

La prévention du suicide au Québec À TANT VOULOIR ÉVITER LA MORT, ON FINIT PAR ÉVITER LA VIE

Résumé

Les suicides au Québec continuent d'augmenter et nous sommes en panne de moyens pour les prévenir. La recherche en suicidologie fait de grands détours pour éviter les questions qui touchent directement à la vie et à la souffrance de vivre ou de l'être. Pourtant, si on veut prévenir le suicide, il va bien falloir se réapproprier cette souffrance qui n'est pas en soi malsaine, déficiente ou pathologique, ni même absurde ou fatale, mais qui peut ultimement pousser au suicide lorsqu'elle ne trouve plus à s'exprimer autrement. Il va nous falloir aussi nous réapproprier ce dont nous avons besoin, tant individuellement que collectivement, pour mieux être et mieux vivre.

Mots clés : prévention du suicide – souffrance – santé mentale – santé publique – suicidologie

Abstract

Suicides in Quebec are still on the rise and we have run out of the means to prevent them. Research in Suicide Studies has taken great lengths to avoid questions that directly concern the life and suffering of living and just being. Yet, if we wish to prevent suicide, we will surely need to take back this suffering, which is not in itself unhealthy, deficient or pathological, nor even absurd or fatal, but which could eventually drive one to suicide when it cannot find any other way to be expressed. We will also need to take back what we need, not only individually and but collectively, for both greater well-being and better living.

Key Words : suicide prevention – suffering – mental health – public health – suicide studies

Natacha Joubert, Ph.D.,
Institut national de santé publique du Québec.

À Isa

Le nombre des suicides au Québec continue d'augmenter. Il semble bien qu'en dépit des efforts déployés pour comprendre le phénomène et le prévenir, nous n'y parvenons pas. Manifestement, le sentiment d'impuissance n'est pas seulement ressenti par la population, mais gagne de plus en plus les experts. À l'heure actuelle, la tentation est forte, voire tenace, de tout ramener à la complexité du processus pathologique sous-jacent ou à celle des interactions entre les nombreux facteurs de risque, ou encore de se rabattre sur la découverte éventuelle d'une cause incontestable comme l'existence d'une déficience biochimique au niveau du cerveau ou même d'un gène du suicide.

Nous nous sentons dépassés par ce phénomène qui résiste à nos nombreuses tentatives pour le contrôler ou que l'on cherche plus ou moins ouvertement à fuir parce qu'il nous touche là où on se sent vulnérable ou impuissant. La couverture médiatique et les débats sur le suicide qui ont cours depuis quelque temps au Québec sont assez révélateurs de l'inconfort généralisé que suscite le phénomène. Certes, le caractère volontaire et irrémédiable de l'acte suicidaire a de quoi nous bouleverser et nous effrayer. C'est qu'il nous rejoint au plus profond de nous-mêmes, là où se terre la peur de souffrir et de mourir.

Et ce n'est pas le perpétuel dénombrement des facteurs de risque ou le ressassement des données épidémiologiques qui vont nous rassurer ou même y changer quoi que ce soit. L'illusion de contrôle ne tient plus, du moins à travers nos dernières années de recherche et de développement de stratégies préventives. De toute évidence, il va nous falloir pousser plus loin nos réflexions sur les causes du suicide et sa prévention.

Et si on prenait le risque de regarder d'un peu plus près la souffrance qui se trouve derrière l'acte suicidaire ? Et si cette souffrance de l'être cachait ce qu'il nous reste encore à découvrir pour comprendre notamment comment on peut en venir à considérer la mort par suicide comme la seule et dernière issue à la volonté de vivre ? Et si on prenait le risque de réfléchir davantage à ce dont nous avons besoin aujourd'hui pour être mieux et mieux être ? Et, finalement, si on décidait de reconnaître et de soutenir tout ce que nous avons individuellement et collectivement de créativité, de talent, d'ingéniosité, de générosité, de force, de courage et de détermination pour vivre ? Non pas que ces questions ne suscitent aucune réflexion ou investigation, mais elles demeurent négligées comparativement au temps, aux énergies et aux fonds investis dans la recherche sur les pathologies ou les déficiences qui seraient à l'origine du suicide ou de plusieurs autres de nos grands maux.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS NOS RÉFLEXIONS SUR LE SUICIDE ET SA PRÉVENTION ?

Loin de moi l'idée de présenter ici une recension des réflexions et des recherches sur le suicide qui ont été faites depuis les trente ou quarante dernières années au Québec et ailleurs dans le monde. Je vais plutôt décrire et commenter brièvement ce que j'ai pu observer à l'intérieur de l'univers où j'œuvre depuis quand même un bon moment et qui touche à la fois à la santé mentale et à la santé publique. Les courants d'idées qui prédominent dans ces deux secteurs de la santé sont profondément imprégnés du modèle médical ; ils ont une influence indéniable, et possiblement plus grande qu'on ne le croit, sur la manière dont sont abordées sur les plans scientifique, politique, médiatique et public différentes questions dont celle du suicide, qui touchent à la fois à la santé et à la vie de la population québécoise.

La suicidologie, instituée il y a une quarantaine d'années comme discipline scientifique ayant pour objet d'étude les causes du suicide et sa prévention, a importé à la fois de la santé mentale et de la santé publique ses principales composantes. À la santé mentale, elle a emprunté l'approche clinique ou psychopathologique, c'est-à-dire l'identification et la description des troubles mentaux associés au suicide, ainsi que les techniques et la technologie d'intervention ou de traitement de ces troubles mentaux. De la santé publique, elle a tiré les pratiques épidémiologiques d'identification et de description des facteurs de risque, la modélisation des relations causales entre les facteurs de risque et les variables démographiques et les stratégies d'interventions préventives auprès des groupes dits à risque. Dans les deux cas, la nette prédominance du modèle médical n'est pas sans avoir eu un impact sur la manière de conduire les réflexions, les recherches et les interventions en prévention du suicide (Mocicki, 1995 ; Potter *et al.*, 1995 ; Silverman et Maris, 1995a).

LA PATHOGENÈSE DU SUICIDE

Bien que la plupart des suicidologues s'entendent pour dire que le suicide n'est pas une « maladie » mais un « comportement volontaire pour se donner la mort », nombreux sont ceux qui s'interrogent sur l'étiologie ou la pathogenèse¹ du suicide (Maris *et al.*, 2000 ; Silverman et Maris, 1995b). On se questionne peu ou pas sur les « raisons » qui inciteraient une personne à se donner la mort ; on pose plutôt a priori que de penser au suicide est « irrationnel » et le résultat d'un processus pathologique dont il faut tenter de comprendre l'évolution.

D'une manière générale, les experts s'entendent pour dire que la majorité des suicidés, jusqu'à 90 %, sont associés à des troubles mentaux (Maris *et al.*, 2000 ; Mocicki, 1995). C'est ainsi que le suicide a été assimilé notamment à la dépression, l'abus de substance, la violence ou des comportements antisociaux ou encore défini comme « spécificité pathologique », c'est-à-dire comme pathologie ayant une ou des caractéristiques distinctives qui permettraient d'établir une distinction entre « les personnes qui se suicident » et « celles qui ne se suicident pas ». Cette spécificité pathologique est celle évoquée par exemple dans les recherches qui portent sur des dysfonctions de la neurotransmission² ou même sur l'existence d'un gène du suicide (Maris *et al.*, 2000 ; Stoff et Mann, 1997 ; Hrdina, 1996 ; Berman et Jobes, 1991 ; Åsberg, 1986). Dans cette perspective, comprendre et prévenir le suicide reposerait donc sur notre compréhension de certains troubles mentaux et sur notre capacité de les prévenir.

Or, en adhérant ainsi, et sans plus de réflexion, au modèle clinique, la suicidologie se trouve confrontée aux limites de ce modèle, notamment à l'étroitesse du cadre d'étude imposé par le modèle médical qui fait en sorte, par exemple, que des comportements qui trouveraient un sens lorsque considérés par rapport au contexte de vie des individus apparaissent incompréhensibles et morbides en dehors de ce contexte.

Il est à la fois éloquent et troublant d'examiner à cet effet les résultats d'enquêtes menées auprès de cliniciens qui ont traité des personnes hospitalisées à la suite de tentatives de suicide. Ces résultats révèlent qu'il s'agit là des situations les plus stressantes et souvent les plus indésirables qui soient pour ces spécialistes qui se sentent dépourvus devant la résistance aux traitements des personnes suicidaires et le risque de récurrence durant l'hospitalisation (Busch *et al.*, 1993 ; Pope et Tabachnick, 1993 ; Menninger, 1990). Et pour cause : des données indiquent que la moitié des personnes qui se suicident ont eu affaire à des services de santé mentale au cours de l'année précédant leur suicide (Litman, 1995 ; King, 1994 ; Berman, 1986). Autre donnée troublante, plusieurs des personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide se suicident peu de temps après leur sortie de l'hôpital (Maris *et al.*, 2000). Il va sans dire que de telles situations soulèvent plusieurs questions concernant l'adéquation et l'efficacité des services offerts ou même les effets iatrogènes³ des traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques prescrits aux personnes suicidaires, lesquels découlent le plus souvent d'un diagnostic

de trouble mental plutôt que de la prise en compte du contexte de vie de ces personnes (Goldblatt *et al.* 1998 ; Slaby et Dumont, 1992).

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE

On salue, par ailleurs, les derniers progrès scientifiques de la suicidologie attribués à ses études épidémiologiques et, plus récemment encore, à un rapprochement avec le domaine de la prévention des blessures et des traumatismes – le suicide est ici défini comme un traumatisme intentionnel – qui ont permis d'appliquer le concept de facteurs de risque à plusieurs facteurs ou conditions sociales et environnementales. C'est dire qu'outre le risque que représente la pathologie individuelle comme telle, certaines variables démographiques (par exemple : être un homme, être séparé ou divorcé) ou certaines conditions qui prévalent dans les milieux de vie (famille dysfonctionnelle, l'échec scolaire, différentes formes d'abus, la délinquance, la pauvreté) ou dans l'environnement physique (l'accessibilité aux armes à feu, aux ponts et aux bouches de métro) agiraient également comme facteurs de risque ou conditions pathogènes qui prédisposeraient au suicide ou précipiteraient les comportements suicidaires chez les individus (Barss *et al.*, 1998 ; Silverman et Maris, 1995a).

Bien que cette conception multicausale ou multifactorielle du suicide repose sur le modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1989, 1979) – modèle selon lequel toute tentative d'explication du comportement humain en dehors du processus d'interaction continue entre l'individu et son environnement ne peut être que réductionniste –, force est de constater que cela n'a pas été suffisant pour que la suicidologie s'écarte davantage du modèle médical et évite ainsi un certain réductionnisme dans la manière dont elle a mené son étude du suicide.

L'identification, la description ainsi que les corrélations établies entre tous les facteurs de risque potentiels, de la pathologie individuelle au contrôle des armes à feu, n'ont pas engendré une meilleure compréhension de la ou des façons dont ces facteurs interagissent pour susciter des comportements suicidaires. En fait, comment pourrions-nous parvenir à prédire les comportements suicidaires et à prévenir le suicide alors que nous sommes confrontés à des facteurs de risque innombrables, qui se trouvent partout et qui ne constituent pas un risque de suicide pour la majorité des individus, même pour ceux dits à risque ? L'énumération, si longue soit-elle, des éléments que l'on croit en cause par rapport à un phénomène ne constitue pas pour autant l'explication causale du phénomène. Il n'y

a donc pas lieu de s'étonner du peu d'efficacité des stratégies d'intervention et de prévention du suicide qui ont été développées dans un tel contexte, que ce soit le dépistage en milieu scolaire ou les lignes d'écoute et d'intervention téléphoniques (Breton *et al.*, 2002, 1998 ; Maris *et al.*, 2000), puisqu'elles dépendent de notre capacité, somme toute très limitée, de reconnaître les personnes dites à risque suicidaire. De manière générale, c'est encore la logique de la pathologie et du traitement qui domine et les résultats sont décevants.

LES RÉACTIONS DE LA SUICIDOLOGIE FACE À L'ÉCHEC

Les raisons invoquées par les experts pour tenter d'expliquer l'échec des diverses stratégies de prévention du suicide basées sur les modèles de recherche en santé mentale ou santé publique vont de la complexité du phénomène pathologique lui-même à celle des facteurs de risque en jeu, d'une

absence de formation des professionnels de la santé pour dépister les personnes à risque au manque de ressources financières ou de volonté politique pour intervenir sur cette question, sans oublier le phénomène de banalisation sociale ou de déresponsabilisation de la population face au suicide, dont on parle beaucoup en ce moment.

De toute évidence, il semble y avoir peu de retour critique non seulement sur les fondements qui ont guidé les travaux de la suicidologie au cours des dernières décennies, mais aussi sur les conséquences entraînées par l'échec des activités de prévention. Cette situation n'est pourtant pas étrangère à un certain vide ou à une certaine indécision politique comme celle que reflète la Stratégie québécoise d'action face au suicide, et à une certaine couverture médiatique qui continue de mystifier et de confondre le suicide avec la maladie mentale. Elle n'est pas étrangère non plus aux principales solutions envisagées actuelle-

ment pour diminuer le nombre des suicides, lesquelles semblent reposer davantage sur de nouvelles tentatives ou illusions de contrôle que sur la raison.

Par exemple, au cours des dernières années, et s'appuyant sur le modèle de prévention des blessures et des traumatismes, on a vu se multiplier les études portant sur le contrôle de l'accessibilité aux armes à feu, aux ponts, aux bouches de métro, aux toits des édifices, etc., et présentées comme stratégies de prévention du suicide (Silverman et Maris, 1995a). Si ce n'est que pour prévenir des accidents mortels, ces mesures peuvent apparaître tout à fait justifiées. Par contre, il semble assez naïf de supposer qu'une approche instrumentale comme celle-là suffira à prévenir le suicide. Cela revient en fait à réduire le processus suicidaire à une simple mécanique que l'on peut donc contrôler mécaniquement. C'est aussi s'exposer à des effets de substitution de moyens comme ceux rapportés dans une



étude très récente qui porte sur l'accès aux armes à feu en lien avec les taux de suicide en Abitibi-Témiscamingue (Caron, 2002). En effet, cette étude montre que l'accessibilité réduite aux armes à feu n'a eu aucun impact sur le taux global des suicides dans cette région, taux qui a continué d'augmenter, mais par pendaison et empoisonnement médicamenteux. En fait, depuis l'adoption en 1993 de la Loi canadienne C-17 sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu, les taux de suicide n'ont pas diminué au Québec ni au Canada (Caron, 2002).

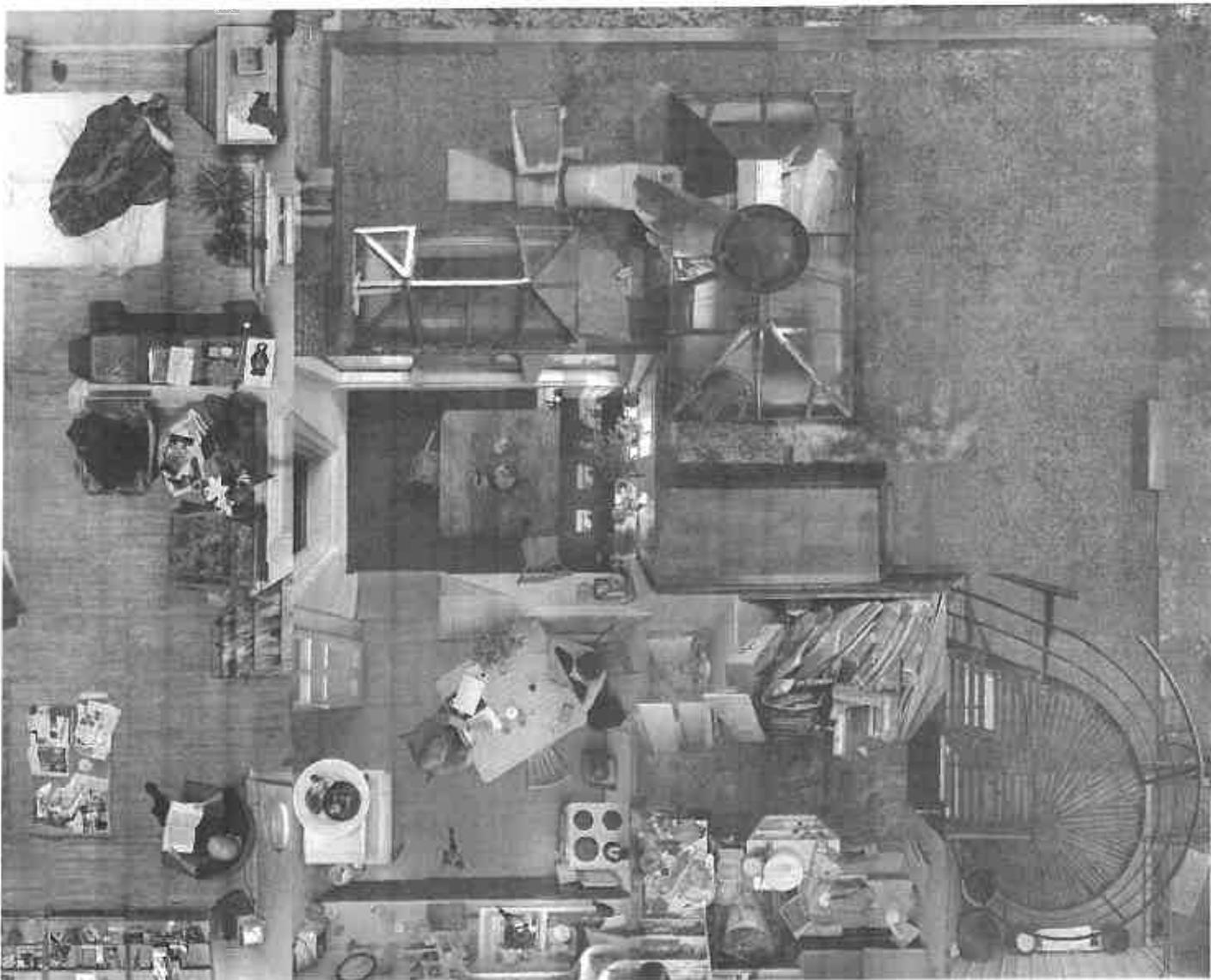
Une autre des solutions qui semblent gagner de plus en plus la faveur des experts depuis quelque temps consisterait à mettre sur pied une stratégie nationale s'adressant directement aux médecins et ayant pour principal objectif une consommation accrue d'antidépresseurs pour prévenir la dépression et le suicide au sein de la population. Les antidépresseurs ne « guérissent » pas la dépression, on le sait. Ils aident à la sup-

porter le temps de trouver et d'apaiser la souffrance qu'il y a derrière. Outre les nombreuses réserves émises sur l'usage et les effets des différentes classes de psychotropes actuellement disponibles sur le marché (Maris *et al.*, 2000 ; Salzman, 1999), c'est une chose que d'avoir recours à ces substances pour réduire temporairement le poids de l'angoisse, cela en est une autre que de croire qu'une consommation de masse va régler le problème du suicide au Québec ou ailleurs dans le monde. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il s'agit là d'une puissante, mais combien triste et inquiétante, métaphore du rapport entretenu face à la vie et à la mort dans certains milieux, rapport pour le moins ambigu qui se définit surtout par le souhait d'« éviter la mort coûte que coûte ». Et cette peur de la mort, c'est encore dans les univers subjugués par le modèle médical, comme celui de la suicidologie, qu'elle est la plus forte. Si éviter la mort à tout prix tient à la valeur

qu'on accorde à la vie, alors il devient urgent de s'interroger et d'agir concrètement sur ce qui donne à la vie sa pleine valeur.

Quand une discipline scientifique comme la suicidologie ne se donne pas de recul critique par rapport à la mission qu'elle s'est octroyée et à ses activités, cela peut aussi avoir des implications éthiques. Autrement dit, l'appropriation d'un « savoir » ne vient pas sans une appropriation d'un certain « pouvoir », et ce pouvoir s'il ne s'accompagne pas d'une réflexion éthique sur lui-même peut rapidement devenir une source d'aliénation pour les individus (Joubert, 2002a).

En font foi des débats publics organisés récemment par des experts œuvrant en prévention du suicide au Québec durant lesquels on posait les deux questions suivantes : « Pourquoi le suicide est-il une option prévalente dans notre société ? » et « Existe-t-il au Québec un climat de



Alain Pélissier, *Parages (partir d'où l'habite)* (détail), 2002

tolérance plus ou moins implicite à l'égard du suicide comme choix légitime pour solutionner des problèmes personnels ? » (Mishara *et al.*, 2002.) Ce qu'on ne peut s'empêcher de noter ici, c'est ce que la seconde question semble déjà suggérer comme réponses à la première. Nous (la population) serions plus ou moins implicitement ou consciemment responsables du « climat de tolérance » qui prévaudrait au Québec face au suicide, du fait que nous n'intervenons pas davantage pour l'empêcher, en voyant dans le suicide un « choix légitime » ou « valable » pour « solutionner des problèmes personnels ». Les experts croient-ils pouvoir se défaire si aisément, et sur le dos de la population, d'une responsabilité qu'ils se sont donnée en s'appropriant le savoir et les compétences en matière de prévention du suicide, avec les résultats qu'on connaît ? Comment les experts en suicidologie en sont-ils venus à banaliser de la sorte les « problèmes personnels » ou les réalités de vie et la souffrance qui se trouvent derrière chaque suicide ? Comment qualifier la pathologisation à outrance de « ces » personnes suicidaires ou de toutes « ces » personnes aux prises avec différents problèmes de santé mentale ? Qu'en est-il du risque de stigma et d'exclusion sociale ?

Il est grand temps de réaliser que la recherche sur le suicide et sa prévention s'est embourbée. Le problème n'est pas tant d'ignorer toutes les choses qu'il nous reste à découvrir, mais de prétendre les connaître quand on les ignore. Il est aussi grand temps de s'affranchir du modèle médical de manière à s'ouvrir à une foule de réalités liées au suicide et à sa prévention que nous n'avons pas encore approfondies.

La nécessité de se donner cette ouverture est ressentie par un nombre croissant de chercheurs et d'intervenants en prévention du suicide. Par exemple, on parle de plus en plus « des nombreuses possibilités pour l'innovation en matière de prévention du suicide » et du fait que « le moment est venu de créer plus de projets novateurs plutôt que de continuer à répéter ce qu'on a fait » jusqu'à maintenant (Mishara, 2002). Autre exemple, l'Association québécoise de suicidologie (AQS) – devenue depuis l'Association québécoise pour la prévention du suicide (AQPS) – s'est donnée pour thème lors de son plus récent colloque : « Créer de l'humanité ». Bien que spontanément séduisant, le choix de ce thème a aussi quelque chose de déconcertant. En effet, l'invitation que l'AQS lançait alors aux participantes et participants du colloque, qui sont pour la plupart des chercheurs et des intervenants en prévention du suicide, était de « tenir compte de la dimension humaine dans l'analyse du processus suicidaire ».

Ne nous méprenons pas. Cette « dimension humaine » est bel et bien présente chez la majorité d'entre nous. Elle se manifeste tous les jours, notamment dans les nombreuses interventions qui sont faites pour venir en aide aux personnes en détresse. Ce qu'il faut entendre dans cet appel à « créer de l'humanité », c'est plutôt une prise de conscience de plus en plus criante que cette « dimension humaine » a été beaucoup trop délaissée dans nos réflexions et nos recherches en prévention du suicide et qu'il devient pressant de se la réapproprier. Et cette réappropriation, elle n'est pas seulement celle de la suicidologie ou des experts en prévention du suicide. Elle est aussi celle de toute une population qui est interpellée ou directement touchée par la souffrance qui pousse au suicide et par la souffrance que le suicide laisse derrière lui.

QUELLE PLACE FAISONS-NOUS À LA SOUFFRANCE DE L'ÊTRE ?

S'interroger sur les causes du suicide, c'est aborder directement les questions qui touchent à ce que c'est un être humain ou à notre condition humaine, à la vie et à la souffrance de l'être. C'est aussi réfléchir à ce dont nous avons besoin pour mieux vivre, à notre quête de sens et de bien-être, individuelle et collective. Le suicide est une question de vie, pas de mort. Au-delà des croyances que nous pouvons avoir sur ce qu'il advient de l'être après sa mort, c'est d'abord à la vie que la mort nous renvoie inexorablement. Comme le dit Comte-Sponville (2001, p. 393-394) : « S'il faut penser la mort, ce n'est pas pour apprendre à mourir [...] mais pour apprendre à vivre ». Vouloir que cesse la souffrance et vouloir être, car il s'agit bien de cela dans la majorité des suicides, vient le plus souvent au terme d'un combat où la personne a justement essayé d'apprendre à vivre ou à être malgré tout. Le suicide est l'ultime réponse à la volonté de vivre ou d'être qui ne trouve plus à s'exprimer autrement.

La souffrance de l'être fait peur parce qu'elle échappe à cette idée de progrès scientifique ou de contrôle accru, voire absolu, sur nous-mêmes et sur le monde dans lequel nous vivons. Nulle part ailleurs la souffrance de l'être effraie autant qu'au sein de disciplines scientifiques comme la médecine, la psychiatrie ou la suicidologie qui la côtoient pourtant tous les jours, mais qui ont le plus souvent contribué, à travers leur propre fuite, à nous en éloigner. Ainsi, la souffrance de l'être est rarement discutée en dehors des nomenclatures médicales ou psychiatriques, c'est-à-dire qu'elle est le plus souvent liée ou enfermée dans un diagnostic. Ici, le souci d'être rigoureux et scientifique dessert le déni, pas le progrès.

L'une des nombreuses conséquences de cette fuite organisée ou de cette pathologisation excessive des états d'être, c'est qu'elle crée chez les individus un sentiment de honte et d'impuissance ainsi qu'une profonde dissonance entre ce qu'ils ressentent de l'intérieur et ce qu'on en dit de l'extérieur. Dans un tel climat de déni et de fuite, il n'est pas étonnant que notre rapport à la souffrance et à la mort baigne dans une grande confusion, et les images que nous en projetons parlent en ce sens.

Par exemple, on n'a jamais été autant exposé à la souffrance et à la mort en direct : il suffit d'écouter le téléjournal ; en outre, on n'a jamais été aussi distant et démuné face à elles. À défaut de les regarder en face, mais en les ayant tout de même en pleine face, on a établi un rapport quasi fictif avec elles, notamment par le biais de la télévision et du cinéma, où tous les délires de violence et d'autodestruction sont permis. S'agit-il de pensées et de comportements mortifères ou d'une volonté d'être et de vivre qui cherche tant bien que mal à s'exprimer ?

Autre exemple, je pense aux personnes dites anorexiques que l'on a toujours décrites comme étant autodestructrices dans leur désir de perdre du poids au point d'en mourir. Après avoir passé de nombreuses années à interagir avec elles, à les écouter et à réfléchir à leurs situations de vie, il m'est apparu clairement que leurs divers comportements, qualifiés par la plupart des cliniciens comme étant morbides (par exemple, les vomissements, l'abus de laxatifs, diverses formes de manipulation de la nourriture), sont le reflet d'une très forte volonté de vivre et d'être avec soi et les autres en panne d'autres manières de vivre et d'être avec soi et les autres (Joubert, 1992).

Il en va probablement de même pour plusieurs autres réactions ou comportements, comme l'anxiété, les phobies, la dépression et l'abus de substance, que l'on définit comme des problèmes de santé mentale, mais qui peuvent aussi apparaître comme tout autant de tentatives pour continuer de vivre ou de s'adapter, en dépit des souffrances de l'être qui ne trouvent pas à se manifester autrement. Ces problèmes sont l'expression de nos difficultés de vivre et d'être avec la souffrance dans une société qui en a peur, la refuse, la pathologise et l'ostracise. Dans pareil contexte, avoir mal devient malsain. Dans pareil contexte, avoir mal fait très mal, exclut, isole et tue.

La coupure, que nous avons opérée individuellement et collectivement avec la souffrance de l'être, est si profonde que nous avons oublié qu'elle fait partie de la vie, de nos expériences de vie communes, de notre humanité. Quand on a mal, on se cache et

on étouffe de l'intérieur. Parvenu à ce point, même les mécanismes de survie n'entrent plus en action. Par exemple, faire appel aux autres est un mécanisme de survie. Toutes les enquêtes de santé montrent à quel point le soutien social est essentiel au bien-être des individus (Cohen *et al.*, 2000 ; Stephens *et al.*, 1999). On peut survivre aux plus grands drames, pourvu que l'on ne se trouve pas isolé dans la souffrance qui en découle. On est dedans, mais on n'est pas seul. Les horribles conditions de vie provoquées par les guerres, les famines, les catastrophes naturelles sont très révélatrices sur ce point. Elles témoignent de la volonté de vivre ou d'être qui anime tous les êtres humains. Elles nous permettent aussi de comprendre que c'est ce qu'on choisit de faire, avec la souffrance ou avec la vie, qui mène ou non au geste suicidaire.

La souffrance de l'être fait partie de la vie. Son refus ou son acceptation sont les éléments importants à considérer par rapport au suicide, non pas l'existence ou l'absence de la souffrance comme telle. Le suicide implique nécessairement un choix, plus ou moins conscient, plus ou moins éclairé et lucide, mais un choix tout de même d'accepter ou de refuser les événements de vie auxquels nous sommes confrontés (Joubert et Nantel, 2002).

SE RÉAPPROPRIER LA SOUFFRANCE DE L'ÊTRE

La souffrance de l'être qui peut ultimement pousser au suicide n'est pas celle qui résulte d'un événement déclencheur comme la perte d'un être cher. C'est une souffrance rattachée à notre histoire personnelle, que l'on porte à l'intérieur de nous et qu'un événement déchirant peut venir amplifier. La souffrance de l'être qui peut ultimement pousser au suicide est le plus souvent reliée au manque d'amour et à la dévalorisation personnelle qui s'ensuit inévitablement : « je ne suis pas aimé(e) et il n'y a pas de place pour moi dans ce monde ; je suis de trop, je suis rien, moins que rien. Cette souffrance est celle de l'"être" qui a de la difficulté à "être" qui "il est" avec soi et les autres » (Joubert et Nantel, 2002).

Parce qu'elle nous habite de l'intérieur, on ne peut pas réellement fuir la souffrance de l'être. Il est tout à fait naturel de chercher à l'apaiser, mais les moyens utilisés le plus souvent ne sont que des anesthésiants (par exemple les antidépresseurs, l'alcool, les compulsions dans le travail, le sexe, la nourriture, le jeu, la violence). Le propre de la souffrance de l'être c'est qu'elle se fait de plus en plus présente lorsqu'elle ne reçoit pas l'attention nécessaire.

Cette souffrance de l'être est présente chez tous les êtres humains, à divers moments de leur vie et à divers degrés

d'intensité. Une souffrance intolérable, comme une peur intolérable, est désorganisant et destructrice. Pour parvenir à vivre avec la souffrance, il est essentiel qu'elle demeure en deçà du seuil de tolérance. La personne qui pense au suicide est aux prises avec une souffrance qui lui est intolérable. Chercher à nier ou à fuir la souffrance, être incapable de lui donner un sens, s'isoler dans la honte d'avoir mal, sont autant d'attitudes qui rendent la souffrance intolérable. On peut aussi s'arrêter, tenter de la comprendre, de la nommer, lui reconnaître un sens, une histoire et même un rôle. De manière générale, la souffrance, comme la maladie physique, agit comme un indicateur pour nous signaler que quelque chose en nous a besoin d'attention, de soins, que quelque chose doit changer. Elle n'est pas une ennemie. Elle est en fait une alliée potentielle qui nous force à nous arrêter avant qu'il ne soit trop tard. Comme le dit le Dr. Sabbah en parlant de la maladie : « elle sert à nous sauver la vie » (Sünder, 1999). En somme, pour que la souffrance (ou la peur qui se trouve derrière) reste tolérable, il est essentiel de l'accueillir comme un interlocuteur valable, réel, ayant un sens, et dont on peut parler avec les autres et par le fait même normaliser et humaniser.

« Être avec » sa souffrance ou se la réapproprier pour parvenir à « agir sur » elle de manière à en sortir enrichi par ses ensei-

gnements et non pas épuisé et vidé à force de tenter de la fuir repose sur une démarche à la fois personnelle et collective. En effet, il est très difficile d'« être avec » et d'« agir sur » sa souffrance dans une société qui en a peur, la pathologise ou la condamne. À partir du moment où la souffrance retrouve sa légitimité et même son utilité à l'intérieur de l'expérience humaine, elle peut être vécue, partagée, apaisée et contribuer de façon très puissante à nous faire progresser dans nos connaissances sur nous-mêmes. Elle peut devenir un tremplin vers le dépassement de nos limites habituelles.

Aider une personne suicidaire, c'est lui donner les moyens d'« être avec » sa souffrance afin que de destructrice, elle puisse devenir une source de renseignements précieux sur soi, de créativité et de dépassement. C'est une transformation au niveau de l'être dont il s'agit d'abord et avant tout. Pour prévenir le suicide, il nous faut apprendre à « être avec » la souffrance afin de pouvoir « agir sur » elle efficacement (Joubert et Nantel, 2002).

La souffrance de l'être qui ultimement pousse au suicide contient toutes les autres. En se la réappropriant pleinement, la suicidologie ferait davantage que d'approfondir les questions se rapportant à la prévention du suicide. Elle se trouverait aussi à paver la voie à d'autres secteurs, comme ceux de la santé mentale et de la santé publique qui, comme elle, se penchent



Alain Palermont, Sometimes Square - (version plane) (détail)

sur différents aspects de la souffrance de l'être, de manière à enrichir leur champ d'étude et d'intervention respectif. Un plus que juste retour d'influence !

SE RÉAPPROPRIER NOTRE BIEN-ÊTRE

Au cours des dernières années, on a vu émerger des initiatives en prévention du suicide qui mettent aussi l'accent sur la promotion de la « santé » mentale et qui visent ainsi l'accroissement du bien-être individuel et collectif (Breton, 2002 ; Maris *et al.*, 2000 ; Silverman et Maris, 1995b). Il s'agit le plus souvent de programmes qui s'adressent aux jeunes et qui intègrent des activités de promotion des habiletés de vie (par exemple la promotion des compétences sociales, des stratégies de « coping », de l'entraide, etc.) aux activités préventives traditionnelles. L'objectif ici est de rejoindre tous les jeunes, et par le fait même ceux qui seraient plus à risque, et de mieux les équiper pour faire face aux difficultés de la vie. De manière générale, ces activités de promotion de la santé mentale demeurent mal connues et très en marge des activités préventives et de traitement.

Contrairement aux activités de prévention qui, comme on le sait, tentent d'identifier et de diminuer les facteurs de risque en lien avec le suicide, les activités de promotion de la santé mentale cherchent plutôt à augmenter les facteurs de robustesse qui favorisent le développement de la résilience individuelle, c'est-à-dire les différentes manières d'être et d'agir qui permettent de mieux faire face et de s'adapter aux événements difficiles de la vie (par exemple la confiance en soi, les compétences sociales, la capacité de résoudre des problèmes, l'autonomie, l'optimisme, le sens de l'humour, la créativité, la capacité de donner un sens aux événements, la capacité de demander et de recevoir de l'aide), et le soutien du milieu, qui englobe les réseaux de soutien naturels (par exemple la famille, les amis, les collègues, les voisins) et sociaux (par exemple les réseaux communautaires, les organisations bénévoles, les groupes d'entraide) ; (Joubert, 2002b). Autrement dit, la promotion de la santé mentale s'appuie sur l'énorme potentiel d'adaptation des individus et des communautés et prône l'investissement et le soutien de tout ce qu'ils comptent de ressources individuelles et collectives favorables à leur épanouissement et à leur bien-être.

Même si le bien-fondé de la promotion de la santé mentale paraît évident, de manière générale et persistante, ce sont les approches diagnostiques qui prédominent. Par exemple, on proposait encore récemment de procéder à un dépistage de masse

des problèmes de santé mentale chez les enfants du Québec plutôt que de penser aux moyens de leur assurer un milieu familial et scolaire qui répondent mieux à leurs besoins d'être et de bien-être. C'est que la pathologisation de nos états d'être a non seulement contribué à nous couper des souffrances de l'être, mais elle a aussi eu pour effet de nous aliéner dans notre recherche de bien-être individuel et collectif. Et cette aliénation, c'est d'abord au sein même des disciplines qui l'ont créée qu'elle se fait sentir. C'est un peu comme si on ne parvenait plus à générer une vision des individus et du monde qui soit autre que déficience ou pathologie. Ainsi, la plus grosse part des ressources financières allouées à la recherche en « santé » mentale – qui sont minuscules, il faut bien le dire, par rapport aux sommes investies dans la recherche biomédicale – va en fait aux études qui portent sur nos problèmes de santé mentale. La recherche sur la qualité de vie et autres indicateurs de résilience et de bien-être est pourtant très riche et prometteuse (Joubert, 2002b). S'il existe une obligation morale pour une société de s'interroger ouvertement et directement sur les raisons qui poussent tant de ses membres à se donner la mort, il en existe également une de répondre du mieux qu'elle peut à la volonté de vivre de tous ses membres.

Avant de conclure, j'attirerai l'attention sur le témoignage à peine voilé de nos jeunes face aux divers programmes de santé que nous avons développés et mis en place à leur intention avec, il faut bien le dire, la meilleure intention du monde. Ces divers programmes portent sur des questions telles que la prévention de la violence, de l'abus de substance, des maladies transmises sexuellement, du suicide, du décrochage scolaire, de la grossesse à l'adolescence et de l'itinérance. Bien que ces divers problèmes fassent partie des réalités de vie auxquelles sont confrontés plusieurs jeunes, ceux-ci réagissent généralement de façon négative aux programmes proposés. Manifestement, ce n'est pas parce que les besoins ne se font pas sentir qu'ils refusent souvent l'aide qui leur est offerte à travers ces différents programmes, mais parce qu'ils refusent d'être ainsi étiquetés et enfermés dans une vision d'eux-mêmes qui les réduit à diverses catégories diagnostiques. Pour les jeunes, ces différentes réalités, aussi difficiles soient-elles, font partie de la vie et n'ont de sens que dans la mesure où elles sont abordées dans le contexte de leur vie.

Cela fait des années qu'on parle de l'importance d'« agir » et de mettre en place des stratégies pour prévenir le suicide au Québec, mais pour parvenir à définir des actions concrètes et efficaces, encore faut-

il s'entendre sur quoi on veut agir. Je que la meilleure façon d'identifier des d'action, c'est encore en impliquant tement la population dans le processus seulement en sondant l'opinion des ex. Ainsi, il serait opportun de créer des es de rencontre où les jeunes et les r jeunes pourraient s'exprimer ouverte sur la vie et les difficultés d'être ou de et sur ce dont ils ont besoin pour r être et être mieux. En soutenant ce de démarches collectives et en y doi suite, ce n'est pas seulement sur le st que nous parviendrons à « agir », ma notre qualité de vie en général. C'e nous réappropriant nos expériences communes, de la souffrance de l'être bien-être, que nous apercevrons le r cette humanité que nous partageons e nous profiterons ensemble de ce qu' de meilleur à offrir.

Bibliographie

- ÅSBERG, M. (1986). « Biochemical of suicide », *Clinical Neuropharmacol.* vol. 9, n° 4, p. 374-376.
- BARSS, P., G.S. SMITH, S.P. BAKI D. MOHAN, (1998). « Intentional inj Homicide, suicide and other viole dans *Injury Prevention: An Internal Perspective - Epidemiology, Surveill and Policy*, New York, Oxford Univ Press, p. 245-276.
- BERMAN, A. et D.A. JOBES (1991). *lescent Suicide: Assessment and Interventions*, Washington, D.C., Amé Psychological Association.
- BRETON, J.-J., R. BOYER, H. BILOD S. RAYMOND, N. JOUBERT et NANTEL (2002). « Is evaluative res on suicide programs for young p theory-driven ? The Canadian experie *Suicide and Life-Threatening Beh.* vol. 32, n° 2, p. 176-190.
- BRONFENBRENNER, U. (1989). « E gical system theory », dans R. VASTA. *Six Theories of Child Development vised Formulations and Current Is* Greenwich, CT, JAI Press, p. 185-246.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *Ecology of Human Development: Elements by Nature and Design*, Camb MA, Harvard University Press.
- BUSCH, K.A., D.C. CLARK, J. A. FAWI et H.M. KRAVITZ (1993). « Clinical' tures of inpatient suicide », *Psych Annals*, vol. 23, n° 5, p. 256-262.
- CARON, J. (2002). *Access to Firearm Suicide Rates: The Impact of the Canu Law Aiming at the Safe Storage of arms*, (article soumis).
- COHEN, S., L.G. UNDERWOOD et GOTTLIEB (2000). *Social Support M rement and Intervention*, New York, O University Press.

COMTE-SPONVILLE, A. (2001). *Dictionnaire philosophique*, Paris, Presses universitaires de France, Collection perspectives critiques.

GOLDBLATT, M.J., M.M. SILVERMAN et A.F. SCHATZERG (1998). « Psychopharmacological treatment of suicidal inpatients », dans B. BONGAR, A.L. BERMAN, R.W. MARIS, M.M. SILVERMAN, E.A. HARRIS et W. PACKMAN (dir.), *Risk Management with Suicidal Patients*, New York, Guilford Press.

HRDINA, P.D. (1996). « A new biological test for suicidality? Editorial », *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, vol. 21, n° 4, p. 233-234.

JOUBERT, N. (1992). *Un modèle théorique de la genèse du trouble d'anorexie mentale*, Ottawa, Université d'Ottawa.

JOUBERT, N. (2002a). « La suicidologie face au suicide : Ouverture ou fuite ? », *Le Vis-à-Vie*, vol. 12, n° 1, p. 9-10.

JOUBERT, N. (2002b). *Promouvoir la santé mentale de la population : Agir maintenant pour transformer l'avenir*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec (manuscrit non publié).

JOUBERT, N. et NANTEL, C. (2002). *Créer de l'humanité... n'est-ce pas aussi se réapproprier et agir sur la souffrance qui ultimement pousse au suicide?* Communication présentée au 10^e colloque de l'Association québécoise de suicidologie, Hull, mai 2002.

LITMAN, R.E. (1995). « Suicide prevention in a treatment setting », dans M.M. SILVERMAN et R.W. MARIS (dir.), *Suicide Prevention Toward the Year 2000*, New York, The Guilford Press, p. 134-142.

MARIS, R.W., A.L. BERMAN et M.M. SILVERMAN (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*, New York, The Guilford Press.

MENNINGER, W.W. (1990). « Anxiety in the psychotherapist », *Bulletin of the Menninger Clinic*, n° 54, p. 384-391.

MISHARA, B. (2002). *Approches novatrices en prévention du suicide*. Communication présentée au 10^e Colloque de l'Association québécoise de suicidologie, Université du Québec en Outaouais.

MISHARA, B., J. CARON, S. RAYMOND et L. DESCHÊNES (2002). *L'option suicide au Québec : sommes-nous prêts à agir?*, Symposium organisé au 10^e Colloque de l'Association québécoise de suicidologie, Université du Québec en Outaouais.

MOCICKI, E.K. (1995). « Epidemiology of suicidal behavior », dans M.M. SILVERMAN et R.W. MARIS (dir.), *Suicide Prevention Toward the Year 2000*, New York, The Guilford Press, p. 22-35.

POPE, K.S. et B.G. TABACHNICK (1993). « Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training », *Professional Psychology: Research and Practice*, n° 24, p. 142-152.

POTTER, L.B., K.E. POWELL et S.P. KACHUR (1995). « Suicide prevention from a public health perspective », dans M.M. SILVERMAN et R.W. MARIS (dir.), *Suicide Prevention Toward the Year 2000*, New York, The Guilford Press, p. 82-91.

SALZMAN, C. (1999). « Treatment of the suicidal patient with psychotropic drugs and ECT », dans D. JACOBS (dir.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, San Francisco, Jossey-Bass.

SILVERMAN, M.M. et R.W. MARIS (1995a). « The prevention of suicidal behaviors: An overview », dans M.M. SILVERMAN et R.W. MARIS (dir.), *Suicide Prevention Toward the Year 2000*, New York, The Guilford Press, p. 10-21.

SILVERMAN, M.M. et R.W. MARIS (1995b). *Suicide Prevention Toward the Year 2000*, New York, The Guilford Press.

SLABY, A.E. et L.E. DUMONT (1992). « Psychopharmacotherapy of suicidal ideation and behavior », dans B. BONGAR (dir.), *Suicide: Guidelines for Assessment, Management, and Treatment*, New York, Oxford University Press.

STEPHENS, T., C. DULBERG et N. JOUBERT (1999). « Mental health of the Canadian population: A comprehensive analysis », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 20, n° 3, p. 118-126.

STOFF, D et J.J. MANN (dir.) (1997). « Neurobiology of suicide: From the bench to the clinic », *Annals of the New York Academy of Sciences*, n° 836, p. 1-363.

SÜNDER, R. (1999). « Syntaxe de la santé 1. Le sens de la maladie selon Claude Sabbah », dans *Les cahiers de la bio-énergie*, vol. 11, n° 1, p. 25.

Notes

1. La pathogénèse ou la pathogénie est l'étude du processus par lequel une cause pathogène agit sur l'organisme et détermine une maladie.
2. La dopamine et, plus particulièrement, la sérotonine, sont au nombre des neurotransmetteurs dont on étudie les métabolismes en lien avec des comportements suicidaires.
3. Les effets iatrogènes sont les effets négatifs provoqués par le spécialiste traitant ou le traitement lui-même sur la personne traitée.