisation of Suicide ». *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS* 18, n° 4 (2011): 78-83.

———. « Mental Disorder and Suicide: A Faulty Connection ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 49, n° 1 (1 janvier 2015): 18-20.
<https://doi.org/10.1177/0004867414548904>.

Renneville, Marc. « Le suicide est-il une folie ? Les lectures médicales du suicide en France au XIX^e siècle ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, n° 10 (11 mai 2018). <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.3797>.

Roberge, Marie-Claude, Nora Bouguezour, et Direction du développement des individus et des communautés. « Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec ». Étude descriptive. Québec: Direction du développement des individus et des communautés, septembre 2018.

Salies, Fabrice de. « Statut et fonction de la notion de “problématisation” dans le corpus foucauldien tardif ». *Le Philosophoire* 40, n° 2 (2013): 235-58.
<https://doi.org/10.3917/phoir.040.0235>.

Shneidman, Edwin S. *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Jason Aronson, 1993.

Simard, Juliette, et Daniel Turcotte. « La thérapie orientée vers la solution. Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité ». *Service social* 41, n° 3 (12 avril 2005): 77-93. <https://doi.org/10.7202/706585ar>.

Solano, Paola, Enrico Pizzorno, Maurizio Pompili, Gianluca Serafini, et M. Amore. « Conceptualizations of Suicide through Time and Socio-Economic Factors: A Historical Mini-Review ». *Irish Journal of Psychological Medicine* 35, n° 1 (mars 2018): 75-86. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.57>.

Stillion, Judith M., et Bethany D. Stillion. « Attitudes Toward Suicide: Past, Present and Future » 38, n° 2 (99 1988): 77-97. <https://doi.org/10.2190/0T85-B3H5-JG6T-QFXG>.
Tricot, Jules. *Aristote: Ethique a Nicomaque*. Vrin, 1990.

Turecki, Gustavo, David A. Brent, David Gunnell, Rory C. O'Connor, Maria A. Oquendo, Jane Pirkis, et Barbara H. Stanley. « Suicide and Suicide Risk ». *Nature Reviews Disease Primers* 5, n° 1 (décembre 2019): 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>.

Valence, Aline. « Approche théorique des représentations sociales ». Dans *Les représentations sociales*, 1re éd.:27-43. Le point sur... Psychologie. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2010. <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782804162573-p-27.htm>.

Vandevoorde, Jérémie. « Chapitre 1. Préambule à l'appréhension de la problématique suicidaire ». Dans *Psychopathologie du suicide*, 5-13. Psycho Sup. Paris: Dunod, 2013. <https://www.cairn.info/psychopathologie-du-suicide--9782100598212-p-5.htm>.

White, Jennifer. « Youth Suicide as a “Wild” Problem: Implications for Prevention Practice », suicidology online, 2012.

World Health Organization. *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*. World Health Organization, 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>.

Yampolsky, Eva. « La perversion du suicide, entre la pathologie et la morale ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, n° 7 (26 septembre 2016). <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.3481>.

Zalsman, Gil, Keith Hawton, Danuta Wasserman, Kees van Heeringen, Ella Arensman, Marco Sarchiapone, Vladimir Carli, et al. « Suicide Prevention Strategies Revisited: 10-Year Systematic Review ». *The Lancet. Psychiatry* 3, n° 7 (juillet 2016): 646-59. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).

Zhang, Jie, Shuiyuan Xiao, et Liang Zhou. « Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese: A Case-Control Psychological Autopsy Study ». *The American journal of psychiatry* 167, n° 7 (juillet 2010): 773-81. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101476>.

Faculté des arts et sciences
Département de sociologie

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche : La biopolitique contemporaine de l'épigénétique appliquée au risque suicidaire

Chercheur principal : Estelle Carde - Université de Montréal

Co-chercheur(s) : Jean-François Bissonnette- Université de Montréal

Étudiant-chercheur : Justine Racicot

Organisme subventionnaire: Les fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) et le Conseil de Recherches en Sciences Humaines (CRSH)

Numéro d'approbation éthique : CERSC-2022-091-D

1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce Formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire et d'examiner attentivement les informations suivantes.

Ce formulaire peut contenir des mots ou des informations que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous pourriez avoir au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de l'équipe de recherche. N'hésitez pas à leur demander d'expliquer tout ce qui ne vous semble pas clair. Avant de consentir à participer à ce projet, vous pouvez prendre le temps d'y réfléchir et d'en discuter avec vos proches et les membres de votre famille, si vous le désirez.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

Vous êtes invités à participer à une recherche ayant pour objet la biopolitique contemporaine de l'épigénétique appliquée au risque suicidaire. Cette recherche a deux objectifs. Le premier est de comprendre quel nouvel éclairage les technologies épigénétiques apportent à la compréhension de l'enjeu du suicide. Le second est d'interroger les politiques de santé qui découlent de ces découvertes.

Voici les critères d'éligibilité à la recherche :

Chercheurs : travailler à titre de chercheur pour une université et/ou sont affiliés à un centre hospitalier. Faire sa recherche dans le domaine de l'épigénétique de la santé mentale. Parler français ou anglais

Professionnels de santé publique : travailler à titre de professionnel dans le milieu de la santé publique et ont une expertise dans le domaine de la prévention, œuvrent dans le champ des politiques de santé mentale et possèdent une connaissance approfondie de l'épigénétique. Parler français ou anglais.

3. Déroulement de la participation

3.1 Nombre de rencontres, durée et lieu du déroulement du projet de recherche

Une seule rencontre sera nécessaire, elle sera d'une durée approximative d'une heure et à l'endroit désiré par le participant (lieu de travail, endroit publique, à l'Université de Montréal...). Le choix d'endroit sera établi lors de la prise de contact.

3.2 Nature de votre participation

La participation au projet de recherche consiste en un entretien individuel avec l'étudiante-chercheuse. Les thèmes abordés seront la prévention du suicide, les causes du suicide, le futur de la recherche sur le suicide, les théories épigénétiques du suicide, l'apport de l'épigénétique du suicide à la prévention du suicide.

Le moment et le lieu de la réalisation des entretiens seront déterminés ultérieurement avec le participant, selon ses disponibilités. Les entretiens se dérouleront en personne ou à distance, selon la préférence du participant. Si l'entretien a lieu en ligne, la plateforme numérique utilisée sera Zoom et si Zoom ne convient pas, Teams sera utilisé.

La participation implique l'enregistrement audio du participant. Cet enregistrement est obligatoire à la participation.

4. Inconvénients possibles liés à la participation au projet de recherche

La recherche ne contient pas d'inconvénient sauf le temps et le déplacement requis à la participation. Afin de minimiser cet inconvénient, le participant pourra choisir le lieu qui lui convient le mieux.

5. Risques potentiels associés au projet de recherche

Le seul risque potentiel anticipé à la recherche est de nature psychologique (le suicide est un sujet sensible). Si le sujet occasionne des souvenirs émouvants ou désagréables, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue et des mesures seront prises.

6. Avantages associés au projet de recherche

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Cependant, nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques entourant le potentiel politique des avancées en épigénétique du suicide.

7. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision.

Si vous acceptez de participer, mais que vous changez d'avis, vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal ou écrit, selon votre préférence, sans conséquence pour vous. Vous n'avez pas à donner de raisons. Il vous suffit de contacter l'équipe de recherche au coordonnées suivantes : justine.racicot@umontreal.ca

Le chercheur en charge du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche ou l'organisme de financement peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut arriver si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne suivez pas les instructions du projet de recherche, ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Sachez que si vous décidez de vous retirer du projet ou si vous êtes retiré du projet, aucune nouvelle donnée ne sera recueillie. Cependant, à moins que vous formuliez une demande à l'effet contraire à l'équipe de recherche, les informations et le matériel déjà collectés dans le cadre de ce projet seront conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet. Si vous désirez que tous les enregistrements audio déjà recueillis vous concernant soient détruits, vous devez en informer l'équipe de recherche.

Dans tous les cas, il sera impossible de détruire les analyses portant sur vos données lorsque les résultats de la recherche seront publiés.

Toute nouvelle connaissance acquise au cours du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

8. Confidentialité

Lors de votre participation à ce projet de recherche, le chercheur en charge de ce projet ainsi que les membres de son équipe de recherche rassembleront, dans un dossier de recherche, les informations vous concernant nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ce dossier de recherche inclut notamment les éléments suivants : Votre nom et prénom ainsi que votre emploi et le contenu de l'entretien

Toutes les informations recueillies resteront confidentielles dans la mesure permise par la loi. Vos données seront protégées. Les informations qui peuvent vous identifier seront dépersonnalisées. Seuls la chercheur étudiant et son directeur et codirecteur de recherche connaîtront l'identité des participants. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un code qui liera les formulaires d'information et de consentement et les données de recherche. Seule la chercheuse étudiante, conservera la liste associant le code des participants à leur nom ce qui permet de procéder au retrait des données, au besoin.

L'enregistrement audio sera placé sur un disque dur externe avec un code dont seul l'étudiante chercheuse connaîtra.

Le chercheur responsable et les personnes qui auront accès aux données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada.

Le(s) chercheur(s) et son (leur) équipe prendront les moyens nécessaires afin que les renseignements personnels que vous nous donnerez demeurent confidentiels. Ces moyens sont les suivants :

- *Les formulaires d'information et de consentement signés et le dossier de recherche demeureront confidentiels, de la collecte des données jusqu'à la publication des résultats de recherche. En aucun temps, votre identité, l'identité de votre employeur ou votre statut ne seront dévoilés.*
- *Le dossier de recherche comportera le présent formulaire, un enregistrement audio, des transcriptions*
- *Le dossier sera conservé électroniquement dans un disque dur externe dont seule la chercheuse étudiante connaîtra le mot de passe.*

Limite de l'anonymat pouvant être garanti par le chercheur

Considérant le petit échantillon de personnes rencontrées, il se peut que des lecteurs avertis puissent suspecter l'identité de certains participants. Dans ce contexte, le chercheur veillera à ne pas associer certaines idées sensibles à un participant en particulier.

Diffusion des résultats de recherche

Les données de recherche pourront être publiées ou discutées scientifiquement, mais il ne sera pas possible de vous identifier uniquement à partir de ces données.

Si vous y consentez, la diffusion des résultats de recherche pourra permettre votre identification. Le cas échéant, veuillez indiquer les risques liés à l'identification des participants lors de la diffusion des résultats de recherche et offrir au participant la possibilité d'accepter ou de refuser d'être identifiable lors de la diffusion des résultats de recherche, sous la forme d'une case à cocher à la fin du formulaire d'information et de consentement.

L'utilisation des plateformes numériques pour l'obtention du consentement et la réalisation des entrevues (si c'est le cas) demande au participant qu'il consente aux « Termes et Conditions » et/ou à la « Politique de protection de la vie privée » de la plateforme, qui peuvent inclure des dispositions en matière de confidentialité et de vie privée différentes des dispositions prévues au présent Formulaire d'information et de consentement. Nous invitons le participant à lire attentivement ces conditions spécifiques aux plateformes numériques avant d'y consentir.

Conservation du dossier de recherche

Les renseignements et données de recherche seront conservés dans un disque dur externe. Ils seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

9. Possibilité de commercialisation

Les résultats de recherche résultant de votre participation ne sont pas susceptibles de conduire à la création de produits commerciaux.

10. Financement du projet de recherche

[Le chercheur responsable de ce projet de recherche a reçu un financement des fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) et du Conseil de Recherches en Sciences Humaines (CRSH)]

11. Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à cette étude.

12. Communication des résultats généraux de la recherche

L'équipe de recherche pourra faire parvenir aux participants qui le souhaitent un court résumé des résultats généraux de la recherche. Si vous désirez recevoir ce résumé, vous devez indiquer votre adresse courriel ou postale à la fin du document.

13. En cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne dégagez pas le chercheur responsable du projet, le commanditaire ou l'organisme subventionnaire ni l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

14. Identification des contacts

Si vous avez des questions ou rencontrez des problèmes en lien avec votre participation à ce projet de recherche, ou si vous souhaitez vous retirer du projet, vous pouvez contacter le chercheur responsable du projet ou un membre de l'équipe de recherche aux coordonnées suivantes :

15. Plaintes

Pour toute question sur vos droits à titre de participant à la recherche, ou sur les responsabilités des chercheurs, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche - Société et culture par courriel à l'adresse cerc@umontreal.ca ou la conseillère du comité par téléphone au 514 343-6111 poste 5925 ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au 514 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

18. Suivi des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche Comité d'éthique de la recherche - Société et culture (CERSC) de l'Université de Montréal a approuvé le projet de recherche et en assure le suivi.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche: **La biopolitique contemporaine de l'épigénétique appliquée au risque suicidaire**

Consentement du participant :

- Je confirme qu'on m'a présenté ce projet de recherche et que j'ai attentivement lu ce Formulaire d'information et de consentement.
- Je confirme qu'on a répondu à toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes.
- Je confirme que j'ai pu prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche dans les conditions qui sont énoncées au présent Formulaire d'information et de consentement :

Nom et signature du participant

Date

CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT AUDIO ET/OU VIDÉO :

Oui Non Initiales du participant : _____

CONSENTEMENT À LA DIFFUSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE PERMETTANT VOTRE IDENTIFICATION DIRECTE OU INDIRECTE :

Oui Non Initiales du participant : _____

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE LA RECHERCHE

Si vous souhaitez obtenir un résumé des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrions vous le faire parvenir :
Adresse électronique :

Adresse postale dans le cas où vous n'avez pas d'adresse électronique :

Signature et engagement du chercheur(e) principal(e)

Je certifie que ce formulaire d'information et de consentement a été expliqué au participant et que ses questions ont reçu une réponse. J'accepte, avec l'équipe de recherche, de respecter ce qui a été convenu sur le formulaire d'information et de consentement et d'en fournir une copie signée et datée au participant :

Nom et signature du chercheur(e) principal(e)

Date

Annexe III - Guide d'entretien

A. Parcours professionnel

- Dans quel domaine avez-vous fait vos études ? Quel est votre parcours universitaire ?
- Quand, comment et où et pourquoi avez-vous commencé à faire des recherches sur la thématique du suicide/de la santé mentale OU plus précisément de l'épigénétique du suicide ? Quel est la suite de votre parcours ?

B. Conception du suicide

- Comment expliquez-vous la survenue de comportements suicidaires ? Votre raisonnement repose-t-il sur un modèle explicatif ? (Si les aspects psychologiques, biologiques et sociaux ne sont pas clairement abordés, poursuivre la réflexion en ce sens : Pensez-vous que les facteurs psychologiques — sociaux — ou biologiques jouent un rôle important ?)
- Pouvez-vous mettre ces facteurs explicatifs en ordre d'importance dans la survenue de comportements suicidaires ? Quels facteurs semblent les plus déterminants ?
- Quels sont les liens, les articulations entre ces différents facteurs ? Comment est-ce que ces différents éléments s'enchaînent ou sinon, sont-ils indépendants et se suffisent à eux-mêmes ?
- Pensez-vous que ces explications (question précédente) sont universelles ? C'est-à-dire qu'elles pourraient expliquer l'apparition de comportements suicidaires chez chaque individu, peu importe l'époque ou le pays ? En d'autres mots, pensez-vous que la culture aurait un rôle à jouer dans le suicide ? Expliquez... Comment expliquez-vous la tradition du hara-kiri, suicide masculin par éviscération fréquent au 12^e siècle au Japon ?
- Est-ce que la maladie mentale peut favoriser l'adoption de comportements suicidaires et si oui, comment ?
- Le « trouble conduite suicidaire » a finalement fait son apparition dans les catégories à l'étude. Il s'agit d'un premier pas vers la reconnaissance d'une spécificité des comportements suicidaires. Pensez-vous que les comportements suicidaires devraient être un diagnostic à part dans le DSM ? Pourquoi ?

C. Question spécifique à l'épigénétique

- Comment expliquez-vous la corrélation entre l'adversité durant l'enfance et la survenue de comportements suicidaires ? (*Si l'enfance n'a pas été abordé dans les questions précédentes, contextualiser la question comme suit : Ma recherche s'intéresse particulièrement aux technologies épigénétiques qui émettent une corrélation entre les différentes formes d'abus durant l'enfance et les altérations épigénétiques pour expliquer la survenue de comportements suicidaires.*)
- Comment est-ce que l'épigénétique se démarque de la génétique dans l'étude des phénomènes complexes comme le suicide ? Comment l'environnement est-il intégré à la recherche ? Qu'est-ce qui entre en ligne de compte lorsqu'on parle d'environnement ?

D. Les politiques de santé

- Pourquoi, selon vous, est-il important de prévenir le suicide ?
- Pouvez-vous commenter les statistiques du suicide au Québec (INSPQ) qui après avoir marqué une diminution depuis le début des années 2000, se maintiennent maintenant sur un plateau. Qu'est-ce que ça dit sur l'efficacité des approches préventives actuelles ?
- Est-ce que les politiques actuelles vous semblent efficaces ? Pourquoi ? Que faudrait-il pour les améliorer ?
- Trouvez-vous que les politiques de prévention du suicide sont cohérentes avec les résultats des recherches sur le suicide ?
- Vos recherches sont-elles orientées sur l'établissement de politiques de santé ?
- Si la recherche en épigénétique en venait à cibler des altérations génétiques en lien avec l'adoption éventuelle de comportement suicidaires, quel impact cela pourrait avoir sur les politiques de prévention du suicide ?