

École doctorale Sciences Humaines et Sociales – Perspectives européennes

EA 3071 Subjectivité, Lien Social et Modernité

THÈSE présentée par :

Céline KOPP-BIGAULT

Soutenue le : 25 Septembre 2017

Pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Psychologie et psychopathologie cliniques

Étude exploratoire des déterminants psychosociaux et psychopathologiques à l'œuvre dans les phénomènes suicidaires en Pays Centre Ouest Bretagne. Perspectives pour une prévention du suicide et des tentatives de suicide en Pays COB et en Bretagne.

Volume 1

THÈSE dirigée par :

Madame THEVENOT Anne

Monsieur WALTER Michel

Professeure, Université de Strasbourg

Professeur, Université de Bretagne Occidentale

RAPPORTEURS :

Madame SÉGUIN Monique

Monsieur BRIFFAULT Xavier

Professeure, Université de Québec en Outaouais

Chargé de recherches HDR, Université Paris Descartes

A mes amours :

Lionel, Thomas et Nora

« L'amour, qu'est-ce que

l'amour ? se disait-il.

L'amour s'oppose à la mort.

L'amour c'est la vie »

Tolstoï, L. (1865-1869)

Guerre et Paix, volume 2

Remerciements

À Madame la Professeure Anne Thevenot qui, sans hésiter un instant, a accepté de diriger cette recherche. Sa rigueur, sa réactivité, sa sensibilité et sa simplicité ont rendu ma tâche plus aisée. Je suis ravie d'avoir pu avancer sur ce chemin à ses côtés.

À Monsieur le Professeur Michel Walter, qui a formidablement codirigé cette thèse et a permis d'ouvrir des portes pour engager de nouveaux travaux de recherche. Son soutien a été constant tout au long de ces quatre années et je suis enchantée de cette rencontre.

À Madame la Professeure Monique Séguin qui me fait l'honneur de juger ce travail de thèse. Ses travaux ont été des sources d'inspiration, mais au-delà, son accessibilité, sa sincérité et sa générosité sont un vrai bonheur. J'espère pouvoir apprendre encore beaucoup d'elle.

À Monsieur Xavier Briffault, pour avoir accepté de porter un regard expert sur ce travail de recherche. Je suis ravie d'avoir pu le rencontrer lors des Journées du Congrès Français de Psychiatrie 2016 à la Martinique et sa participation à ce jury est un honneur pour moi.

À Madame la Professeure Eva Louvet, doyenne de la Faculté de Psychologie de Strasbourg, pour son aide dans l'étude des représentations sociales du suicide. La publication d'un premier article sur ce thème est la concrétisation d'une partie de ce parcours de recherche. Elle y a fortement contribué. Je l'en remercie.

À Monsieur le Professeur Guy Beauchamp, pour m'avoir aidée dans mes analyses statistiques. J'ai eu beaucoup de plaisir à essayer de les comprendre grâce à lui.

Au Groupement d'Études et de Prévention du Suicide, qui a contribué à la réalisation de cette recherche par le financement de l'étude sur les représentations sociales et m'a accueillie parmi ses membres.

À Madame le Docteur Patricia Auerhaan, qui m'a accueillie dans son service, m'a proposé de devenir formatrice et a ouvert le champ des possibles.

Aux animatrices territoriales de santé du Pays COB présentes pendant toute la durée de cette recherche : Pauline Le Faucheur, Nolwenn Merrien et Ericka Denoual. Merci pour l'intérêt et le soutien que vous m'avez manifesté. Un grand merci également à Isabelle Le Gal, chargée de mission « Services au public » au Pays COB et à la commission santé du Pays COB.

Aux professionnels des réseaux bretons de prévention du suicide qui me font confiance et me soutiennent : à la Mutualité Sociale Agricole, à la Mutualité Française Bretagne et bien d'autres.

Aux personnes qui sont venues déposer dans mon bureau leur souffrance, et à celles qui ont accepté de partager leurs histoires de vie et de mort avec moi.

À ma famille, qui m'a soutenue au jour le jour, dans les moments difficiles comme dans les événements heureux, qui a supporté les changements d'humeur, l'inaccessibilité partielle, tout le temps passé devant l'ordinateur.

À mon mari, Lionel. De la première minute à la dernière tu as été là, sans toi je n'aurais pas pu mener ce projet à son terme. Le mot « merci » est trop faible pour dire ce que je ressens. Lorsque le temps sera venu pour toi de te lancer dans l'aventure du doctorat, tu pourras compter sur moi.

À mes enfants adorés, Thomas et Nora, qui ont compris que maman retournait à l'école : Je vous aime de tout mon cœur. Merci d'avoir été patients avec moi.

À mes parents, ma sœur et mon beau-frère, qui bien que plus éloignés géographiquement, sont toujours là.

À mes amies et amis : Manue M., Nathalie B., Pauline S., Anne-Sophie S., Emmanuelle S, et les derniers en date, Margot M. et Charles-Edouard N., qui m'ont soutenue, ont relu et travaillé avec moi sur cette recherche.

Sans oublier les autres amis qui sont là, Patrick, Julien et Céline, Ronan et Sandrine, Christophe, Anne-Cath, parce que les bons moments sont importants pour sortir la tête de l'eau et tenir la marée !

Et enfin, à ceux qui ne sont plus : papi, mémé, mamie.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	4
Liste des tableaux	9
Liste des figures	12
Liste des annexes.....	16
Liste des abréviations	19
Introduction	21
Première partie : Le suicide et sa prévention en France, en Bretagne et en Pays COB	25
Chapitre 1 : Généralités sur le suicide dans le monde et en France	26
A. Histoire et Définitions	26
1. Histoire	26
2. Définitions	27
B. Connaissances générales sur la problématique suicidaire	30
1. Données épidémiologiques dans le monde et en France	30
2. Données cliniques sur le suicide et les tentatives de suicide.....	39
3. Synthèse	47
Chapitre 2 : Problématique, question de recherche, et hypothèses	48
A. Problématique.....	48
1. Connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide en Bretagne	48
2. Le Pays Centre Ouest Bretagne, définitions et épidémiologie du suicide et des tentatives de suicide.....	65
3. Conclusion.....	76
4. Plans régionaux, départementaux et territoriaux de prévention du suicide de 1996 à 2020	76
B. Question de recherche.....	81
C. Objectif de la recherche et hypothèse générale	82
D. Justification des méthodes de recherche	82
E. Synthèse de la première partie :	84
Seconde partie : Étude des représentations sociales du suicide, des causes du suicide et des personnes suicidées. Étude inter et intra-régionale	85

Introduction	86
Chapitre 1 : Généralités sur les représentations sociales.....	88
A. Les représentations sociales	88
B. Intérêt de l'étude des représentations sociales en psychologie clinique	89
Chapitre 2 : État des connaissances et hypothèses générales	91
A. État des connaissances sur les représentations sociales du suicide	91
B. Hypothèses concernant les représentations sociales du suicide	93
Chapitre 3. Méthodologie générale	94
A. Régions d'étude.....	94
B. Instrument / Moyen	95
1. Étude préalable	95
2. Étude définitive	95
C. Procédure / Passation.....	96
D. Echantillon.....	96
1. Inclusions / Exclusions pour le groupe d'étude	96
2. Groupes témoins.....	97
3. Biais.....	98
E. Type d'analyse.....	98
Chapitre 4. Résultats	100
A. Caractérisation de la population répondant	100
1. Analyse globale Bretagne versus Alsace – Analyse sociodémographique	100
2. Analyse spécifique	101
B. Étude des représentations sociales du suicide en général (Pour vous le suicide c'est ?) 106	
1. Bretagne versus Alsace	106
2. Bretagne versus COB	110
3. Résultats du groupe témoin	112
4. Synthèse	113
C. Étude des représentations sociales des causes du suicide (Pour vous les causes du suicide sont ? / Pour vous les causes du suicide en Bretagne sont ?)	117
1. Bretagne versus Alsace	118
2. Bretagne versus Pays COB	124
3. Analyse des résultats du groupe témoin	127
4. Synthèse	130

D. Étude des représentations sociales sur les personnes suicidées (Pour vous les personnes qui se suicident sont ?)	132
1. Bretagne versus Alsace	132
Chapitre 5. Conclusions générales de l'étude des représentations sociales	138
A. Synthèse des résultats	138
1. À l'échelle de la Bretagne	138
2. À l'échelle du COB	139
3. En général.....	140
B. Limites	140
C. Perspectives	140
Troisième partie : Clinique de la crise suicidaire et du suicide en COB	142
Introduction	143
Chapitre 1. Méthodologie de la recherche.....	144
A. Introduction	144
B. Questions générales	148
C. Hypothèses.....	148
D. Population d'étude.....	149
1. Précautions éthiques et réglementaires.....	149
2. Recrutement	151
3. Inclusion	154
E. Méthodologie générale.....	156
1. Récits de crises suicidaires et de psychothérapies.....	156
2. Autopsies psychologiques	158
F. Présentation des outils utilisés dans cette étude.....	161
1. L'entretien de recherche.....	161
2. Le génogramme et l'arbre généalogique reconstitué	163
3. Le questionnaire sur les facteurs de risque et de protection, les signes de dépression et l'échelle Raisons de Vivre (Linehan, Goostein, Nielsen & Chiles, 1983).....	165
4. Les échelles d'évaluation du traumatisme psychique	165
G. Types d'analyse effectuées.....	168
1. Entretien de recherche – Trajectoires de vie	168
2. Le génogramme et l'arbre généalogique	169
3. La grille des facteurs de risque, de protection et de dépression	169

4. Les échelles d'évaluation du traumatisme psychique	169
H. Synthèse.....	170
Chapitre 2 : Résultats cliniques généraux	171
A. Résultats généraux : crises suicidaires et suicides.....	171
1. Thèmes principaux	173
2. Thèmes secondaires.....	231
3. Trajectoires de vie	246
B. Résultats généraux : l'après suicide.....	258
1. Réactions court terme.....	258
2. Réactions à moyen terme	264
3. Réactions à long terme	267
4. Particularités.....	271
5. Bilan	273
C. De la crise suicidaire aux suicides, les différences entre les deux populations d'étude	273
D. Synthèse générale	273
Quatrième partie : Synthèse des résultats, hypothèses et propositions pour une prévention du suicide en Centre Ouest Bretagne	277
Chapitre 1 : Synthèse des résultats.....	278
A. Les vulnérabilités bio-psycho-sociales des personnes en COB, analyse et hypothèses	278
1. La vulnérabilité biologique	279
2. Les vulnérabilités psychologiques et psychopathologiques.....	280
3. Les vulnérabilités psychosociales en COB	284
4. Et la résilience dans tout ça ?	290
B. Limites de la recherche	291
1. Analyse des représentations sociales du suicide	291
2. Analyses cliniques.....	291
3. Limites.....	292
4. Angles d'approche.....	292
Chapitre 2 : Perspectives pour la recherche et pour une prévention du suicide en Pays COB	293
A. Propositions de recherche.....	293
B. Propositions pour une prévention du suicide en Pays COB et en Bretagne	294

1. Propositions des personnes du COB	294
2. Propositions générales pour une prévention du suicide en Pays COB.....	296
C. Synthèse	303
Conclusion.....	305
Bibliographie	306
Index des premiers auteurs	336
Annexes	343
Partie 1 : Documents réglementaires.....	344
Partie 2 : Représentations sociales du suicide, des causes de suicide et des personnes suicidées	358
Partie 3 : Documents cliniques consultables	399
Documents généraux relatifs à la recherche clinique	401
Documents relatifs aux entretiens de recherche	412

Liste des tableaux

Tableau 1 : Facteurs de risque associés au suicide (OMS)	41
Tableau 2 : Facteurs de protection associés au suicide (OMS, 2014).....	42
Tableau 3 : Indice Comparatif de Mortalité par suicide entre le Pays COB, la Bretagne et la France , en 2011 (Source : ORSB-Pays COB- Ben jankhar, 2014)	70
Tableau 4 : Caractéristiques du système central et du système périphérique (Valence, 2010, p.48).....	98
Tableau 5 : Tableau à double entrées d'organisation de la structure de la RS selon le rang d'évocation et la fréquence.....	99
Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques du groupe expérimental versus le groupe témoin 1 (Alsace)	100
Tableau 7 : Effectif de personnes dans le groupe expérimental ayant une expérience liée au suicide comparativement au groupe témoin 1 (Alsace)	102
Tableau 8 : Tableau à double entrée d'organisation de la structure de la RS avec codification couleurs commune avec la schématisation de la RS	106
Tableau 9 : Tableau d'organisation de la RS du suicide en Bretagne avec calcul des rangs et des fréquences.....	107
Tableau 10 : Tableau d'organisation de la RS du suicide en Alsace	108
Tableau 11 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide vues par les Bretons participant.....	118
Tableau 12 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide vues par les Alsaciens participant.....	119
Tableau 13 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en Bretagne selon les Bretons participant	121
Tableau 14 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par les Alsaciens ayant répondu au questionnaire	123
Tableau 15 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en général vues par les personnes du Pays COB	125
Tableau 16 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par les personnes du Pays COB	126

Tableau 17 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en général chez un échantillon de personnes ayant eu une formation spécifique (Groupe témoin 2)	128
Tableau 18 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide associées à la Bretagne vues par des personnes formées (Groupe témoin 2)	129
Tableau 19 : Tableau d'organisation de la RS des personnes suicidées vues par les Bretons participants	132
Tableau 20 : Tableau d'organisation de la RS des personnes suicidées pour les Alsaciens interrogés	133
Tableau 21 : Tableau d'organisation de la RS des personnes suicidées vues par les personnes du Pays COB parmi les personnes ayant répondu au questionnaire	135
Tableau 22 : Tableau d'organisation de la RS des personnes suicidées vues par le groupe témoin 2 (personnes formées)	136
Tableau 23 : Caractéristiques des personnes incluses dans la recherche clinique	156
Tableau 24 : Thèmes principaux repérés dans l'analyse thématique et codes des entretiens concernés.....	172
Tableau 25 : Thèmes secondaires repérés dans les récits, et codes des entretiens concernés	172
Tableau 26 : Type de violences repéré par entretien (Jaune), et aide reçue.....	176
Tableau 27 : Signes associés à la dépression, diagnostic et évaluation, par entretien de recherche	219
Tableau 28 : Signes associés spontanément à l'infarctus du myocarde, à l'accident vasculaire cérébral (AVC), à la dépression et à la crise suicidaire.....	220
Tableau 29 : Type de traitements repérés dans les récits par entretien	222
Tableau 30 : Type et accès aux moyens de suicide dans les récits de crises suicidaires – Aide reçue après la TDS	227
Tableau 31 : Type et accès aux moyens de suicide dans les récits concernant les personnes suicidées – Aide reçue en cas de TDS antérieure au suicide.....	229
Tableau 32 : Caractéristiques d'âge et de sexe des personnes suicidées dans l'échantillon de recherche	247
Tableau 33 : Facteurs de protection retrouvés dans les récits des personnes de moins de 40 ans suicidées en Pays COB.....	252
Tableau 34 : Type de traitements retrouvés dans les récits pour les personnes de moins de 40 ans suicidées en Pays COB	253

Tableau 35 : Facteurs de protection retrouvés chez les personnes de plus de 40 ans suicidées en Pays COB	256
Tableau 36 : Types de traitements retrouvés dans les récits concernant les personnes de plus de 40 ans suicidées en Pays COB	257
Tableau 37 : Résultats à l'échelle RFL pour chaque personne suicidée en Pays COB, selon la personne ayant participé à l'entretien	258
Tableau 38 : Résultats aux items de l'échelle de détresse péri-traumatique pour chaque participant à la recherche immédiatement après l'annonce du suicide	263
Tableau 39 : Résultats à l'échelle H du MINI pour chaque personne ayant perdu un proche par suicide (Les items majoritairement positifs sont signalés en vert).....	266
Tableau 40 : Réactions à la réactivation des souvenirs lors de l'entretien évaluées par l'échelle de détresse péritraumatique. Réactions à long terme. (Les items significatifs sont en couleurs).....	270
Tableau 41 : Synthèse des annexes disponibles pour la partie entretiens cliniques après crise suicidaire	412
Tableau 42 : Annexes consultables associées aux entretiens de recherche (autopsies psychologiques et impact du suicide).....	412

Liste des figures

Figure 1 : Evolution du taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants et par sexe de 1968 à 1998 (Anguis, Cases & Surault, 2002)	33
Figure 2 : Evolution des taux de décès par suicide de 1990 à 2010 (INSERM-CepiDc/Eurostat)	34
Figure 3 : Indice Comparatif de Mortalité (ICM) par suicide pour la période 2011-2013 en France (INSERM-CepiDc-ORSB)	49
Figure 4 : Mortalité par suicide par Pays de Bretagne pour la période 2006-2013 (INSERM-CepiDc-ORSB).....	50
Figure 5 : Evolution des taux standardisés de mortalité par suicide et par sexe en Bretagne comparativement à la France pour la période 2000 à 2013 (INSERM-CepiDc-ORSB)..	51
Figure 6 : Effectifs de décès par suicide et par sexe pour la période 1980 à 1995 en Bretagne (INSERM-CepiDc-ORSB).....	52
Figure 7 : Suicides en France de 1872 à 1876 (Gauche) et de 1911 à 1913 (Droite) pour un million d'habitant, d'après Halbwachs (1930, p. 92-93).	52
Figure 8 : Taux de suicide en France de 1947 à 1953, d'après Daric, 1956.....	53
Figure 9 : Taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide par sexe en Bretagne, comparativement à la France, pour la période 2008-2015 (ORSB).....	54
Figure 10 : Taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide selon les Pays de Bretagne pour la période 2013-2015 (ORSB)	54
Figure 11 : Taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide en Bretagne en 2015, selon le sexe et l'âge (ORS).....	55
Figure 12 : Distribution relative des brittophones (locuteurs bretons) par Pays de Bretagne, d'après le diagnostic de l'état de la langue bretonne mené par l'Office Public de la langue bretonne en 2004	61
Figure 13 : Image extraite du livre « T'es Breton si... », dans le chapitre « T'es Breton si... tu trouves ça drôle » (E. Perez et Nono, 2014, p. 73).....	64
Figure 14 : Les Pays de Bretagne (Source : Région Bretagne). Le Pays COB est le grand territoire en jaune au centre de la Bretagne	66
Figure 15 : Le territoire du Pays COB au moment du début de ce travail de doctorat	67

Figure 16 : Les 8 territoires de santé bretons (Source : Agence Régionale de Santé Bretagne)	68
Figure 17 : Sectorisations psychiatriques sur le territoire du Pays COB (Réalisation : Pays COB, 2014).....	69
Figure 18 : Taux de mortalité par suicide selon l'âge pour la période 2006-2010 entre le Pays COB, la Bretagne et la France (ORSB-Pays COB- Benjankhar, 2014).....	70
Figure 19 : Taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide selon l'âge en Pays COB comparativement à la Bretagne et à la France en 2011	71
Figure 20 : Indicateur de vieillissement de la population des Pays de Bretagne au 01/01/2005 (Source : INSEE, Octant 2008)	72
Figure 21 : Evolution annuelle moyenne de la population des ménages par Pays de Bretagne entre 1999 et 2005 (Source : INSEE, Octant 2006, 2008)	72
Figure 22 : Part du parc privé potentiellement indigne selon les Pays de Bretagne en 2011 (Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement - DATAR, 2013).....	73
Figure 23 : Profil de risque du Pays COB concernant le risque suicidaire	75
Figure 24 : Mode de fonctionnement institutionnel (Ch. Herfray, 1993) -	83
Figure 25 : Synthèse de la méthodologie générale de la recherche.....	84
Figure 26 : Dimensions dans lesquelles agissent les RS selon Mannoni (2012, p. 120)	90
Figure 27 : Mode de sensibilisation au problème du suicide par région : Bretagne / Alsace	102
Figure 28 : Prévalence des idées suicidaires au cours de la vie chez les personnes ayant répondu au questionnaire : Bretagne, COB et Alsace	103
Figure 29 : Taux de tentatives de suicide au cours de la vie parmi les personnes répondant, par région et % d'aide reçue à la suite de la TDS	104
Figure 30 : Schématisation de la structure de la RS du suicide en Bretagne	107
Figure 31 : Schématisation de la RS du suicide en Alsace (groupe témoin 1).....	108
Figure 32 : Schématisation de la RS du suicide en Bretagne sans le Pays COB	110
Figure 33 : Schématisation de la RS du suicide dans le groupe de personnes issues du Pays COB	111
Figure 34 : Schématisation de la RS du suicide dans un échantillon de personnes formées au repérage et à l'intervention de crise suicidaire	112
Figure 35 : Type de recours à l'aide en cas de crise suicidaire personnelle pour les personnes en Bretagne sans le pays COB	114

Figure 36 : Type de recours à l'aide en cas de crise suicidaire personnelle pour les personnes en Alsace	115
Figure 37 : Type de recours à l'aide en cas de crise suicidaire personnelle pour les personnes du Pays COB	115
Figure 38 : Schématisation de la RS des causes associées au suicide vues par les Bretons participant.....	118
Figure 39 : Schématisation de la RS des causes de suicide vues par les Alsaciens	119
Figure 40 : Schématisation de la RS des causes de suicide en Bretagne selon les Bretons ayant répondu au questionnaire.....	122
Figure 41 : Schématisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par les Alsaciens	123
Figure 42 : Schématisation de la RS des causes de suicide vues par les personnes du Pays COB	125
Figure 43 : Schématisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par les personnes du Pays COB	126
Figure 44 : Schématisation de la RS des causes de suicide vues par des personnes formées (Groupe témoin 2)	128
Figure 45 : Schématisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par le groupe témoin 2.....	130
Figure 46 : Extrait du chapitre « T'es Breton si... t'es branché météo » (Perez et Nono, 2014, p.13).....	131
Figure 47 : Schématisation de la RS des personnes suicidées vues par les Bretons participants	132
Figure 48 : Schématisation de la RS des personnes suicidées (Alsaciens interrogés)	134
Figure 49 : Schématisation de la RS des personnes suicidées vues par les personnes du Pays COB.....	135
Figure 50 : Schématisation de la RS des personnes suicidées vues par le groupe témoin 2 (personnes formées)	137
Figure 51 : Représentation du caractère des Bretons dans le chapitre « T'es Breton si... t'es cabochard » (Perez et Nono, 2014, p. 53)	139
Figure 52 : Carte représentant la sectorisation 29G 07 de psychiatrie générale du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix.....	144

Figure 53 : Carte du Pays COB au moment du début de la recherche avec les zones géographiques concernées par le CMP de Carhaix-Plouguer (Secteur 29G07) en rose	145
Figure 54 : Sectorisation 67G02 à titre comparatif avec le secteur 29G07 (zone rurale et distances d'accès aux structures comparables)	146
Figure 55 : Sectorisations psychiatriques sur le territoire du Pays COB au début de la recherche, et structures ambulatoires (CMP) sur le territoire et à proximité.....	147
Figure 56 : Représentation schématique par génération (N-3, N-2, N-1, N) et par entretien (Couleurs) des troubles psychiatriques et addictifs repérés ou suspectés dans les récits et des antécédents suicidaires présents jusqu'à la génération des personnes suicidées ou en crise suicidaire en Pays COB (Génération N).	178
Figure 57 : Schématisation du lien entre histoire familiale de suicide, attitudes et freins à la prévention.....	180
Figure 58 : Schématisation des antécédents suicidaires repérés par génération (N-2, N-1, N) et par entretien (Couleurs).....	181
Figure 59 : RS du suicide pour les personnes du COB et items retrouvés dans les entretiens	184
Figure 60: RS des personnes suicidées en Pays COB et item retrouvé dans les récits	185
Figure 61 : RS des causes de suicide associées à la Bretagne vues par les Bretons du Pays COB et item commun avec l'analyse des récits.....	209
Figure 62 : Illustration caricaturale des liens à la religion et à l'alcool en Bretagne (Mam Goudig).....	233
Figure 63 : Pyramide de Maslow versant professionnel / versant personnel (Source de l'image : http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/la-pyramide-des-besoins-de-maslow/)	240
Figure 64 : Représentation schématiques des principaux facteurs de risque retrouvés au long de la vie chez les personnes suicidées avant 40 ans.....	251
Figure 65 : Schématisation des réactions les plus communes à l'annonce d'un suicide chez un proche (dans plus de 50% des cas).....	259
Figure 66 : Représentation des principaux facteurs de risque face au suicide repérés dans la recherche concernant les personnes en Pays COB	275
Figure 67 : Taux standardisés de prises en charge pour troubles dépressifs par sexe et par région en France en 2014 (Source : Badjadj & Chan Chee, 2017)	283

Liste des annexes

Annexe 1 : Accord CCTIRS.....	345
Annexe 2 : Autorisation CNIL	346
Annexe 3 : Avis du comité d'éthique du CHPM.....	347
Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement à la recherche.....	348
Annexe 5 : Lettre d'information et de consentement à la recherche clinique	353
Annexe 1 : Questionnaire d'étude des RS du suicide en Bretagne	359
Annexe 2 : Questionnaire d'étude des RS du suicide en Alsace.....	370
Annexe 3 : Questionnaire d'étude des RS du suicide du personnel formé au repérage et à l'intervention de crise suicidaire	381
Annexe 4 : Tableau d'association de mots : RS du suicide.....	392
Annexe 5 : Tableau d'association de mots : RS des causes	393
Annexe 6 : Tableau des réponses pour les causes associées au suicide en Bretagne	395
Annexe 7 : Tableau des réponses pour les RS des personnes suicidées.....	397
Annexe 1 : Grille d'entretien.....	401
Annexe 2 : Codes utilisés pour les génogrammes et les arbres généalogiques	403
Annexe 3 : Frise Historique	404
Annexe 4 : Grille d'analyse des facteurs de risque et de protection et échelle RFL à remplir par les proches	405
Annexe 5 : Échelle de détresse péri-traumatique (Jehel et al., 2005)	410
Annexe 6 : Échelle H du MINI	411
Béatrice (C01), Annexe 1 : Génogramme	414
Béatrice (C01), Annexe 2 : Arbre reconstitué.....	415
Béatrice (C01), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection repérés	416
Joseph (C02), Annexe 1 : Génogramme	417
Joseph (C02), Annexe 2 : Facteurs de risque et de protection repérés.....	418
Marie-Madeleine (C03), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection	419
Annette (C04), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés.....	420
Lysiane (C05), Annexe 1 : Génogramme.....	421
Lysiane (C05), Annexe 2 : Facteurs de risque et de protection repérés.....	422
Magalie (C06), Annexe 1 : Arbre généalogique	423

Magalie (C06), Annexe 2 : Facteurs de risque et de protection repérés	424
Marie-Alix (C07), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés.....	425
Mélanie (C08), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés	426
Alexia (C09), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés.....	427
Aurélie (C10), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés.....	428
Gilbert (CR01), Annexe 1 : Génogramme	429
Gilbert (CR01), Annexe 2 : Arbre généalogique reconstitué.....	430
Gilbert (CR01), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche.....	431
Gilbert (CR01), Annexe 4 : Facteurs de risques et de protection repérés dans le récit.....	434
Ludovic (CR02-1), Annexe 1 : Génogramme	435
Ludovic (CR02-1), Annexe 2 : Arbre généalogique reconstitué.....	436
Ludovic (CR02-1), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche	437
Ludovic (CR02-1), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique	440
Ludovic (CR02-1), Annexe 5 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit.....	441
Émile (CR02-2), Annexe 2 : Arbre reconstitué.....	445
Émile (CR02-2), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus	446
Émile (CR02-2), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique	450
Émile (CR02-2), Annexe 5 : Échelle H du MINI	451
Émile (CR02-2), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit.....	452
Antoine (CR03), Annexe 1 : Génogramme.....	453
Antoine (CR03), Annexe 2 : Arbre généalogique reconstitué	454
Antoine (CR03), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus	455
Antoine (CR03), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique	459
Antoine (CR03), Annexe 5 : Échelle H du MINI	460
Antoine (CR03), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit.....	461
Armel (CR04), Annexe 1 : Génogramme	462
Armel (CR04), Annexe 2 : arbre reconstitué	463
Armel (CR04), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche.....	464
Armel (CR04), Annexe 4 : échelle de détresse péri-traumatique.....	468
Armel (CR04), Annexe 5 : Échelle H du MINI	469
Armel (CR04), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit	470
Pauline (CR05), Annexe 1 : Génogramme.....	471
Pauline (CR05), Annexe 2 : Arbre reconstitué.....	472

Pauline (CR05), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche	473
Pauline (CR05), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique	477
Pauline (CR05), Annexe 5 : Échelle H du MINI	478
Pauline (CR05), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit.....	479
Jessica (CR06), Annexe 1 : Génogramme.....	480
Jessica (CR06), Annexe 2 : Arbre reconstitué	481
Jessica (CR06), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection	482
Jessica (CR06), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique.....	486
Jessica (CR06), Annexe 5 : Échelle H du MINI	487
Jessica (CR06), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit	488
Alban (CR07), Annexe 1 : Génogramme.....	489
Alban (CR07), Annexe 2 : Arbre reconstitué.....	490
Alban (CR07), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche	491
Alban (CR07), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique	495
Alban (CR07), Annexe 5 : Échelle H du MINI.....	496
Alban (CR07), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit.....	497
Laurent (CR08), Annexe 1 : Génogramme	498
Laurent (CR08), Annexe 2 : Arbre reconstitué	499
Laurent (CR08), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par les proches.....	500
Laurent (CR08), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique.....	504
Laurent (CR08), Annexe 5 : Échelle H du MINI	505
Laurent (CR08), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit	506

Liste des abréviations

AGM : Arrière Grand-Mère

ANAES : Agence Nationale
d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information
sur l'Hospitalisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVP : Accident de la Voie Publique

BAC : Baccalauréat

BEH : Bulletin Epidémiologique
Hebdomadaire

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitudes
Professionnelles

CC : Communauté de communes

CCKB : Communauté de Commune du
Kreiz Breizh

CCTIRS : Comité Consultatif sur le
Traitement de l'information en matière de
Recherche dans le domaine de la Santé

CépiDc : Centre d'Epidémiologie sur les
causes médicales de décès

CESE : Conseil Economique, Social et
Environnemental

CESR : Conseil Economique et Social
Régional

CH : Centre Hospitalier

CHPM : Centre Hospitalier des Pays de
Morlaix

CHRU : Centre Hospitalier Régional
Universitaire

CIM : Classification Internationale des
Maladies

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CM2 : Cours Moyen 2

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale
Informatique et Libertés

CNRTL : Centre National de Ressources
Textuelles et Lexicales

COB : Centre Ouest Bretagne

COSMOP : Cohorte pour la surveillance
de la Mortalité par Profession

CRBC : Centre de Recherche Bretonne et
Celtique

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DEUG : Diplôme d'Études Universitaires
Générales

DC : Date de décès

DCD : Décédé

DD : Date de décès

DIM : Département d'Information
Médicale

DN : Date de Naissance

DSM : Manuel Diagnostic et Statistique
des troubles mentaux

EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponses aux Urgences Sanitaires

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

ESEMED : European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

ESPT : Episode de Stress Post-Traumatique

FDR : Facteur(s) De Risque

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé

GEM : Groupement d'Entraide Mutualiste

GEPS : Groupement d'Études et de Prévention du Suicide

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de la Santé Publique

HDR : Habilité à Diriger des Recherches

ICM : Indice Comparatif de Mortalité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INPES : Institut National de Promotion et d'Education pour la Santé

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

JALMALV : Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie

K : Cancer

MINI : Mini International Neurosychiatric Interview

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NC : Non Concerné

OH : Alcool

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

ORSAL : Observatoire Régional de la Santé Alsace

ORSB : Observatoire Régional de la Santé Bretagne

PAEJ : Pôle Accueil Ecoute Jeunes

PEC : Prise En Charge

PETR : Pôle d'Equilibre Territorial et Rural

PMU : Pari Mutuel Urbain

PNACS : Programme National d'Actions contre le Suicide

PRS : Plan Régional de Santé

PSAS : Programmation stratégique d'Actions de Santé

PTSD : Post-Traumatic Syndrom Disorder

ReSCU : Représentations du Suicide dans les Communautés Ultra-marines

RS : Représentation(s) Sociale(s)

SCOT : Schéma de COhérence du Territoire

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficiencia Acquis

SRP : Schéma Régional de Prévention

TDS : Tentative(s) De Suicide(s)

TTT : Traitement

UBO : Université de Bretagne Occidentale

VIH : Virus de l'Immunodéficiencia Humain

Introduction

Ma pratique de psychologue clinicienne en psychiatrie adulte, exerçant en Centre Ouest Bretagne (COB) depuis 2010, est à l'origine de cette recherche sur le suicide en Bretagne et Pays COB. En effet, depuis 6 ans, je suis interpellée par la fréquence des tentatives de suicide et de suicides sur ce territoire. À titre d'exemple, en 2013, j'ai reçu en consultation au Centre Médico-Psychologique de Carhaix¹, 42 personnes pour crise suicidaire dont 18 après une tentative de suicide. En 2014, ce nombre passe à 55 personnes dont 39 nouveaux consultants. Les personnes en situation de crise suicidaire représentent plus de la moitié de ma file active. Et il ne s'agit que des personnes qui viennent me voir, sans doute une minorité des personnes en crise suicidaire, et essentiellement des femmes.

À partir de mes interrogations d'allochtone, étant originaire d'ailleurs qu'en Bretagne, de professionnelle, des paroles des patients et celles des professionnels rencontrés dans les formations de repérage et d'intervention en situation de crise suicidaire que j'anime, j'ai engagé une recherche doctorale sur cet aspect de sursuicidité en Pays COB. J'ai donc glissé d'une position stricte de clinicienne à celle de clinicienne et de chercheuse. Ce qui de la clinique a fait émerger mon questionnement est ce qu'on peut appeler le souci de l'autre. Qu'est ce qui fait que ces autres souffrent autant sur ce territoire ? Ma première question a été ainsi de me dire « mais que se passe-t-il ici ? » et c'est cette interrogation qui est le fil conducteur de ce travail de recherche. Or, il n'existe que peu de travaux qui se posent cette question et qui intègrent des réflexions interdisciplinaires pour tenter d'y répondre. Le suicide impose cette interdisciplinarité par son essence même, interrogeant une histoire de vie singulière, entre corps et psyché, histoire inscrite dans une famille et une société, dans l'ici et maintenant de la souffrance psychique, mais également dans une historicité personnelle et filiative.

L'idée qui m'a traversé l'esprit après m'être demandé ce qui se passait sur ce petit territoire du Pays COB était qu'il y avait là quelque chose à l'interface entre le singulier et le collectif qui se désarticulait et générait à la fois la souffrance psychique à l'origine du mal-être suicidaire, mais également était un frein aux actions de prévention.

Mes hypothèses générales concernant le suicide et les tentatives de suicide en Bretagne et en Pays COB ont donc progressivement émergé de mes interrogations : si le collectif a un effet sur l'individuel, alors ce qui se dit et ne se dit pas sur le suicide au niveau collectif, empêche la prévention efficace du suicide, et influe de ce fait aussi sur le sujet en souffrance suicidaire. De même, le suicide d'une personne a un effet possible au niveau transgénérationnel, donc sur le collectif familial mais aussi social. Il se crée donc une boucle dans le lien social qui se répète et qui nécessite qu'un tiers puisse venir casser cette circularité. Le tiers n'est pas forcément un « psy », mais un autre qui permet d'aider à penser le suicide et ne pas laisser les sujets avec une béance symbolique pouvant générer du traumatisme psychique. Quelque soit la parure de ce tiers, il incarne la fonction paternelle, celle qui permet d'introduire d'autres signifiants dans la

¹ Qui prend en charge une partie du secteur 29G07 de psychiatrie générale du Finistère

chaîne signifiante (Lacan, 1957-1985), celle qui ouvre à la métaphore et au sens, mais aussi celle qui agit comme castratrice et législatrice et permet au Sujet d'advenir et de trouver sa place parmi les siens et dans la société.

Le référentiel théorique de mon travail de thèse est celui de la psychologie clinique et de la psychanalyse référés à la question de l'inconscient et de la subjectivité, en intégrant d'autres apports épistémologiques tirés de la psychologie sociale, de la psychologie du développement, de la psychiatrie, de la santé publique, des sciences sociales. Cette démarche permet de saisir comment un individu, dans sa singularité psychique, mais aussi dans son rapport à la culture et à la société, se situe dans sa vie et dans ces rapports avec la mort, le suicide, le symptôme, la parole etc. L'être humain est un être biologique, psychique et social. Il ne peut vivre seul et de ce fait la question de l'inconscient et de la subjectivité humaine est intégrée, emmêlée, en interrelation avec le contexte de vie de l'individu et à ce titre-là d'autres champs théoriques nécessitent de venir compléter le tableau. Ainsi, nous avons une approche plurielle et globale de l'être humain. Cette volonté d'ouverture basée sur la parole d'un Sujet sans l'exclure de son histoire, de son vécu, de sa société, de sa culture, sans « scotomes épistémologiques » (Valabrega, 1992) nous permettra une approche holistique de la problématique. Ce travail se veut donc un enrichissement à partir de plusieurs champs de références théoriques et de plusieurs outils méthodologiques afin d'approcher de manière plus large cette problématique suicidaire en Centre Ouest Bretagne et ce qui fait souffrance pour la population.

Il n'est pas anodin que cette question m'ait orienté vers le laboratoire Subjectivité, Lien Social et Modernité de la faculté de psychologie de Strasbourg, puisqu'en son sein les chercheurs interrogent les liens entre individus, lien social et nouvelles formes de psychopathologies associées à la modernité. J'y ai été formée et les enseignements dont j'ai pu bénéficier dans cette faculté avec l'orientation théorique qui est la sienne, à savoir un référentiel du côté de la psychanalyse, mais une psychanalyse moderne, se mettant au travail, se réinterrogeant dans ses rapports au sujet contemporain, tout en donnant la possibilité aux étudiants de diversifier leurs référentiels, sans les ostraciser. Par ailleurs, Madame la Professeure Emérite Françoise Hurstel, spécialiste de la fonction paternelle, a fait partie de mes maîtres à penser au sein de ce laboratoire qui s'appelait alors Laboratoire de psychologie clinique : Famille et filiation. Or, cette question sur l'articulation entre l'individu, sa famille, la société et la modernité forme un point nodal dans mes questionnements autour du suicide en Centre Bretagne.

Ainsi, j'ai appris à l'université de Strasbourg, que non seulement les psychologues cliniciens ont une activité thérapeutique mais que leur champ d'intervention est également bien plus large. Le psychologue clinicien est un « *militant de la santé mentale* » (Chiland, 1999, p. 12). J'ai l'idée qu'effectivement cette recherche et mon positionnement dans ce travail est de l'ordre du militantisme, pas du côté de la guerre ou de la revendication. Il s'agit de faire avancer une cause. Le psychologue est un expert, du côté de la théorie mais également de la pratique et du concret, de la psyché humaine, et de ce fait sa place se justifie dans le conseil sur la façon d'aborder ces problèmes dans la société. « *La meilleure manière de collaborer avec des spécialistes d'autres disciplines a été dans le sens non pas d'une vulgarisation, mais d'une scientificité rigoureuse, en essayant de gagner le plus de clarté possible* » (Wolf, 1998, p. 22). Donc, cette thèse est une recherche en psychologie appliquée comme il existe les mathématiques fondamentales et les mathématiques appliquées. Il n'y a pas dans ce travail d'hypothèses théoriques, mais un constat

de départ d'une surmortalité par suicide sur le territoire du COB et d'une absence de recherche pour expliciter ce constat. Mon travail est donc une exploration à partir de constat, avec une méthode de recherche, afin de trouver des pistes d'explications qui pourraient donner lieu à d'autres recherches complémentaires et permettre de manière très concrète de penser et d'appliquer une prévention du suicide adaptée au Pays COB et éventuellement de manière plus large à la Bretagne. La place de la psychologie dans la recherche en suicidologie est résumée ainsi par Monique Séguin et ses collaboratrices : « *la psychologie se trouve à la croisée de plusieurs domaines d'expertises et peut faire l'interface avec d'autres disciplines permettant l'intégration de plusieurs dimensions scientifiques* » (Séguin, Di Mambro & Desgranges, 2012, p.96)

Ce travail de recherche a reçu l'aval du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé, du comité d'éthique du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix et a donné lieu à une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés. Les documents relatifs à ces aspects réglementaires sont lisibles en partie 1 des annexes à la thèse.

Mon travail de thèse s'articule autour de 2 axes : une partie clinique qui vise à entendre la souffrance psychique à l'origine du mal-être suicidaire sur ce territoire, et une partie psychosociale qui amène des éléments complémentaires de compréhension de cette problématique suicidaire dans ses liens avec autrui, avec les représentations des autres, avec la société. Il s'agit de pouvoir établir des liens entre psychologie collective, déliaison sociale et la psychologie individuelle.

Ce travail est constitué de quatre parties. La première s'organise autour de deux chapitres : une revue de la littérature sur la question du suicide et de sa prévention en France, en Bretagne et en Pays COB et le second chapitre sur la problématique de recherche et les hypothèses de travail.

La seconde partie concerne l'étude des représentations sociale du suicide en Bretagne et en Pays COB et sera divisée en 5 chapitres : le premier sur l'intérêt de l'étude des représentations sociales, le second sur l'état des connaissances dans le domaine, le troisième sur la méthodologie de recherche, le quatrième sur les résultats de l'étude et le cinquième de conclusion.

La troisième partie concerne l'étude clinique de cette recherche et se compose de deux grands chapitres, le premier sur la méthodologie employée et le second qui fait la synthèse des résultats et la conclusion.

La quatrième partie de ma thèse permettra de généraliser les résultats obtenus et proposera des pistes concrètes à l'échelle de la Bretagne et du Pays COB pour une politique de prévention universelle, ciblée et spécifique, en lien avec les différents programmes régionaux de prévention du suicide déjà mis en place, qui auront été abordés dans la première partie de la thèse.

« Pour rendre compte d'une recherche en psychopathologie, on peut avoir recours à autant de discipline qu'il est nécessaire afin d'éclairer ou de cerner une pathologie »
(Wolf, 1998, p.3)

**Première partie : Le suicide et sa
prévention en France, en Bretagne et en
Pays COB**

Chapitre 1 : Généralités sur le suicide dans le monde et en France

A. Histoire et Définitions

« Seul l'homme est capable de réfléchir sur sa propre existence et de prendre la décision de la prolonger ou d'y mettre fin. C'est parce que l'homme a trouvé assez de raisons pour rester en vie que l'humanité existe »
(Minois, 1995, p.10)

1. Histoire

Il paraît ici difficile de faire une synthèse de l'histoire du suicide tant le sujet est vaste et depuis longtemps débattu. Les travaux de Georges Minois (1995) sont une référence en la matière et je m'y référerai pour retracer l'inscription historique du suicide dans la société occidentale.

Le terme de suicide n'apparaît historiquement en France qu'au 18^{ème} siècle sous la plume d'un prêtre, Desfontaine, pour remplacer le terme « meurtre de soi-même ». C'est en 1762 que l'Académie Française reconnaît ce mot. Cette modification apparaît ainsi après les 16^{ème} et 17^{ème} siècles, durant lesquels la question du suicide commença à être débattue publiquement en termes de liberté pour chacun. Auparavant, le suicide était marqué du sceau de la honte, de l'interdit sous la sujétion de la religion catholique. Les personnes s'étant tuées étaient condamnées à posteriori ainsi que la famille leur survivant, leur corps châtié, l'inhumation en terre consacrée dans la religion catholique était interdite, jusqu'il y a encore relativement peu de temps selon les territoires². La période du 16^{ème} au 18^{ème} siècle fut riche en interrogations existentielles concernant le suicide tandis que les 19^{ème} et 20^{ème} étouffèrent ces questionnements. Il est sans doute possible de faire le lien avec l'évolution aussi de la pensée concernant la mort.

Philippe Ariès (1975 ; 1977 ; 1983) a mis en évidence l'évolution de la société depuis le milieu du 19^{ème} siècle par rapport à la mort. Celle-ci est selon lui devenue le tabou fondamental de notre société, le sexuel étant rejeté en second : *« l'attitude devant la mort a changé, mais si*

² En Bretagne, il semblerait que le droit d'inhumer une personne suicidée dans un cimetière en terre consacrée date du milieu du 20^{ème} siècle (Barbançon, 2002).

lentement que les contemporains ne s'en sont pas aperçu. Or depuis environ un tiers de siècle, nous assistons à une révolution brutale des idées et des sentiments traditionnels ; si brutale qu'elle n'a pas manqué de frapper les observateurs sociaux. C'est un phénomène en réalité absolument inouï. La mort, si présente autrefois, tant elle était familière, va s'effacer et disparaître. Elle devient honteuse et objet d'interdit » (Ariès, 1975, p.67).

À ce titre-là, elle rejoint le suicide, du registre de l'interdit depuis Saint Augustin. Mais elle se situe aussi du côté de l'échec de la vie, d'un raté. Vladimir Jankélévitch écrivait que la mort était la maladie de la santé et que la mort est « *coessentielle à l'humanité de l'homme, et pourtant toujours étrangère à l'essence de la créature : telle est la maladie inassignable qu'on appelle mortalité* » (Jankélévitch, 1977, p.53)

Si dans les temps anciens la mort était pensée comme corolaire de la vie, Philippe Ariès met en évidence que les progrès des sciences de la vie et de la médecine ont modifié le rapport des hommes à la mort en la stigmatisant, en la rendant intolérable. Selon lui, les origines de ces bouleversements sont aussi à rechercher du côté de l'idéal. Que pense la société concernant la vie et la mort ? Bonheur ordonné à tout un chacun, inculqué dans les publicités, enseigné dans les livres sur le bien être... Pris entre Huxley et Orwell, on ne peut ni parler de la mort ni accepter l'intolérable finitude de l'homme, ni ses sentiments, ni sa tristesse. Quid de son humanité ? Devenons-nous coupables de transgresser la norme en acceptant cette incontournable mortalité ? Sommes-nous des parias à être triste, à ne pas se sentir heureux, à pleurer la perte d'un être cher, à ne plus tolérer cette existence, à demander de l'aide ?

Dans ce contexte, peut-on entendre dans le déploiement des actes auto- et hétéro-agressifs contemporains le surgissement de la pulsion de mort que l'on cherche tant à réprimer ? Thanatos veut-il sa part alors qu'Eros prend le dessus ? « *Plus la société relâchait les contraintes victoriennes sur le sexe, plus elle rejetait les choses de la mort* » (Ariès, 1977, p.75).

L'interdit associé à celui de la mort, de la tristesse, de la faiblesse, des sentiments autres que la joie, fait-il le lit des passages à l'acte ? Si le passage à l'acte est « *une demande d'amour, de reconnaissance symbolique sur fond de désespoir, demande faite par un sujet qui ne peut se vivre comme un déchet à évacuer* » (Chemama & Vandermersch, 1998) alors les contraintes imaginaires de l'inconscient collectif favorisent-elles les passages à l'acte du fait d'une forme de déni imposé au singulier par le collectif ?

La clinique des tentatives de suicide peut sans doute éclairer une partie de ces questions. Que disent les personnes reçues en entretien à la suite de cet acte, de ce qui les a amenés, contre toutes les attentes de la société, à vouloir mourir ? Une partie de ce travail de thèse visera à entendre ce qui se dit, ce qui se vit pour ces personnes. Mais avant cela, il semble important de préciser ce dont on parle lorsqu'on évoque les termes suicide, tentatives de suicide, passage à l'acte... et de préciser globalement les connaissances sur le sujet.

2. Définitions

2.1 Suicide

L'étymologie du mot suicide vient du latin « sui » (soi-même) et « cide » dont les origines viennent de « caedere » signifiant "frapper, tuer .

Dans son travail sur le suicide, Émile Durkheim définit le suicide comme : « *tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* » (1897, page 5).

Un acte positif est un acte posé activement par un sujet, tandis qu'un acte négatif est une absence d'acte ayant des conséquences, par exemple concernant les personnes âgées le fait d'arrêter de se nourrir. Cette définition insiste sur la conscience de la personne des conséquences de ses actes, à savoir la mort. Cependant, elle laisse planer une ambiguïté entre suicide et sacrifice. Le sacrifice est entendu comme le fait de se donner la mort ou d'agir en sachant que cet acte va causer sa propre mort. C'est « *renoncer à la vie pour un bien plus grand* » (Van Vyve, 1954). Émile Durkheim précisera son sujet en proposant deux principaux types de suicide : le suicide altruiste (au service d'une cause plus grande donc à valeur morale positive) et le suicide égoïste, moralement négatif.

Maurice Halbwachs, en 1930, propose clairement de distinguer suicide et sacrifice. Sur de nombreux points, Maurice Halbwachs se distingue d'Émile Durkheim et la lecture de son ouvrage est très intéressante entre autres parce qu'il insiste sur la nécessité d'analyser les motifs de suicide, et qu'il n'y a pour lui qu'un seul suicide, celui du désespoir (Mucchielli & Renneville, 1998). Il fait des liens encore très actuels entre suicide, isolement et dépression.

Les théologiens catholiques, en plus d'associer au suicide la lâcheté et l'orgueil (Van Vyve, 1954, p. 614), y ajoutent une notion de culpabilité. Car pour se suicider il faut une « *intention coupable* » (ibid, p. 616), c'est-à-dire savoir consciemment qu'on commet un crime à l'encontre d'une vie que l'on doit préserver.

L'intentionnalité consciente (non coupable) est reprise dans les définitions modernes issues des classifications nosographiques. Dans la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), les suicides sont classés dans la catégorie des lésions auto-infligées avec cette notion de « *s'infliger délibérément* » une blessure, tandis que l'Organisation Mondiale de la Santé précise que : « *le terme de suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort* » (2014, p.12). Il y a donc d'une volonté manifeste de s'occire et la réalisation de cette volonté. Le suicide est une autodestruction.

2.2 Tentative de suicide

La tentative de suicide est, selon l'OMS : « *tout comportement suicidaire non mortel (...) avec intention de mourir ou pas* » (2014, p 12). Il s'agit d'un suicide qui n'a pas abouti, quelle que soit la raison pour laquelle l'acte n'a pas abouti : intervention d'un autre, non létalité du geste... Cette définition amène quelques réflexions. Elle laisse planer un doute quant à l'intention de mourir, alors qu'il n'y aurait pas du tout de doute concernant le suicide. En induisant ce doute ici, n'y a-t-il pas aussi de fait un doute sur la volonté de mourir dans la définition du suicide ? Ce doute officiel ne fait-il pas écho à certaines représentations sociales sur le suicide et les tentatives de suicide ? Par ailleurs, il est clairement fait mention de la mort comme objectif. Or, est-ce consciemment et inconsciemment l'objectif de ces actes ?

Il est aussi possible de lire d'autres définitions en France. Par exemple, dans le dernier avis du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE, 2013), les mots diffèrent sensiblement. Et cette très minime variation m'a interpellée car les termes employés induisent aussi inconsciemment des effets. Dans cet avis, issu de travaux d'élus, le suicide est une mort

volontaire, et le suicide un acte intentionnel. En ce qui concerne le terme de volontaire, en lien avec la question de la volonté, les définitions mettent en évidence qu'un acte volontaire est un acte non réflexe, non impulsif et qui résulte d'un choix, d'une prise de décision non contrainte (Lalande, 1991). La volonté est « *la faculté de l'homme de se déterminer en toute liberté et en fonction de motifs rationnels, à faire ou ne pas faire quelque chose* »³.

Si j'ai des doutes concernant la pertinence de l'utilisation de ces termes, c'est que le suicide ne résulte pas d'un choix, mais presque d'une contrainte psychique, comme il a été démontré par les cliniciens et les chercheurs spécialisés en suicidologie, et que lorsque les personnes en arrivent là, il n'est pas rare que la souffrance soit telle qu'il y a des altérations du champ de la conscience et des capacités cognitives et émotionnelles, au point de modifier la perception qu'a le sujet de la situation dans laquelle il se trouve. Il me semble donc inapproprié d'utiliser le terme de volonté et son champ lexical car y est associé la liberté, la non contrainte et l'analyse rationnelle des situations en vue de prendre des décisions.

Ainsi, je choisirai dans ce travail d'utiliser une définition du suicide qui laisse de côté toutes les ambiguïtés morales associées à la liberté, au choix, à l'inconscience de ses actes... L'acte de se suicider est un moyen afin d'atteindre une fin sans doute différente que la mort elle-même. The Catholic Encyclopedia parle de suicide : « *lorsqu'un homme a l'intention de causer sa propre mort, soit comme une fin à atteindre, soit comme un moyen en vue d'une autre fin, comme lorsque quelqu'un se tue pour échapper à une condamnation, ... à la ruine...* » (Cité par Van Vyve, 1954, p. 611). Je trouve tout à fait intéressant dans cette définition d'introduire le fait que la mort n'est pas forcément le but recherché, mais peut être aussi d'échapper à quelque chose d'insupportable au moyen de la mort. A ce titre, cette définition est à la fois historique, puisque Georges Minois a pu mettre en évidence que la mort par suicide, déjà au Moyen Age, faisait souvent suite à quelque situation insurmontable, et très actuelle cliniquement. « *Lorsque le mal-être est présent, le suicide donne le sentiment d'une issue possible, mais c'est une impasse. Il donne l'illusion de la maîtrise, alors qu'on est le jouet de son mal-être : c'est une contrainte "pour corps" si l'on peut dire* » (Chavagnat, 2006 in CESE, 2013 p. 27).

2.3 Choix des termes utilisés dans cette recherche

J'utiliserai donc le terme suicide comme étant un acte auto-agressif accompli par un sujet en vue de sortir d'une souffrance physique et/ou psychique et/ou sociale actuelle par la mort, et dont la conséquence effective est la mort.

Ainsi, une tentative de suicide, sera « toute auto-agression accomplie par un sujet en vue de sortir d'une certaine souffrance par la mort qui n'a pas abouti à la mort ».

³ Définition accessible sur le site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/volont%C3%A9>

Ces questions de définitions amènent, au travers des doutes qu'elles laissent planer, aux interrogations récurrentes des professionnels de santé sur la différence entre comportements à risque, automutilations, addictions comme pouvant être des équivalents suicidaires.

Les équivalents suicidaires sont : *« tout comportement ou attitude mettant en jeu la vie d'un individu chez lequel le désir de mort n'est pas exprimé. Dans ce cadre on peut évoquer les morts accidentelles, parfois reconnues a posteriori comme de véritables suicides inconscients, mais aussi des comportements autodestructeurs dans leurs diverses modalités, authentiques équivalents suicidaires symboliques. Ces conduites ont par définition une signification qui échappe à l'auteur, méconnaissant le danger encouru ou son désir de s'y exposer, voire d'en mourir. »* (Vindreau, Slama & Ginestet, 1987, p. 737-743).

Il y a, dans cette définition, une différence évidente avec les tentatives de suicide et les suicides. Si la mort survient, elle n'était pas cherchée. Il s'agit plus d'une dimension inconsciente à l'œuvre et l'apparition de modalités d'expression de la pulsion de mort. Mon propos ici n'est pas d'étudier les comportements à risque, bien qu'ils soient, un facteur de risque de suicide.

Après ces quelques notions historiques et ces précisions quant au sens donné aux termes de suicide et de tentatives de suicide, une brève revue de littérature sur le suicide et la prévention du suicide va permettre de faire le point sur les données scientifiques actuelles.

2.4 Synthèse

L'étymologie du mot suicide vient du latin « sui » : soi et de « Caedere » : Tuer.

Les définitions que je retiens sont les suivantes :

- Le suicide est un acte auto-agressif accompli par un sujet en vue de sortir d'une souffrance physique et/ou psychique et/ou sociale actuelle par la mort, et dont la conséquence effective est la mort
- Les tentatives de suicide sont des actes auto-agressifs accomplis par un sujet en vue de sortir d'une souffrance physique et/ou psychique et/ou sociale actuelle par la mort, et dont le geste n'aboutit pas à la mort

B. Connaissances générales sur la problématique suicidaire

Cette première partie est une synthèse qui fournit des éléments de base, descriptifs de la question du suicide pour faire un état des connaissances. Si les données scientifiques sur le suicide sont très nombreuses tant dans la littérature internationale que nationale, je vais procéder du plus large au plus spécifique pour faire un arrêt sur image des connaissances sur le suicide en Centre Ouest Bretagne et sur les caractéristiques populationnelles, sociales, professionnelles, sanitaires des personnes habitant ce territoire.

1. Données épidémiologiques dans le monde et en France

Plusieurs rapports publiés en 2014 et 2016 permettent de faire le point sur la problématique du suicide et l'état des connaissances à plusieurs niveaux : sur un plan géographique au niveau mondial et national, mais aussi régional et local, et sur des points plus

précis tels que les catégories socioprofessionnelles (CSP) les plus concernées ou l'impact de phénomènes socio-économiques.

Du fait de l'existence récente de documents de synthèse issus de comité d'experts au niveau mondial et national, j'ai choisi de m'appuyer dans un premier temps sur ces synthèses pour approcher l'état des connaissances sur le suicide à travers le monde.

Il m'a semblé nécessaire, à la suite des préconisations de l'OMS, de procéder d'une analyse globale des connaissances vers une analyse plus locale. L'OMS explique que la prévention du suicide doit passer par une analyse du contexte social et culturel de chaque pays, et qu'il y a « *une interdépendance entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels dans le déterminisme des comportements suicidaires* » (2014, p.8). Ces propositions me semblent justifier des analyses locales des phénomènes suicidaires, dans une optique de prévention locale adaptée. « *On ne peut pas s'attendre à ce que les interventions qui fonctionnent dans un pays ou une région soient efficaces ailleurs, sans au préalable, tenir compte du contexte et adapter les interventions à leur finalité.* » (OMS, 2014, p.60).

1.1 Au niveau mondial

Dans son rapport de 2014, l'OMS insiste sur la prégnance du suicide à travers le monde et l'absolue nécessité de travailler à la prévention du suicide partout dans le monde car aucun pays n'est épargné.

En 2012, 804 000 personnes se sont suicidées à travers le monde, ce qui représente un taux standardisé sur la population mondiale de 11.4 décès pour 100 000 habitants. Il est fort probable que ces chiffres soient sous-estimés, en raison de l'inexistence dans certains pays de recueil de données fiables, voire dans certains pays des interdictions existantes sur le suicide ce qui a pour effet de vouloir cacher les faits lorsqu'ils se produisent.

Dans le monde, le suicide représente 50% de toutes les morts violentes pour les hommes et 71% des morts violentes pour les femmes.

L'OMS insiste sur les facteurs de risque et les facteurs de protection connus concernant le suicide. J'aborderai plus précisément ces facteurs dans la partie concernant les connaissances cliniques sur le suicide. On peut d'ores et déjà préciser que c'est le cumul des facteurs qui est à prendre en considération. Il n'y a pas de cause unique au suicide. Ce sont les analyses épidémiologiques qui ont permis l'identification de ces facteurs de risque et de protection en population générale et pour les populations à risque.

De nombreuses avancées ont été faites sur le suicide, entre autres grâce à la mise en place de stratégies nationales de prévention du suicide, quelles que soient leurs formes, ce qui représente déjà un progrès. En matière de recherche, les progrès concernent la reconnaissance de la multicausalité du suicide, l'identification des facteurs de risque et de protection, et la reconnaissance des différences culturelles face au suicide. Des évolutions sont aussi à constater concernant les pratiques bénévoles ou professionnelles face au risque suicidaire, entre autres au travers des formations proposées aux médecins, aux professionnels de santé, ou intervenants sociaux, à la création de groupes de soutien pour les endeuillés, au développement de pratiques de rappels téléphoniques ou de plateforme téléphoniques d'urgence...

Toutes ces avancées doivent permettre de développer les stratégies de prévention. L'OMS définit trois types de prévention :

- La prévention universelle qui a pour champ d'action la population générale, dans un but d'optimisation de la santé, de facilitation d'accès aux soins...
- La prévention sélective qui cible des groupes connus pour être plus vulnérables au suicide
- Les stratégies ciblées envers des individus vulnérables bien identifiés.

Les données épidémiologiques rassurent quant à l'efficacité de ces actions de préventions et de la prise de conscience globale de l'impact psycho-socio-économique du suicide. Depuis 2000, malgré l'augmentation de la population mondiale, il y a une diminution globale du taux de suicide dans le monde (-9%) mais avec une grande variabilité d'une région du globe à une autre. Parallèlement, la santé mondiale, sur la même période s'est aussi améliorée. En France, de 2000 à 2012, d'après les données de l'OMS, le taux de suicide a diminué de 17.2%.

1.2 Le suicide et les tentatives de suicide en France

L'Observatoire National du Suicide (ONS) créé en septembre 2013 regroupe un nombre important d'experts français sur la question du suicide. Il a notamment pour vocation de mettre à jour les connaissances empiriques sur le suicide, de favoriser la recherche sur ce thème, d'évaluer les actions de prévention et de les améliorer en fonction des nouvelles données issues de la clinique et de la recherche.

En novembre 2014, l'ONS publie son premier rapport, qui fait un état des lieux des connaissances et propose des pistes de recherche. Ce rapport présente l'avantage de faire une synthèse des recherches et publications sur le suicide en France, qu'elles soient issues de la recherche clinique, populationnelle, épidémiologique... ou des données d'origines associatives comme celles de SOS Amitié. En 2016, le second rapport de l'ONS précise les données régionales sur le suicide et les apports des associations sur le terrain de la prévention du suicide.

1.2.1 Epidémiologie générale du suicide

Les données sur le suicide sont anciennes en France. En 1879, la littérature statistique sur le suicide en France était considérée comme « *la plus riche et la plus savante* » (Morselli, cité par Mucchielli & Renneville, 1998, p.3), entre autres du fait que les suicides sont inscrits dans les statistiques des causes de décès depuis 1817. Déjà en 1821, il est proposé d'étudier les causes du suicide ainsi : « *l'administration pourrait agir en conséquence et prévenir ou diminuer le nombre de suicide* » (Ibid, p. 6).

Jean Daric, en 1956, analyse le nombre annuel de suicides entre 1906 et 1954. Ses analyses mettent en évidence une surmortalité masculine, une baisse du suicide sur la période des deux guerres mondiales (il est possible que la confusion régnant à ce moment-là, ainsi que l'obligation de taire le suicide des soldats entre autres, puisse aussi avoir permis de sous-estimer ces chiffres). L'auteur y met aussi en évidence une répartition saisonnière des suicides, avec des pics entre mars et juillet sur la période 1950-1952 avec un minimum en décembre.

Le graphique suivant montre l'évolution des taux de suicide en France depuis 1968. Ils croissent faiblement sur la période 1968-1976, puis il y a une très forte augmentation égale à 40% sur la période 1976-1985, quel que soit le sexe concerné.

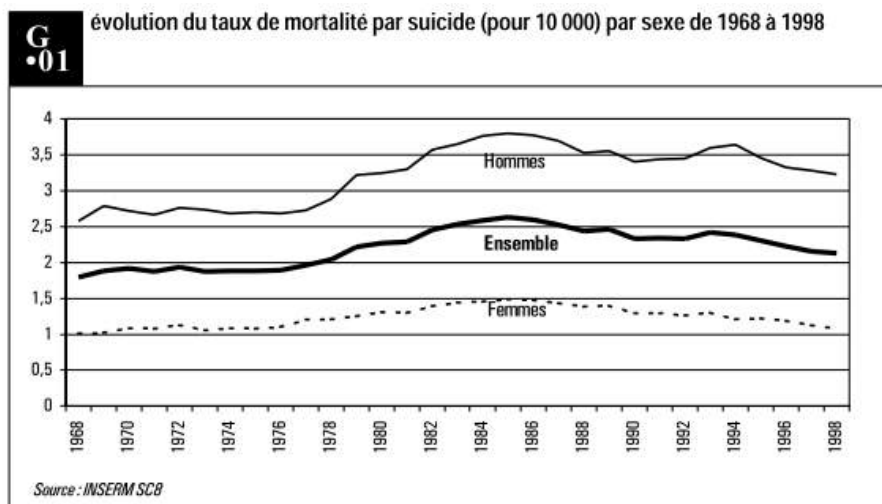


Figure 1 : Evolution du taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants et par sexe de 1968 à 1998 (Anguis, Cases & Surault, 2002)

Cette augmentation a pu être mise en lien avec la première crise pétrolière, l'arrivée d'un chômage de masse, mais aussi un certain nombre de valeurs de la société qui ont changé comme l'éducation, la sexualité, la famille...

Le document d'où est extrait ce graphique met en évidence des effets d'âge, de date et de génération concernant le suicide (Anguis et al., 2002). Ce texte prévoyait une augmentation des taux de suicide à partir de 2010, car les auteurs remarquaient que le risque de suicide était élevé chez les baby-boomers par rapport aux générations antérieures. Or, en 2010, ces personnes auraient 65 ans et l'étude précisait : « *toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de se suicider à 20 ans est environ 5 fois moins élevée qu'à 75 ans pour les hommes* » (Anguis, 2002, p. 5). Sur la période 1995-1997, les taux de suicide pour les hommes âgés de + de 75 avoisinaient les 100/100 000 (FNORS, 2000).

Si les taux de suicide diminuent dans le temps depuis les années 1990, d'environ 25% sur la période 1990-2010 (ONS, p.14), après un pic historique en 1986, la France garde tout de même un taux de mortalité par suicide parmi les plus élevés d'Europe. En 1994, la France se situait au 4^{ème} rang européen pour les taux de suicide des hommes et au 5^{ème} rang pour les femmes (FNORS, 2000).

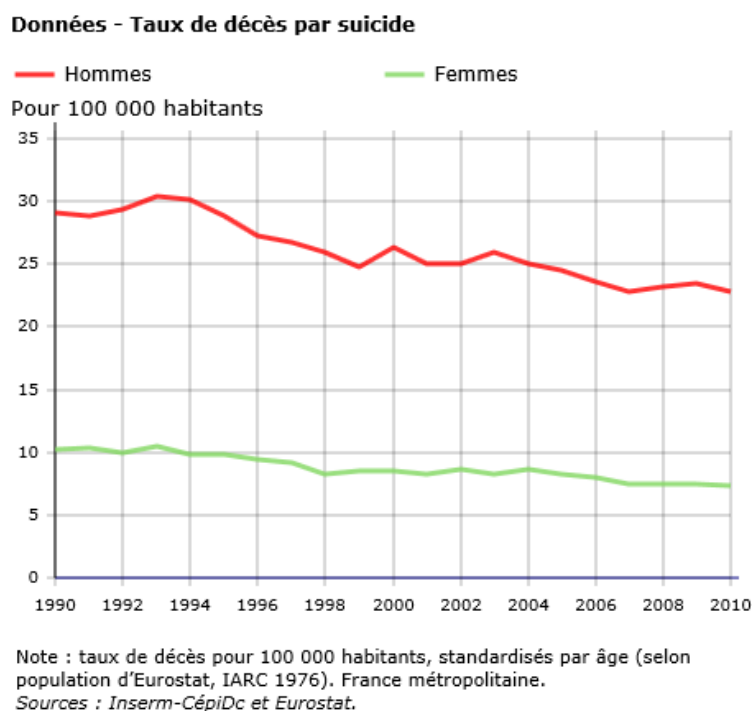


Figure 2 : Evolution des taux de décès par suicide de 1990 à 2010 (INSERM-CépiDc/Eurostat)
4

En 2012, après correction⁵, il y a eu 10686 décès en France métropolitaine par suicide, soit un taux standardisé de mortalité de 16.67/100 000 (ONS, 2016, p. 411). A titre de comparaison, sur les 28 pays de l'Union Européenne, le taux standardisé de mortalité est de 11.7/100 000 habitants⁶ (ONS, 2016, p.415) et la France occupe le 12^{ème} rang européen.

Le sex ratio est similaire aux données antérieures, il y a toujours trois fois plus d'hommes qui se suicident que de femmes, soit respectivement : 25.9/100 000 habitants et 7.4/100 000 habitants (ONS, 2016, p. 411). Cette répartition homme/femme pour les suicides était déjà repérée antérieurement (Minois, 1995) et elle est homogène sur la planète hormis la Chine (ONS, p.14-15).

En ce qui concerne les modalités de suicide, elles sont aussi constantes dans le temps : la pendaison représente 54% des suicides, puis viennent les armes à feu (14%), les intoxications

⁴ Source du graphique : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=dev-durable&file=dev-durable-724.xml

⁵ Les données sont généralement sous-estimées de 10 % (BEH, 2011)

⁶ Des précautions sont à prendre en termes de comparaison inter pays car les recueils des données de mortalité ne sont pas équivalents partout.

chimiques par médicaments et autres substances toxiques (11%) et puis les précipitations de hauteurs (7%) (ONS, 2016, p. 413).

Il y a des différences homme/femme en ce qui concerne les modalités de suicide. Les hommes utilisent plus fréquemment la pendaison et les armes à feu, tandis que les femmes utilisent en premier lieu la pendaison et les substances toxiques en second (ONS, 2016).

1.2.2 Epidémiologie des tentatives de suicide

Les services de santé ont estimé qu'en 2011, environ 200 000 personnes ont été accueillies dans un service d'urgences hospitalières pour une tentative de suicide (ONS, p.11). En 2013, les données recueillies ont permis de comptabiliser 90094 séjours hospitaliers pour tentative de suicide (ONS, 2016, p. 433), pour un total de 78980 patients différents. Il y a une diminution du nombre d'hospitalisation pour TDS depuis 2010, mais cela ne veut pas dire qu'il y a moins de tentatives de suicide du fait des difficultés à recueillir des données générales.

En effet, ces données ont été estimées à l'aide des logiciels utilisés dans les hôpitaux pour coter les actes et les diagnostics. Il y a de fait une sous-estimation du nombre de tentatives de suicide, car toutes n'aboutissent pas à l'hôpital, et du fait même de l'ambiguïté des définitions que nous avons notée précédemment, certaines tentatives de suicide ne sont pas diagnostiquées ainsi. A contrario, il se peut également, du fait de cette même ambiguïté sur l'intentionnalité du décès, que certains comportements puissent être cotés tentatives de suicide sans en être consciemment. Je pense en particulier aux comportements addictifs, qui pour certains professionnels de la santé sont des comportements suicidaires avérés et pour d'autres non.

La morbidité par tentative de suicide est donc probablement très largement sous-évaluée et de nouveaux outils de recueil de données sont à penser pour avoir une idée plus juste du nombre de tentatives de suicide en France.

En ce qui concerne le sex ratio des tentatives de suicide, il y aurait une inversion par rapport au suicide : les femmes feraient plus de tentatives de suicide que les hommes⁷ d'après les données recueillies lors des passages dans les hôpitaux. On ne peut pas dire s'il s'agit de la réalité de toutes les tentatives de suicide.

La tentative de suicide est clairement reconnue comme un facteur de risque majeur de comportement suicidaire fatal ultérieur (OMS, 2002 ; 2014).

1.2.3 Epidémiologie des idées suicidaires et de la crise suicidaire

La crise suicidaire est définie comme : « *une crise psychique dont le risque majeur est le suicide* » (Fédération Française de Psychiatrie, Conférence de consensus, 2000, ANAES, p.6)

⁷ En 2011 : sur 190 000 passages aux urgences pour une tentative de suicide, il y avait 110 000 femmes (ONS, p. 18) / En 2013 : pour 78980 patients, 30475 étaient des hommes soit 38.58% (ONS, 2016, p. 433)

Il s'agit d'un état de souffrance psychique intense, faisant rupture avec un état antérieur, plus ou moins stable, où le suicide devient progressivement une solution envisageable pour y mettre fin. « *Elle est état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles* » (Idem, p.6)

Le processus de crise suicidaire est un processus dynamique et progressif dans le temps, où les idées du suicide prennent progressivement toute la place dans l'esprit du sujet en souffrance psychique jusqu'à ce que le suicide devienne l'unique solution envisagée.

En tant que telles, ces notions d'idées suicidaire et de crise suicidaire ne sont pas cotées dans les manuels de diagnostic couramment utilisés, comme la CIM 10 ou le DSM. Elles sont transnosographiques et sont associées à d'autres problématiques psychiques qui, elles, sont diagnostiquées et cotées : dépression, troubles bipolaires, schizophrénie etc.

De ce fait, la prévalence des idées suicidaires ne peut être étudiée comme la prévalence du suicide ou des tentatives de suicide. Pour l'étudier, on utilise des enquêtes en population générale.

Ces enquêtes en population générale, telles l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG), l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) ou encore l'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) ou le baromètre santé donnent une idée de la prévalence des idées suicidaires en population générale.

L'enquête SMPG (n=36 000) met en évidence que dans le mois qui précédait l'enquête, 13.7% des enquêtés présentaient un risque suicidaire (c'est-à-dire au minimum présence d'idées suicidaires non scénarisées) (Bellamy, Roelandt & Caria, 2004).

L'étude ESEMeD, étude européenne incluant la France, met en évidence que la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie est, en France, la plus élevée des pays participants (Nicolini et al., 2012).

1.2.4 Populations à risque

Je vais dresser un panorama des populations ayant été repérées comme étant statistiquement plus à risque de suicide que d'autres. Cette analyse sert de prémices à une analyse démographique du Pays COB qui permettra de mettre en évidence l'existence ou non de ces populations à risque sur le territoire.

- Les adolescents ont très vite été repérés comme étant une population à risque de suicide et des actions ciblées de prévention ont été mises en place avec des effets significatifs. « *Pour les 15-24 ans, le nombre de décès par suicide est passé de 966 en 1993 à 530 décès en 2008* » (CESE, 2013, p.21).
- Concernant les personnes âgées, j'ai déjà un peu abordé la variabilité des taux de suicide en fonction de l'âge. Si le poids relatif des décès par suicide dans la population des jeunes est maximal, car il y a peu d'autres causes de décès, la surmortalité des aînés est un fait avéré (ONS 2014 ; OMS, 2014 ; FNORS, 2000 ; CESE, 2013 ; Jouglu, Pequignot, Le Toullec, Bouet & Mellah, 2003). Trente pourcents de tous les suicides avaient lieu après 64 ans dans le travail mené par Eric Jouglu et ses collaborateurs en 2003. Ce qui n'est pas sans rappeler les conclusions de Marie Anguis quant aux effets de génération

concernant les suicides (Anguis et al., 2002). Les personnes âgées, surtout les hommes, représentent une population à risque en termes de suicide. En particulier, les hommes veufs ou célibataires (Jougla et al., 2003).

- En France, deux principales études permettent de faire le lien entre travail et suicide : l'étude Cosmop (Cohorte pour la Surveillance de la MOrtalité par Profession) et Samotrace (en Rhône-Alpes, étude de l'Institut National de Veille Sanitaire-InVS). Ces études mettent en évidence que le risque suicidaire concerne 10% des femmes au travail et 7% des hommes selon un gradient social : les catégories socioprofessionnelles de bas niveau étant plus touchées que les cadres (Cohidon, Rabet, Caillet & Imbernon, 2011). Ces études pointent aussi des risques accrus parmi les salariés de la santé et de l'action sociale (ce qui est cohérent avec la littérature internationale), des transports et des communications quel que soit le sexe (Cohidon et al., 2011).

En ce qui concerne le lien entre suicide et chômage, déjà en 2002, l'impact de la crise pétrolière et de l'augmentation du chômage avait été entre autres mis en avant pour expliciter les taux de suicide record dans les années 1976-1985 (Anguis et al., 2002). Les dernières recherches effectuées, en Grèce récemment, au Royaume Uni après la crise économique de 2008 (CESE, 2013, p.17 ; Barr, Taylor-Robinson, Scott-Samuel, Mc Kee & Stuckler, 2012 ; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts & Mc Kee, 2011), semblent faire un lien entre augmentation des suicides et crise économique. L'OMS inclut même la perte d'emploi et les pertes financières dans un contexte de récession économique comme un facteur de risque individuel (OMS, 2014, p.40). Le risque relatif de suicide est augmenté pour les personnes au chômage par rapport aux personnes en activité professionnelle (Agerbo et al., 2006 ; Cohidon et al., 2010). En Grèce, une corrélation positive a été mise en évidence entre taux de suicide et chômage local (Fountoulakis et al., 2014). Elle concerne aussi bien les femmes que les hommes, bien que le taux de suicide en Grèce soit parmi les plus faibles d'Europe. En Angleterre, il a été mis en évidence, pour les hommes, pour toute augmentation de 10% du nombre de chômeurs, le taux de suicide augmentait en moyenne de 1.4 (IC 0.5-2.3) et que les régions avec le taux de chômage le plus élevé avaient le taux de suicide les plus élevés pour les hommes (Barr et al., 2012). Cependant, l'étude met aussi en évidence que le problème est multifactoriel et que le niveau des revenus, la CSP, le niveau d'éducation entraînent aussi en ligne de compte. En France, il a été mis en évidence des associations entre augmentation du taux de chômage et augmentation des taux de suicide, tous sexes confondus. Sur une analyse par sexe, cette augmentation reste significative pour les hommes (+1.8%) et uniquement significative pour la tranche d'âge des hommes potentiellement au travail, les 25-49 ans (+2.6%) (Laanani, Goshn, Jougla & Rey, 2015). Ces données sont à prendre avec précautions car elles ne mettent en évidence qu'une association statistique et pas une causalité unique. D'autres facteurs entrent en interrelation avec le fait d'être au chômage, comme l'existence d'une dépression, la perte de revenus, une moindre intégration sociale etc.

Les personnels de la santé et du social, les ouvriers et les agriculteurs ont été reconnus comme des catégories socio-professionnelles à risque. Si en 1950-1952, les statistiques ne permettaient pas de faire un lien entre taux de suicide et région agricole (Daric, 1956),

aujourd'hui, les premiers résultats de l'étude réalisée par l'InVS concernant les agriculteurs exploitants met en évidence un excès de morts violentes dans cette CSP, en particulier concernant le suicide mais aussi les accidents (Bossard, Santi & Guseva-Canu, 2013 ; Khirredine-Medouni, Breuillard & Bossard, 2016). Le risque de décès par suicide serait augmenté par 3 pour les hommes agriculteurs exploitants et par 2 pour les femmes par rapport à la CSP des cadres. Parmi tous les décès par causes externes, le suicide représente 55% de ces décès.

Depuis 2008, l'analyse des données met en évidence une surmortalité des hommes exploitants agricoles par rapport à la population générale : +28% en 2008, +22% en 2009. Cet excès est plus particulièrement retrouvé pour les individus âgés de 45 à 64 ans (+31% pour la tranche 45-54 et +47% pour la tranche 55-64). En termes d'activité professionnelle, les exploitants agricoles en catégorie bovin (viande et lait) sont statistiquement plus concernés par le risque de suicide. Un lien semble pouvoir aussi être fait entre crise économique dans le monde agricole et cette surmortalité. La modalité suicidaire principale est comme dans toutes les autres analyses la pendaison quel que soit le sexe.

Les explications proposées concernent deux aspects : la contrainte et la pénibilité du travail, avec des aléas économiques et sanitaires (crises des prix, crises sanitaire telles épidémies etc), mais aussi l'isolement professionnel et social plus marqués, le faible degré d'intégration sociale semblant être corrélé au passage à l'acte suicidaire (Jacques-Jouvenot, 2014, p. 47), ainsi qu'une moindre propension à faire appel à l'aide médicale ou psychosociale en cas de difficulté⁸. Dominique Jacques-Jouvenot repère aussi un point particulier concernant les rapports des agriculteurs aux savoirs, tant par rapport à l'école, les souvenirs y étant rattachés se situant du côté d'une « expérience douloureuse » (Idem, p. 46), que du côté des savoirs professionnels. Il existe de la conflictualité entre la pratique, la théorie et la place de plus en plus grandissante de la dimension administrative, très éloignée de leur cœur de métier : l'agriculture et les bêtes. « *Le rapport à l'animal et à la nature, qui était leur principale motivation, disparaît au profit de l'aspect administratif, qui représente "le sale boulot", en contradiction avec leur choix professionnel.* » (Idem, p. 55). Il pourrait à ce moment-là apparaître un sentiment d'incapacité, d'incompétence qui dans cette étude fait écho au même sentiment lié à la scolarité, ce à quoi vient se rajouter le poids de la transmission familiale, de l'héritage familial.

Concernant les ouvriers, l'étude Cosmop (Cohorte pour la Surveillance de la MOrtalité par Profession) qui a étudié les taux de mortalité par suicide chez les salariés en fonction

⁸http://references-sante-securite.msa.fr/files/SST/SST_1248423065923_EVALUATION_DU_STRESS.pdf

des secteurs d'activités et des CSP a mis en évidence que les ouvriers font partie des populations à risque de suicide (taux de mortalité suicidaire sur la période 1997-2002 : 31.8/100 000 contre 11/100 000 chez les cadres). La prévalence du risque suicidaire était de 13% pour les hommes ouvriers non qualifiés dans l'étude Samotrache, et chez les femmes, elle était de 12% pour les employées de la fonction publique, les ouvrières non qualifiées et le personnel de service aux particuliers (Cohidon et al., 2011). Cette même étude a mis en évidence que ce risque était élevé pour les employés hommes et ouvriers hommes, avec utilisation du questionnaire diagnostique Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) pour évaluer le risque suicidaire.

- Indépendamment de l'âge et de la catégorie socio-professionnelle, il existe d'autres facteurs qui fragilisent certaines populations, comme la sexualité, l'existence d'une pathologie psychiatrique et l'environnement. Les personnes victimes d'abus sexuels dans l'enfance, de psychotraumatisme, victimes de discriminations entre autres liés aux orientations sexuelles sont des personnes à risque de suicide. Un abus sexuel et physique est corrélé avec une augmentation des taux de suicide chez les adolescents de 16 à 18 ans et plus l'abus est sévère plus le risque de suicide est important (Labonté & Turecki, 2010 ; 2012). Le psychotraumatisme est aussi corrélé avec une augmentation du risque de suicide ou de tentative de suicide (Gradus et al., 2010 ; Vaiva & Ducrocq, in Courtet, 2010).

Concernant l'orientation sexuelle, les taux de suicide sont de 17% pour les hommes homo ou bisexuels contre 4% chez les hommes hétérosexuels, tandis que pour les femmes homosexuelles ou bisexuelles ce taux est de 25% contre 6% pour les hétérosexuelles (CESE, 2013, p. 12 ; Firdion, Beck & Schiltz, 2011).

Certaines personnes atteintes de pathologies psychiatriques ou de certaines pathologies somatiques, telles le cancer (Vyssoki et al., 2015), des maladies chroniques comme le diabète, des maladies neurodégénératives ou le VIH (OMS, 2014) sont également plus à risque de suicide. Parmi les pathologies psychiatriques à risque, nous pouvons citer les troubles bipolaires, les addictions et la schizophrénie. 10 à 15% des patients souffrants de schizophrénie font une tentative de suicide au cours de leur vie et le risque de décès est 50 fois supérieur à celui de la population générale (Meltzer, 2002 ; Florea & Courtet, in Courtet, 2010).

2. Données cliniques sur le suicide et les tentatives de suicide

2.1 Les facteurs de risque et de protection face au suicide

Les études épidémiologiques et cliniques ont permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs de risque et de protection à l'égard du suicide (pas des tentatives de suicide). Il est intéressant de se rendre compte que dans la majorité des cas, les suicides sont précédés de signes (OMS, 2014 ; ONS, 2014 ; Conférence de consensus, 2000)

L'OMS définit les facteurs de risque comme « *tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme*⁹ »

Les facteurs de protection sont les facteurs qui prémunissent les individus contre le suicide, en ce qui concerne ce travail.

Différentes classifications des facteurs de risque existent. Elles permettent de hiérarchiser ces facteurs, de les organiser et facilitent ainsi leur repérage.

L'OMS distingue trois catégories de facteurs de risque organisées ainsi :

- Facteurs de risque liés à la société
- Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations
- Facteurs de risque individuels.

Les deux tableaux suivants résument les principaux facteurs de risque et facteurs de protection analysés par l'OMS. Une étude de Wingate et al. en 2004, référence plus de 75 facteurs de risque associés au suicide.

⁹ Source OMS : http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/

Tableau 1 : Facteurs de risque associés au suicide (OMS)

Facteurs de risque		
Liés à la société	Liés à la communauté et aux relations	Individuels
Obstacles à l'accès aux soins	Catastrophes naturelles	Antécédents de tentatives de suicide
Accessibilité aux moyens de suicide	Guerres, Conflits	Troubles mentaux(1)
Conversion médiatique inappropriée	Acculturation	Usage d'alcool et autres substances psychoactives
Stigmatisation associée à la demande d'aide	Déplacements	Perte d'emploi et pertes financières
	Discrimination (détenus, minorités sexuelles, réfugiés, migrants, demandeurs d'asile)	Désespoir(2)
	Harcèlement, Victimisation	Douleur (3) et maladie chronique (Cancer (4), Diabète, VIH)(5)
	Traumatismes et abus	Antécédents familiaux de suicide (6)
	Sentiment d'abandon et manque de soutien social (7)	Facteurs génétiques et biologiques (8)
	Conflit relationnel, mésentente, perte (Deuil, violences intrafamiliales, divorces/séparations...)	

(1) Dans les pays à revenus élevés dont fait partie la France, 90 % des personnes suicidées présentent des troubles mentaux, dont majoritairement la dépression (OMS, 2014, p.40)
 (2) "Le désespoir est considéré comme un prédicteur d'idéation suicidaire plus solide qu'un diagnostic de dépression" (Perlman et al., 2011)
 (3) 5^e cause évoquée par les personnes suicidées ou suicidaires ayant appelé SOS Amitié en 2013
 (4) Le risque suicidaire pour les personnes atteintes d'un cancer est lié à la gravité du cancer et au site anatomique (poumons, système nerveux central, foie, pancréas, œsophage) concerné. Ce risque est majeur à l'annonce du diagnostic, dans l'année qui suit, et pendant 4 ans après (Vyssoki, 2015).
 (5) Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement
 (6) Brent D.A et al, 2015
 (7) Trout D., 1980
 (8) Diminution des taux de sérotonine

Tableau 2 : Facteurs de protection associés au suicide (OMS, 2014)

Facteurs de protection		
Du côté du lien social	Du côté des codes sociaux	Individuels
Relations interpersonnelles solides et de bonne qualité	Croyances religieuses	Etat d'esprit positif
Cohésion sociale	Interdiction de l'alcool	Résilience
		"Solide équilibre émotionnel"
		"Vision optimiste"
		"Forte identité personnelle"
		Bonne estime de soi
		Sentiment d'efficacité personnelle
		Compétences en résolution de problèmes
		Style de vie sain

L'OMS précise que : « la cohésion sociale est le tissu qui unit les gens à différents niveaux de la société, à savoir les individus, les familles, les écoles, les quartiers, les communautés locales, les groupes culturels et la société dans son ensemble. Entretenir des relations étroites, personnelles et durables et partager des valeurs permettent de donner un sens à la vie et de se sentir en sécurité et en phase avec son entourage. » (OMS, 2014, p.37).

Ces notions de cohésion sociale, de lien social, de relations interpersonnelles de bonne qualité, étayantes, sont évidemment importantes lorsque l'on voit parmi les facteurs de risque de suicide l'isolement, la stigmatisation, les violences et les abus, le désespoir, les deuils, les migrations... Accueillir l'autre tel qu'il est, faire du lien ensemble, intégrer, soutenir les autres dans les moments difficiles, sont autant de facteurs de bien-être social qui nécessiteraient d'être développés et soutenus en termes de prévention du suicide. Halbwachs (1930) était un précurseur lorsqu'il évoquait parmi les facteurs impliqués dans le suicide, la question de l'isolement social et du sentiment d'isolement.

En France, les experts ayant participé à la conférence de consensus, en 2000, ont proposé une autre classification des facteurs de risque et de protection. Ces facteurs de risque sont essentiellement liés à l'individu et au groupe proche (famille, amis, école...) en situation de crise suicidaire. Il n'y est pas fait mention du rôle de la société comme étant possiblement un facteur favorisant le suicide.

La classification française distingue les facteurs de risque primaires, les facteurs de risque secondaires et les facteurs de risque tertiaires.

- Les facteurs de risque primaires regroupent les troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, addictions, schizophrénie, troubles de personnalité), les antécédents personnels de tentative de suicide ou l'existence de suicide dans la famille, la communication à autrui d'une intention suicidaire et l'existence d'une impulsivité,
- Les facteurs de risque secondaires regroupent les facteurs environnementaux, familiaux, et les événements de vie. Nous y retrouvons les pertes parentales précoces : deuils, séparations, l'isolement social (séparations, divorce, veuvage surtout pour les hommes), le chômage, les problèmes financiers, les événements de vie négatifs sévères : traumatismes, abus sexuels, violences et les antécédents familiaux de pathologies psychiatriques.
- Enfin, les facteurs de risques tertiaires, sont des déterminants statistiques liés à l'épidémiologie du suicide. En soit, ils n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ou secondaires et ne peuvent être modifiés. Il s'agit de facteurs suivants : être de sexe masculin, certaines périodes de la vie : adolescents, seniors et des périodes de vulnérabilité comme les phases prémenstruelles chez la femme.

Les facteurs de protection ont été élaborés par les experts à partir des items de l'échelle « Reasons for Living » (RFL) de Linehan (Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983), et regroupent les éléments suivants :

- Le soutien familial, amical, professionnel et social de bonne qualité
- Le fait d'avoir des enfants (surtout pour les femmes)
- Avoir des relations amicales diversifiées
- Avoir un animal de compagnie
- La résilience de la personne, à savoir ses capacités à mobiliser ses ressources adaptatives, les éléments positifs de sa vie et de sa personnalité
- La scolarisation
- La forte croyance religieuse ou appartenance à une culture qui sanctionne le suicide.

On peut se rendre compte que la codification française des facteurs de risque ne distingue pas ce qui relève de la société et de son fonctionnement comme pour l'OMS, mais insiste sur l'individuel, le familial et le contextuel.

Au-delà de ces notions épidémiologiques qui pourraient laisser entendre l'existence d'un déterminisme, il faut inscrire ces facteurs dans une histoire de vie singulière mais aussi dans une histoire sociale. « *Ces circonstances (du suicide) appartiennent entièrement à la trame singulière d'une vie et deviennent pour son auteur, significatives en ce qu'elles condensent une biographie. (...) C'est l'imbrication de cette cause extérieure dans le sens d'une vie qu'elle condense qui donne à cette "cause" sa causalité* » (Dagenais, 2001, p.86).

C'est à ce niveau que l'articulation entre épidémiologie et psychologie clinique et sociale se fait. Au-delà du listing des risques on interroge comment tout cela prend sens dans une histoire de vie. Car on sait aussi que pour les mêmes facteurs certaines personnes se suicideront et pas d'autres, et l'analyse des dynamiques subjectives, conscientes et inconscientes à l'œuvre peut permettre de comprendre ce hiatus.

2.2 Apports de la psychologie clinique et de la psychanalyse

« L'existence paraît absurde au point de vouloir la quitter, dans la méconnaissance de l'événement lointain qui captiva la pulsion de mort au point de la présenter comme la solution d'avenir »
(Pommier, 2011, p.98)

La psychologie clinique et la psychanalyse abordent la question du suicide sous différents angles dont certains ont retenu mon attention plus spécifiquement. Il s'agit de la dimension familiale en jeu dans le suicide et la dimension traumatique, au sens réel et symbolique, dans le vécu de la personne suicidaire avec la question de la pulsion de mort et de la répétition comme fil d'Ariane de ces différents champs d'abord du suicide.

2.2.1 La pulsion de mort

Très brièvement ici, je rappellerai les origines freudiennes du concept de pulsion de mort et son évolution en termes de pulsion d'agression et de destruction et le lien que Sigmund Freud fait avec la compulsion de répétition.

Au cours de l'évolution de la troisième et dernière théorie des pulsions (Freud, 1920, a), les termes pulsion de mort, pulsion d'agression, pulsion de destruction sont souvent utilisés comme des synonymes. Dans le cadre de la troisième topique, Sigmund Freud écrit que la pulsion de destruction et la pulsion d'agression sont toutes deux des rejetons d'une pulsion plus originaire, la pulsion de mort (Freud, 1938). Ces deux pulsions s'exprimeraient à travers différents types de comportements : *« Ces phénomènes (masochisme, réaction thérapeutique négative et conscience de culpabilité chez le névrosé) sont des indices indéniables de l'existence dans la vie de l'âme d'une puissance, que d'après ses buts nous appelons pulsion d'agression ou de destruction, et que nous dérivons de l'originaire pulsion de mort de la matière animée. »* (Freud, 1938, p. 258).

La pulsion de destruction est décrite comme étant l'expression partielle de la pulsion de mort lorsque celle-ci se tourne vers l'extérieur, le monde et les êtres vivants, manifestation qui s'exprime au moyen de la musculature, dans un but de décharge pulsionnelle. Il écrit : *« nous reconnaissons que la pulsion de destruction est régulièrement mise au service de l'Eros à des fins de décharge »* (Freud, 1923, p.255).

Plus tard, Sigmund Freud expliquera que cette dérivation de Thanatos vers l'extérieur est un moyen de sauvegarde de l'individu : *« l'être vivant préserve pour ainsi dire sa propre vie en détruisant une vie étrangère »* (Freud, 1933, p. 77). Il fait même plus précisément le lien entre sadisme et pulsion de destruction et précise que selon lui le sadisme est une pulsion de destruction qui a pris la forme de l'agression (Freud, 1933, p. 142).

L'agressivité est pour Sigmund Freud, une tendance instinctive, innée, camouflée de l'homme (Freud, 1929). Elle est aussi une illustration de la pulsion de mort lorsque celle-ci est détournée vers l'extérieur. Mais elle peut aussi se retourner contre le Sujet, être intériorisée au profit d'une instance psychique particulière, le Surmoi, afin qu'il s'assure la domination du Moi (Freud, 1929).

L'auto-agression est-elle alors la conséquence d'une réintrojection dans le psychisme d'une pulsion d'agression non extériorisée ou non symbolisée, par effet boomerang ? *« Il est*

impossible de se débarrasser de la pulsion de mort, puisqu'elle fonctionne au même rythme que n'importe quelle pulsion. C'est une sorte de boomerang : dès qu'elle est rejetée, elle fait retour, délimitant ainsi la violence de la répétition » (Pommier, 2011, p. 104).

Il existe de nombreux textes concernant la fonction et le sens de la tentative de suicide dans la vie psychique et un point semble commun : la tentative de suicide est un désir de vivre différemment (Diwo, Thomassin, Kabuth & Messaoudi, 2004) ou encore formulé différemment mais signifiant globalement la même chose tout en y rattachant le corps : *« la tentative de suicide peut parfois être un "prétexte" à réinterroger le désir et à remettre à l'épreuve ses propres signifiants : elle constitue une tentative pour trouver une liaison possible à partir d'une mémoire inscrite sur le corps. »* (Bouhlal, 2011, p.88).

La tentative de suicide, et sans doute le suicide, sont des tentatives de symbolisation d'éléments insupportables réels ou symboliques, réactualisés dans l'ici et maintenant d'une situation crise actuelle avec retour massif de ce matériel non symbolisé quel qu'il soit : fantasmes parricides, œdipiens en lien avec les imagos parentaux, mécanismes identificatoires, Surmoi tyrannique... (Bouhlal, 2011 ; De Kernier, Canolli & Thouvenin, 2010 ; Morel, 2005 ; Diwo et al., 2004). Cet insupportable retour s'exprime aussi dans les mécanismes de défenses opérants à la suite d'une tentative de suicide, mis en évidence dans la comparaison de Rorschach d'adolescents suicidants et non suicidants (Diwo et al., 2004). Ces mécanismes de défense sont le déni et le clivage, mécanismes archaïques, *« formes les plus extrêmes de l'action de la pulsion de mort à l'intérieur du moi et donc de l'appareil psychique »* (Idem, p. 64). Il n'est pas rare d'ailleurs que les suicidants que j'ai pu rencontrer reconstituent le moment de leur tentative de suicide en se décrivant dans une absence de soi voire dans un moment de schize en train de regarder leur corps faire cet agir et ce sans être psychotique en termes de structure.

« Personne ne trouve l'énergie psychique pour se tuer si premièrement il ne tue pas du même coup un objet avec lequel il s'est identifié, et deuxièmement ne retourne pas là contre lui-même un désir de mort qui était dirigé contre une autre personne. »
(Freud, 1920, b)

2.2.2 Les dynamiques familiales

Les dynamiques familiales en scènes dans les suicides et les tentatives de suicide ont été majoritairement étudiées au travers du passage à l'acte adolescent (Chirita et al., 2000) et souvent avec une grille de lecture systémique car : *« Etant donné le caractère nocif des suicides pour les familles, le suicide étant la mort la plus traumatique qui soit, les faits entourant les suicides seront pertinents pour une bonne compréhension de la famille fondamentale »* (Mc Goldrick & Gerson, 1985, p. 46).

Cette proposition est justifiée quel que soit l'âge de la personne reçue en consultation, et à la fois, certaines hypothèses formulées sur le passage à l'acte adolescent semblent aussi valoir pour les adultes, en tout cas, les femmes. Didier Drieu évoque l'idée d'un *« complexe traumatique de filiation »* (Drieu, 2004), s'étendant sur la génération antérieure mais aussi sur les générations d'avant, avec *« des événements traumatiques (qui) se sont déroulés dans l'enfance (...) mais sont restés tus, voire clivés comme enfermés dans un "placard psychique" »* (Ibid, p.131). Pour lui, en comprenant la *« donne familiale »* (Ortigues & Ortigues, 1986), on peut entre autres mettre en évidence des traumatismes narcissiques transmis de générations en

générations, avec des figures maternelles dysfonctionnelles et des pères inconsistants voire absents dans la réalité ou dans le discours maternel, des structures familiales rigides (Chirita et al., 2000) etc.

2.2.3 La question du traumatisme

La question du traumatisme est en filigrane de nombreux écrits cliniques sur le suicide. Sans forcément être en lien avec le psychotraumatisme au sens du traumatisme psychique directement lié à la confrontation dans la réalité à la mort d'une personne ou au risque personnel de mourir, le traumatisme est tant réel que symbolique, personnel ou familial, actuel ou archaïque. Les écrits font le lien entre tentatives de suicide et : inceste, traumatismes sexuels dans l'enfance, deuils, violences intrafamiliales, perturbations des places générationnelles, dysfonctionnement des fonctions maternelles et paternelles et de l'étayage psychique, secrets de famille traumatiques non-dits etc.

Le traumatisme physique et/ou psychique peut être à l'origine d'un mal être pouvant mener au suicide, mais le suicide et les tentatives de suicide peuvent aussi faire traumatisme sur une ou plusieurs générations. Et, « *quand le traumatisme n'est pas digéré, quand il n'est pas mis en mots, ce sont les attitudes qui suintent* » (Calicis, 2006), avec la possibilité d'une « *transmission transgénérationnelle des traumatismes* » (Calicis, 2006) en lien avec la théorie des pulsions de Freud et la compulsion de répétition qui vient signifier au travers de la répétition des traumatismes, l'action de la pulsion de mort non « *largement et fermement lié par la pulsion de vie* » (Diwo et al., 2004, p. 59).

2.2.4 La place de la parole et du rêve dans le traitement de l'après crise suicidaire

Lorsque des événements traumatiques réels ou symboliques ont touché un sujet, lorsqu'en parler a été impossible, pour quelque raison que ce soit, le Sujet crée du symptôme et parfois ce symptôme s'exprime sous forme d'acte : acte manqué, agir, passage à l'acte. L'acte est ce « *moment subjectif de retournement du passif à l'actif (...) un acte assure une existence subjective contre l'objectivation des déterminismes. L'acte assure une libération momentanée* » (Pommier, 2011, p. 102). C'est-à-dire que plutôt que subir les répétitions inconscientes, les angoisses, les coups de boutoir de la pulsion de mort, l'acte est une tentative de reprendre la maîtrise. Plutôt que de parler, se souvenir, se remémorer ou même rêver les traumatismes, le Sujet les met en scène. S'il est bien une chose que les personnes en crise suicidaire et dépressives ne font plus c'est rêver. Or, « *le rêve n'est pas seulement la voie royale vers l'inconscient, c'est une voie royale pour subjectiver la pulsion de mort* » (Pommier, 2011, p. 105).

« *Mais il existe une forme particulière de la répétition grâce à laquelle nous pouvons nous rejoindre nous-mêmes, c'est la parole lorsqu'elle est adressée à un semblable qui la légitime et permet de se retrouver.* »
(Pommier, 2011, p.110)

3. Synthèse

La France occupe le 12^{ème} rang européen concernant les taux de suicide.

En 2012, il y a eu 10686 décès par suicide en France, pour un taux de 16.67 décès pour 100 000 habitants.

Les populations dites à risque sont les personnes âgées, les jeunes, les agriculteurs, les ouvriers, les minorités sexuelles, les détenus.

Le suicide est un problème multifactoriel et les facteurs de risques impliqués sont d'ordres individuels, environnementaux et sociétaux. Les facteurs de protection dépendent de l'environnement de la personne, de ses croyances et de ses habilités personnelles à faire face aux difficultés de la vie.

Après ces prolégomènes sur les connaissances épidémiologiques et cliniques concernant le suicide dans le monde et en France, je vais aborder plus spécifiquement la problématique du suicide en Bretagne et en Pays COB, problématique qui a fait émerger la question de recherche à l'origine de ce travail de thèse.

Chapitre 2 : Problématique, question de recherche, et hypothèses

« *La clinique constitue une des principales sources inspiratrices de la recherche* »
(Pédinielli, 1994, p.112)

A. Problématique

À travers la revue de la littérature, j'ai mis en évidence la multiplicité des facteurs individuels, historiques, contextuels et sociaux intervenant dans la question du suicide à travers le monde. J'ai également mis en relief le fait que ces facteurs ont à être inscrits dans une trajectoire de vie individuelle mais aussi une trajectoire collective du sujet inscrit dans des groupes, groupe familial, professionnel, national.... Cette trajectoire collective s'opère d'après certaines études dans des zones géographiques assez peu étendues, formant des unités culturelles et historiques. Par ailleurs, les préconisations en termes de prévention du suicide semblent justement s'orienter vers des analyses et des actions locales, de façon à s'adapter à un groupe ethnique particulier, à des circonstances contextuelles spécifiques etc.

C'est, à la fois, à partir de ces constats théoriques, de ces propositions nouvelles pour la prévention du suicide, et de la rencontre clinique, qu'a émergé ma question de recherche. Car la recherche permet « *l'articulation entre l'épreuve personnelle concrète, pratique, singulière, située dans le temps et l'espace social, et les enjeux collectifs dans lesquels ils peuvent se comprendre et doivent être interprétés* » (Blanchet & Gotman, 2002, p. 28)

La pratique clinique, dans une partie du Centre Ouest Bretagne, m'a mise en présence d'une souffrance psychique importante qui se signale par des conduites addictives nombreuses mais aussi par la prégnance de crises suicidaires. Les données épidémiologiques sur le suicide en Bretagne et en Pays COB sont à ce titre-là significatives. Je vais en faire un compte rendu et y associer un point sur les plans régionaux de prévention du suicide mis en place depuis 1996 en Bretagne.

1. Connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide en Bretagne

1.1 Epidémiologie du suicide et des tentatives de suicide

1.1.1 Le suicide

La répartition des taux de suicide en France n'est pas homogène sur le territoire national et la Bretagne est la région la plus touchée.

Les travaux de l'Observatoire Régional de la Santé Bretagne (ORSB) donnent régulièrement les données épidémiologiques au niveau de la région Bretagne et des 4 départements bretons. La dernière actualisation date de septembre 2016 et fait état de 809 décès par suicide (627 hommes

et 182 femmes) en Bretagne pour une mortalité par suicide (non corrigée) en France de 9515 décès, soit 8.43% de tous les décès par suicide en France métropolitaine.

Les données standardisées sont plus parlantes quant à la surmortalité par suicide en Bretagne.

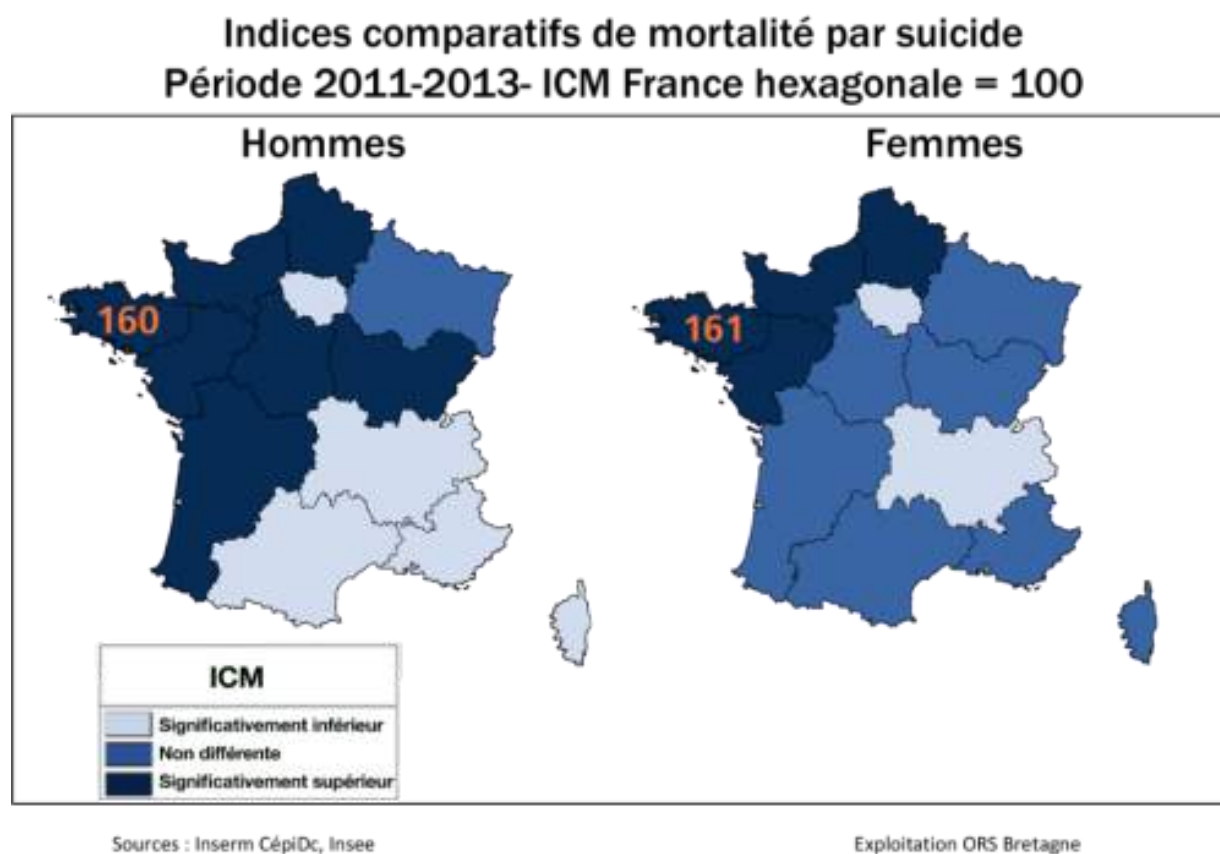
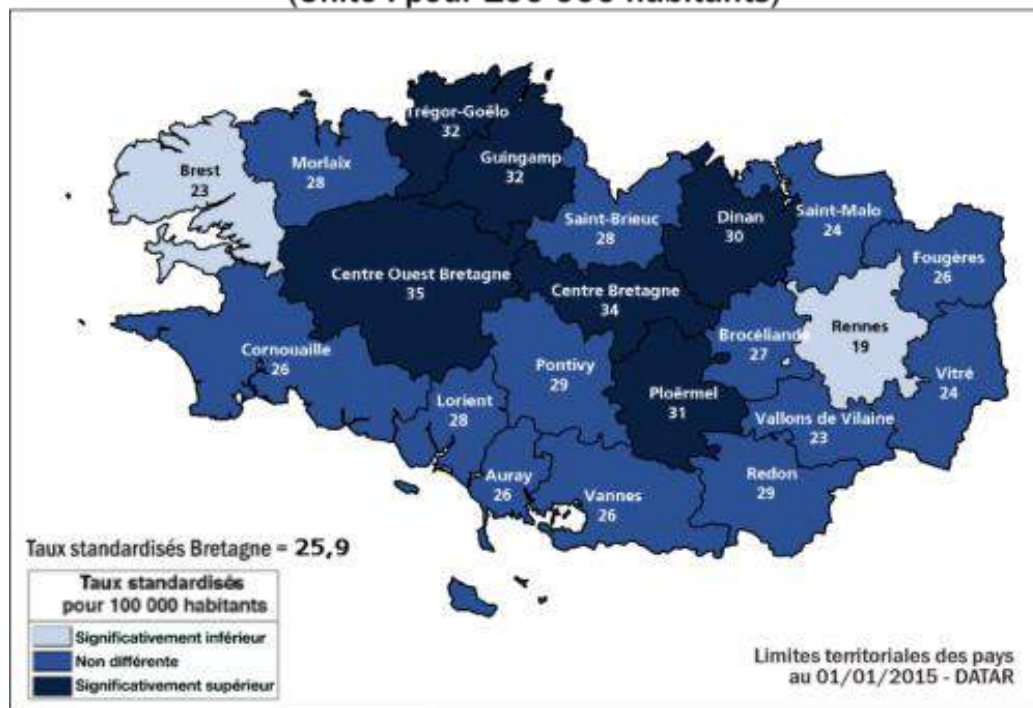


Figure 3 : Indice Comparatif de Mortalité (ICM) par suicide pour la période 2011-2013 en France (INSERM-CépiDc-ORSB)

L'étude des Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) indique que la mortalité par suicide en Bretagne est statistiquement supérieure à la moyenne française, de 60% pour les hommes et de 61% pour les femmes. La répartition par Pays de Bretagne est la suivante :

Mortalité par suicide selon les pays de Bretagne en 2006-2013*
Deux sexes confondus - Population de référence France RP 2006
 (Unité : pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee RP 2006 et RP 2012.

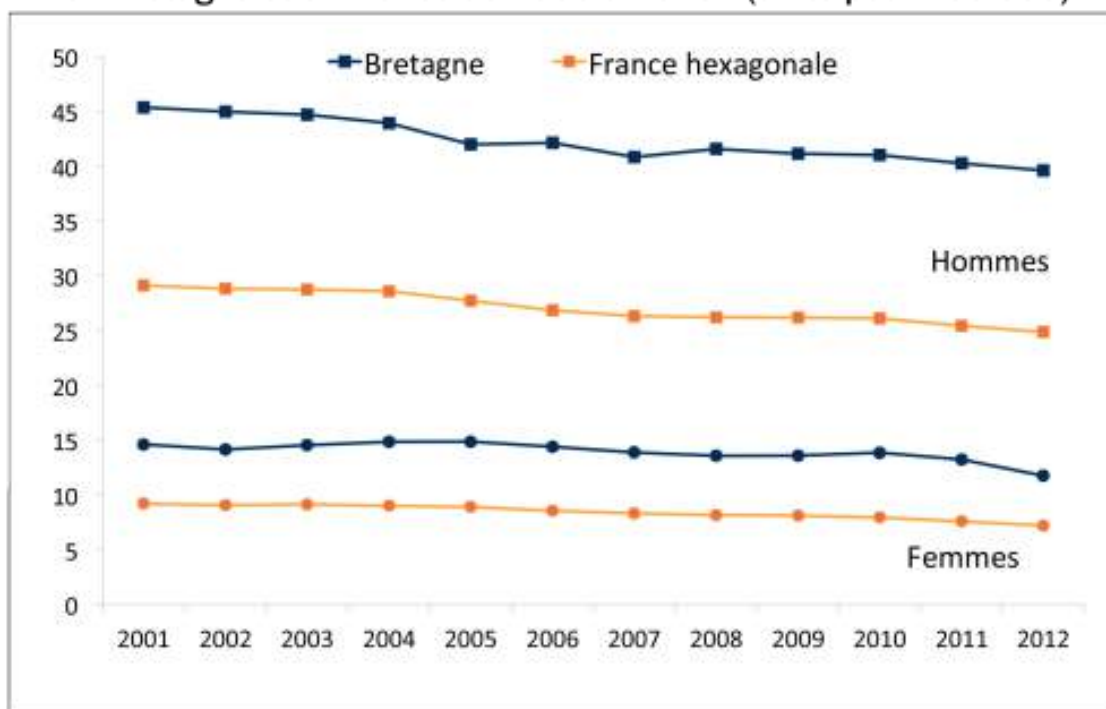
Exploitation ORS Bretagne

* Standardisation sur la population française au RP2006. Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

Figure 4 : Mortalité par suicide par Pays de Bretagne pour la période 2006-2013 (INSERM-CépiDc-ORSB)

Cette surmortalité est relativement constante sur la période 2001-2013, tel que le graphique suivant l'indique :

Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2013* (unité pour 100 000)



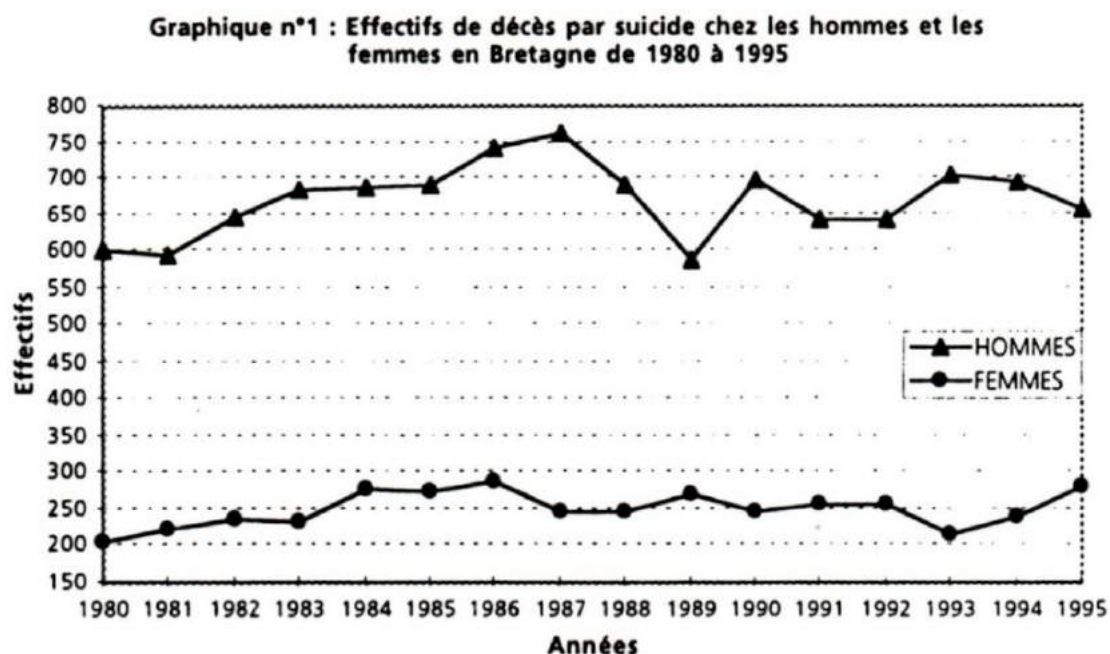
Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Bretagne.

*Standardisation sur la population française au RP2006. L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2012 correspond à la période 2011-2013.

Figure 5 : Evolution des taux standardisés de mortalité par suicide et par sexe en Bretagne comparativement à la France pour la période 2000 à 2013 (INSERM-CepiDc-ORSB)

On remarque que globalement les courbes bretonnes suivent la tendance française. Ces données ne sont pas nouvelles, en effet déjà sur les données CepiDc INSERM de 1997-1999, la Bretagne était la région la plus touchée (ADSP, 2003, p.33) : « *Les taux de décès sont particulièrement élevés en Bretagne intérieure. (...) Pour les hommes, la Bretagne reste la région la plus touchée, avec des taux particulièrement élevés dans les départements des Côtes d'Armor et du Finistère.* » Cette spécificité régionale était vérifiée sur les 20 dernières années, de 1980 à 2000 (ORS Bretagne, 1988).



Sources : INSERM - ORS Bretagne

Figure 6 : Effectifs de décès par suicide et par sexe pour la période 1980 à 1995 en Bretagne (INSERM-CepiDc-ORSB)

Mais si ces données de surmortalité ne sont pas nouvelles, ces taux élevés de suicide sont tout de même relativement récents car à l'époque des travaux d'Émile Durkheim en 1897 et de Maurice Halbwachs en 1930, la Bretagne faisait partie des régions les moins touchées de France, il y a moins d'un siècle.

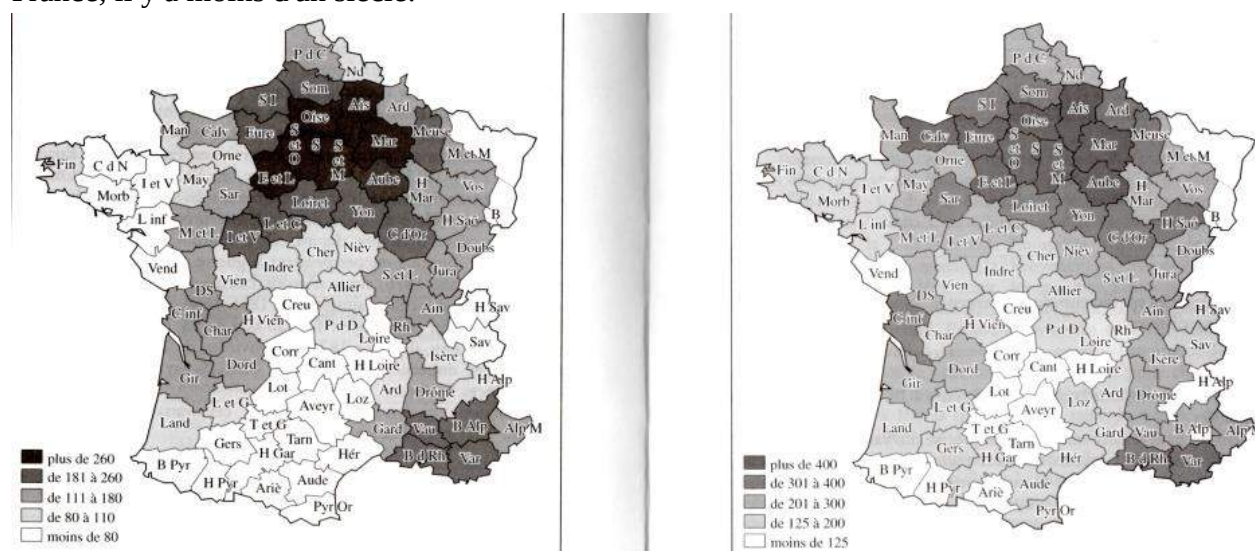
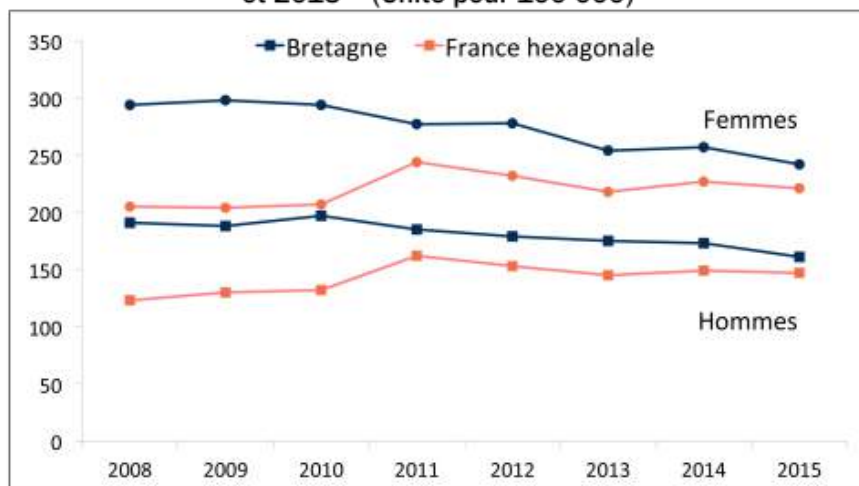


Figure 7 : Suicides en France de 1872 à 1876 (Gauche) et de 1911 à 1913 (Droite) pour un million d'habitant, d'après Halbwachs (1930, p. 92-93).

Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon le sexe en Bretagne et en France entre 2008 et 2015* (Unité pour 100 000)

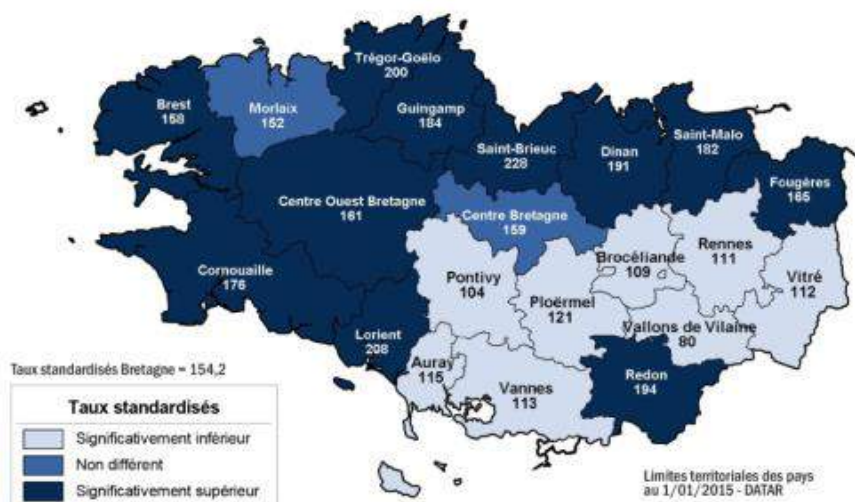


Sources : PMSI MCO 2008 à 2015, ATIH, INSEE 2008 à 2015
 *Standardisation sur la population française au RP 2006. Tous les séjours domiciliés en France hexagonale ont été inclus, quelque soit le lieu d'hospitalisation (y compris les séjours non correctement chaînés, les séjours se terminant par un décès et ceux des personnes âgées de moins de 10 ans)
 Exploitation ORS Bretagne

Figure 9 : Taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide par sexe en Bretagne, comparativement à la France, pour la période 2008-2015 (ORSB)

Et l'on voit se repreciser les données avec une répartition selon les Pays qui se fait ainsi :

Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les pays de Bretagne en 2013-2015 * Deux sexes confondus (Unité : pour 100 000 habitants)



Sources : PMSI MCO 2013 à 2015, ATIH, INSEE RP 2013, Exploitation ORS Bretagne
 * Standardisation sur la population française au RP2006. Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

Figure 10 : Taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide selon les Pays de Bretagne pour la période 2013-2015 (ORSB)

La répartition par tranche d'âge montre à l'image des données nationales, un pic de tentatives de suicide pour les jeunes femmes.

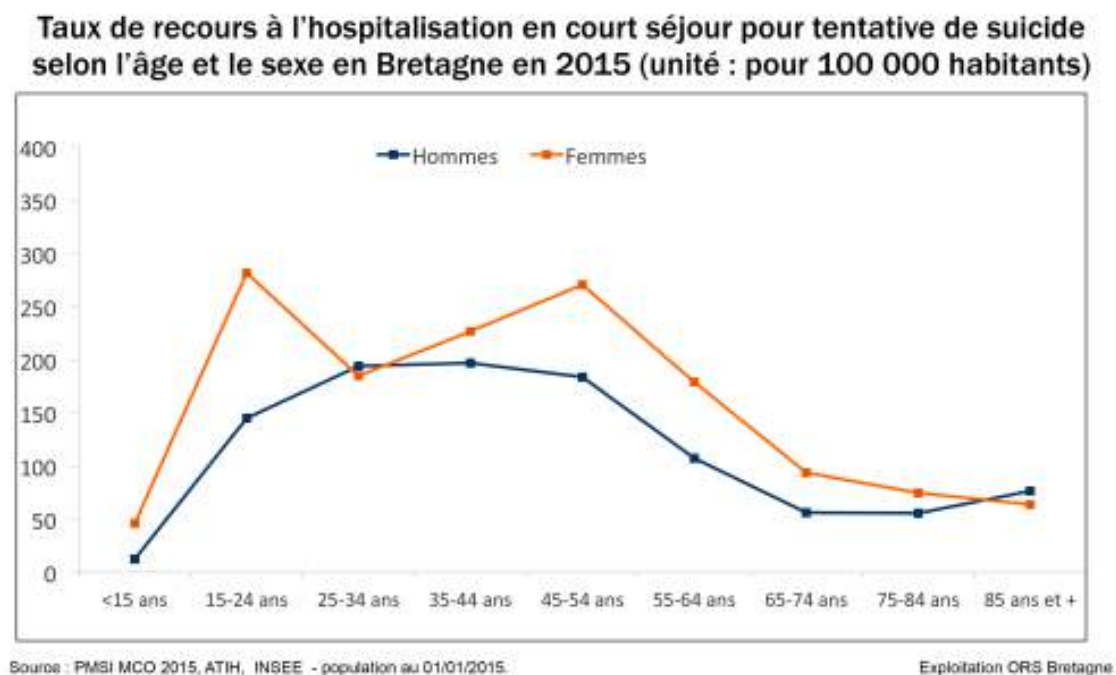


Figure 11 : Taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide en Bretagne en 2015, selon le sexe et l'âge (ORS)

1.2 Explications sociologiques, historiques, psychanalytiques, ethnopsychiatriques

« *Plutôt la mort que la souillure* » Anne de Bretagne
(Citée dans Barbançon, 2002, p. 86)

Plusieurs études ont concerné la Bretagne avec comme objectif de comprendre les bases psychopathologiques, sociologiques, historiques du suicide et de l'alcoolisme dans cette région. Je reprendrai de manière condensée les principales hypothèses formulées pour expliquer ce problème de santé publique.

1.2.1 Le traumatisme de la guerre 1914-1918 et ses effets transgénérationnels

La Bretagne a semble-t-il payé un lourd tribut à la guerre 1914-1918. En effet, la région étant celle avec la plus forte natalité, beaucoup d'hommes jeunes sont partis à la guerre : 25% des hommes de la tranche d'âge 18-40, dans la population rurale est partie à la guerre et a été tuée, et en retour il y a eu environ 68 000 veuves et de nombreux d'orphelins. Il y a eu de fait des modifications psychologiques et structurales dans les familles. Jean-Yves Broudic parle de « *deuil infini* » (Broudic, 2008, p. 132), « *d'anomie du deuil de guerre* » (ibid, p. 134) avec des conséquences sur la féminité, la maternité et la place du masculin ou son absence de place et sur l'ordre des générations, le tout contribuant à une fragilisation du symbolique. Il va même assez loin dans son analyse puisqu'il compare les effets de cette perte générationnelle comme un négatif du mythe freudien proposé dans Totem et Tabou (Freud, 1913) : « *À l'inverse de*

cette construction mythique freudienne, à l'origine du XX^{ème} siècle et donc de la société moderne européenne, il y a un meurtre collectif des jeunes générations envoyées au combat par leurs pères et grands-pères qui peuvent ainsi garder plus longtemps leur place, leur pouvoir et la jouissance des biens et des femmes » (ibid, p. 153).

La guerre peut donc apparaître comme un facteur majeur de perturbation de la vie familiale et des rapports entre générations. Par ailleurs, à titre exceptionnel à la suite de la guerre, alors que c'était interdit jusque-là, il a été possible pour une veuve de se remarier avec le frère de son époux décédé, c'est-à-dire selon Jean-Yves Broudic, de commettre légalement un inceste de deuxième type.

Pour lui, l'augmentation majeure du suicide et de l'alcoolisme après la deuxième guerre mondiale est encore une forme de tribut à payer à ces traumatismes par les nouvelles générations (la troisième après la guerre 14-18), tribut à payer dans le Réel au sens lacanien du terme avec comme lecture cette proposition de Lacan que ce qui n'a pas été symbolisé fera retour dans le réel.

1.2.2 Le matriarcat psychologique breton et les structures familiales bretonnes

Dans le prolongement des propositions de Jean-Yves Broudic et de l'impact psychopathologique et psychofamilial de la guerre 14-18, les propositions de Philippe Carrer (1986) insistent entre autres sur la place particulière des mères dans la famille bretonne. Il remonte pour cela à la place de la femme dans la culture celte, qui est à ce moment-là l'égale de l'homme et à titre d'exemple peut tout à fait hériter d'une terre même si elle a un frère. Une étude comparative, menée entre la Bretagne et d'autres régions sur le dessin de la famille d'enfants de CM2, met en évidence que la mère prend une place majeure en Bretagne et encore plus en Basse Bretagne, avec un manque du père (Bechennec, in : Carrer et al., 1986-a). Philippe Carrer parle de société imagoïque maternelle en Bretagne. Didier Houzel (in Carrer, 1986-a) ajoute une notion qui est celle de matrilocalité bretonne, c'est-à-dire cette tendance qu'il y a en Bretagne à rester à proximité de ses parents et de la mère en particulier, ou s'il a été possible de partir, le fort rappel à la terre qui se fait à un moment où un autre. Ces pratiques sont toujours actuelles.

On peut faire le lien avec les conclusions du travail de Daniel Dagenais sur les populations autochtones au Canada, parlant de jeunes de moins de 30 ans : « *Cette peur de l'émancipation qui caractérise toute leur vie me paraît liée, selon diverses modalités à une enfance couvée, s'exprimant elle-même sur un mode dominant à savoir une surprotection maternelle doublée d'une exclusion du père* » (Dagenais, 2011, p. 81).

Ainsi pour Didier Houzel (in : Carrer, 1986-a), les risques psychopathologiques associés à ces structures familiales particulières en Bretagne sont :

- Le risque dépressif chez les jeunes femmes et jeunes mères, avec les effets connus sur le lien à leur enfant
- Les difficultés d'identification des adolescents à un personnage paternel. « *L'exclusion du père est la négation d'un être présent et le drame de ces jeunes garçons est sans doute lié à l'impératif de s'identifier à un être nié* » (Dagenais, 2011, p. 84).
- Les troubles de la fonction paternelle et la difficulté d'accéder à cette place pour les hommes

1.2.3 Le rôle de l'éducation et du travail

La région Bretagne est la première région en termes de réussite au Baccalauréat. En soit, ce ne serait pas un problème s'il n'y avait pas une pression portée sur les enfants pour qu'ils fassent mieux que leurs parents, et encore mieux que leurs grands-parents etc. Et il serait sans donc possible de faire remonter cette place centrale de l'école au temps de l'« ethnocide culturel », pour reprendre l'expression de Philippe Carrer, de la langue bretonne réalisé par le biais de l'école et des instituteurs, chargés d'éduquer les « ploucs » aux valeurs de la République et à la langue française. Ce rapport à l'école induit même des comportements inadaptés, telle cette histoire relatée dans l'étude faite au CHU de Brest d'un parent refusant l'hospitalisation de son adolescent à la suite d'une tentative de suicide, car « *il a contrôle demain* » (Barbançon, 2002, p. 78).

Qu'un parent souhaite que son enfant advienne professionnellement et socialement à une meilleure place que la sienne ne pose pas de problème en soi, mais il faut s'intéresser à la façon dont cette proposition est faite à l'enfant et dans quel projet de vie. S'il s'agit d'une obsession pour compenser son propre sentiment d'échec, en lien avec ses propres difficultés d'enfant dans le lien à ses parents, il y a une projection sur l'enfant d'un projet qui n'est pas forcément le sien et qui peut être vécu violemment.

Par ailleurs, les méthodes pédagogiques, en particulier dans les internats religieux où sont allés de nombreux enfants bretons après-guerre pourraient aussi avoir eu des effets psychiques. Nombreux sont les patients qui parlent de l'arrachement que l'internat a été pour eux (placés dès 6 ans pour certains) avec dans certains cas des violences physiques et sexuelles évoquées. La place de ces internats n'est pas spécifique à la Bretagne, mais ils y étaient nombreux. Geneviève Morel relate ceci : « *En effet, les enfants des bateliers étaient envoyés en pension à cet âge (6 ans) et, pour rien au monde, elle n'aurait accepté que sa fille soit confiée aux "sœurs Postiaux" qui tenaient l'établissement où on l'avait mise au même âge, une prison sombre et rigide dont elle garde les pires souvenirs* » (Morel, 2005, p. 87).

Dans une autre mesure mais sans doute aussi en lien, nous pouvons interroger la place centrale du travail pour les Bretons, car si on va à l'école c'est pour apprendre et réussir et avoir un travail. Or si le travail n'est plus là, on peut entendre des réactions comme celle-là : « *si je n'avais pas de travail... oui je pourrais me suicider, c'est quelque chose que mes parents m'ont appris. La priorité c'est le travail et le courage* ». On entend dans ces propos d'un homme d'une cinquantaine d'années, le lien entre suicide - courage et travail, et aussi quelque chose de plus latent dans la formulation même de sa phrase : me suicider c'est quelque chose que mes parents m'ont appris.

1.2.4 Les acculturations vécues depuis le 19^{ème} siècle :

Pour Philippe Carrer, en plus du matriarcat psychologique en Bretagne, les difficultés psychiques actuelles en Bretagne seraient dues aux modifications des structures sociales et familiales liées à l'industrialisation et au développement des villes (acculturations, isolement, hédonisme individuel). Leur impact se ressentirait encore aujourd'hui car ces modifications ont eu lieu plus tard en Bretagne qu'ailleurs (milieu 19^{ème} siècle jusque milieu du 20^{ème} siècle), entre autres du fait de l'intensité et de la rapidité de ces modifications qui se sont greffées sur des

profils psychopathologiques fragilisés ou ont aussi contribué à l'apparition de troubles de l'adaptation.

- La perte du sentiment religieux et de la protection face au suicide

Cette idée que la religion protégeait du suicide est encore forte en Bretagne. Nombreuses sont les personnes rencontrées lors des formations de repérage et d'intervention en situation de crise suicidaire qui mentionnent que le cimetière était interdit aux suicidés ainsi que la messe. Cela fait encore trace dans leur mémoire d'adulte. En 1958, pour les suicidés « conscients » il était encore préconisé de ne pas procéder aux rites funèbres (Barbançon, 2002, p. 50) : « *Alors qu'il faisait l'objet d'une condamnation très ferme de la part des autorités religieuses bretonnes jusqu'à la moitié du XXème siècle, le suicide s'est trouvé banalisé* » (Barbançon, 2002, p. 112). On sait que parmi les facteurs de protection possible contre le suicide il y a la croyance en une religion qui interdit le suicide. Est-ce qu'en ne sanctionnant plus symboliquement le suicide dans la religion catholique fortement implantée en Bretagne, et une religion assez rigide, la religion a ouvert la porte au suicide en Bretagne ? On peut penser que ce n'est pas le seul facteur entrant en ligne de compte puisque l'érosion notable de la religion en Bretagne date des années 1970 et l'augmentation des taux de suicide était antérieure¹⁰. Par ailleurs, il a été mis en évidence que cette omerta favorisait la sous déclaration des suicides, voire les fausses déclarations médicales et il n'est donc pas sûr que les taux de suicide aient été moins haut qu'actuellement. Par ailleurs, il existe d'autres régions où la religion a fortement décliné depuis les années 1970 et où les taux de suicide restent inférieurs à la moyenne nationale (Kopp-Bigault, Walter & Thevenot, 2016).

- Les modifications de la vie paysanne

« *On peut sans craintes (...) mettre en rapport l'augmentation récente des taux de suicide, notamment en milieu rural, avec le changement qui a marqué les campagnes bretonnes depuis un demi-siècle, bouleversant aussi bien les paysages que les modes de vie et de production des paysans* »
(Barbançon, 2002)

En 30 ans, le monde agricole breton s'est profondément modifié. D'une région relativement isolée du territoire français et fonctionnant sur un mode de paysannerie familiale, elle est devenue la première région agricole de France, et la seconde en Europe (Barbançon, 2002), mais avec des moments difficiles (remembrement), des moments de crise (prix, sanitaires), des

¹⁰ « Il y a 60 ans, à l'époque de l'âge d'or du catholicisme en Bretagne, 85 à 90% des nouveau-nés finistériens étaient baptisés. Aujourd'hui, seule la moitié recevrait le 1er sacrement »
<http://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/2013/03/14/y-t-il-encore-beaucoup-de-catholiques-en-bretagne-216381.html>

moments de saturation et d'incompréhension administratives, de nouveaux modes de production (d'une production très intensive après la seconde guerre mondiale à la production réglementée par la Politique Agricole Commune), une pression à la modernisation et aux mises aux normes, des pressions financières etc.

De plus, en territoire rural, les agriculteurs sont souvent isolés et seuls face à leurs difficultés. Il peut y avoir des sentiments de honte associés à des situations difficiles, surtout chez ceux qui ont une faible estime d'eux-mêmes. Et malgré les difficultés, les agriculteurs sont attachés à leur métier, leur terre, leurs bêtes, ce qui rend aussi les possibilités de changement difficile. *« Lorsqu'une conjoncture sociale, (...) provoque des modifications de positions professionnelles ou des reclassements (...) elle implique pour ceux qui sont immobiles socialement et spatialement, un état émotionnel où se mélangent une constellation de sentiments comme la déception, l'envie, le ressentiment, la lassitude ou le désespoir¹¹ »* (Barbançon, 2002, p. 68). Pour Serge Wachter, cité par Barbançon, cette situation de condition sociale sans espoir *« contribue à faire du suicide une pathologie de l'enracinement imposé plutôt que du déracinement »* (Idem, p. 68).

- Le rôle de l'interdiction du breton à l'école et dans la société

Au cours de la troisième république, sous prétexte d'unité nationale, les langues régionales sont attaquées et dévalorisées jusqu'à être interdites. Au milieu du 19^{ème} siècle, il était dit du breton que c'était : *« la langue des oies et des cochons »*. En 1902, le ministre Combes, promulgue un décret sur l'interdiction de *« l'usage abusif du breton »* qui ne doit plus être parlé à l'église, ni enseigné, ni parlé en cour de récréation dans les écoles. Des méthodes éducatives humiliantes sont décrites pour empêcher les enfants de parler breton. Finalement après la seconde guerre mondiale, le français est devenu le symbole de l'ouverture au monde et au brassage des cultures que les migrations de la guerre avaient permis.

« La langue bretonne, qui était la langue du peuple, d'usage courant et général dans la moitié occidentale ou Basse Bretagne, jusqu'à la guerre 14-18, chez les paysans (...) a progressivement cédé la place à la langue française dont les missionnaires, assurément dévoués et bien intentionnés, les fameux hussards noirs de la République, ont, sur ordre, interdit le bilinguisme et pourchassé en classe le seul idiome connu des enfants qu'ils enseignaient, ce qui constitue un ethnocide, certes, culturel puisque le but sciemment poursuivi était d'extirper la langue bretonne, mais l'adjectif culturel est réducteur car l'entreprise destructive a perturbé psychologiquement des générations entières » (Carrer, 2007, p. 32).

Les grands-écarts d'âge au sein des fratries a parfois créé des situations particulières au regard de la langue bretonne, avec des aînés parlant le breton essentiellement et les plus jeunes ayant

¹¹ Souligné par moi. Le désespoir est un des facteurs les plus prédictif du risque suicidaire.

comme langue maternelle le français (CR07 : 451-452), même dans des générations d'après la seconde guerre mondiale.

Ce n'est que depuis les années 1980 que le breton revient en force (Broudic, 1995 ; Barbançon et al., 2002). L'idée qu'un déracinement linguistique, culturel, et une humiliation de générations de Bretons puissent avoir créé une fragilité identitaire transgénérationnelle est-elle toujours valable alors que le breton reprend une place importante, en particulier en pays COB ?

Les sujets humains sont pris et façonnés par la société au cours de ses évolutions, et Sigmund Freud nous a enseigné que la psychopathologie vient dire quelque chose du malaise dans la culture (1929). L'importance des suicides sur ce territoire peut-elle être entendue comme une des modalités les plus inquiétantes de l'expression d'un malaise dans la culture ?

Est-il encore possible de suivre les hypothèses du Pr Jean Jacques Kress, qui, dans les années 1980 déjà, voyait dans l'alcoolisme, les dépressions et les suicides en Bretagne les conséquences des modifications socio-linguistiques ayant touché cette région et plus spécifiquement du changement de langue qui s'est opéré en particulier depuis la fin de la seconde guerre mondiale, sur trois générations et qui a vu la quasi extinction du breton comme langue régionale ?

Il précisait que le passage de la langue maternelle à la langue scolaire, « instrumentale » avait aplani les modalités d'expression en particulier dans le registre de « *l'affectivité, des relations inter-humaines, de la sensibilité individuelle* » (Kress, 1984, p.1371) en particulier pour la troisième génération. Le Professeur Didier Houzel avait lui été marqué par les inhibitions verbales des enfants qu'il recevait en consultation (Houzel, 1986, in : Carrer et al., 1986-a).

Aujourd'hui, je pense à l'expression utilisée par une femme pour dire ses émotions : « *ça me machine* », ce qui réduit cette dimension sensible à une part instrumentale, objectale, robotisée. Or il ne s'agit pas d'un bretonnisme, c'est-à-dire d'une traduction francisée d'une expression bretonne. Ou cette autre femme qui dit concernant ses enfants : « *j'ai du mal à leur montrer que je les aime, il y a un truc qui me bloque de dire... pourtant je les adore* » et qui marque cette impossibilité à mettre en mots ce qui est du registre des affects et donc du lien à l'autre et de la construction de l'estime de soi aussi.

Jean-Jacques Kress notait cependant un point qui me semble encore aujourd'hui actif concernant l'abandon de la langue maternelle, la langue archaïque : en Bretagne, à l'injonction paradoxale faite par les parents aux enfants de ne plus parler la langue avec laquelle ils leur parlent, s'est associée la notion de honte et possiblement d'atteinte à l'estime de soi et à la construction narcissique : « *on disait que cette langue était réservée aux vaches et aux cochons* » (Kress, 1984, p.1370) ; c'est-à-dire nier une des inscriptions symboliques fondamentales, celle du registre de l'humanité pour l'enfant qui se construit à la fois au niveau individuel mais aussi générationnel. Quel effet cela peut-il avoir eu pour les enfants d'entendre leurs parents parler cette langue de vaches et de cochons ?

Il y a peut-être de ce fait actuellement des spécificités psychopathologiques bretonnes liées à ces dynamiques identitaires en cours de transformation depuis quelques générations, car il a été demandé « *que disparaisse le système des signifiants constitutifs de l'inconscient des sujets* » (Idem, p. 1370).

Cette dimension est transgénérationnelle, elle s'affranchit des codes professionnels, des statuts, des fonctions, des territoires. Or, nous pouvons oser un parallèle. Superposons la carte des Pays

de Bretagne les plus suicidaires (Figure 6) et la carte des locuteurs bretons en 2004 qui a été élaborée par l'Office de la langue bretonne et nous constaterons une similitude presque parfaite.

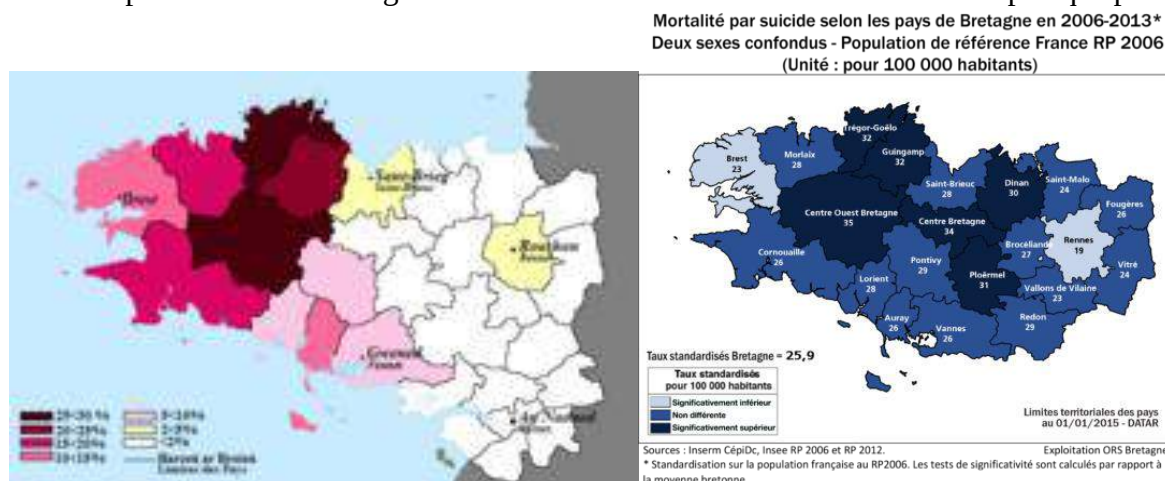


Figure 12 : Distribution relative des brittophones (locuteurs bretons) par Pays de Bretagne, d'après le diagnostic de l'état de la langue bretonne mené par l'Office Public de la langue bretonne en 2004

Est-il possible de faire l'hypothèse d'une crise d'identité traversée par les centres Bretons plus spécifiquement ? Une crise liée à la fois, à la difficulté de se sentir accepté par l'autre, et aux tiraillements entre l'interdit de la langue archaïque et sa mise en avant actuelle. Mouvements qui créent aussi des distorsions intra-familiales : une patiente me raconte que ses enfants apprennent le breton à l'école pour pouvoir parler avec leurs grands-parents, mais que souvent ils ne se comprennent pas, car comme le souligne Ellen Badone : « *Paradoxalement, la normalisation de la langue (..) élimine les idiomes locaux et les caractéristiques qui trouvent un écho affectif chez les gens du pays* » (Badone, 2012). D'un point de vue psychopathologique, on peut encore s'interroger sur cette altération des codes linguistiques actuels par rapport à la langue de l'origine, escamotant l'affectif. Serait-elle devenue une langue imaginaire ?

Par ailleurs, la conflictualité psychique n'est-elle pas à ce moment-là, aujourd'hui, réactualisée deux ou trois générations plus tard ? Jean-Jacques Kress précisait déjà en 1984 : « *Ce retour du refoulé paraît bien spécifique de notre époque, non plus sur le mode de la honte, mais sur celui de la revendication, de l'hostilité et des reproches, de la dénonciation du pouvoir* » (Kress, 1984, p. 1371).

La dénonciation, la revendication s'entend très fortement actuellement en Centre Bretagne mais elle représente assez peu de personnes au niveau politique. Or, pour les autres individus qui ont bien intégré depuis 3 générations l'injonction qui leur a été faite de se taire, de couper l'archaïque en eux, d'apprendre le français, langue coupée de leurs racines familiales vivantes et réelles et dont les conséquences actuelles sont des difficultés intenses à mettre en mot dans ce français, comment s'exprime donc cette réactualisation ?

Là où ce qui fait conflit psychique ne peut s'exprimer par la revendication, c'est-à-dire la projection vers l'extérieur, le conflit psychique sera intériorisé.

Parallèlement, les travaux de Ronan Le Coadic (2004) sur l'adhésion au communisme comme doctrine politique en Basse-Bretagne, mettent en évidence que ce sont les mêmes territoires qui

sont concernés. Aucun lien ne peut être fait évidemment entre adhésion au communisme et suicide, mais un lien peut être fait entre cohésion sociale par le biais de ce mode de pensée de la société et perte du lien dans l'effondrement du communisme breton.

Il pourrait donc y avoir une difficulté dans la construction subjective depuis seulement 3 générations entre idéalisation, du côté de l'idéal du moi, portée par les instances extérieures à la famille (le champ social) et la réalité perçue, les liens avec les autres dans les discours familiaux. Entre autres, un paradoxe évident contemporain entre la fierté d'être Breton, et les fragilités narcissiques des individus consécutives aux troubles des liens intrafamiliaux en termes d'émotion. Cela révèle-t-il un des malentendus culturels internes à la Bretagne, entre ré-enculturation d'une part et des sentiments conflictuels du côté des origines, des identifications, de la construction subjective ? « *L'identité bretonne, même lorsqu'elle est pensée comme une identité-problème ou plus exactement, puisqu'elle est pensée de la sorte, secrète ce faisant de l'identification* » (Simon & Le Gall, 2012, p.775). Claudio Bolzman écrit : « *Souvent les stéréotypes, qu'ils soient positifs ou négatifs agissent comme "prophétie créatrice (R. Merton, 1998) : à force d'enfermer les autres dans certaines catégorisations on ne leur laisse pas d'autre choix que de se comporter conformément à ces catégorisations* » (Bolzman, 2012, p.34).

Qu'est-ce que l'identité bretonne et en quoi pourrait-elle être problématique et quel lien peut-il y avoir avec le suicide ?

1.2.5 L'identité régionale bretonne

La bretonnité se définit du côté d'une appartenance ethnique. Pierre-Jean Simon écrit : « *l'ethnicité... c'est un fait de culture et d'histoire. Autrement dit d'héritage social et pas du tout d'hérédité biologique* » (Simon, 2004, p.141). Ce qui explique donc aussi l'existence d'une ethnopsychiatrie bretonne¹². Plus loin, l'auteur dit : « *Être Breton et se reconnaître comme tel par les gens de Bretagne (...) C'est d'abord et avant tout une certaine manière d'être, d'exister au monde, de se comporter avec les autres et entretenir un rapport particulier avec les choses et les gens de Bretagne.* » (Ibid., p.143). Il résume : « *La bretonnité, c'est une affaire de représentations et de sentiments, d'identification, mais aussi une affaire de vie en commun, au jour le jour, dans les choses et les activités de l'existence quotidienne* » (Ibid., p.144).

Alexandra Filhon (2011) explore les appartenances régionales et les sentiments nationaux en comparant l'Alsace et la Bretagne. Plus spécifiquement ce qui est dit de leur territoire par les habitants de ces deux régions au travers de la pratique ou non de la langue régionale. On voit au travers des entretiens qu'elle a menés pointer à la fois chez les alsaciens et les bretons les mêmes stéréotypes dans les rapports à la région, à la culture, à la langue (dans l'acceptation ou le rejet), rapport à la France et aux autres.

¹² Cf. Travaux de Ph. Carrer (2006)

Or la question de l'identité régionale bretonne est encore problématique. Des sociologues bretons pointent un revirement opéré en Bretagne depuis le 19^{ème} siècle et surtout depuis les années 1960 : retournement d'une identité régionale vécue comme négative « ... *honte de soi, haine de soi ou reniement de soi en tant que Breton, rejet d'une bretonnité méprisée, assimilée à l'archaïsme, au sous-développement, à la plouquerie* » (Simon, 2004, p. 146) en une identité positive, la construction d'une néobretonnité, comme tentative de reconstruction identitaire.

Jean-François Simon et Laurent Le Gall, du Centre de Recherche Bretonne et Celtique (CRBC) à l'Université de Bretagne Occidentale (UBO) repèrent une néo-construction identitaire autour d'une « *singularité péninsulaire* » (2012, p. 771) tandis que Ronan Le Coadic sociologue à l'Université de Rennes, évoque une communauté culturelle « *hors sol* » (2003, p. 377) et un « *néotribalisme postmoderne* » (idem, p. 376).

N'est-il pas nécessaire de réinterroger ces questions identitaires à la découverte de l'être breton lui-même à la recherche d'une identité perdue, autrefois lourdement honteuse, cachée, silencieuse ? La reconstruction identitaire qui s'opère en ce moment en Bretagne se joue du côté de la culture : musique, langue, histoire, contes et légendes (Le Coadic, 2001) mais aussi dans l'attachement à la terre et à la famille, à la généalogie pour affirmer cet être breton et ces racines. Mais ces reconstructions identitaires ont comme origine un discours performatif répandu socialement par des mouvements plutôt politiques et économiques (Simon & Le Gall, 2012 ; Le Coadic, 2001).

Or que se passe-t-il alors psychiquement pour les individus lorsque cette transmission du côté subjectif, au sein de la famille, se limite encore au strict minimum et au négatif : silence, honte, humiliation, impossibilité à communiquer des sentiments, des affects ? Et que ce discours social s'oppose à un positionnement inconscient ? En consultation, ils racontent cette honte, plus tellement d'être breton, mais de faillir, de se sentir mal dans sa vie, l'impossibilité à dire, à ressentir, à faire du lien, l'impossible détachement, l'impensable tiers, les liens familiaux déstructurant... et n'osent interroger cette immuabilité psychique et cet enfermement car cela fait partie de cette définition de la bretonnité, une certaine façon d'être au monde et aux autres ? « *J'ai jamais rencontré des gens qui n'étaient pas du coin ; les touristes on leur parle pas... je sais pas quelle différence il peut y avoir entre eux et nous...* » (Barbançon, 2002, p. 83).

Le sentiment identitaire doit être équilibré entre attachement régional, national, européen et mondial. Trop présent, il conduit au refus de l'autre, de la différence, et s'il est trop faible, il renvoie symboliquement au manque d'inscription filiative dans la société et peut provoquer des pathologies du lien et de l'attachement.

Julien Teyssier et Patrick Denoux écrivent : « *la dynamique identitaire se construit et se reconstruit sans cesse, au carrefour des influences combinées des dimensions sociales, culturelles et interculturelles. Etant entendu qu'elles prescrivent le développement psychique des individus qui vivent en leur sein, il serait logique de faire l'hypothèse du développement de certains types de personnalités et l'empêchement d'autres.* » (2013, p. 262).

Cette proposition permet de faire le lien avec les particularités psychopathologiques des Bretons.



Figure 13 : Image extraite du livre « T'es Breton si... », dans le chapitre « T'es Breton si... tu trouves ça drôle » (E. Perez et Nono, 2014, p. 73) – Le Télégramme (14-26/08/2014)

1.2.6 En termes de psychopathologie spécifique et de construction psychique

Le travail de doctorat de médecine de Dominique Montplaisir, en 2003, insiste sur des spécificités en Finistère en termes de psychopathologie : des pathologies du narcissisme, des personnalités dépendantes, l'alcoolisme et les conduites addictives et l'existence de nombreux deuils pathologiques. Ces propositions sont cohérentes avec les hypothèses formulées en 1986 par le Professeur Didier Houzel, et par le Pr Jean Jacques Kress en 1984 et semblent toujours actuelles si je pense à ma clinique. Il y a entre autres une faible estime de soi et on peut se demander si ce n'est pas en lien avec les préjugés concernant la Bretagne et les Bretons qui étaient très péjoratifs il y a encore peu. « *Notons qu'à la question sur les traits de caractères spécifiques aux Finistériens, les réponses étaient systématiquement négatives : "têtu, introverti, dur, froid, alcoolique..."* » (Barbançon, 2002, p. 84).

Par ailleurs, elle met en évidence la prégnance de traumatismes familiaux à répétition : suicide, accidents, maladies mentales... qui « *péjorent la construction identitaire* » (Montplaisir, 2003, p. 68).

Dans le rapport Barbançon il est précisé, de manière cohérente avec les données internationales, que les pathologies psychiatriques sont les premières causes associées au suicide en Bretagne et en particulier la dépression (Barbançon, 2002, p. 41) sans pour autant être obligatoires dans le suicide. Une étude réalisée au CHU de Brest auprès de suicidants met en évidence, en plus des éléments déjà précités (prégnance de l'alcool dans toutes les générations, poids de l'héritage familial, les troubles de l'attachement à la mère et leurs effets psychopathologiques) des notions

relatives à la perte, à la séparation, aux traumatismes : « *Les patients âgés de 40 à 50 ans font, dans la majorité des cas, état d'un passé douloureux empreint de carences, de traumatismes, de séparations, de ruptures et de deuils non résolus* » (Barbançon, 2002, p. 81). Cette étude, menée de 2001 à 2002 au CHU de Brest, auprès de 45 personnes ayant fait un geste suicidaire, trouve les jeunes de 15 à 25 ans « *inhibés, réservés et peu loquaces* » (ibid., p. 81), ce qui n'est pas sans rappeler les remarques faites au début des années 80 par le Professeur Houzel, pédopsychiatre à Brest. Par ailleurs, il est aussi fait mention de la fréquence des abus sexuels quelle que soit la tranche d'âge, avec une importance des non-dits et des secrets de famille. Une question est posée dans cette analyse transgénérationnelle des comportements suicidaires dans le Finistère, qui me semble toujours d'actualité : « *Si le suicide de membres de générations précédentes entraîne le suicide des descendants d'aujourd'hui, les taux finistériens s'auto-entretiennent-ils ?* » (Ibid., p.76).

1.3 Conclusion

Toutes ces études ont été menées sur la Bretagne dans sa globalité. Or, il existe des différences entre vivre à Rennes (Haute Bretagne) et vivre à Carhaix (Basse Bretagne), en termes d'histoire, de culture, de population, d'accès aux soins, d'accès à la culture etc. Il s'avère que ce territoire précis du Centre Ouest Bretagne, en Basse Bretagne, a les taux de suicide les plus élevés de Bretagne.

2. Le Pays Centre Ouest Bretagne, définitions et épidémiologie du suicide et des tentatives de suicide

La définition et les contours géopolitiques du Pays COB sont ceux du début de ce travail de thèse en 2013. En effet, entre temps, des communautés de communes se sont séparées du territoire et un nouveau cadre structurel s'est mis en place.

2.1 Le Pays Centre Ouest Bretagne - Définition

L'appellation Pays a été créée par la loi du 04 février 1995, appelé Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement durable du Territoire. Le Pays se caractérise par « *une cohésion géographique, culturelle, économique ou sociale* » (Loi n°99-533 du 25/06/1999). Les quatre départements bretons sont divisés en 21 Pays comme représentés sur la carte suivante réalisée par la Région Bretagne.



Figure 15 : Le territoire du Pays COB au moment du début de ce travail de doctorat

Au début de ce travail de thèse, cette structure pays fonctionnait sous le statut juridique d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) de développement local et est en cours de modification de statut puisqu'il est prévu qu'il se transforme en Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) dans le cadre d'un schéma de cohérence territoriale (SCOT) qui est outil d'aménagement, d'animation et de développement territorial.

Il s'agit d'une organisation administrative plus locale qui ne se superpose pas aux départements, aux communautés de communes (CC) mais qui peut servir d'appoint complémentaire hyper-localisé et fonctionne avec l'avis concerté des CC, des conseils régionaux, généraux, du Conseil Economique et Social Régional, les élus, le préfet de région etc.

Il y a 14 chefs-lieux de cantons, 6 unités urbaines (Carhaix - Rostrenen - Gourin - Châteauneuf du Faou, Pleyben, Le Faouët) dont la population maximale ne dépasse pas 8000 habitants (7541 habitants pour Carhaix-Plouguer en 2011¹⁴).

¹⁴ <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codegeo=COM-29024>

Il faut en moyenne à un habitant du Centre Ouest Bretagne entre 30 minutes et 1 heure de voiture pour rejoindre une agglomération de plus de 10000 habitants (Morlaix, Saint-Brieuc, Pontivy - Loudéac, Lorient, Quimper, Brest, Guingamp).

L'offre de mobilité publique est assez faible : un train qui relie Carhaix et Guingamp avec un réseau de bus mis en place par les conseils généraux mais relativement pauvre en termes de fréquence de passage et très long en termes de durée de voyage par rapport à la voiture, et un système de taxis à la demande certains jours dans différentes communautés de communes mais avec des difficultés de jonction lorsque le déplacement est étendu sur le territoire. Une expérimentation est lancée sur la Maison du Département de Rostrenen fin pour proposer sur le modèle Auto-Lib des véhicules de prêts aux personnes en difficultés de mobilité dans le cadre de l'accès au travail, à la santé...

En ce qui concerne l'offre de soins plus spécifiquement, la figure suivante illustre la complexité et la diversité des secteurs de santé intervenants sur le Pays COB. Il y a 5 secteurs de santé différents sur le COB sur un total de 8 pour la Bretagne tels qu'indiqués sur la carte suivante :



Les 8 territoires de santé bretons.

Source : ARS Bretagne <http://www.ars.bretagne.sante.fr/8-territoires-de-sante-en-Bret.123372.0.html>

Figure 16 : Les 8 territoires de santé bretons (Source : Agence Régionale de Santé Bretagne)

Un territoire de santé est un espace de référence qui permet d'analyser les besoins en santé d'une population fixée, d'octroyer les moyens nécessaires et de les organiser. La définition des territoires de santé en Bretagne a été publiée par arrêté de l'ARS Bretagne le 8/9/2010.

Il y a sur le territoire du pays COB :

- Un centre hospitalier général sur Carhaix, rattaché au CHRU de Brest
- Un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie situé à Plouguernevel
- Trois hôpitaux locaux de type Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) - gériatrie

Concernant les sectorisations de psychiatrie, le territoire est concerné par 7 secteurs de psychiatrie adulte rattachés à 6 hôpitaux différents. La répartition se découpe selon la carte ci-dessous :

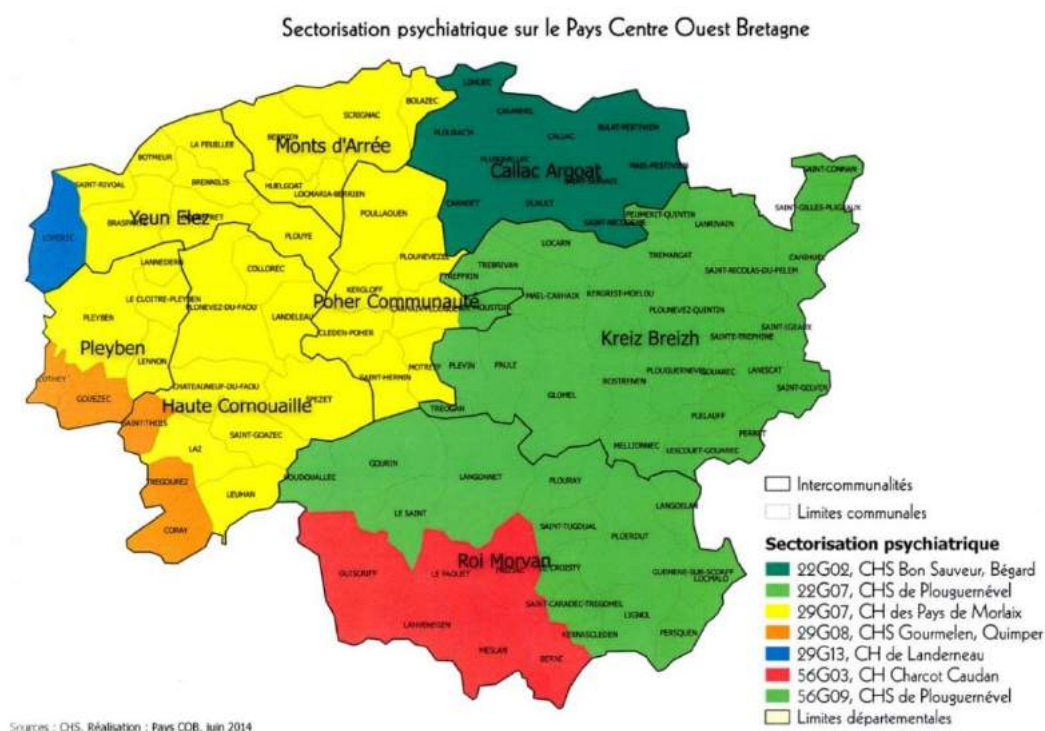


Figure 17 : Sectorisations psychiatriques sur le territoire du Pays COB (Réalisation : Pays COB, 2014)

Des disparités existent sur les effectifs professionnels dans les différents secteurs, sur l'effectif médical également, avec une pénurie de psychiatre pour la partie finistérienne du COB concernée par le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix. De plus, il n'y a pas de psychiatre installé en pratique libérale sur tout le territoire du Pays COB.

2.2 Données sur le suicide

Dans le contexte général de surmortalité par suicide en Bretagne, nous avons pu noter dans l'analyse épidémiologique que le Centre Ouest Bretagne était un des pays les plus touchés avec 36 décès pour 100000 habitants sur la période 2000 - 2010.

Les données de 2014, fournies par l'ORS Bretagne, concernant exclusivement le Pays COB, servent de support à cette partie du travail d'analyse épidémiologique. La mortalité par suicide est, dans le COB, supérieure de 116% à la moyenne métropolitaine.

Tableau 3 : Indice Comparatif de Mortalité par suicide entre le Pays COB, la Bretagne et la France , en 2011 (Source : ORSB-Pays COB- Benjankhar, 2014)

	ICM		
	Hommes	Femmes	Ensemble
Pays COB	203	243	216
Bretagne	159	167	161
France métropolitaine	100	100	100

Le prochain graphique précise l'évolution des taux de suicide en pays COB par tranche d'âge, comparativement à la Bretagne en général et à la France métropolitaine.

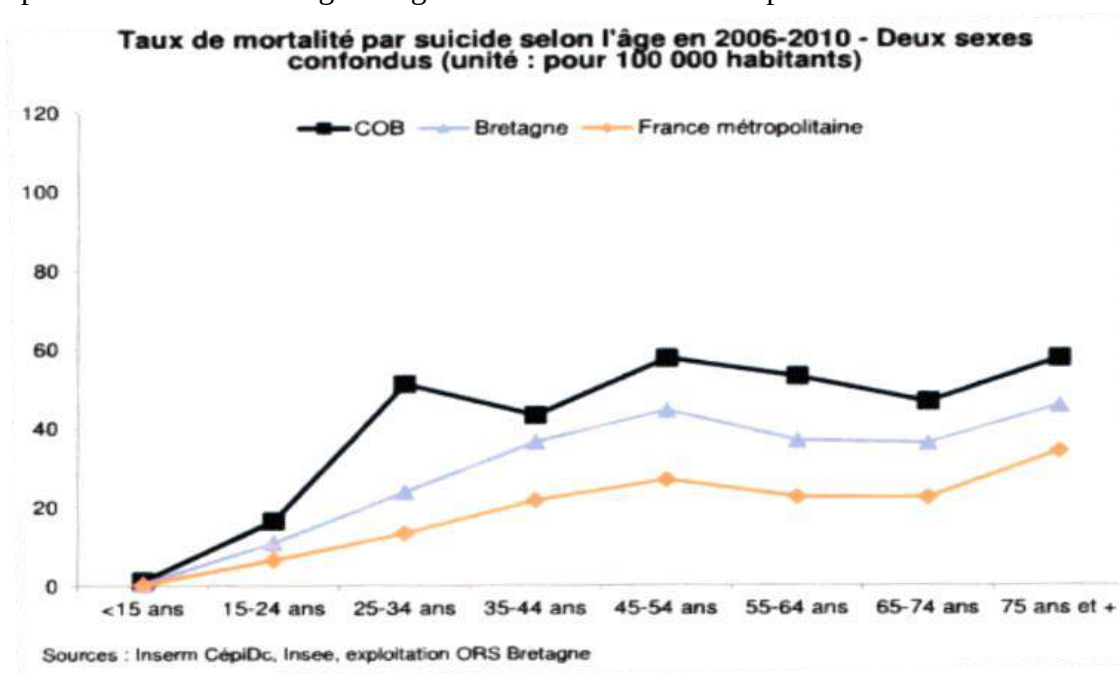


Figure 18 : Taux de mortalité par suicide selon l'âge pour la période 2006-2010 entre le Pays COB, la Bretagne et la France (ORSB-Pays COB- Benjankhar, 2014)

On peut remarquer que les courbes sont similaires, sauf pour la catégorie d'âge des 25-34 ans qui se démarque de manière significative par rapport à la Bretagne et à la France. Il y a donc une spécificité locale concernant le suicide sur ce territoire. Les 25-34 ans sont plus concernés par le suicide qu'ailleurs. A ce jour, aucune recherche n'a permis d'interroger cette spécificité. Par ailleurs, il n'existe qu'une seule étude mettant en évidence ce pic. Il serait à vérifier dans le

temps si cette surmortalité des jeunes de 25 à 34 ans se confirme où s'il s'agissait d'un épiphénomène lié à quelques circonstances exceptionnelles à déterminer.

2.3 Les tentatives de suicide en Pays COB

La différence statistique concernant les 25-34 ans sur le suicide, précédemment évoquée, se retrouve concernant les tentatives de suicide.

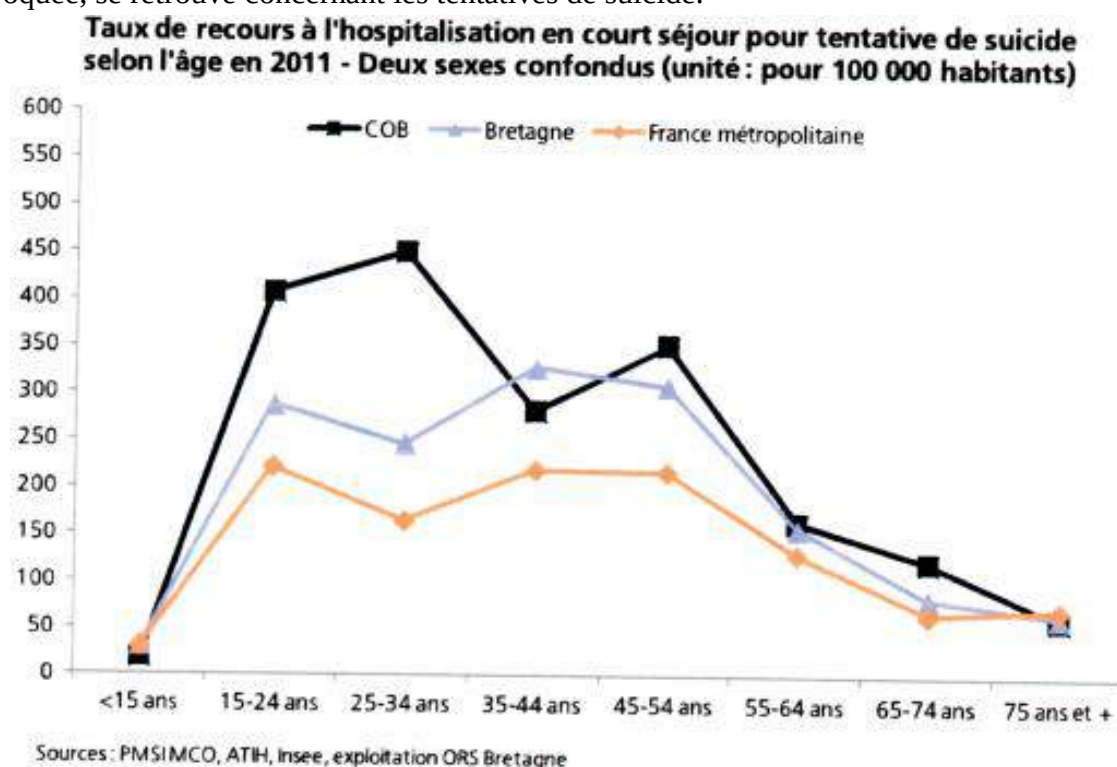


Figure 19 : Taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide selon l'âge en Pays COB comparativement à la Bretagne et à la France en 2011

2.4 Populations spécifiques et risque suicidaire en Pays COB

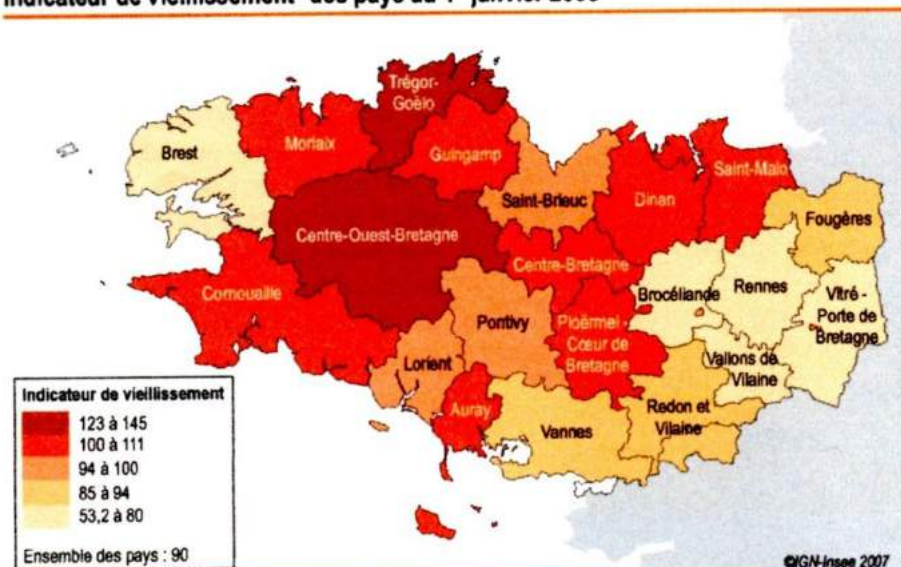
2.4.1 Analyse socio-démographique de la population du Pays COB

D'un point de vue général, le Pays COB regroupe des populations âgées et très âgées (23.7% entre 60 et 80 ans, 6% de plus de 80 ans et 3.7% de plus de 85 ans), ce qui fait que 1/3 de la population a plus de 60 ans (Insee, 2012 ; Benjankhar, 2014 ; ORS Bretagne¹⁵).

¹⁵ <http://www.santepays.bzh/pages/tableau-de-bord-sante-focus-22CEOB.html#a2>

L'INSEE et le Pays COB notent aussi une proportion élevée de personnes vivant seules (en particulier chez les personnes âgées) : 37% des ménages (surtout chez les femmes entre 65 et 80 ans) contre 34.9% en Bretagne (Benjankhar, 2014).

Indicateur de vieillissement* des pays au 1^{er} janvier 2005



Source : Insee, recensement de la population 1999, enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2006, estimations démographiques supracommunales 2005

* l'indicateur de vieillissement est défini comme le nombre de personnes de 60 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

Figure 20 : Indicateur de vieillissement de la population des Pays de Bretagne au 01/01/2005 (Source : INSEE, Octant 2008)

C'est le pays de Bretagne qui a perdu le plus d'habitants entre 1990 et 1999 (-5%) (Octant, 2006, 2008).

Évolution annuelle moyenne de la population des ménages par pays entre 1999 et 2005



Source : Insee, recensement de la population 1999, enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2006, estimations démographiques supracommunales 2005

Figure 21 : Evolution annuelle moyenne de la population des ménages par Pays de Bretagne entre 1999 et 2005 (Source : INSEE, Octant 2006, 2008)

Les moins de 30 ans représentent 28.7 % de la population du COB en 2010, contre 35.5% en Bretagne et 36.8% en France (Octant, 2010).

Les caractéristiques professionnelles sont aussi spécifiques chez les actifs : 12.7 % d'agriculteurs et 32 % d'ouvriers avec une surreprésentation des entreprises agro-alimentaires. Il y a une sous-représentation des cadres, des professions intermédiaires et des employés par rapport à la région. Le ratio habitants/emploi salarié est le plus bas de Bretagne (Octant, 2006 ; 2008).

Les industries agro-alimentaires représentaient une forte partie des emplois du COB, mais depuis quelques années, elles sont nombreuses à avoir fermé (Pan Fish à Poullaouen, jusqu'à 300 employés, Unicopa Carhaix, 300 salariés, abattoirs à Maël Carhaix) ou à avoir été restructurées (Socopa à Châteauneuf du Faou, racheté), ou délocalisées (Base Intermarché Rostrenen, en cours de délocalisation, jusqu'à 200 salariés). Une seule grande structure a été ouverte à Carhaix, l'usine Synutra qui devrait employer jusqu'à 700 salariés.

En second lieu, un autre grand pourvoyeur d'emploi est le secteur sanitaire, avec le CHRU de Brest-Carhaix et le CH de Plouguernevel, ainsi que les Établissements d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui sont assez nombreux sur le territoire.

Les indicateurs socio-économiques sont bas : le revenu médian est inférieur à celui de la région (Octant, 2006), le nombre de chômeurs de longue durée est aussi plus élevé, ainsi que le nombre de bénéficiaires des minimas sociaux.

Par ailleurs, le bilan Santé Environnement fait par l'Observatoire Régional de Santé Bretagne en 2013, précise que 6.3% des résidences principales du parc privé breton sont potentiellement indignes (insalubres ou dangereuses) et ce essentiellement en zone rurale et en COB comme l'indique la carte suivante :

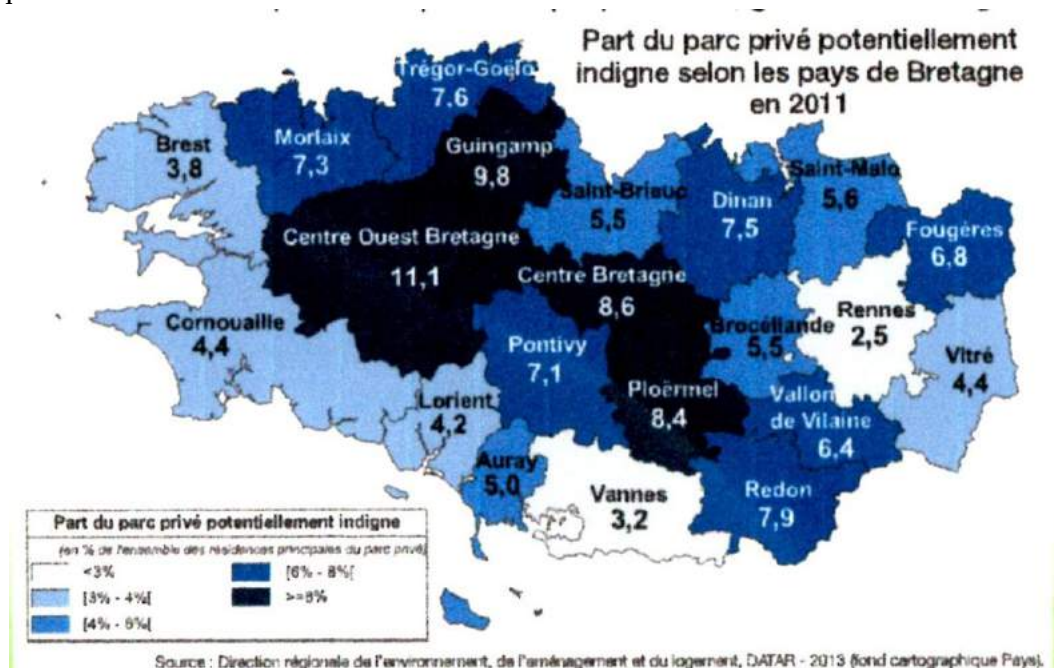


Figure 22 : Part du parc privé potentiellement indigne selon les Pays de Bretagne en 2011 (Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement - DATAR, 2013)

Les indicateurs de santé ne sont pas bons non plus. La mortalité générale est supérieure de 21% à la moyenne nationale. La mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans de +30% pour les hommes par rapport à la moyenne nationale et +19% pour les femmes (+44% en général contre +11% pour la Bretagne par rapport à la moyenne française).

Enfin, ce qui concerne ce travail de recherche de plus près, les indicateurs de mortalité évitable sont mauvais aussi. Ils sont supérieurs à la moyenne nationale de +74 % et les causes associées sont en premier lieu le suicide (+116%), puis la mortalité associée à l'alcoolisme (+68%), les accidents de la route (+67%), les cancers ORL (+34%), les maladies circulatoires (+19%) et les accidents vasculaires cérébraux invalidants (+40%) (ORS Bretagne, 2014 ; ORS Bretagne 2005).

Associé à ce mauvais état de santé général, il faut noter une densité de médecin tant généralistes que spécialistes faible (1.3 spécialiste pour 100 000 habitant contre 7 au niveau régional - Sur le COB, il y a 89 médecins généralistes pour un peu moins de 100 000 habitants), une pénurie de chirurgiens-dentistes, assez peu de psychologues en libéral (et étant donné les revenus moyens sur le territoire, leur accès est difficile financièrement), pas de psychiatre en libéral etc.

2.4.2 Facteurs de risque et facteurs de protection en Pays COB

En reprenant ici la liste des facteurs de risque de suicide connus, il serait possible de dégager le profil de risque du Pays COB concernant le suicide ainsi :

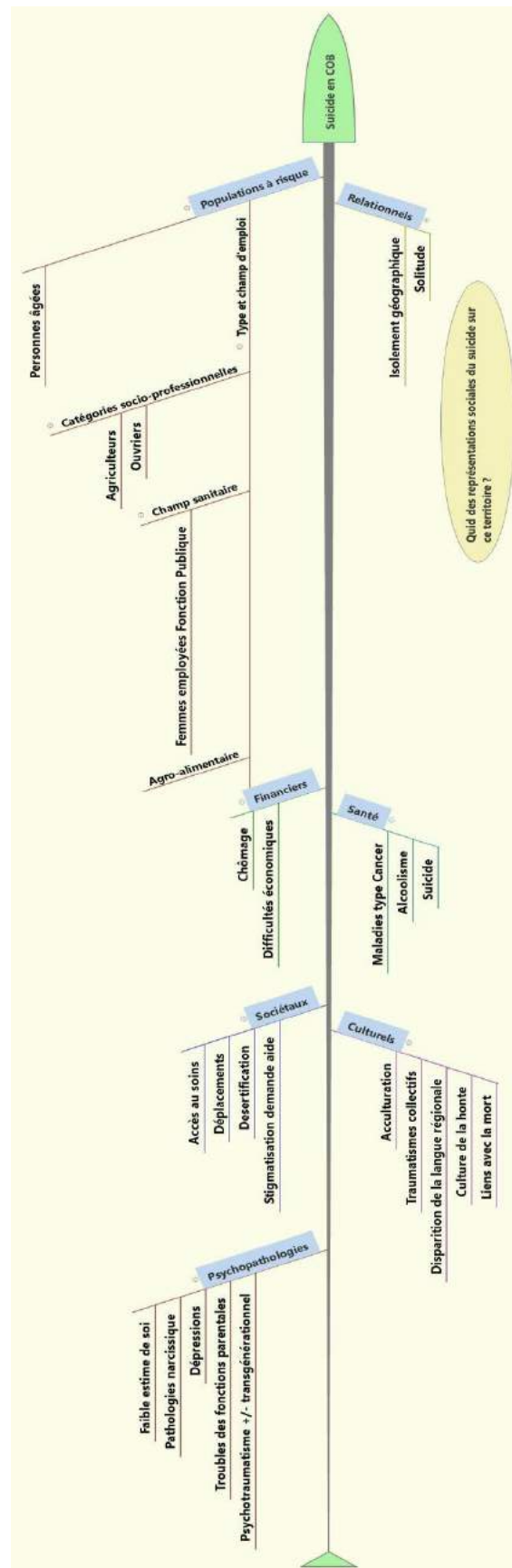


Figure 23 : Profil de risque du Pays COB concernant le risque suicidaire

Les facteurs de protection ne sont pas évidents. Certains insistent sur la cohésion sociale, sur le dynamisme associatif local, la bonne volonté des uns et des autres. Le Pays COB propose chaque année plusieurs actions de formation au repérage et à l'intervention de crise suicidaire sur le territoire pour les professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et la commission santé du Pays COB parle très régulièrement de cette problématique lors des réunions. Une permanence d'accueil en urgence a été mise en place au niveau du CMP de Carhaix pour les personnes en situation de crise suicidaire, et la plupart des personnes des CMP avoisinants ont été formés aussi. Cependant, la psychiatrie n'est pas encore un lieu de recours envisagé en cas de difficulté psychique. La difficulté psychique ne doit pas être et ne pas se dire. Ici, on peut encore entendre chez des jeunes personnes que les « psy c'est pour les fous ». Il n'est pas rare que le magnétiseur, le naturopathe, l'étiopathe ou autres rebouteux soient consultés en premier, parfois même avant le médecin généraliste. Or l'OMS (2014) précise qu'il faut aussi pour faire de la prévention, repérer les facteurs de protection et les faire se développer au niveau de la collectivité. Il sera nécessaire d'essayer de mettre en évidence les facteurs positifs sur ce territoire et les valoriser.

3. Conclusion

D'autres régions ont des profils similaires au COB : ruralité, éloignement géographique des pôles urbains, population vieillissante, et ont vécu des traumatismes collectifs en termes de guerre ou d'accès à une langue régionale, et pour autant, elles n'ont pas les taux de suicide de ce territoire. Il y a donc sans doute encore quelque chose d'autre qui échappe à la compréhension du phénomène en COB. De plus, certaines hypothèses sont déjà anciennes : retour du refoulé du traumatisme de la grande guerre, disparition de la langue régionale... comment s'actualisent ces traumatismes aujourd'hui ? N'y a-t-il pas à regarder ce qui se passe pour les générations actuelles et ce qu'elles disent de leur souffrance, de leur inscription dans la société, dans la famille, dans le symbolique, dans la parole pour essayer d'aller au plus près de ce vécu et proposer des pistes actuelles de prévention adaptées au terrain.

4. Plans régionaux, départementaux et territoriaux de prévention du suicide de 1996 à 2020¹⁶

4.1 En France et en Bretagne

Le suicide est défini comme un enjeu et une priorité majeure de santé publique en France depuis les années 1990.

¹⁶ Merci au Docteur Alain Mevel, directeur départemental pour le Finistère à l'Agence Régionale de Santé pour la mise à disposition des documents ainsi qu'à Erika Denoual, Animatrice Territoriale de

Dès 1996, la Bretagne, consciente du problème de santé publique que représentait le suicide sur le territoire régional a mis en œuvre un Plan Régional de Santé (PRS), sur le thème Souffrance psychique et phénomène suicidaire, pour la période 1996-2001. Piloté par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) dès 1994, des programmations stratégiques d'actions de santé (PSAS) sont initiés et la Bretagne rejoint les régions pilotes en 1995.

Dès ce premier PRS, l'association entre dépression et risque suicidaire est faite. Les points forts de la région à ce moment-là viennent des travaux de l'Observatoire Régional de la Santé Bretagne (ORSB), des projets de recherche dynamiques, des milieux professionnels sensibilisés. Les points faibles concernent la méconnaissance des réseaux d'intervention et des travaux de recherche à l'échelle du territoire, l'inégalité d'accès aux soins, la disparité des procédures d'accès aux prises en charges psychologiques et l'hétérogénéité des ressources en ce qui concerne les urgences.

L'objectif ambitieux du premier PRS sur le thème du suicide en Bretagne était de limiter la progression du phénomène suicidaire à l'échelle de la Bretagne par la mise en place de différentes actions concernant les professionnels, les réseaux de prise en charge, les procédures de prise en charge et le grand public. Des actions de formation des professionnels étaient envisagées, en formation initiale et continue, des projets de créations d'annuaires des réseaux et des ressources à l'échelle des territoires bretons, des actions envers le grand public pour faire connaître les lieux d'aide, prendre en charge l'entourage des personnes suicidantes et suicidées, mieux connaître les profils des personnes primo-suicidantes et récidivantes en utilisant les recueils des Départements d'Information Médicale (DIM), évaluer le coût socio-économique des suicides et TDS à l'échelle de la Bretagne, travailler sur la coordination des prises en charge avec les médecins libéraux et faire de la recherche sur la caractérisation des patients suicidants uniquement vus par les médecins généralistes et enfin faire un état des lieux de l'accueil hospitalier des suicidants.

En parallèle, une première stratégie nationale de prévention du suicide est mise en place pour la période 2000-2005 avec comme mesure phare le développement des formations au repérage et à l'intervention de crise suicidaire dans toutes les régions de France.

Le bilan du premier PRS breton a été fait en 2004 lors de la création du PRS 2004-2008 pour la Bretagne, intitulé : Prévenir le suicide en Bretagne. D'un point de vue épidémiologique, le constat d'une diminution des taux de suicide a été fait. Cependant, cette diminution a eu lieu à l'échelle de la France entière, et l'écart entre les taux bretons et les taux français reste le même. Parmi les points positifs, il y a semble-t-il un effet sur la levée du tabou du suicide chez les professionnels, un phénomène mieux connu, la création de dispositifs spécialisés de prise en charge, des actions à destination du public et des formations mises en place. On trouve dans le

PRS 2004-2008 la nécessité de penser cette formation dans des modalités différentes pour certains acteurs de la prévention comme les médecins généralistes et les bénévoles non professionnels de la santé et du social. Dès 2004, l'idée avait émergé qu'il fallait intégrer cette problématique dans un dispositif plus large de santé publique avec des actions de promotion de la santé mentale et une réflexion à mener sur la réduction de l'accès aux moyens létaux. Par ailleurs, un travail avait commencé à être mené sur le « savoir profane » de la population générale sur le suicide, mais qui s'est peu développé ailleurs que sur le territoire de l'Ile et Vilaine.

Ce PRS a insisté sur 5 axes importants pour la prévention du suicide :

- À destination de la population générale : information et « savoirs profanes »
- Concernant les personnes en crise suicidaire et/ou suicidantes/suicidées : caractérisation des profils de ces personnes et amélioration des prises en charges
- À destination de l'entourage : prise en charge précoce et spécialisée pour éviter « le traumatisme psychologique » (PRS 2004-2008, p. 37)
- La formation des professionnels du champ sanitaire, médico-social et social au repérage et à l'intervention de crise.
- Prise en compte des spécificités des territoires à fort taux de suicide

Quelques pistes critiques ont permis également de dire qu'il manquait un fil conducteur à ces actions, ce qui les rendait peu lisibles, visibles et évaluables et qu'elles étaient assez peu intégrées dans une vision plus globale de la santé publique.

Là encore, il y a des choses essentielles pour la prévention du suicide qui sont abordées. La question qui se pose est de savoir comment concrètement ces propositions ont été mises en action et quels effets cela a pu avoir.

En 2007, à l'initiative de la Région Bretagne, se tient une Conférence de consensus sur le modèle de conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (HAS), intitulée « En Bretagne le suicide n'est pas une fatalité. Comprendre ensemble pour agir ». Il y est fait mention d'un tabou du suicide, alors que les précédents PRS mettaient en avant qu'ils avaient agi sur cette dimension. Il est précisé dans l'introduction que cette démarche participative avait réussi à faire tomber les idées reçues sur le suicide et lever le tabou du suicide. Le projet avait pour objectif de faire un état des lieux du phénomène suicidaire en Bretagne et de proposer des recommandations concrètes pour une meilleure prévention du suicide en Bretagne. La conférence de consensus conclut en faisant 7 propositions : - Sortir le suicide de la « clandestinité » sans le banaliser, - Identifier les freins au recours aux centres d'écoute, - Banaliser la demande d'aide, - Donner de la visibilité aux numéros de soutien psychologique, - Favoriser la formation des professionnels, - Améliorer la connaissance épidémiologique et sociologique du phénomène. Il est intéressant de se rendre compte que les apports épistémologiques utilisés dans cette conférence de consensus sont uniquement du côté de la médecine et de la sociologie, cette dernière encore fortement référencée à Durkheim. À l'image de certains psychanalystes qui n'ont jamais pu entendre que la psychanalyse avait changé et évolué depuis Freud et Lacan et que la vie psychique du sujet dans la modernité devait être réinterrogée avec des concepts théoriques évolutifs, ne peut-on pas penser que le questionnement sociologique du suicide doit aussi prendre un peu de distance avec certains

concepts durkheimiens et pouvoir être vus sous un nouvel angle d'approche ? Du côté de la psychologie, on voit qu'elle est souvent une grande absente de ces débats sur le suicide et qu'il n'y a pas de psychologues parmi les experts.

Le Schéma Régional de Prévention (SRP) 2011-2014, intègre un chapitre « Promotion de la santé mentale et prévention du suicide », avec deux axes de promotion de la santé mentale, le premier dans une dimension globale intégrant des démarches sur le lien social, la lutte contre l'isolement et l'amélioration des conditions de travail (Halbwachs n'est toujours pas loin), et une dimension d'éducation à la santé avec le développement des compétences psychosociales des personnes. Sur la prévention du suicide spécifiquement, on retrouve toujours les mêmes axes qu'en 1996 et 2004 autour de la formation, de l'information du public, la consolidation des dispositifs ambulatoires, les dispositifs d'accueil et d'écoute et l'implication des médecins généralistes, la postvention, la prévention de la récurrence et l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques.

Au niveau national, toujours en parallèle, se sont succédés différents plans dont le dernier courait sur la période 2011-2014 comme le SRP breton. En 2013 est créé l'Observatoire National du Suicide (ONS).

À retracer l'histoire de la politique de prévention du suicide à l'échelle de la Bretagne, on remarque que certains grands thèmes sont toujours d'actualité 20 ans plus tard et que l'écart des taux de suicide avec la France est toujours le même. Des améliorations ont été faites, notamment sur la dimension de la prise en charge des personnes suicidantes, bien qu'il reste une hétérogénéité des prises en charges à l'échelle locale.

4.2 Les politiques de prévention du suicide dans le Pays COB

À l'échelle du Pays COB, la santé est au cœur des préoccupations depuis sa création en raison en raison des indicateurs de santé défavorables dont j'ai parlé précédemment. Depuis 2004, un dispositif d'animation territoriale de santé existe sur le territoire. En 2010, le Pays COB crée une commission santé pour évaluer et proposer des actions en direction de la santé sur le territoire. En 2012, un premier projet territorial de santé est élaboré en parallèle de la création d'un premier Contrat Local de Santé (CLS). Ce CLS a pour but d'adapter les politiques nationales et régionales de santé aux particularités d'une zone géographique. Dans le premier CLS, les stratégies de prévention du suicide se sont structurées dans un axe de prévention et de promotion de la santé, avec des actions autour de la souffrance psychique, des addictions et du suicide. Dans ce cadre-là, une action de diagnostic local de la sursuicidité et des addictions en Pays COB a été réalisée, des formations sur le « repérage et l'intervention de crise suicidaire » ont été dispensées pour les professionnels de la santé et du secteur social, mais également pour les élus ruraux. Le CLS a également apporté son soutien à des dispositifs existants ou à la création de structures, comme la participation à la semaine d'information sur la santé mentale, sur le territoire de Rostrenen, le soutien aux collectifs de prévention du suicide Misaco (Gourin) et Kizidic (Châteauneuf Du Faou) ou au Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) sur Carhaix, Rostrenen, Gourin, et également la création d'une permanence d'écoute pour les personnes endeuillées par l'association « Jusqu'À la Mort Accompanyer la Vie » (JALMALV) sur Rostrenen qui a du mal à se développer et dont l'existence est en péril.

Je ne vais pas ici retracer toutes les actions menées par le CLS 2012-2015 mais je vais surtout insister sur celles qui visent la santé mentale et le suicide. Le CLS 2012-2015 a été prolongé, puis un deuxième CLS a été signé en 2017 pour la période 2017-2020 autour de 6 axes : l'axe 1 cherche à préserver et améliorer la prévention, l'accès aux droits, aux soins et aux services de santé de proximité. L'axe deux a pour objectif de promouvoir la santé mentale et améliorer la prise en charge. L'axe trois a pour but d'améliorer le parcours de vie des personnes. L'axe quatre porte sur la santé et le travail, le cinquième traite du thème de la santé et de l'environnement, et l'axe 6 cherche à coordonner et informer sur les actions mises en place. Concernant spécifiquement la santé mentale et le risque suicidaire, les trois actions proposées dans l'axe 2, pour la période 2017-2020, consistent en : - la sensibilisation et la formation des acteurs locaux et des élus sur la souffrance psychique et le risque suicidaire (Action 22), - le soutien de la mise en réseau des acteurs sur la santé mentale, les souffrances psychiques et le risque suicidaire (Action 23), et enfin maintenir l'offre d'accueil, d'écoute et d'accompagnement du PAEJ (Actions 24). En parallèle, plus globalement, il y a l'élaboration d'un Contrat Local de Santé Mentale (CLSM), des réflexions sur la création d'un Groupement d'Entraide Mutualiste (GEM) sur la partie finistérienne du Pays COB, des actions de promotion de la mobilité en direction des personnes âgées pour accéder aux soins...

En repensant à ma pratique clinique, je me rends compte qu'à l'échelle du territoire du COB, certaines propositions en sont encore à leurs balbutiements alors que l'étude des territoires à forts taux de suicide était une préconisation du PRS 2004-2008. Il n'y a pas sur ce territoire de structure d'accueil des personnes endeuillées par suicide, la permanence d'accueil et de prise en charge spécialisée au CMP de Carhaix a été ouverte il y a 3-4 ans et repose sur une psychologue pour un temps dédié de 40%, les réseaux existent mais se structurent par département sans liens interdépartementaux forts, des formations ont lieu, mais, comme à l'échelle du territoire national et régional, elles n'ont donné lieu à aucune évaluation depuis la première stratégie nationale de prévention du suicide. Par ailleurs, le mot dépression n'apparaît nulle part dans ces projets.

Le dernier rapport d'évaluation du Programme National d'Actions contre le Suicide 2011-2014 rédigé en mars 2016 par le HCSP, met en avant des remarques essentielles pour penser la prévention du suicide dans l'avenir à proche, moyen et long terme. Je ne rentrerai pas dans les détails, mais je reprendrai ce qui est commun aux différents objectifs des PRS, SRP et CLS bretons et centres-bretons.

La restriction de l'accès aux moyens létaux doit rester une priorité, car ses effets ont été démontrés dans la réduction des taux de suicide, et doit être développé à un niveau local et individuel. Un plan de santé mentale cohérent doit être pensé en intégrant la prévention du suicide par des actions auprès des personnes à risque en insistant sur de la dépression et l'isolement, en intégrant à chaque étape du processus les médecins libéraux et la coordination entre les professionnels. Il faut développer des actions sur l'accompagnement des proches après un suicide, car les ressources sont encore insuffisantes. Des propositions sont également faites pour qu'une meilleure évaluation des formations soit faite et que des projets spécifiques de formation soient développés envers les médecins généralistes (PRS 2004-2008).

Ces quatre items étaient déjà proposés dans les projets bretons dès les années 2000. On voit avec cette temporalité, que les actions mettent du temps à être mises en œuvre et nécessitent d'être réévaluées et pensées régulièrement.

*« Hâtez-vous lentement et sans perdre courage,
Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage
Polissez-le sans cesse et le repolissez »*

(Nicolas Boileau, L'art poétique, Chant premier, V. 171-174)

B. Question de recherche

Puisque ce territoire du Centre Ouest Bretagne reste, en dépit d'actions menées à l'échelle nationale, régionale et territoriale, le Pays de Bretagne le plus touché par le suicide, il doit y avoir certainement encore d'autres aspects à prendre en considération dans l'étude de la problématique suicidaire en Centre Bretagne. Peut-on être sûr que les hypothèses formulées pour toute la Bretagne sont valables sur ce territoire ?

Si les taux de suicide en Bretagne et en particulier en COB ne baissent que peu par rapport aux autres régions de France, depuis la mise en place des plans nationaux de prévention du suicide, n'y a-t-il pas, sur ces territoires, nécessité de repenser les actions de préventions en fonction du contexte d'implantation de ces actions ? La revue de littérature a mis en évidence qu'il existe peu de connaissances sur les raisons de la sursuicidité en Pays COB et pas d'évaluation des actions de prévention mises en place sur ce territoire en termes de contenu et d'efficacité.

En COB, pour faire diminuer les taux de suicide, n'est-il pas nécessaire d'avoir une analyse précise des facteurs associés au suicide (risque et protection) pour permettre dans un second temps l'implantation d'actions de prévention ciblées et adaptées au contexte local ?

A travers une analyse de la problématique suicidaire en Pays COB, je souhaite mettre en lumière certaines spécificités locales qui entreraient en considération dans la sursuicidité de ce territoire. Cette recherche se veut, non seulement clinique et théorique, mais aussi et surtout force de proposition d'actions locales de prévention du suicide et d'amélioration des dispositifs existants. Afin de réaliser cet objectif, j'ai choisi d'étudier deux champs de recherches en interrelation dans la compréhension du suicide :

- La dimension des relations sociales et des représentations conscientes et inconscientes collectives sur le suicide, comme étant des facteurs de modelage possibles de la pensée individuelle à l'égard du suicide,
- La clinique qui ouvre à la dimension singulière et familiale, historique et culturelle, en étudiant des trajectoires de vie des personnes en crise suicidaire et des personnes suicidées pour éclairer l'existence éventuelle de déterminants communs, mais également analyser les effets sur l'entourage d'un suicide.

On voit dans cette démarche de recherche s'articuler quatre des 5 grands points évoqués dans les PRS : 1- sur le territoire du Pays COB, actuellement le plus touché par le suicide en Bretagne, 2- qu'en est-il du savoir profane ? 3- quels profils ont les personnes en souffrance suicidaire ? 4- quels effets ? et 5- quelles prises en charge pour les personnes dont un proche s'est suicidé ?

C. Objectif de la recherche et hypothèse générale

Dans le préambule, je proposais l'idée que le collectif a un effet sur l'individuel et que ce qui se dit et ne se dit pas sur le suicide au niveau collectif, empêche la prévention efficace du suicide, et influe de ce fait aussi sur le sujet en souffrance suicidaire dans sa possibilité de parler de sa souffrance.

Si le suicide d'une personne a un effet possible au niveau transgénérationnel, il a donc un effet sur le collectif familial mais aussi social. Il se crée donc une circularité dans le lien au suicide qui se répète. Quelle serait cette boucle agissant en Centre Ouest Bretagne qui ferait que les taux de suicide restent les plus élevés de Bretagne ?

En partant de cette idée, je chercherais à voir si l'on retrouve des effets des suicides et des tentatives de suicide en Centre Ouest Bretagne au niveau collectif qui influeraient à leur tour au niveau individuel et en particulier sur différentes dimensions de la prévention : repérage, intervention, communication etc. Comme Baudelot et Establet (2006, p.8) l'ont écrit : « *La forte charge traumatique dont il est porteur assure à l'onde de choc qu'il engendre une aire de propagation sans commune mesure avec sa rareté statistique* ».

Ce territoire est petit et ne concerne qu'un peu moins de 100 000 personnes, et si l'on se réfère aux taux de suicide, il n'y aurait que 35 décès par an par suicide en COB, mais pour autant, il faut s'intéresser aux raisons de cette sursuicidité, à ses effets individuels, familiaux et collectifs. Ce travail ne comporte pas d'hypothèse précise de départ hormis ces idées d'interaction social-individu dont j'ai parlé plus haut. Le propos de ce travail est de faire un diagnostic local de la problématique suicidaire en Pays COB et de proposer des pistes de prévention et de réflexions théoriques à la suite de ce travail, pour avancer à la fois concrètement sur le territoire pour les personnes en souffrance, et permettre de relancer des dynamiques de recherche spécifiques.

D. Justification des méthodes de recherche

Ce travail s'inscrit dans une perspective de psychologie clinique, dynamique et intégrative appliquée à la santé publique. Une recherche dans le domaine de la prévention du suicide ne peut pas se placer dans une autre optique que celle de l'interdisciplinarité et l'ouverture. C'est pourquoi, afin d'apporter des éléments de réponses à nos hypothèses, je vais aborder la question de la sursuicidité en Pays Centre Ouest Bretagne, à la fois sous l'angle de la clinique et de la méthode clinique en recherche, mais aussi sous l'angle de la psychologie sociale et de certaines méthodes d'analyse des phénomènes sociaux.

La dimension clinique aura pour but d'éclairer les dimensions individuelles et singulières en jeu dans la souffrance psychique amenant au suicide, tandis que la recherche avec des méthodes issues de la psychologie sociale viendra renseigner sur les dimensions collectives.

Cette recherche est façonnée par la lecture de l'ouvrage de Charlotte Herfray (1993) où l'auteur interroge le fonctionnement des institutions de travail avec une grille de lecture psychanalytique. Cette grille d'analyse du fonctionnement et du dysfonctionnement institutionnel remet le sujet au cœur du dispositif de travail et cela peut tout à fait s'appliquer à la recherche. En effet, Charlotte Herfray nous propose de penser un mode de fonctionnement avec le sujet en son centre, comme indiqué sur le schéma suivant :

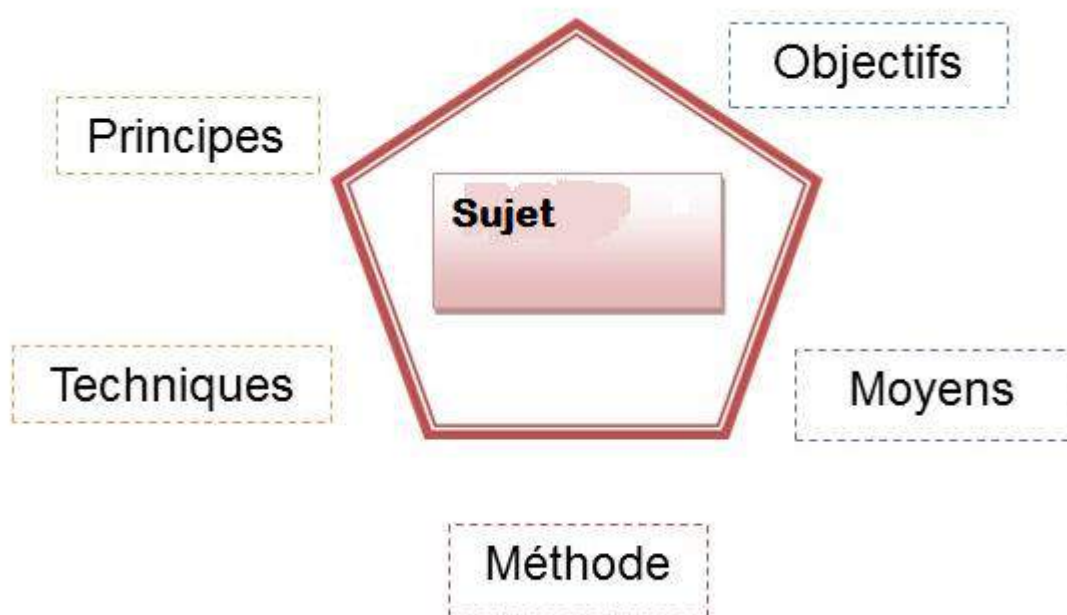


Figure 24 : Mode de fonctionnement institutionnel (Ch. Herfray, 1993, p. 218)

Ce que ce schéma a de particulier par rapport une dimension strictement fonctionnelle du travail, c'est à la fois de remettre la subjectivité en son centre, mais aussi de référer son travail à des principes, un ensemble de valeurs, de référentiels et une éthique.

Le référentiel de base de ce travail est la position adoptée par Lagache pour définir la méthode clinique, celle de l'étude du sujet, de la personne dans sa globalité, en situation, dans son contexte de vie, dans son histoire de vie, dans sa singularité, au niveau conscient et inconscient, sans oublier la dimension collective, sociale dans laquelle il évolue (Pédinielli, 1994). La méthode clinique, au plus près du patient, à son chevet, ne désobjective pas la situation de la rencontre. Elle met la parole au centre du dispositif, et vise à mettre en évidence un ensemble d'éléments plus ou moins convergents qui seront ensuite analysés dans leur interrelation.

L'éthique qui est la mienne est celle du respect incontestable du sujet, de sa parole, de ces possibilités et de ses impossibilités, au travers de l'utilisation de techniques de recherche utilisées de manière progressive, dans l'idée d'une co-construction de la rencontre entre le chercheur et le « porteur de parole sachant quelque chose sur l'objet de la recherche ».

Le chercheur, pour garantir cela, se sera référé à de solides connaissances antérieures, à des méthodes fondées sur des théories reconnues, mais aussi, aura fait le tri au niveau subjectif, de ce qui de son inconscient pourrait venir perturber le processus de recherche. Le chercheur adoptera cette position de neutralité bienveillante permettant que « ça » parle chez le porteur de parole et où le « ça » du chercheur sera repéré et non envahissant. Autrement dit, une analyse au fur et à mesure de la rencontre, des phénomènes contre-transférentiels à l'œuvre chez le chercheur sera faite, dans la mesure du possible et il assurera une fonction contenant pour réceptionner le discours du sujet et ses effets. Par ailleurs, une analyse à posteriori de la

dynamique de l'entrevue sera faite pour repérer ce qui aurait pu échapper au moment même de la rencontre.

En reprenant le schéma de Charlotte Herfray, je pourrais synthétiser l'objectif de cette recherche et le cadre général dans lequel elle se déroule ainsi :

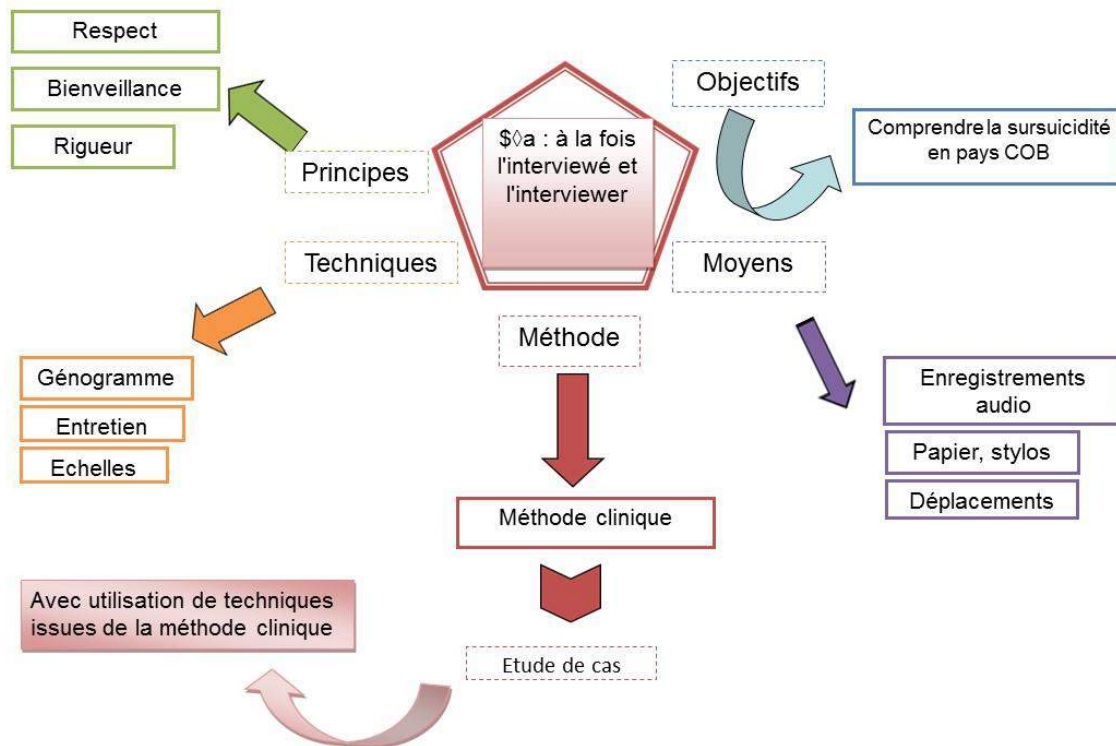


Figure 25 : Synthèse de la méthodologie générale de la recherche

E. Synthèse de la première partie :

Le Pays COB, avec un taux standardisé de mortalité par suicide supérieur de 116% à la moyenne nationale est un territoire très touché par ce problème de santé publique.

Aucune étude transdisciplinaire n'a été réalisée à ce jour sur ce territoire à ce sujet.

L'objectif de ce travail de thèse est de faire un diagnostic local des facteurs psychosociaux et psychopathologiques à l'œuvre dans les crises suicidaires en Pays COB, de comprendre les dynamiques relationnelles individuelles et sociales sur ce territoire et d'élaborer des hypothèses pouvant expliquer ce phénomène et proposer un programme de prévention du suicide à l'échelle de ce territoire.

La question de recherche dans ce travail est qu'il existe des spécificités locales sur le territoire du COB qui n'ont pas encore été étudiées et pensées dans le cadre des programmes de prévention du suicide. Ces facteurs sont à l'origine de la surmortalité par suicide sur le territoire. Des actions de prévention peuvent être envisagées pour y remédier.

Des méthodes issues de la psychologie sociale et de la psychologie clinique seront utilisées pour répondre à cet objectif.

**Seconde partie : Étude des représentations
sociales du suicide, des causes du suicide et
des personnes suicidées. Étude inter et
intra-régionale**

Introduction¹⁷

L'étude princeps sur les attitudes, les stéréotypes et la stigmatisation concernant le suicide date de 1985 et a permis de mettre en évidence les mythes associés au suicide (Mc Intosh, Hubbard & Santos, 1985). Les études sont faites à l'échelle d'une population nationale ou sur des caractéristiques sociodémographiques précises, mais ne sont que rarement faites sur un territoire particulier ou par rapport à une population spécifique. La description faite précédemment du Pays COB avec ses spécificités sociodémographiques, mais aussi les données socioculturelles et cliniques issues des études faites en Bretagne, semble justifier une étude locale des représentations sociales du suicide comparativement au reste de la Bretagne, et d'autre part avec un autre territoire, culturellement fier de ses racines, mais faiblement touché par le suicide : l'Alsace.

Il a été mis en évidence que certaines composantes des représentations sociales : les stéréotypes, les attitudes de stigmatisation, les préjugés sont des freins à la prévention. Les questions que je me suis posée, à la suite des nombreuses formations au repérage et à l'intervention en situation de crise suicidaire que j'ai pu mener (plus de vingt groupes en quatre ans) et de ce que les professionnels venaient y déposer de leurs représentations, est : Y a-t-il des idées préconçues spécifiques en Bretagne, ou en Pays COB, qui pourraient être des freins à la prévention ? Les réponses à cette question devraient elles aussi permettre de progresser sur le chemin de la prévention du suicide sur ce territoire.

Dans les stratégies proposées dans les différents PRS sur la prévention du suicide en Bretagne, les actions en direction du grand public sont présentes, sous forme de communications, de débat, de brochures, mais également, succinctement, dans un travail sur les « savoirs profanes » des Bretons sur le suicide. L'expression « savoir profane » rejoint la notion de représentation sociale. Or, s'il existe des représentations spécifiques qui peuvent être des freins à la compréhension des messages de prévention, il serait intéressant de les connaître en amont des actions de communication. C'est ce que cette partie de la recherche propose d'explorer.

¹⁷ Cette partie de ma thèse a reçu le soutien du Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS) et je remercie son Président et les membres du Comité d'Administration pour leur aide.

Certains résultats présentés dans cette partie ont donné lieu à une publication dans l'International Journal of Social Psychiatry, en 2016 :

Kopp-Bigault, Walter & Thevenot, The Social Representations of Suicide : An inter-regional study in Alsace and Brittany, International Journal of Social Psychiatry, 2016, vol. 62, Issue 8, DOI: 10.1177/0020764016675652

Cette partie est composée de cinq chapitres. Le premier concerne les données générales sur les représentations sociales et leur intérêt dans le champ de la psychologie clinique. Le second est un état des connaissances sur les représentations sociales du suicide et la formulation des hypothèses. Le troisième chapitre décrit la méthodologie de cette partie de la recherche, tandis que le quatrième synthétisera les résultats de l'étude des représentations sociales du suicide, des causes de suicide et des suicidés entre Bretagne, Pays COB et Alsace. Enfin, le cinquième chapitre sera la conclusion de cette partie. Dans ce travail, j'utiliserai l'abréviation RS pour représentation(s) sociale(s).

Chapitre 1 : Généralités sur les représentations sociales

« Situées à l'interface de l'individuel et du social, du rationnel et du pulsionnel, de la conscience et de l'inconscience, de l'imaginaire et du discursif, les représentations sociales sont à la fois des constituants mentaux et des contenus de pensées très importants. Ce sont les pièces maîtresses de la vie mentale tant individuelle que collective »
(Mannoni, 1998, p. 119)

A. Les représentations sociales

La définition des RS qui semble faire consensus est celle de Denise Jodelet. Elle définit la représentation comme *« une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »* (Jodelet, 1989, p.53).

La RS est un savoir de sens commun. Nous retrouvons ici la notion de « savoir profane ». Elle n'est pas forcément opposée à la connaissance scientifique, ou moins rigoureuse, car elle se fonde aussi en partie sur des connaissances exactes partagées par les individus formant le groupe. La représentation existe psychologiquement et socialement (Jodelet 1989 ; Mannoni, 1998) et se constitue de manière dynamique, interactive et transversale. L'individu, de manière intrinsèque, développe une image mentale d'un objet en fonction de ses sensations à niveau infralangagier (Cyrulnik, 1995), en fonction de ses expériences personnelles, des discours entendus et produits à propos de cet objet, c'est-à-dire en fonction de ses rapports aux autres par l'éducation, la culture, la tradition, les discours collectifs et lui permettent de construire sa personnalité et son monde de représentations.

Les représentations mentales sont des *« images chargées émotionnellement, des reflets d'objets, des reproductions symboliques à contenu figuratif, que l'on se représente ou que l'on représente à d'autres intentionnellement dans la perspective d'une communication d'informations intellectuelles ou affectives qui ont valeur dans l'échange social interhumain »* (Mannoni, 1998, p. 15).

À partir de cette représentation mentale singulière et au gré des interactions sociales de l'individu et des modalités de communication inter-individuelles, ces représentations mentales individuelles se partagent et s'homogénéisent. *« Elles circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites »* (Jodelet, 1989, p.32).

Ainsi elles permettent de créer du lien entre les individus d'un même groupe, de créer un sentiment d'appartenance en pensant et agissant de manière similaire par rapport à une représentation sociale d'un objet spécifique (Moscovici, 1969).

À la manière d'un rétrocontrôle, le discours social à propos d'un objet commun est intégré psychiquement par les individus. *« Il existerait un flux, une mobilité et une perméabilité permanente entre les univers psychiques personnels et sociaux, à l'intérieur d'une même sphère*

culturelle, qui supposent des échanges dans les deux sens au cours desquels s'effectueraient les élaborations mentales aboutissant aux représentations sociales, élaborations (que l'individu ne peut effectuer qu'à partir des matériaux psychologiques acquis dans son groupe de référence), et auxquelles peuvent facilement participer et adhérer les membres de la collectivité, du fait de leur partage d'une culture et d'une vie commune » (Mannoni, ibid, p.16).

On peut aussi penser qu'elles agissent de manière intergénérationnelle (Mannoni, ibid, p.77) du fait de leur dimension relationnelle et de leur élaboration dans le rapport à l'autre, et entre autres à la famille.

Cependant, elles ont aussi une valeur limitée dans le temps et dans l'espace car elles sont toujours à analyser en fonction de facteurs sociohistoriques, sociopolitiques, socioéconomiques. Il s'agit là de facteurs collectifs. Philippe Ariès qui a travaillé sur la représentation de la mort en Occident a bien mis en évidence cette mutabilité des représentations sociales dans le temps (Ariès, 1975, 1977, 1983).

Elles sont aussi instables en fonction des facteurs psychiques individuels, car il existe des situations où la représentation est impossible, comme dans le traumatisme par exemple « *à la fois inassimilables et omniprésentes* » (Zajde, 1995).

Les RS sont constituées à partir d'un ensemble de connaissances, de normes, de croyances, d'images, d'attitudes dont les stéréotypes et les préjugés, à propos d'un objet social. Elles ont un noyau central qui regroupe les cognitions à caractère fonctionnel et normatif, et un système périphérique qui ancre la représentation dans la réalité du moment (Abric, 1987 ; Flament, 1989). Lorsqu'elle se modifie, ou que l'on cherche à la modifier, c'est dans un premier temps le système périphérique qui change (Flament, 1989) sauf si l'impact de l'événement à l'origine de cette mutation est tel que tout le système doit être changé dans le but toujours de s'intégrer dans le social et dans le groupe. Kurt Lewin disait que tant que les valeurs d'un groupe ne changent pas, un individu faisant partie de ce groupe résistera au changement, d'autant plus s'il doit beaucoup s'écarter des normes groupales (Lewin, 1951). Ce fonctionnement se rapproche d'un fonctionnement économique au niveau psychique, avec une harmonisation de la représentation entre le milieu socioculturel et la représentation sociale d'un objet mais aussi sous l'influence de modifications intrapsychiques individuelles. Cependant, dans ce cas précis, les modifications seront plus lentes. Il doit y avoir une congruence interne et externe.

B. Intérêt de l'étude des représentations sociales en psychologie clinique

Les RS sont impliquées dans les modalités de résolution de problème dans de nombreuses situations de la vie sociale. Elles peuvent conditionner la façon dont un individu va se comporter, car elles impliquent pour lui un certain nombre de règles, de normes, de valeurs sociales qui lui imposent un cadre, un certain champ de possible et d'impossible. Léon Festinger (1957) a mis en évidence l'influence des RS sur les groupes, du côté de l'uniformité et du conformisme qui peuvent ainsi être à l'origine de mécanismes de rejet, d'exclusion mais aussi d'acceptation par l'identification à la représentation sociale majoritaire dans le groupe. Elles sont les figurations du psychisme collectif ayant aussi comme base le psychisme individuel, car elles sont constituées de sens et de discours. En analysant les discours, on peut à la fois trouver des traces des RS mais aussi de la singularité d'un sujet. « *La représentation sociale est avec*

son objet dans un rapport de "symbolisation", elle en tient lieu, et "d'interprétation", elle lui confère des significations » (Jodelet, 2012, p. 43). Elle est du côté du sens de l'objet collectif pour un sujet.

Par ailleurs, les RS sont des élaborations à partir d'images mentales archaïques où se retrouvent fonctions cognitives, imaginaire, fantasmes... La RS ne représente pas la réalité d'un objet mais la reconstitution imaginaire de cet objet par un individu dans le collectif, avec comme influence à la fois la société actuelle et l'intergénérationnel familial. La famille est elle-même un groupe, dont les RS et le psychisme influencent la constitution des premières images mentales de l'enfant et son inscription dans une histoire et une société.

Ainsi l'étude des RS permet d'étudier l'inconscient collectif, car cela nous donne accès à la façon dont les individus au sein d'un même groupe culturel conçoivent et se positionnent par rapport à un objet social.

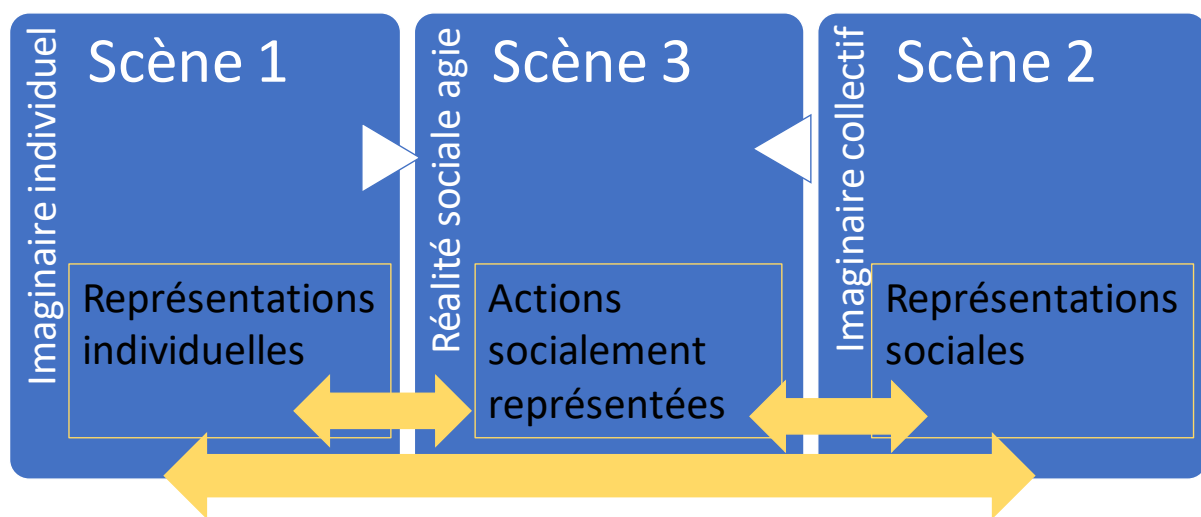


Figure 26 : Dimensions dans lesquelles agissent les RS selon Mannoni (1998, p. 120)

Chapitre 2 : État des connaissances et hypothèses générales

A. État des connaissances sur les représentations sociales du suicide

Il existe de nombreux écrits internationaux sur les représentations sociales mais pas, à ce jour, sur les représentations sociales du suicide. Les travaux en suicidologie portent sur les « rejets » des RS que sont les attitudes, opinions, stéréotypes, préjugés et une de leurs conséquences principales : la stigmatisation. Ces textes ont servi de base pour la constitution du répertoire des idées reçues, encore appelés par l'OMS : les mythes sur le suicide.

Les recherches étant très hétérogènes, il s'avère difficile de les synthétiser. Elles traitent aussi bien des attitudes à l'égard du suicide en général (Renberg, Hjelmand & Koposov, 2008 ; Westefeld, Sikes, Ansley & Yi, 2004 ; Kocmur & Dernovsek, 2003 ; Agnew, 1998), que sur les attitudes associées à des populations particulières (personnes âgées : Vermette, 2012 ; Davenport, Parker, Cantrell & Demi, 1997 ; - étudiants : Forestier, 1983 ; - parents d'adolescents : Veilleux, St Cyr-Tribble & Paul, 1993), ou encore liées à des professions spécifiques (Gagnon & Hasking, 2012 ; Kodaka, Inagaki, Postuvan & Yamada, 2013 ; Kodaka, Inagaki & Yamada, 2013) ou des classes d'âge (Beautrais, Horwood & Fergusson, 2004) ou liées au genre (Dahlen et al., 2002).

Globalement, ces études montrent que les attitudes à l'égard du suicide sont plus tolérantes lorsqu'il existe des antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide ou de suicide, mais aussi inversement, que des personnes n'ayant jamais été confrontées à cette problématique sont significativement plus désapprobatrices (Beautrais et al., 2004 ; Gibb, Andover & Beach, 2006 ; Kocmur et al., 2003 ; Renberg et al., 2008 ; Reynders, Kerkhof, Molenberghs & Van Audenhove, 2015 ; Veilleux et al., 1993).

Dans notre société contemporaine où la question de la liberté individuelle est prégnante, il peut être normal pour certains de se suicider (Segal, Mincic, Coolidge & O'Riley, 2004), il s'agit d'une affaire privée (Domino & Leenaars, 1989), et il n'est pas possible de modifier l'état psychique d'une personne suicidaire (Hjelmeland & Knizek, 2004), c'est inévitable (Miller, Azrael & Hemenway, 2006). Par ailleurs certaines conditions de vie semblent rendre le recours au suicide plus acceptable : par exemple en cas de douleurs physiques importantes (Domino & Leenaars, 1989) surtout lors de maladie grave (Dahlen & Canetto, 2002 ; Susanszky, Hajnal & Kopp, 2008) dont le cancer (Westefeld et al., 2004), le grand âge (Lee, Tsang, Philipps & Kleinman, 2007 ; Winterrowd, Canetto & Benoit, 2015) et la maladie mentale (Segal, 2000).

Ces représentations semblent se différencier selon le genre des personnes interrogées, une étude auprès de parents d'adolescents suicidaires montre que les mères font un lien entre tentative de suicide et maladie mentale et que les pères estiment plus qu'il s'agit d'impulsivité (Veilleux et al., 1993), ces éléments sont en cohérence avec la recherche de Wellman et Wellman (1986) qui a mis en évidence que les hommes auraient plus tendance à nier et éviter le sujet suicide.

Je me suis plus particulièrement intéressée aux RS du suicide chez les professionnels du soin parce qu'ils sont un maillon essentiel dans les dispositifs de prévention. Des travaux indiquent qu'une longue expérience avec des personnes suicidaires modifie les attitudes des personnes et les rendrait plus négatives à l'égard des patients qu'un professionnel débutant (Gagnon et al., 2012). En revanche, une autre étude montre que les professionnels en santé mentale ont des attitudes plus positives dans leurs façons de faire à l'égard des personnes ayant fait une tentative de suicide que d'autres professionnels de santé (Srivastava & Tiwari, 2012). D'autres recherches révèlent que les professionnels de santé pensent qu'ils doivent tout faire pour dissuader la personne de se suicider (Rogers, Gueulette, Abbey-Hines, Carney & Werth, 2001 ; Werth & Liddle, 1994). En ce qui concerne spécifiquement les psychologues, il a été mis en évidence que parmi toutes les professions de santé, il semblerait que leur attitude soit significativement plus permissive et que le « client » ait le droit de se suicider s'il le souhaite (Gagnon et al., 2012). Cette dernière étude a été réalisée en Australie et il serait intéressant de voir si on peut retrouver ce type de résultats en France.

D'autres étudient les modifications des opinions sur le suicide après une campagne de sensibilisation ou une formation (Maine, Shute & Martin, 2001 ; Berlim, Perrizzolo, Lejderman, Fleck & Joiner, 2007 ; Coppens et al., 2014 ; Botega et al., 2007). Selon Manami Kodaka, la formation ne modifierait pas les attitudes à l'égard du suicide (Kodaka et al., 2013). On peut faire l'hypothèse que l'angle sous lequel l'attitude a été considérée, c'est à dire comme une entité singulière, fait qu'une modification substantielle n'est pas possible. Si l'on considère l'attitude comme le fruit de la représentation et qu'on prend en compte la globalité du système, il est donc possible de modifier les attitudes en modifiant les RS.

Cependant de nombreuses études montrent une évolution des attitudes et des opinions sur le suicide après une formation (plus ou moins stable dans le temps) et proposent même d'intégrer la prévention du suicide et son étude dans les cursus de formation initiale et continue des professionnels de santé médicaux et para-médicaux (Anderson & Standen, 2007 ; Bajaj et al., 2008 ; Berlim et al., 2007 ; Botega et al., 2007 ; Brunero, Smith, Bates & Fairbrother, 2008 ; Chan, Chien & Tso, 2009 ; Huh et al., 2012 ; Jacobson, Osteen, Jones & Berman, 2012 ; Kato et al., 2010 ; Kim, Lee, Lee, Yu & Hong, 2009 ; Moriss, Gask, Battersby, Francheschini & Robson, 1999 ; Nebhinani, Mamta, Gaikwad & Tamphasana, 2013 ; Nebhinani, Nebhinani, Tamphasana & Gaikwad, 2013), mais aussi des travailleurs sociaux et de développer la formation de la population générale (Cankovic et al., 2013 ; Coppens et al., 2014).

On se rend compte à travers cette revue de littérature que peu d'études ont été faites en France sur ce sujet. La seule grosse étude réalisée sur les représentations sociales de la folie est celle associée à l'étude SMPG (Roelandt, Caria, Defromont, Vandeborre & Daumerie, 2010), mais elle ne porte pas spécifiquement sur le suicide.

On peut partir de la proposition suivante d'Ellinor Salander Renberg et collaborateurs : « *The use of attitudes studies in a suicide prevention context might very well serve as a starting point in mapping culture and subgroup specific conditions for the development of intervention strategies* » (2008, p. 674) et aller encore plus loin : l'utilisation d'études sur les représentations sociales du suicide dans un contexte de prévention pourrait être le point de départ pour le développement de stratégie d'intervention adaptées à une culture et à des sous-groupes définis,

car comme l'écrivent Moliner et Tafani : « *Attitudes towards objects are based on the evaluative components of the representation of those objects* » (1997, p. 687).

B. Hypothèses concernant les représentations sociales du suicide

Maurice Halbwachs (1930) écrivait que le comportement suicidaire d'un individu pouvait éventuellement avoir été partiellement dicté par ce que « son milieu » pouvait penser de la situation dans laquelle il se trouve. Ainsi le sujet se conformerait à une certaine norme sociale, issue des représentations sociales majoritaires par rapport à sa situation.

Le rapport 2014 de l'ONS précise plus récemment que la société « *contribue à façonner l'horizon des possibles des existences individuelles, la façon dont ils sont perçus et la reconnaissance dont peuvent bénéficier ses membres* » (p. 23) entre autres dans l'accès aux soins, l'accès au travail etc.

Le lien entre société, place dans la société, individu et singularité est toujours actuel. Le suicide en est certainement un exemple marquant. Car si chaque histoire est singulière et se réfère à un sujet dans sa spécificité, elle s'inscrit dans une historicité : personnelle, familiale, sociétale. Et les causes du suicide, existant en tant qu'acte depuis autant de temps que l'homme sait rendre compte de son histoire, changent en fonction des modifications de la société. Georges Minois (1995) a mis en évidence, dans son étude du suicide de l'Antiquité au début du 20^{ème} siècle, que les modalités de suicide et les sex ratio ont fort peu changé depuis ces temps anciens, les raisons du suicide ont changé, parfois très subtilement, parfois plus radicalement en fonction de l'évolution de la société. Tel un agent pathogène qui mute pour s'adapter au milieu dans lequel il vit, les causes du suicide varient selon les lieux, le moment, les personnes et le contexte social dans lequel vivent les individus.

Ces changements sont à étudier et l'étude des représentations sociales est un moyen d'accéder à ces modifications. L'hypothèse générale que je formule par rapport aux représentations sociales du suicide est la suivante : il existe des différences inter-régionales des représentations sociales du suicide. Comme elles sont véhiculées par l'inconscient collectif, elles sont donc variables en fonction des populations, des contextes et de la rencontre personnelle avec la problématique suicidaire. Dans le cadre de mon étude, l'hypothèse principale est qu'il existe des RS du suicide différentes en Pays COB par rapport à la Bretagne et par rapport à une région témoin, l'Alsace. L'hypothèse secondaire est que la constitution de la RS du suicide en Pays COB est à l'origine de freins dans la prévention du suicide.

Si cela devait être le cas, les actions de prévention du suicide et les messages d'information seraient à modifier en fonction de ce contexte car il a été mis en évidence que les idées fausses sur le suicide nuisent à l'interprétation des signes précurseurs et ainsi limitent la prévention (Hjelmand & Knizek, 2004) et il semble ainsi nécessaire d'étudier quelles sont ces « idées reçues » en Bretagne et plus spécifiquement en Pays COB pour aller vers des actions de prévention plus ciblées.

Chapitre 3. Méthodologie générale

Dans cette partie de mon travail, j'adopte une position constructiviste par rapport à mon objet d'étude. J'étudie le suicide en Pays COB à partir de la subjectivité des individus dans un groupe social donné, afin de favoriser une meilleure compréhension de cette réalité sociale sur ce territoire. Cette partie de la recherche est dans un processus explicatif, c'est-à-dire qu'à partir des hypothèses citées plus haut, je cherche à expliquer pourquoi et comment, dans le groupe, les RS du suicide se déploient, sont dites ou sont tues et ce qui est véhiculé collectivement sur ce sujet, à la différence de la partie clinique qui elle est plus descriptive et analytique.

A. Régions d'étude

Comme précédemment vu dans la revue de littérature et la justification de la recherche, les différentes études réalisées en Bretagne pour expliquer les taux de suicide mettent en avant des facteurs socio-historiques ayant fortement affecté la population bretonne à un moment de son histoire et ayant eu des effets psychopathologiques à long terme.

Les RS sont modifiées par le contexte socio-culturel dans lequel elles se déploient. Ayant émis l'hypothèse que ces représentations seraient spécifiques en Pays COB et en Bretagne, j'ai choisi de proposer le questionnaire élaboré pour la Bretagne dans une autre région, à faible taux de suicide. Mon objectif était de voir si le taux de suicide, c'est-à-dire la possibilité d'avoir été confronté dans son environnement proche à cette problématique, changeait les représentations ou pas.

J'ai effectué cette comparaison avec une région française ayant un vécu historico-culturel se rapprochant de la Bretagne [une identité régionale forte et une langue régionale parlée et revendiquée, un attachement religieux fort et déclinant actuellement, et un éloignement à peu près équivalent de Paris, zone de décisions politiques] mais avec un taux de suicide inférieur à celui de la Bretagne et à la moyenne nationale.

L'Alsace¹⁸ répond à ces quatre critères. Le taux de suicide en Alsace, pour chaque département est inférieur à la moyenne nationale de 29% (ONS, 2016, p. 267). Par ailleurs, l'histoire de l'Alsace aux 19^{ème} et 20^{ème} siècles est marquée par des nombreuses guerres, où les hommes alsaciens ont été forcés de combattre dans l'armée allemande contre leur patrie d'origine, où la langue régionale a aussi été mise en difficulté dans son rapport au français mais aussi du fait de sa proximité linguistique avec la langue allemande. Par ailleurs, elle est une région aussi éloignée de la capitale que la Bretagne sur un axe de symétrie nord-sud passant par Paris.

¹⁸ Enquête réalisée avant le nouveau découpage administratif

Cependant, l'Alsace n'est pas similaire en termes d'étendue géographique, de densité de population, de niveau socio-économique et d'accessibilité. Ces deux dernières variables sont probablement en lien avec l'histoire régionale, sa localisation et son développement après-guerre. On pourrait y retrouver une image en négatif de la Bretagne : plus isolée géographiquement, avec une densité de population et un développement socio-économiques hétérogènes, alors que l'Alsace a développé une forte activité assez homogène sur l'ensemble de son territoire avec une composante frontalière importante.

Ces variables historiques, culturelles et géographiques ont été retenues car elles sont le plus souvent mises en avant en Bretagne pour expliquer le mal-être des Bretons (Barbançon, 2002 ; Broudic, 2008 ; Carrer, 1986-a,b, 2007).

B. Instrument / Moyen

1. Étude préalable

Un premier questionnaire¹⁹ a été élaboré pour étudier différents aspects du rapport au suicide en population générale et a été testé sur 10 personnes du Centre Ouest Bretagne et 20 personnes hors COB mais Bretonnes. Le questionnaire était constitué de propositions issues des connaissances sur les mythes associés au suicide et d'éléments entendus et proposés par les participants aux formations « repérage et intervention en situation de crise suicidaire ». Les questions étaient posées sur un mode binaire : oui/non.

Cette étude préalable a permis de mettre en évidence que ce type de réponse n'était pas pertinent et que pour avoir accès aux représentations sociales des personnes, il fallait trouver une autre méthode. Cependant, cette première enquête mettait en évidence des réponses différentes entre le COB et le reste de la Bretagne, ce qui me confortait dans l'idée qu'une étude territoriale était nécessaire.

A la suite de cette première étape, un second questionnaire a été conçu et a servi d'outil pour l'étude définitive²⁰.

2. Étude définitive

Le questionnaire d'étude des représentations sociales est constitué de tâches d'association libre de 3 mots répondant à des consignes simples. La tâche d'association libre est classiquement utilisée dans les études sur les représentations sociales (Bergamaschi, 2011 ; Fontaine & Hamon, 2010 ; Walchelke, 2008 etc.) car elle permet d'accéder au contenu latent

¹⁹ Questionnaire enregistré auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés par le Correspondant Informatique et Libertés de l'Université de Strasbourg – Référence en annexe.

²⁰ Je remercie vivement Madame la Professeure Eva Louvet (EA 4040 - Unistra) pour son aide précieuse.

constitutif de la représentation (Salès-Wuillemin, Galand, Cabello & Folcher, 2011 ; Abric, 2011), d'accéder au champ sémantique de l'objet social étudié (Abric, 2011) de par la dimension spontanée et projective de la tâche (Abric, 2011).

Les questions sur les représentations sociales ont été organisées en trois parties : représentations sociales du suicide (Pour vous le suicide c'est ?), caractéristiques attribuées aux personnes suicidaires (Pour vous les personnes qui se suicident sont ?), et causes attribuées au suicide, en général (Pour vous les causes du suicide sont ?) et en Bretagne plus spécifiquement avec la question : « Pour vous les causes du suicide en Bretagne sont ? ». J'ai rajouté des questions sur la connaissance par les répondant de personnes suicidées ou suicidantes afin de déterminer les caractéristiques des groupes en termes de confrontation avec le suicide.

C. Procédure / Passation

La diffusion du questionnaire s'est faite par voie numérique et les personnes répondaient via un lien qui les connectait au questionnaire disponible pendant 4 mois. Il a été diffusé par les médias locaux des deux régions d'étude : journaux hebdomadaires, ou quotidiens, radios, réseaux sociaux de ces médias, mais aussi par le bouche à oreille, via des organismes de santé publique etc.

Le choix du support numérique a été fait en raison du caractère sensible du thème d'enquête. Des études de psychologie sociale (Flament, Guimelli & Abric, 2006 ; Guegan, Moliner & Vidal, 2013) ont mis en évidence que face à des sujets d'étude ayant des impacts psychiques relativement importants ou fortement mobilisateurs, les questionnaires en face à face révélaient des effets de masquage des représentations sociales. C'est à dire, que les personnes face à un examinateur, ne répondaient pas ce qu'elles pensaient réellement. Par le biais des environnements numériques, le sujet montrerait moins ces effets de masquage car il est seul face à un ordinateur.

D. Echantillon

Le questionnaire était destiné à des personnes majeures (> à 18 ans), sans limites supérieures d'âge. Les seuls critères d'inclusions étaient que les personnes résident dans l'une des deux régions d'étude, qu'elles soient originaires de la région ou non. Un consentement à la recherche était recueilli en début de questionnaire.

1. Inclusions / Exclusions pour le groupe d'étude

Ce questionnaire s'adressait à toute personne résidant en Bretagne quel que soit le lieu de naissance. Ainsi, j'ai exclu les personnes n'habitant pas la Bretagne, telle qu'elle est délimitée

d'un point de vue administratif actuellement, c'est-à-dire à l'exclusion des Pays de la Loire²¹ J'ai cependant conservé les situations particulières des personnes domiciliées hors Bretagne mais nées en Bretagne et plus particulièrement sur le Pays COB pour éventuellement en faire une analyse secondaire.

Lors des réponses, un certain nombre de personnes de Loire Atlantique (Nantes et proximité) ont répondu au questionnaire. Ce phénomène pose question : Est-ce une trace de cet attachement revendiqué par certains habitants de Loire Atlantique à la Bretagne historique ? On ne peut pas exclure un problème de lecture de consigne également.

2. Groupes témoins

2.1 Echantillon de personnes vivant en Alsace

La procédure d'inclusion et d'exclusion est identique à celle de la Bretagne. Ne sont retenus que les questionnaires pour lesquels les personnes sont résidentes en Alsace quel que soit leur lieu de naissance²².

2.2 Echantillon de personnes ayant fait la formation « Repérage et intervention de crise suicidaire »

Par ailleurs, j'ai proposé à 98 personnes, personnel soignant et administratif, que j'ai formées au repérage et à l'intervention en situation de crise suicidaire au Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (CHPM) de répondre au même questionnaire, dans un délai après formation variant d'un mois à deux ans, pour avoir un groupe témoin de personnes dont les représentations sociales du suicide ont été potentiellement modifiées par la formation et le travail autour des idées reçues selon une méthode connue et standardisée²³.

D'un point de vue méthodologique, les RS étant constituées d'éléments centraux et d'éléments périphériques, il est nécessaire de vérifier, pour faire changer les attitudes et les comportements à l'égard du suicide, que les éléments fondamentaux et stables de ces RS changent. A travers l'analyse des réponses du groupe témoin, il pourrait y avoir des réponses par rapport à cette question.

²¹ Nantes a fait partie de la Bretagne historique

²² Une étude comparative de ce type, mais à plus large échelle, a été récemment publiée par Reynders et al. (2015). La comparaison portait sur un pays à haut taux de suicide versus faible taux de suicide (Pays Bas et Belgique - Flandres), parlant la même langue, et interrogeait la demande d'aide psychologique des personnes ayant fait une tentative de suicide, en lien avec le processus de stigmatisation.

²³ Guide du formateur élaboré par Mme le Professeure Monique Seguin et le Professeur Jean-Louis Terra, dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide. Distribué aux seuls formateurs. 2002

3. Biais

Ce type de diffusion sélectionne de fait une certaine partie de la population, celle qui est connectée au réseau Internet et qui s'y connaît suffisamment pour accéder à un fichier via une url. Une conséquence est la représentativité des catégories d'âge, toutefois les âges de l'échantillon varient de 18 à 74 ans.

Par ailleurs, il est possible qu'il y ait un biais de recrutement, c'est-à-dire que les personnes ayant décidé de répondre aient été influencées par le sujet du questionnaire. Ont-elles été touchées personnellement ? Une analyse par sous-groupes en fonction du fait d'avoir été personnellement confronté au suicide permettra de vérifier si c'est le cas.

E. Type d'analyse

Dans le sillage de l'école d'Aix en Provence et des travaux d'Abric (1994), la RS est constituée d'un noyau central, stable, « *non négociable* » (Valence, 2010, p. 46) formée d'un ou plusieurs éléments, qui « *structure et génère le sens de l'ensemble du champ représentationnel considéré* » (idem, p. 46), et d'un système périphérique, plus souple, plus labile et plus susceptible de modifications, et d'adaptation au contexte (Wagner, Valencia & Elejabarrieta, 1996).

Tableau 4 : Caractéristiques du système central et du système périphérique (Valence, 2010, p.48)

Système central	Système périphérique
Lié à la mémoire collective et à l'histoire du groupe	Permet l'intégration des expériences et des histoires individuelles
Consensuel	Supporte l'hétérogénéité du groupe
Stable	Souple
Cohérent	Supporte les contradictions
Rigide	
Résiste au changement	Evolutif
Peu sensible au contexte immédiat	Sensible au contexte immédiat
Génère la fonction de la représentation	Permet l'adaptation à la réalité concrète
Détermine son organisation	Permet la différenciation du contenu
	Protège le système central

À partir d'une tâche d'association libre de 3 mots, répondant aux questions suivantes :

- « Pour vous le suicide c'est » ?
- « Pour vous les causes du suicide sont » ?
- « Pour vous les personnes qui se suicident sont » ?
- « Pour vous les causes du suicide en Bretagne sont » ?

J'ai utilisé l'analyse que Vergès (1992) a élaborée, appelée analyse double des rangs d'évocation, permettant d'étudier la structure de la représentation sociale. L'analyse des fréquences d'apparition d'un mot ou d'un champ lexical corrélé à son rang d'apparition est un indicateur de centralité d'un élément dans la représentation sociale (Abric, 2011) et permet une première approche et description de la structure interne de la représentation (Walchelke, 2008). Ainsi, à partir des mots évoqués par les participants, j'ai attribué à chaque mot un rang de 1 à 3 selon que l'ordre rang d'évocation du mot. J'ai conjointement répertorié le nombre d'apparitions de ce mot. Un assemblage par champ lexical et sémantique a ensuite été établi sur certains thèmes récurrents.

Pour l'analyse, j'ai sélectionné les mots ou champs sémantiques évoqués par au moins 5% des personnes ayant répondu par région d'étude. Ce seuil de 5% a été choisi en rapport avec la méthodologie utilisée par Salès-Wuillemin et al. (2011) qui, pour une tâche d'association libre de 10 mots maximum, sélectionnait les mots cités par au moins 10 % des sujets.

Cette sélection donne le tableau suivant où la médiane de la fréquence et la médiane des rangs d'apparition sont calculées pour permettre la construction d'un tableau à double entrée permettant d'identifier la structure de la représentation sociale ci-dessous.

Tableau 5 : Tableau à double entrées d'organisation de la structure de la RS selon le rang d'évocation et la fréquence

	Rang d'évocation faible	Rang d'évocation élevé
Fréquence élevée	Noyau Central	Première périphérie
Fréquence faible	Première périphérie	Deuxième périphérie

Chapitre 4. Résultats

A. Caractérisation de la population répondant

En Bretagne, tous départements confondus, j'ai recueilli 545 questionnaires valides pour tous critères (résidence). En Alsace, il y a 241 questionnaires représentant le groupe témoin 1. Pour le groupe témoin 2 incluant des personnes formées, il y a 48 réponses. Je qualifie le groupe de personnes formées de groupe témoin car on peut s'attendre à ce que leurs RS soient différentes du fait qu'un apprentissage spécifique avec un contenu dédié aux mythes sur le suicide. On pourrait s'attendre à ce que leurs RS se rapprochent de celle d'un groupe d'expert.

1. Analyse globale Bretagne versus Alsace – Analyse sociodémographique

Le tableau suivant récapitule l'analyse socio-démographique de nos deux groupes de personnes ayant répondu.

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques du groupe expérimental versus le groupe témoin 1 (Alsace)

		Bretagne (n=545)	Alsace (n=241)	p (si significatif)
Sex Ratio	Hommes	123	61	
	Femmes	422	180	
Ages	18-24	76	53	
	25-34	179	76	
	35-44	13	59	
	45-54	107	30	
	55-64	43	14	
	65-74	9	8	
	75-84	1	1	
Niveaux d'éducation	Collège	5	0	
	CAP/BEP	67	16	
	Baccalauréat	104	40	
	Bac+2/+3	205	82	
	Bac+4	60	24	
	Bac+5 et +	104	79*	<.005
Emploi	Oui	385	157	
	Non	160	82	
	Sans réponse	0	2	
Structure familiale	Couple	366	170	
	En cours de séparation	7	3	
	Divorcé(e)	46	9	
	Seul actuellement	83	31	

	Seul n'ayant jamais été en couple	37	26	
	Veuf / veuve	6	2	
Enfants	Oui	330*	119	<.0012
	Non	215	122	
Habitat	Maison	350*	117	<.001
	Appartement	188	118	
	Autre	7	6	
Propriétaire	Oui	288	114	
	Non	257	127	
Habitat Isolé	Oui	60*	11	<.004
	Non	485	230	

Les groupes sont similaires concernant le sex ratio et les tranches d'âge. A propos du sex ratio, les résultats sont assez peu surprenants. En effet, on pouvait s'attendre à ce que les femmes se sentent plus concernées par une étude de ce type comme les effectifs en formation le reflètent avec beaucoup plus de femmes que d'hommes.

2. Analyse spécifique

2.1 Sensibilisation à la problématique suicidaire

Une analyse par sous-groupe met en évidence que les personnes qui ont répondu sont majoritairement des personnes ayant été touchées personnellement par une dimension relative au suicide : tentative de suicide ou suicide. Ceci répond à l'interrogation précédente sur l'existence possible d'un biais de recrutement. Il est possible que nous ayons là accès à la représentation sociale du suicide des personnes concernées par cette problématique plus que celle de la population générale.

Cette analyse permet aussi d'envisager le sex ratio obtenu différemment. Les données épidémiologiques mettent en évidence que les femmes sont plus enclines aux tentatives de suicide que les hommes, et les hommes plus sujets aux suicides. Or on voit que ce sont des personnes touchées personnellement qui ont majoritairement répondu, donc potentiellement des personnes ayant fait des tentatives de suicide (femme) ou des personnes ayant perdu un proche par suicide (femme).

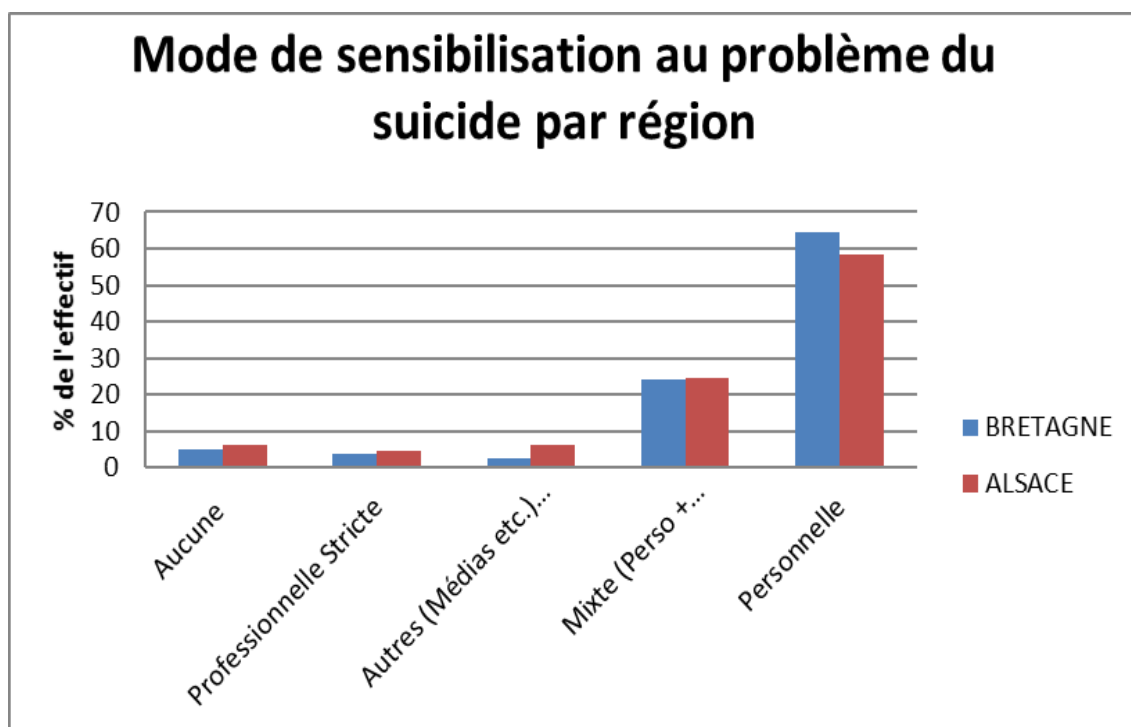


Figure 27 : Mode de sensibilisation au problème du suicide par région : Bretagne / Alsace

Par ailleurs, on se rend compte que parmi les personnes ayant répondu, il n'y a pas de différence significative entre le groupe Alsace et le groupe Bretagne sur la connaissance d'une personne suicidée dans l'entourage. Seul le groupe Bretagne est différent concernant la connaissance de personnes ayant fait des tentatives de suicide. Se confirme ici l'idée que ce sont des personnes ayant été touchées personnellement qui ont majoritairement répondu, en Bretagne comme en Alsace.

Tableau 7 : Effectif de personnes dans le groupe expérimental ayant une expérience liée au suicide comparativement au groupe témoin 1 (Alsace)

	Bretagne (n=545)	Alsace (n=241)	p (si significatif)
Connaissance d'une personne ayant fait une tentative de suicide			
Oui	378*	145	<.01484
Connaissance d'une personne s'étant suicidée			
Oui	340	136	

2.2 Expérience personnelle de crise suicidaire avec ou sans tentative de suicide

2.2.1 Méthodologie

Dans le questionnaire numérique sur l'étude sur les représentations sociales du suicide, étaient posées 3 questions sur l'existence au cours de la vie d'idées de suicide chez les personnes qui répondaient, l'existence de tentatives de suicide et si dans ce dernier cas, elles avaient eu de

l'aide. Cette partie du travail consiste à analyser ces résultats avec des calculs statistiques simples (Khi²).

2.2.2 Résultats

- Concernant les idées de suicide au cours de la vie

On remarquera sur le graphique à suivre que le pourcentage de personnes ayant eu des idées de suicide au cours de leur vie est sensiblement le même dans nos trois groupes. Le groupe répondant d'Alsace semble en avoir eu moins, mais la différence n'est pas statistiquement significative.

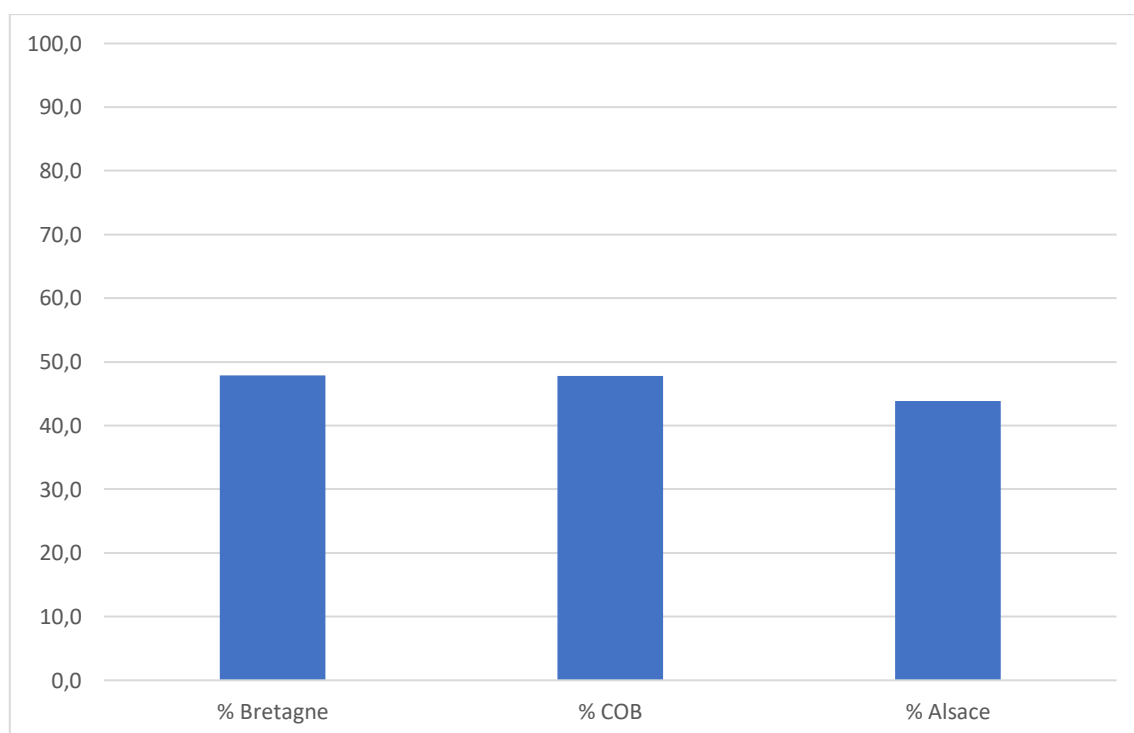


Figure 28 : Prévalence des idées suicidaires au cours de la vie chez les personnes ayant répondu au questionnaire : Bretagne, COB et Alsace

- Concernant les tentatives de suicide au cours de la vie

Concernant les tentatives de suicide, je me suis intéressée aux âges auxquels les personnes ont déclaré avoir fait une tentative de suicide, par région d'étude, et également si elles déclaraient avoir eu de l'aide à la suite de cette ou ces tentatives de suicide. Le nombre de personnes ayant fait plus d'une tentative était trop petit pour en faire une analyse.

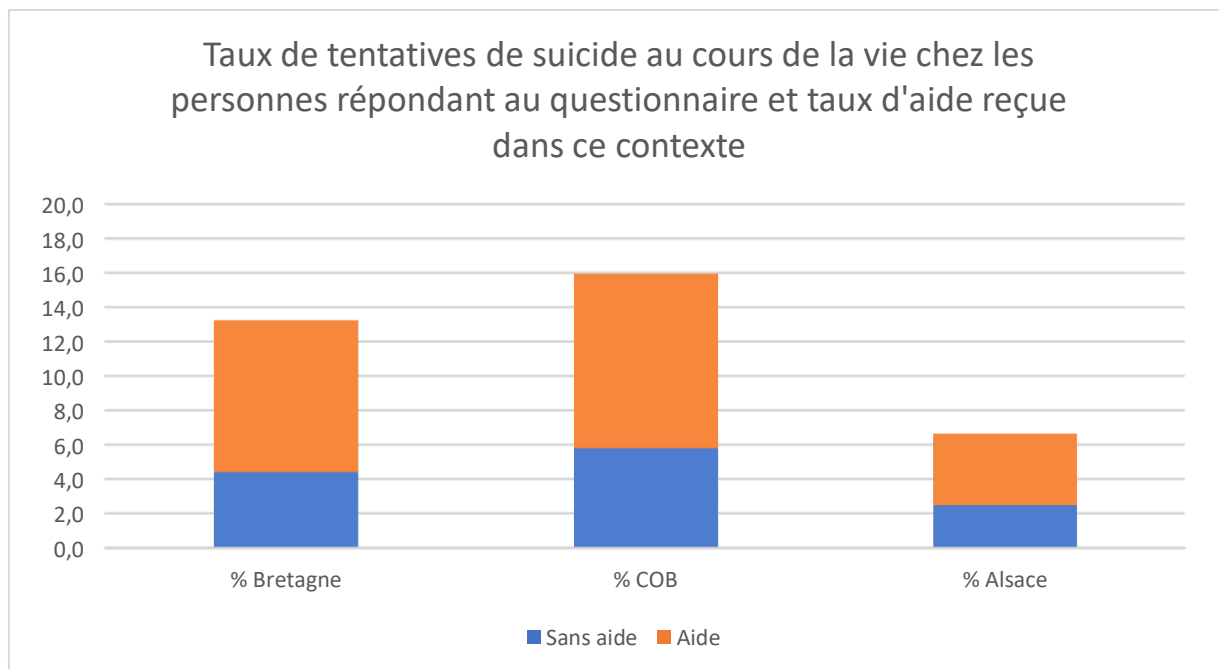


Figure 29 : Taux de tentatives de suicide au cours de la vie parmi les personnes répondant, par région et % d'aide reçue à la suite de la TDS

- Conclusion

La proportion des personnes faisant une / des TDS est supérieure en Bretagne (13,2%) par rapport à celle en Alsace (6,6%) (Khi carré=7,10 ; $p < 0,01$). La proportion des personnes qui font une(des) TDS est supérieure en COB (15,9%) par rapport à celle en Alsace (Khi carré=5,80, $p < 0,05$)²⁴. Toutes les autres différences ne sont pas significatives.

2.2.3 Discussion

La prévalence des idées de suicide au cours de la vie chez les personnes ayant répondu avoisine les 50%. Les données recueillies dans l'étude ESEMED (Nicoli et al., 2012) étaient de l'ordre de 12,4% d'idées de suicide au cours de la vie. Les deux études ne sont pas comparables évidemment mais on peut penser que les personnes qui ont répondu à notre enquête se sont senties plus concernées par la thématique du fait d'une expérience personnelle relative à la thématique de l'étude et de la perte d'un proche par suicide.

Concernant la prévalence des tentatives de suicide dans nos groupes, elle va dans le sens des disparités régionales concernant les suicides. Il y a significativement plus de TDS en Bretagne, qu'en Alsace, et encore plus en COB qu'en Alsace.

²⁴ Un grand merci au Professeur Guy Beauchamp (Université de Québec en Outaouais) pour son aide dans l'analyse statistique des groupes.

En 2014, la prévalence des TDS au cours de la vie pour les hommes était de 7.1% ($p < 0.001$) et de 9.3 % chez les femmes ($p < 0.07$) (ONS, 2016, p. 449). La prévalence au cours de la vie dans l'étude ESEMED est de 4.4% pour les tentatives de suicide (Nicoli et al. 2012). Nos données sont encore là significativement plus élevées, sans pouvoir comparer. Par ailleurs, dans ESEMED des liens ont pu être faits entre idéation suicidaire et TDS, ce que mon protocole ne me permettait pas.

Ce qui est intéressant au-delà de ces chiffres et qui n'est pas significativement différent dans nos trois groupes est l'aide reçue après la ou les TDS déclarées. Entre deux et six pourcents des personnes déclarent ne pas avoir eu d'aide après leur(s) TDS, c'est-à-dire, à l'échelle de notre échantillon, en moyenne, 31 personnes qui n'ont eu aucun soutien après TDS. On ne peut évidemment pas extrapoler ces résultats à la population générale, mais on sait qu'il existe un risque de récurrence après une TDS, et qu'elle est un facteur de risque de suicide (OMS, 2014). Je n'ai pas vu de résultats entre déclaration de tentative au cours de la vie ou dans les 12 derniers mois et déclaration d'aide reçue dans les études ESEMED, SMPG et autres... or il me semble que c'est un élément important à associer.

Je vais maintenant présenter les résultats de l'étude des RS du suicide, des causes de suicide et des personnes suicidées, en comparant Bretagne et Alsace (groupe témoin 1), COB et Bretagne et pour chaque RS les résultats du groupe témoin 2.

B. Étude des représentations sociales du suicide en général (Pour vous le suicide c'est ?)

1. Bretagne versus Alsace

L'ensemble des mots évoqués a été répertorié comme précisé auparavant, puis lorsque cela était possible, un regroupement par thèmes a été fait. Le tableau de synthèse figure en annexes, partie II, annexe 4.

Ces regroupements ont été faits sur la base de la synonymie, des définitions et de la proxémie des mots. Ils permettent de faire émerger des thèmes particuliers. Les mots ont été associés de la même manière dans toutes les analyses postérieures.

1.1 Analyse de la RS du suicide en Bretagne

1.1.1 Tableau synthétique

Comme précisé auparavant, des calculs de fréquence d'occurrence des mots et de rang d'évocation ont été faits, et nous avons rangé ces résultats dans un tableau à double entrée reprenant l'organisation précédemment citée du noyau central et du système périphérique.

Tableau 8 : Tableau à double entrée d'organisation de la structure de la RS avec codification couleurs commune avec la schématisation de la RS

	Rang moyen faible	Rang moyen élevé
Fréquence élevée	Noyau Central	Première périphérie
Fréquence faible	Première périphérie	Deuxième périphérie

À titre d'exemple, j'ai réalisé un codage couleur entre les deux tableaux pour illustrer l'organisation de la représentation sociale à la fois sur le tableau des calculs et sur la représentation graphique de la représentation.

Tableau 9 : Tableau d'organisation de la RS du suicide en Bretagne avec calcul des rangs et des fréquences

Bretagne	Rang apparition faible (<1.94)	Rang apparition élevé (>1.94)
Fréquence élevée > 57	Souffrance (154 ; 1,77) Désespoir (106 ; 1,67) Mort (88 ; 1,66) Mal-être (74 ; 1,81) Traumatisme collectif (122 ; 1,94)	Solitude (88 ; 2,12) Tristesse (64 ; 2,14) Dépression (57 ; 2,05)
Fréquence faible <57	Soulagement (42 ; 1,83) Lâcheté (42 ; 1,63) Solution (37 ; 1,78)	Incompréhension (48 ; 2,37) Abandon (44 ; 1,97) Impasse (28 ; 2,28) Fin (31 ; 2)

1.1.2 Schématisation de la RS du suicide en Bretagne

Après calculs je peux schématiser la RS du suicide en Bretagne comme sur la Figure 31. La partie bleu clair correspond au noyau central, la partie mauve représente la première périphérie de la représentation, la partie orange correspond à la seconde périphérie.

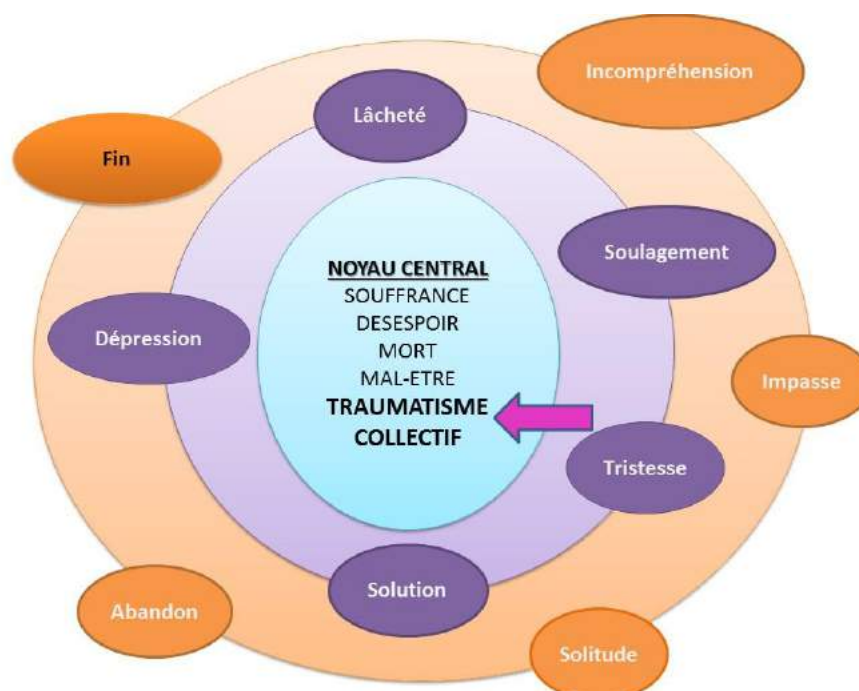


Figure 30 : Schématisation de la structure de la RS du suicide en Bretagne

1.2 Analyse de la RS du suicide en Alsace

1.2.1 Tableau synthétique

Tableau 10 : Tableau d'organisation de la RS du suicide en Alsace

Alsace	Rang apparition faible (<2.01)	Rang apparition élevé (>2.01)
Fréquence élevée > 26	Souffrance (53 ; 1,70) Désespoir (73 ; 1,66) Mort (63 ; 1,51) Mal-être (27 ; 1,96) Dépression (32 ; 1,78) Tristesse (26 ; 1,85)	Solution (26 ; 2,23) Traumatisme collectif (47 ; 2,06)
Fréquence faible <26	Fuite (12 ; 1,66) Lâcheté (14 ; 1,71)	Solitude (25 ; 2,08) Soulagement (22 ; 2,09) Appel à l'aide (21 ; 2,24) Incompréhension (14 ; 2,28) Impasse (13 ; 2,38) Abandon (19 ; 2,21)

1.2.2 Représentation graphique de la RS du suicide en Alsace

La RS du suicide en Alsace est schématisée comme suit, avec les couleurs qui correspondent au tableau 10.

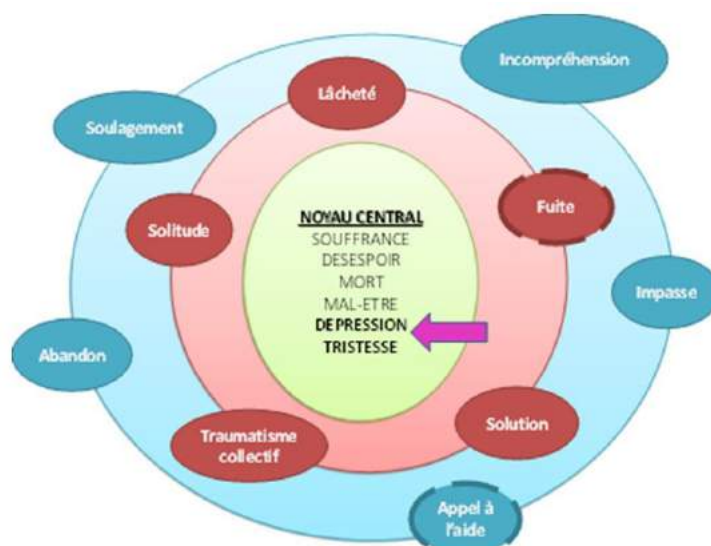


Figure 31 : Schématisation de la RS du suicide en Alsace (groupe témoin 1)

1.3 Discussion

On retrouve dans les deux noyaux centraux, un ensemble commun de 4 termes qui illustrent une dimension attributionnelle recherchant une explication au suicide. Pour les deux populations, le suicide est une mort consécutive à un état de mal-être et de souffrance associés au désespoir. Sur ce point, le sens commun rejoint le discours des experts.

Cependant, la RS du suicide entre Alsace et Bretagne diffère car leurs noyaux centraux sont différents (Moliner, 1994). Les différences sont indiquées dans les schématisations par des flèches (Figure 30 et 31). Mon hypothèse semble être validée pour l'étude inter-régionale.

Les Alsaciens interrogés associent suicide avec dépression, tandis que les Bretons participant y associent le traumatisme collectif, c'est à dire l'impact pour les survivants et le groupe social du suicide d'un membre de ce groupe social. Cet impact se mesure par les termes associés qui relèvent du champ sémantique du choc, de l'effroi, de l'horreur, de l'inacceptable etc. Ainsi, une partie de mes interrogations de départ trouvent déjà ici quelques pistes de réponses, puisque cette étude met en évidence un impact collectif du suicide dans le groupe expérimental en Bretagne, par rapport au groupe témoin, bien que les deux populations aient été autant confrontées à l'expérience du suicide.

La plupart des éléments constituant la représentation sociale du suicide sont tout de même similaires entre les deux régions (82% de similitudes). Parmi ces similitudes, nous retrouvons quelques facteurs de risques connus : dépression, solitude, désespoir, mal-être, souffrance (détresse), mais également un élément de jugement de valeur : la lâcheté. La notion d'abandon qui apparaît dans les deux régions. Il y a aussi des éléments associés à ce que peut être un suicide pour une personne : soulagement, solution, impasse. Enfin, les effets possible d'un suicide sur la dimension groupale apparaissent dans cette notion de traumatisme collectif, qui si elle n'est pas centrale en Alsace, apparaît cependant dans le système périphérique, avec en plus l'idée de l'incompréhension du suicide, de l'énigme, de l'indescriptible.

Seuls trois éléments diffèrent entre les deux régions : les bretons interrogés associent l'idée de fin (arrêt) au suicide tandis que les alsaciens répondant y associent les idées d'appel au secours et de fuite. L'appel au secours est une notion souvent associée à la tentative de suicide pour minimiser les risques associés et l'impact du geste. Mais c'est également encore une porte ouverte vers de l'aide, un message adressé, tandis que la fin, l'arrêt est un point final qui n'appelle plus l'autre à la rescousse.

J'ai donc mis en évidence qu'il y a des différences entre ces deux régions ayant des taux de suicide statistiquement opposés. Il se peut que les notions de demande d'aide, de repérage de la dépression comme facteur de risque majeur de suicide favorisent le repérage précoce de la souffrance psychique en Alsace et permette une meilleure prise en charge.

Par ailleurs, ce qui émerge comme effet collectif au niveau du groupe social breton qui a répondu, est du côté du traumatisme. Si la notion traumatique impacte si sérieusement ce groupe social breton, il se peut qu'il y ait un effet sur la prévention du suicide au niveau collectif mais aussi individuel.

Les effets d'un traumatisme sur un sujet peuvent être très divers, allant d'une bonne adaptation, à une demande d'aide ou encore faire émerger des cauchemars, des reviviscences diurnes, des altérations physiologiques, la sidération, la dissociation péri-traumatique, l'anxiété massive etc.

Cet effet traumatique sur le groupe social en Bretagne interrogé peut-il avoir pour conséquences, - soit une résistance de la population à se situer face à cette problématique de santé publique du fait d'un effet de sidération et du fait d'une difficulté à penser le suicide, - soit des processus d'imitation par banalisation du geste et parce que l'«outil de résolution de problème suicide devient une façon de résoudre ses problèmes, une solution comme une autre?»

Cette analyse ouvre des pistes quant à l'effet collectif d'un suicide, mais aussi sur la prévention elle-même et les messages de prévention.

Cela va permettre d'adapter les messages et les contenus de formation aux éléments les plus fréquemment associés au suicide en Bretagne, voire dans les pays de Bretagne, pour toucher directement au système de représentation.

L'analyse clinique des effets des suicides sur les proches dans la partie III de cette thèse amènera d'autres éléments de réflexions associés à ces premiers résultats.

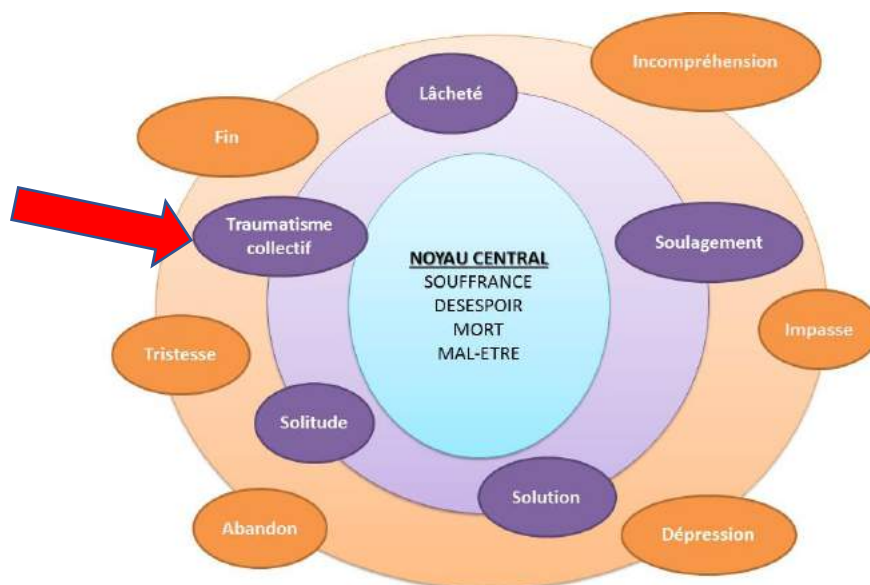
2. Bretagne versus COB

La même méthodologie a été reprise pour déterminer la représentation sociale du suicide en Pays Centre Ouest Bretagne par rapport au reste de la Bretagne. Une analyse des fréquences et des rangs d'évocation a été faite, à partir des mots associés librement au terme suicide dans une tâche d'évocation libre.

Le nombre de personnes du COB ayant répondu à l'enquête numérique est de 69. J'ai inclus dans le groupe COB pour avoir plus de personnes, les personnes originaires du COB, mais non domiciliées en COB et domiciliées en Bretagne. Le groupe formant le reste de la Bretagne est constitué de 476 personnes.

L'analyse de la représentation sociale montre des différences importantes par rapport à l'analyse précédente concernant la Bretagne en général, comme l'illustrent les deux schémas suivants :

Figure 32 : Schématisation de la RS du suicide en Bretagne sans le Pays COB



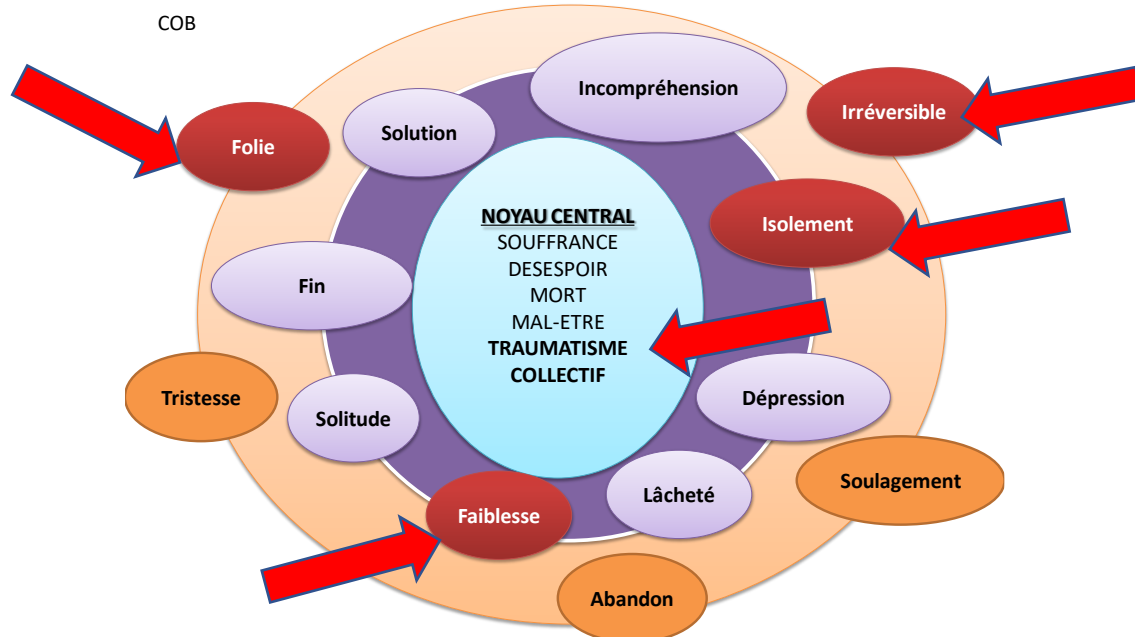


Figure 33 : Schématisation de la RS du suicide dans le groupe de personne issues du Pays COB

On remarque l'apparition, dans la représentation sociale du suicide en Pays COB, de 4 nouveaux items qui n'apparaissaient ni en Bretagne ni en Alsace, dont deux relèvent du jugement : folie et faiblesse, un s'associe à cette notion de fin, spécifique en Bretagne, qui est le caractère irréversible de l'acte suicidaire et un facteur de risque supplémentaire : l'isolement (associé à l'isolement géographique) puisque la solitude est un élément à part.

Les 4 éléments centraux formant la définition du suicide en population générale (Alsace, Bretagne, COB) restent présents en Bretagne sans le COB et dans le COB : le suicide est une mort associée au désespoir, à la souffrance, au mal-être.

Mais disparaît du noyau central, dans la représentation en Bretagne sans COB, la notion de traumatisme collectif qui est reléguée en première périphérie. Le reste des items est semblable à la première représentation.

Il se pourrait donc que l'impact traumatique dans les régions très touchées par le suicide soit particulièrement fort au niveau du groupe social au point de faire changer les éléments de centralité de la représentation comme c'est le cas dans le Pays COB.

D'autres études plus précises et avec d'autres méthodologies seraient nécessaires pour compléter ce travail. En effet, il y a peu de personnes ayant répondu à l'enquête (69) donc la représentativité est faible. De plus, il n'était demandé qu'un niveau d'association. Des études en psychologie sociale utilisent des méthodes complémentaires dans l'analyse des RS comme les cartes associatives qui utilisent plusieurs niveaux d'association (Jacobi, 1988 ; Feng et al., 2013). Il est intéressant, cependant, de noter que malgré une diffusion locale dans les journaux, peu de personnes du COB ont répondu. Je ne peux donc que proposer des pistes de réflexion. Parmi les hypothèses probables pour expliquer ce faible taux de réponse, il y a l'idée qu'il est difficile de parler de ce problème pour la population du Centre Ouest Bretagne, ou encore que

les voies d'accès au questionnaire, par le biais de médias privés nécessitant l'achat d'un quotidien ait pu limiter l'impact. Concernant cette dernière hypothèse, le nombre important de connections au questionnaire dans les jours qui ont suivi la diffusion régionale de l'enquête dans un quotidien régional breton et alsacien ne semble pas aller dans ce sens-là.

3. Résultats du groupe témoin

On peut se rendre compte, sur un groupe témoin, de 45 personnes (parmi 98 personnes sollicitées), membres du personnel d'un hôpital breton, formés au repérage et à l'intervention en situation de crise suicidaire, sur le format 2 jours + 1, que la représentation varie par rapport à celle obtenue pour la population bretonne, comme l'illustre la représentation ci-dessous :

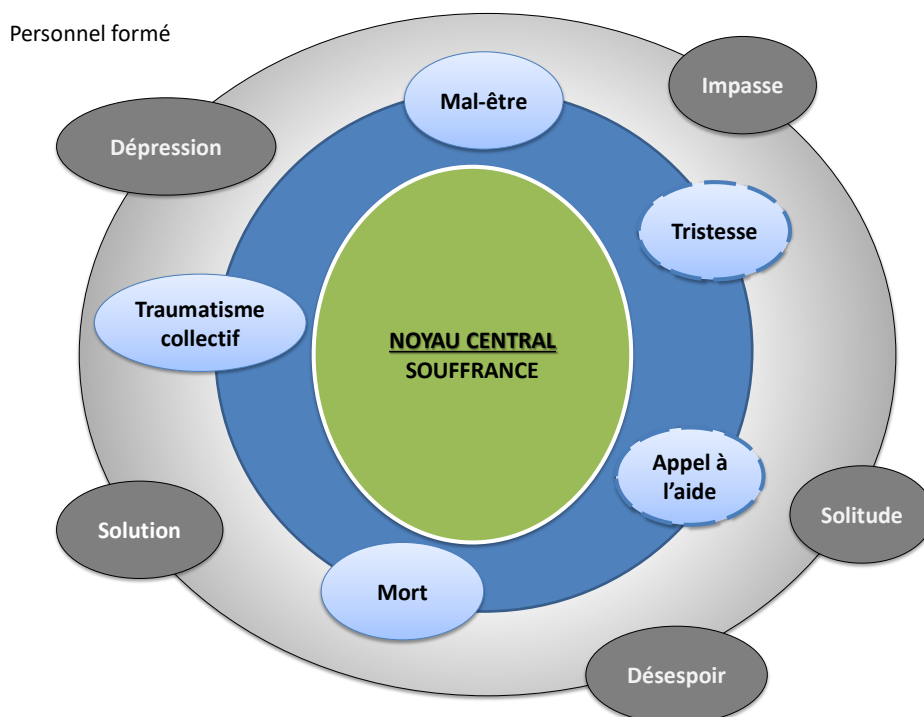


Figure 34 : Schématisation de la RS du suicide dans un échantillon de personnes formées au repérage et à l'intervention de crise suicidaire

On peut ici constater que le facteur associé au jugement social a disparu (lâcheté), et que la souffrance est au cœur de la représentation. Or, il a été précisé dans la revue de la littérature que la clinique actuelle de la crise suicidaire permet de comprendre que la souffrance psychique, quelles que soient ses origines, aussi bien somatiques que socio-économiques ou psychiatriques, est effectivement ce à quoi veulent échapper les personnes par l'idée du suicide. Ce n'est pas la mort qui est recherchée mais la fin de la souffrance. Il semble donc que la formation permette aux personnes formées de prendre en considération cette dimension. On peut également se rendre compte que la dépression ne prend toujours pas une place importante dans la dynamique représentative du suicide. Sans doute serait-il intéressant d'insister sur ce qu'est la dépression et le lien avec le suicide dans les formations des professionnels mais aussi en population générale.

4. Synthèse

«..., social representation acts as a guide for people's actions by integrating people's collective memories with their individual experiences»
(Feng Lin et al., 2013, p. 1931)

4.1 En termes d'impact psychologique du suicide sur la population

Si le noyau central reflète, entre autres, les éléments les plus stables de la conscience collective (Valence, 2010), est-il possible ici de mettre en évidence l'impact collectif du suicide en Bretagne dans sa dimension traumatique ? La confrontation de la population au suicide et aux tentatives de suicide, soit par les proches, soit personnellement, a-t-elle progressivement eu un effet traumatique collectif ? Cet aspect donnerait des indications sur la nécessité d'une prise en charge en postvention, sur la prévention du traumatisme psychique, de sa répétition et de sa banalisation. Mais aussi, sur la possibilité de mobiliser le groupe social pour la prévention. Ces résultats vont donc dans le sens des préconisations faites pour les futurs plans de prévention du suicide.

A l'opposé, le fait d'y être moins confronté en Alsace, fait-il que le suicide reste une donnée plus individuelle et personnelle et plus spécifiquement associée à la souffrance dépressive ?

4.2 En termes d'association dépression - suicide et d'accès aux soins

4.2.1 Généralités

Un autre élément apparaît et semble essentiel : la dépression n'est pas perçue comme un élément central de la représentation du suicide en Bretagne.

Or, les nombreuses données scientifiques mettent en évidence que la dépression est très fortement associée au suicide (i.e : Bhar, Ghahramanlou-Holloway, Brown & Beck, 2008 ; Bradvik, 2003 ; Chapman, Specht & Cellucci, 2005 ; Lee, Wong, Chow & McBride-Chang, 2006 ; Swahn & Potter, 2001 etc.)

En Bretagne, la dépression est associée au suicide dans le système périphérique, ce qui permet de dire que nos résultats sont en accord avec les résultats de l'étude Santé Mentale en Population Générale qui met en évidence que le terme dépressif est associé, pour 75% des sujets, à tristesse, isolement et suicide (Roelandt et al., 2010).

Il se pourrait, à regarder de plus près les items présents dans la représentation sociale du suicide, que les alsaciens arrivent à avoir une idée plus globale de ce qu'est la dépression et de certains de ses signes : tristesse, désespoir, mal-être, souffrance, et de ce fait, on pourrait faire l'hypothèse que le repérage de la dépression est plus rapide et qu'une demande d'aide est plus aisée, cette hypothèse est confortée par la présence de l'item appel à l'aide. Par ailleurs, l'histoire culturelle et scientifique de l'Alsace est aussi beaucoup plus marquée par le romantisme allemand dont Goethe est une figure illustre et les liens avec le suicide ne sont plus à faire et donc il se peut que la représentation de la souffrance dépressive soit plus aisée en Alsace. Histoire scientifique car l'Alsace a aussi été fortement imprégnée par les évolutions de ses voisins allemands et suisses sur la psychiatrie, la psychologie et la psychanalyse. Par ailleurs, Halbwachs a été professeur de sociologie à l'université de Strasbourg et on peut penser

que tous ces facteurs associés font que les personnes habitant cette région, baignant dans ce climat et cette histoire régionale aussi, sont plus enclines à reconnaître ce que peut être la souffrance psychique et d'y associer des professionnels comme recours.

Les Bretons ayant répondu au questionnaire, répartissent les signes sur plusieurs niveaux : central pour la souffrance et le désespoir, périphérique pour la tristesse et la dépression.

Une piste de travail serait donc de comprendre comment est perçue la dépression en Bretagne, qu'est-ce que ce phénomène signifie pour eux et ensuite de travailler l'information sur ce point et sur les possibilités de soins. Il semble alors important d'y associer un travail sur les représentations sociales de la maladie psychique, de la souffrance psychique et de l'accès aux soins en Bretagne en préalable, à l'image de celui de Jodelet sur la folie (1989).

4.2.2 Plus précisément sur la demande d'aide et l'accès aux soins

Dans le questionnaire sur les représentations sociales du suicide, j'ai demandé aux personnes répondant de cocher trois propositions d'aide parmi douze qu'elles envisageraient de solliciter en cas de crise suicidaire personnelle.

Les résultats sont représentés sur les trois graphiques suivants :

- A l'échelle de la Bretagne

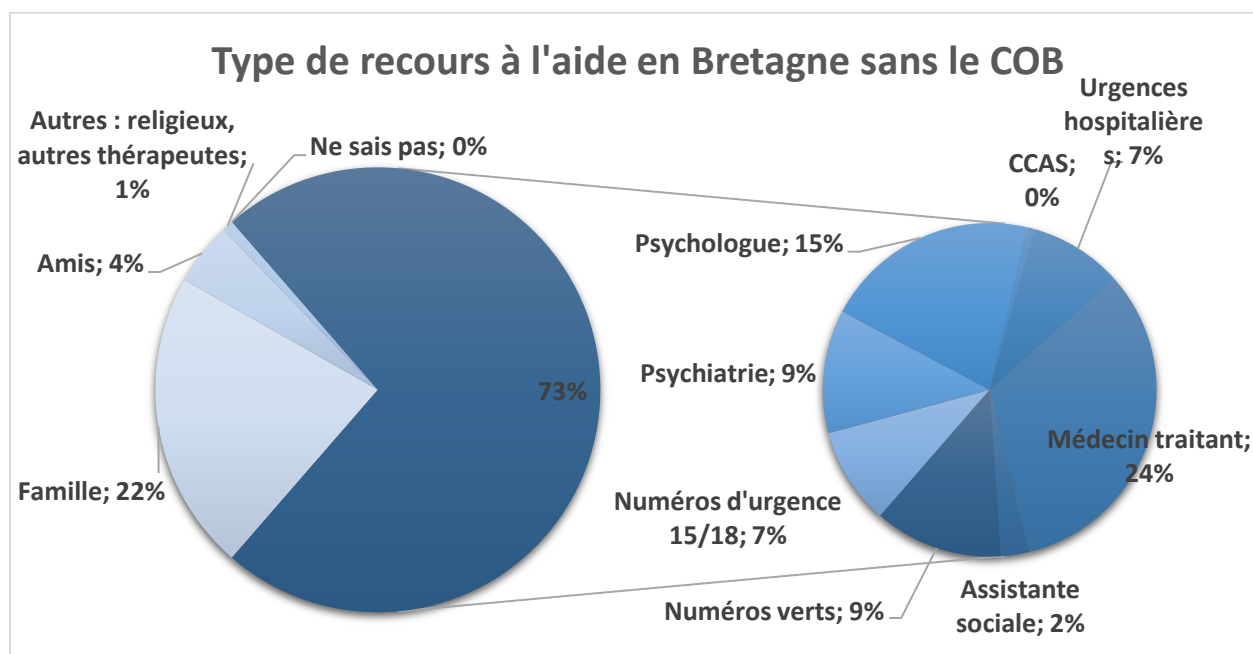


Figure 35 : Type de recours à l'aide en cas de crise suicidaire personnelle pour les personnes en Bretagne sans le Pays COB

- A l'échelle de l'Alsace

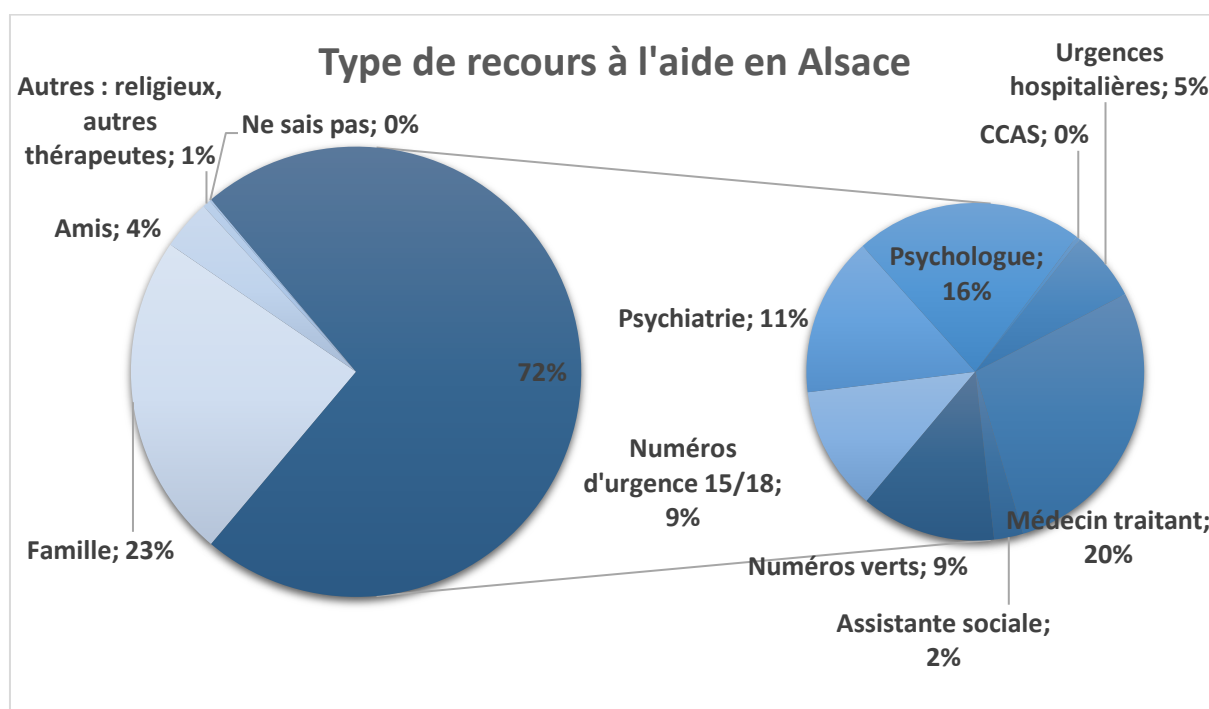


Figure 36 : Type de recours à l'aide en cas de crise suicidaire personnelle pour les personnes en Alsace

- A l'échelle du COB

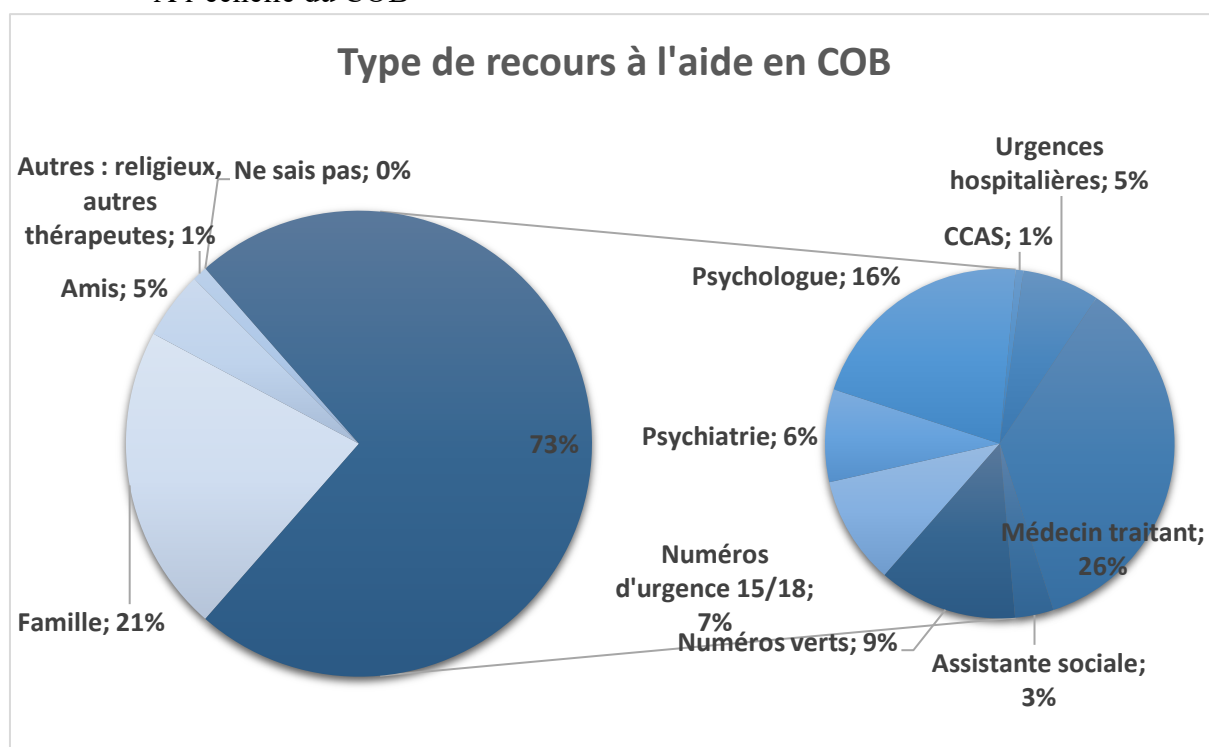


Figure 37 : Type de recours à l'aide en cas de crise suicidaire personnelle pour les personnes du Pays COB

Les trois groupes sont comparables sur le recours à l'aide en cas de crise suicidaire personnelle. On se rend compte que la famille et les amis sont les aides majoritairement sollicitées ce qui pourrait justifier des actions de sensibilisation dans leur direction.

Parmi les professionnels, dans les trois groupes, ce sont les médecins traitants qui sont les praticiens de santé les plus à même d'être sollicités face à cette difficulté et là encore il est à envisager à partir de ces résultats de mettre en place des actions spécifiques en direction des médecins traitants.

Les psychologues sont envisagés de la même manière dans les trois groupes, en deuxième place après les médecins traitants.

De manière significativement faible viennent les Centres Communaux d'Action Sociale et les assistantes sociales.

Les résultats mettent en évidence que les numéros verts téléphoniques d'aide sont envisagés comme aide de la même manière, en 3^{ème} ou 4^{ème} position (9% dans les trois groupes). Or, il ne s'agit pas d'une ressource toujours très fiable car les intervenants ne sont pas toujours formés spécifiquement à l'écoute et à l'intervention de crise et dans certains cas il n'existe aucun moyen d'intervenir en cas d'urgence car les appels sont anonymes. Cela va cependant dans le sens de ce que j'ai pu ressentir lors de mon appel à témoignage par le biais de quotidiens bretons, pour la partie clinique de cette recherche, où j'ai reçu énormément d'appel de personnes en souffrance psychologique et en crise suicidaire parce qu'ils avaient vu un numéro de téléphone associé à une psychologue et à la problématique suicidaire. Je reçois encore actuellement des appels de ce type sur le numéro de téléphone associé à la recherche.

Enfin, on remarque que les services de psychiatrie sont plus envisageables comme recours en Bretagne extérieure au Pays COB (9%) et en Alsace (11%) qu'en Centre Ouest Bretagne (6%), sans pouvoir dire que la différence est significative. Il se peut que cette petite différence soit associée à la représentation de la psychiatrie dans le Pays COB et des professionnels de la santé mentale.

4.3 En termes d'idées reçues et de formation

Les éléments périphériques sont ceux qui influencent le plus le sujet et peuvent être à l'origine de comportements à l'égard de l'objet social. Or nous voyons apparaître dans le système périphérique des éléments qui indiquent ce que pensent les personnes du suicide et qui peuvent induire des comportements et des jugements de valeur pouvant empêcher la compréhension des messages de prévention voire la modification des idées reçues telles qu'elles sont travaillées dans les formations « Repérage et Intervention de crise suicidaire ». En effet, dans cette formation, sont évoquées les notions de choix, de courage, d'hérédité par exemple. Or ce ne sont pas des éléments évoqués le plus fréquemment dans les deux populations : en Bretagne, le courage est en nombre d'occurrences à la 17^{ème} place, l'appel au secours à la 18^{ème}, l'égoïsme à la 19^{ème}, le choix personnel à la 21^{ème} et la génétique ou l'hérédité ne sont pas associées au suicide, mais évoquées anecdotiquement dans les causes associées au suicide.

Donc, il pourrait être important d'adapter les contenus de formations aux représentations des personnes formées. Une tâche d'évocation spontanée, puis une reprise des items abordés

pourrait être plus efficaces. Cependant, il est aussi nécessaire pour faire évoluer les représentations de modifier le système périphérique, mais surtout le noyau central.

«..., the central core controls the meaning and the organization of the entire representation field. It is for this reason that the whole representation is transformed in a radical way if the central core is affected by a change of the meaning or a change of nature (Abric, 1987). Consequently, it is important to find methodological means to ensure its systematic identification» (Guimelli, 1993, p. 556)

Par ailleurs, le travail sur les RS du suicide doit être complété par une analyse des connections entre les différents éléments qui constituent la représentation (Feng et al., 2013).

Les perspectives associées à ce travail sont tout à fait d'actualité puisque l'idée qui perce actuellement sur la prévention du suicide est la notion de territorialisation de la prévention (OMS, 2014). Or pour adapter la prévention, il faut connaître le terrain non seulement d'un point de vue épidémiologique, mais aussi et surtout avoir une compréhension des personnes auxquelles est destinée la prévention en amont de la mise en place de campagnes de prévention.

La compréhension de la perception de ce qu'est le suicide est un point important pour mener des actions de prévention et de communication à l'échelle des populations. C'est ce que cette première partie de la recherche sur les RS du suicide en Bretagne a permis d'aborder. Mais comme il l'a été précisé dans la revue de littérature, le suicide est un phénomène qui résulte d'une confrontation d'un individu à des facteurs de difficultés internes et externes, individuels et sociaux qui le submergent. Il me paraissait intéressant de comprendre également ce que les personnes en Bretagne et en Pays COB considéraient comme des causes associées au suicide, pour déterminer ce qui pourrait-être une constellation de facteurs insupportables pour cette population. C'est ce que cette deuxième partie sur les RS des causes associée au suicide va explorer.

C. Étude des représentations sociales des causes du suicide (Pour vous les causes du suicide sont ? / Pour vous les causes du suicide en Bretagne sont ?)

La même méthodologie a été appliquée ici que dans la partie sur la RS du suicide. Les thèmes retenus pour la partie sur les RS des causes générales du suicide sont précisés dans les annexes de la thèse, partie II, annexe 5. Le tableau synthétique des réponses pour la partie RS des causes associées à la Bretagne se trouve en partie II des annexes, annexe 6.

J'ai choisi de poser deux questions différentes : - pour vous les causes de suicide sont ? c'est-à-dire une question très large et généraliste, et une question plus précise : - pour vous les causes de suicide en Bretagne sont ? pour vérifier s'il existe des différences de perceptions dans ces causes associées en fonction d'un territoire spécifique. Les résultats à ces deux questions sont présentés dans une analyse comparative par territoire d'étude : groupe expérimental (Bretagne) versus groupe témoin 1 (Alsace).

1. Bretagne versus Alsace

1.1 RS des causes générales du suicide dans chaque région

1.1.1 En Bretagne

Le tableau 11 et la figure 38 illustrent les réponses à la question « Pour vous les causes de suicide sont ? » dans la population expérimentale en Bretagne.

Tableau 11 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide vues par les Bretons participant

Causes du suicide vues par les Bretons participant	Rang apparition faible (<1.903)	Rang apparition élevé (>1.903)
Fréquence élevée > 66	Problèmes relationnels, affectifs couple/famille (123 ; 1,796) Solitude (115 ; 1,843) Dépression (93 ; 1,827)	Souffrance professionnelle (122 ; 1,967) Problèmes financiers (112 ; 2,044) Maladie somatique (83 ; 1,903)
Fréquence faible <66	Mal-être (44 ; 1,636) Chômage (36 ; 1,75) Pertes, deuils (28 ; 1,821)	Isolement (66 ; 1,984) Désespoir (60 ; 2,033) Manque de soutien (41 ; 2,121) Alcool, addictions (34 ; 2,205)

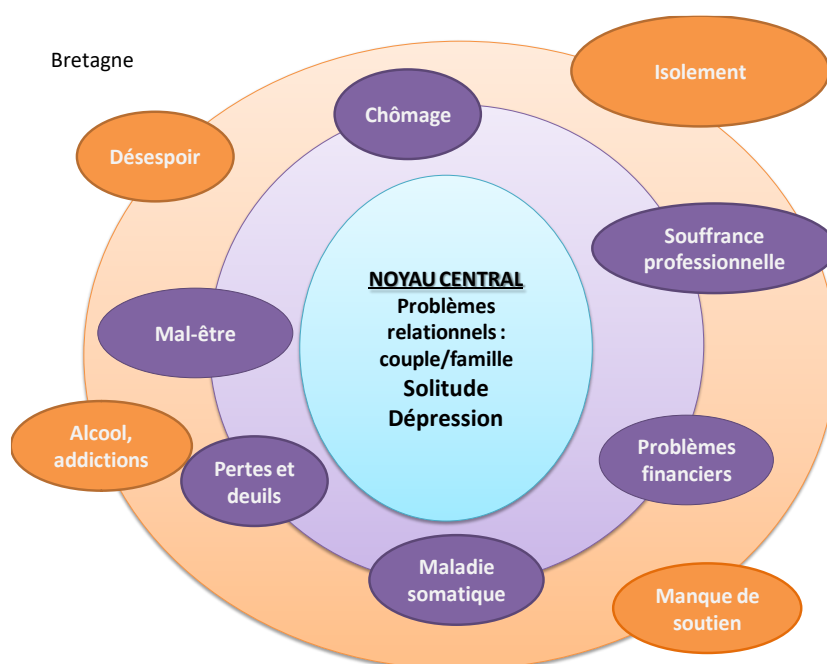


Figure 38 : Schématisation de la RS des causes associées au suicide vues par les Bretons participant

1.1.2 En Alsace

Tableau 12 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide vues par les Alsaciens participant

Causes du suicide vues par les Alsaciens participant	Rang apparition faible (<2.02)	Rang apparition élevé (>2.02)
Fréquence élevée > 34	Dépression (56 ; 1,571)	Souffrance professionnelle (49 ; 2,02)
	Problèmes relationnels, affectifs couple/famille (76 ; 1,671)	Désespoir (40 ; 2,1)
	Solitude (48 ; 1,833)	Mal-être (35 ; 2,114)
	Maladie somatique et douleur (45 ; 1,888)	
Fréquence faible <34	Chômage (23 ; 1,913)	Manque de soutien (25 ; 2,08)
	Isolement (30 ; 1,933)	Maladie mentale (21 ; 2,095)
	Pertes, deuils (16 ; 1,937)	Situation insurmontable (32 ; 2,125)
		Souffrance (16 ; 2,187)

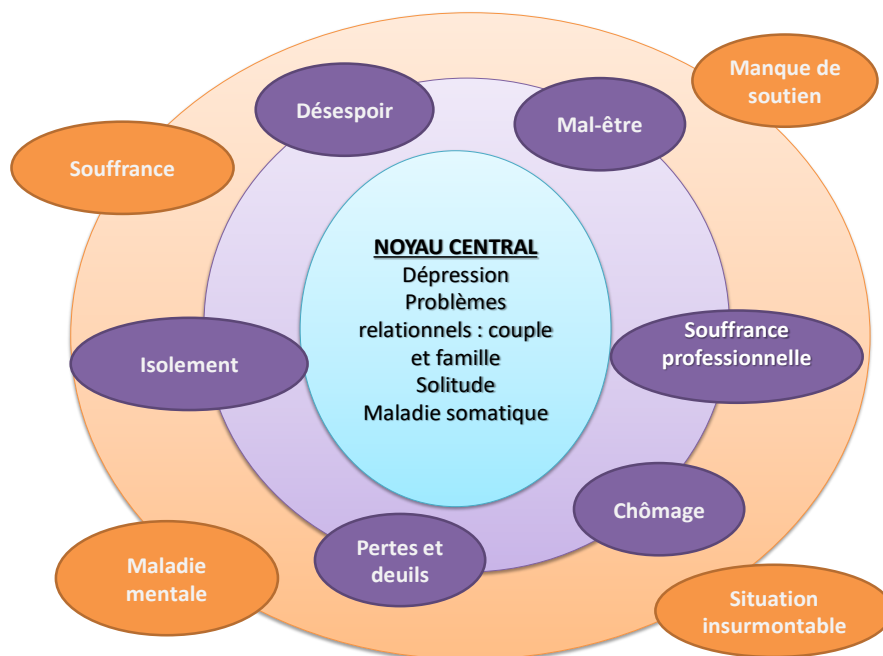


Figure 39 : Schématisation de la RS des causes de suicide vues par les Alsaciens

1.1.3 Conclusion

On se rend compte que 65.78 % des termes évoqués sont communs aux deux populations. Les items différents, dans le système périphérique uniquement sont, en Alsace : situation insurmontable, maladie mentale et souffrance sans précisions, tandis que pour les

participants bretons, apparaissent l'alcool et les addictions. La grande majorité des éléments évoqués comme causes possibles de suicide sont des facteurs de risque connus : problèmes relationnels, dépression, solitude, désespoir, perte d'un emploi et chômage, alcool et addictions. Les grands facteurs de risque associés au suicide sont donc implicitement connus de la population d'étude. Nous avons là une représentation de ce qui semble être impossible à tolérer pour les individus et en particulier dans le noyau central, ce qui serait une constellation d'éléments intolérables. Néanmoins, il n'est pas sûr qu'en demandant aux personnes de citer les facteurs de risques associés au suicide, ils aient su répondre à cette question, ni de hiérarchiser ces éléments en fonction des risques relatifs. Très souvent, lors de formations « repérage et intervention de crise suicidaire », ce qui est affectivement, émotionnellement chargé semble être très générateur de risque pour les personnes (inceste, violence, rupture affective), plutôt qu'une dépression par exemple.

Les deux noyaux centraux diffèrent cependant encore : en Bretagne sont repérés comme centraux les problèmes relationnels, la dépression et la solitude, alors qu'en Alsace y sont rajoutées les problématiques de la maladie somatique et de la douleur. En ce qui concerne les causes générales associées au suicide, les représentations sociales diffèrent encore entre l'Alsace et la Bretagne.

On voit apparaître ici cependant une donnée intéressante pour la Bretagne, puisque la dépression devient centrale alors qu'elle ne l'était pas dans le système de représentation global du suicide. Ce qui pourrait laisser entendre que la dépression est bien perçue comme ayant un lien avec le suicide mais que ce lien n'est pas assez stable pour qu'il y ait une cohérence dans l'association.

1.2 RS des causes du suicide attribuées à la Bretagne

1.2.1 Les causes du suicide en Bretagne vues par les Bretons participant

Tableau 13 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en Bretagne selon les Bretons participant

Causes du suicide en Bretagne par les Bretons participant	Rang apparition faible (<1.873)	Rang apparition élevé (>1.873=
Fréquence élevée > 59	Météo, climat (173 ; 1,613) Ruralité, Paysannerie (60 ; 1,667) Acculturation (61 ; 1,672) Alcoolisme, toxicomanie (175 ; 1,828) CSP et pénibilité du travail (170 ; 1,829)	Isolement SP ²⁵ (97 ; 1,897)
Fréquence faible <59	Isolement géographique (53 ; 1,849)	Pauvreté, misère (58 ;2) Caractère breton (42 ; 2,024) Pudeur, honte (50 ;2,06) Solitude (55 ; 2,091) Crise économique (31 ; 2,129)

56 personnes ont estimé ne pas savoir quelles causes pourraient être associées au suicide en Bretagne spécifiquement. Les calculs se sont donc faits sur un échantillon de personnes égal à 489.

²⁵ SP : Sans précisions

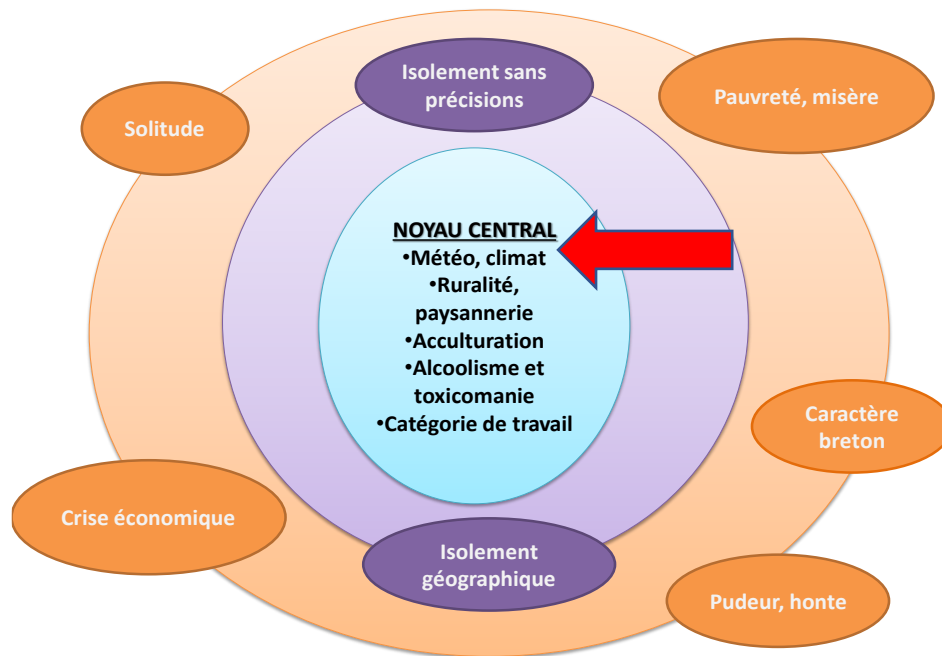


Figure 40 : Schématisation de la RS des causes de suicide en Bretagne selon les Bretons ayant répondu au questionnaire

Certains termes qui apparaissent sont très forts : région sinistrée économiquement, génocide de la langue, oppression par la France et viennent aussi dire quelque chose de la façon de percevoir ces causes en lien avec un vécu personnel, qui n'est pas sans rappeler la composante traumatique qui a été mise en évidence dans la représentation sociale du suicide et les hypothèses socio-culturelles évoquées comme explications à la surmortalité par suicide en Bretagne.

1.2.2 Par les Alsaciens ayant répondu au questionnaire

Cinquante-huit personnes ont répondu qu'elles n'avaient pas d'idée sur les causes du suicide en Bretagne spécifiquement. Les calculs se sont donc faits sur un échantillon égal à 183.

Tableau 14 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par les Alsaciens ayant répondu au questionnaire

Causes du suicide en Bretagne vue par les Alsaciens de l'échantillon	Rang apparition faible (<1.818)	Rang apparition élevé (>1.818)
Fréquence élevée > 18	Crise économique (28 ; 1,536) Météo, Climat (79 ; 1,544) Chômage (73 ; 1,781) Isolement géographique (47 ; 1,808)	Alcoolisme, toxicomanies (44 ; 1,818)
Fréquence faible 18<	Isolement habitat, désertification (17 ; 1,647)	Ruralité, paysannerie (14 ; 1,857) La mer, la pêche (12 ; 1,917) Acculturation (17 ; 2,294) Problèmes familiaux et personnels (14 ; 2,357)

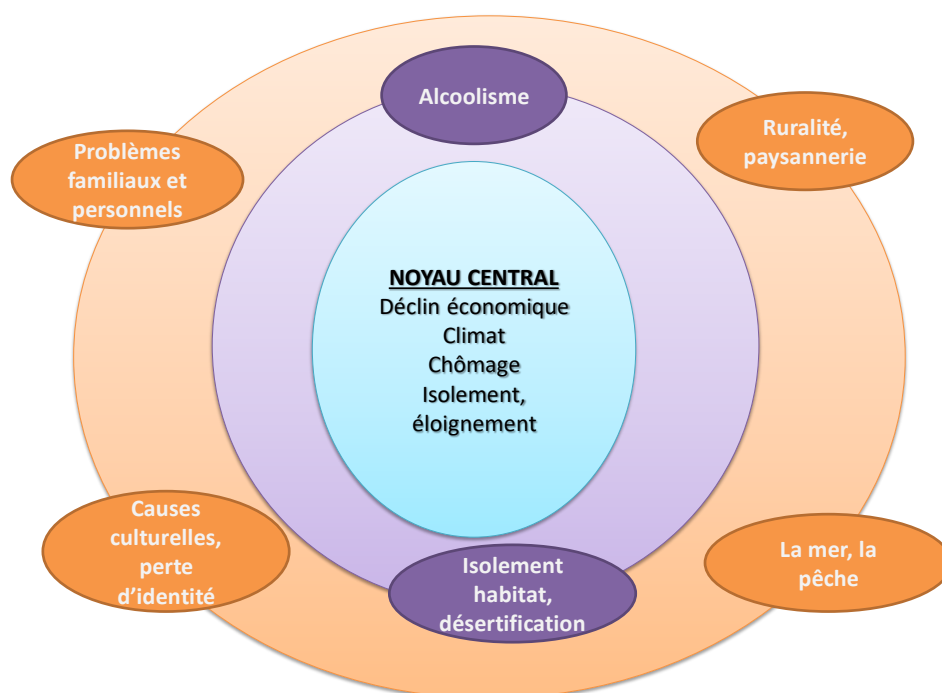


Figure 41 : Schématisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par les Alsaciens

1.2.3 Discussion

Lorsqu'il s'agit d'évoquer les causes du suicide en Bretagne, dans mon échantillon de réponses, les Bretons et les Alsaciens interrogés pensent à des éléments différents que lorsqu'il leur est demandé de faire la même chose sans y associer de lieu ou de territoire. Certains de ces éléments sont d'ailleurs communs chez ces personnes : Climat, éloignement géographique, causes culturelles, ruralité, pauvreté.

Il est possible qu'apparaisse ici une représentation du territoire et de ses habitants plus que des causes réelles du suicide, des stéréotypes associés à la Bretagne et aux Bretons. Ce qui justifie cette hypothèse est le fait que les alsaciens évoquent les mêmes thèmes. Le climat n'est pas un facteur de risque connu de suicide par exemple. En plus du climat mais de manière moins prégnante, donc non apparente dans la représentation, ont été évoqués des éléments liés au sol (granit, radon), à la composition de l'eau (moins de lithium), au magnétisme et autres croyances (un courant magnétique négatif qui passera sous les habitations). Cela représente au total plus de 13% des évocations.

Concernant la condition ouvrière et paysanne, nous avons vu que cela faisait partie des catégories socio-professionnelles (CSP) à risque, mais sans pour autant pouvoir systématiser et réduire l'appartenance à cette CSP à un risque à lui seul. Il en va de même pour l'alcoolisme qui émerge là dans le processus de représentation liée à la Bretagne, alors qu'il n'apparaît que faiblement dans les causes générales (dans le système périphérique pour les Bretons de l'échantillon uniquement) et pas du tout dans la représentation globale du suicide.

De plus, dans le système de représentation, les causes associées au suicide en Bretagne sont des causes sur lesquelles il est difficile d'agir : le temps, l'histoire culturelle, la localisation géographique, la mer. Et d'autres sont tellement liées à la subjectivité des individus qu'il est difficile de les mobiliser voire de les changer : le caractère fort du breton et sa fierté ou la pudeur et la honte associées à la demande d'aide. Un travail important sera nécessaire pour modifier ce système de représentations.

Il sera certainement nécessaire à la suite de ces résultats et en comparant aux autres résultats sur les RS du suicide en général et des personnes suicidées, de repenser un contenu de formation et de prévention en lien avec ces mythes particuliers.

2. Bretagne versus Pays COB

2.1 RS des causes générales du suicide vues par les personnes du COB

2.1.1 Tableau synthétique

Tableau 15 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en général vues par les personnes du Pays COB

Causes du suicide vues par les personnes du COB	Rang apparition faible (<2)	Rang apparition élevé (>2=)
Fréquence élevée > 10	Mal-être (11 ; 1,636) Difficultés personnelles et familiales (29 ; 1,827) Difficultés financières (19 ; 1,947)	Problèmes professionnels (21 ; 2) Solitude (11 ; 2) Maladie somatique et douleur (11 ; 2,181)
Fréquence faible 10<	Chômage (6 ; 1,666) Sentiment d'impasse (6 ; 1,833)	Dépression (8 ; 2,125) Manque de soutien (7 ; 2,143) Désespoir (9 ; 2,222) Isolement (8 ; 2,375)

2.1.2 Représentation graphique

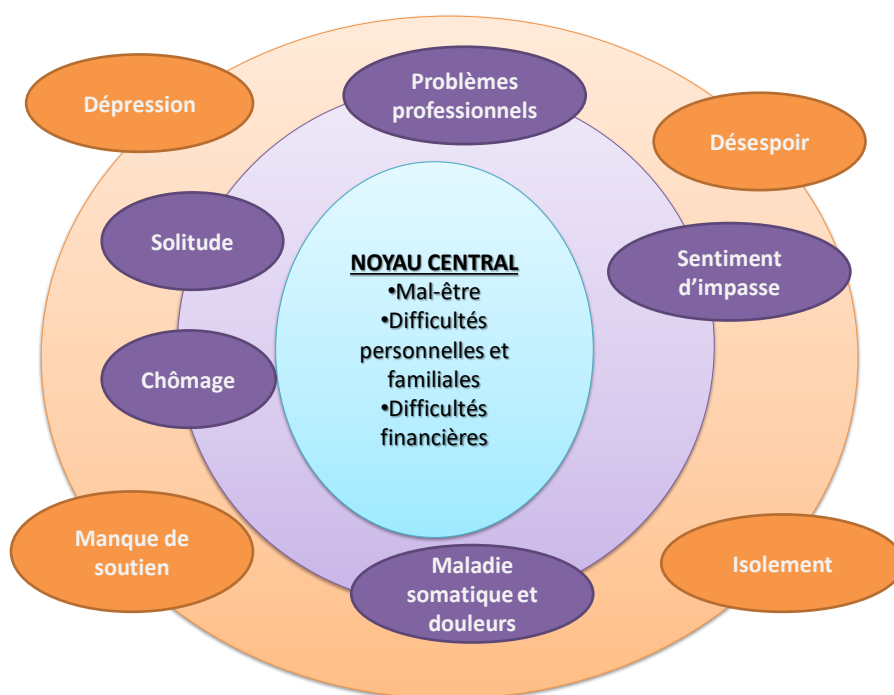


Figure 42 : Schématisation de la RS des causes de suicide vues par les personnes du Pays COB

2.2 Représentation sociale des causes du suicide attribuées à la Bretagne par les personnes du COB

2.2.1 Tableau synthétique

Tableau 16 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par les personnes du Pays COB

Causes du suicide en Bretagne vues par les personnes du COB	Rang apparition faible (<1.85)	Rang apparition élevé (>1.85)
Fréquence élevée > 9	Isolement (11 ; 1,454) Acculturation (12 ; 1,583) Climat (15 ;1,6) Chômage et manque d'emploi (21 ; 1,619)	Ruralité, paysannerie (10 ;1,9) Alcoolisme, addictions (16 ;2)
Fréquence faible 9<	Isolement géographique (4 ;1,75) Crise économique (9 ; 1,778) Caractère breton (5 ;1,8)	Pudeur, honte (8 ;2) CSP et pénibilité du travail (8 ;2) Difficultés financières (9 ; 2,111) Problèmes relationnels couple/famille (4 ;2,25) Solitude (7 ; 2,286)

Six personnes n'avaient aucune idée et n'ont pas répondu à la question. Les calculs se sont donc faits sur la base de 63 personnes.

2.2.2 Représentation graphique

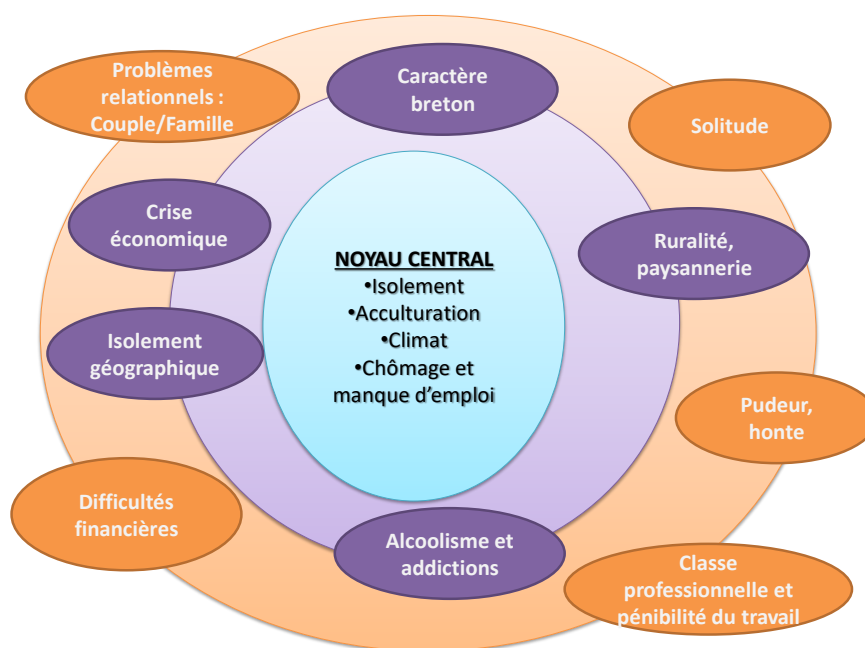


Figure 43 : Schématisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par les personnes du Pays COB

2.2.3 Discussion

Le noyau central de la représentation des causes de suicide en général pour les personnes du COB qui ont répondu à l'enquête est différent de celui des personnes ailleurs en Bretagne. Les RS sont « *des principes générateurs de prises de position* » (Abric, 2011, p. 126) et Abric précise concernant le noyau central de la RS qu'il est également un principe organisateur et affirme qu'il est : « *prépondérant et dominant : il est le fondement essentiel et remarquable de toute représentation sociale et, à ce titre, il assure à lui seul la cohésion de l'ensemble de la représentation. Il est incontournable et, en tant que principe organisateur, il prévaut sur tous les autres*²⁶. **On peut donc penser qu'il va générer les prises de position (évaluations, attitudes, opinions, conduites...) qui seront : - du point de vue des rapports sociaux, les plus importantes socialement ; - du point de vue des rapports à l'objet, les plus essentielles et les plus impliquantes pour le sujet.**²⁷ » (Idem, p. 127).

Le noyau central de la représentation en Centre Ouest Bretagne est beaucoup plus simple que celle de la Bretagne et ne comporte que 3 items : Difficultés personnelles et familiales, difficultés financières et mal-être, avec la spécificité de voir apparaître en centralité les problématiques liées à l'argent. On peut donc imaginer, à la suite des propositions d'Abric, que ces 3 items représentent ce qui pourrait être insupportable à vivre pour un individu dans le Pays COB, et la conjugaison simultanée de ces 3 marqueurs une limite intolérable à ne pas franchir par rapport à l'idée du suicide. Est-ce que cela pourrait nous donner une forme de profil clinique à repérer en Pays COB en lien avec la souffrance suicidaire ?

Par ailleurs, on voit encore une fois la place tout à fait marginale de la dépression comme cause associée au suicide et cela renforce l'idée déjà évoquée dans l'analyse comparative de la représentation sociale du suicide entre Bretagne et Alsace, qu'il faudrait insister sur ce territoire centre breton, sur la reconnaissance des signes associés à la dépression et sur le lien entre dépression et suicide.

Si ces pistes de réflexions sont très intéressantes, il faut à nouveau préciser que l'échantillon de personnes du COB ayant répondu est faible. Il semble important de compléter cette étude plus avant au vu de ces résultats.

3. Analyse des résultats du groupe témoin

3.1 Représentation sociale des causes générales de suicide

3.1.1 Tableau synthétique

²⁶ Souligné par l'auteur.

²⁷ Souligné par moi.

Tableau 17 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide en général chez un échantillon de personnes ayant eu une formation spécifique (Groupe témoin 2)

Causes du suicide en général vues par les personnes formées	Rang apparition faible (<2)	Rang apparition élevé (>2)
Fréquence élevée >7	Isolement (15 ;1,6) Climat (13 ; 1,846) Alcoolisme et addictions (18 ; 1,888)	Problèmes relationnels : couple/famille (15 ;2) Difficultés professionnelles (8 ;2,5)
Fréquence faible <7		Solitude (3 ;2) Chômage et manque de travail (7 ;2) Dépression (4 ;2) Souffrance (3 ;2) Ruralité et paysannerie (6 ; 2,333) Maladie (3 ; 2,666)

3.1.2 Représentation graphique

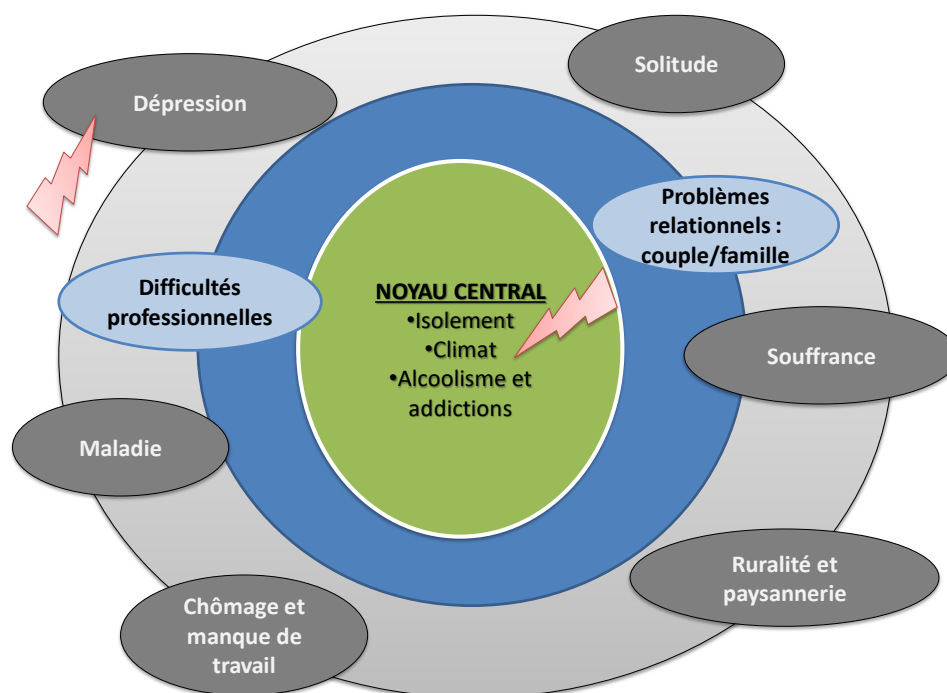


Figure 44 : Schématisation de la RS des causes de suicide vues par des personnes formées (Groupe témoin 2)

3.1.3 Discussion

Ce résultat pose question sur le maintien des connaissances sur le suicide et la modification du système de représentation après la formation. En effet, si les représentations générales du suicide étaient centrées sur la souffrance et la reconnaissance de la souffrance comme une problématique centrale chez la personne suicidaire, on se rend compte que le système de représentation des causes associées au suicide est plutôt moins bon que celui de la population générale : la dépression apparaît dans la seconde périphérie, des notions de catégorie socio-professionnelles et de ruralité apparaissent alors qu'il ne s'agit pas de facteurs aussi associés au suicide que la dépression. Dans le noyau central on trouve déjà le climat associé au suicide alors que cela n'apparaissait en population générale qu'après précisions données sur un lieu géographique.

3.2 Représentation sociale des causes du suicide en Bretagne vues par les personnes formées

3.2.1 Tableau synthétique

Tableau 18 : Tableau d'organisation de la RS des causes de suicide associées à la Bretagne vues par des personnes formées (Groupe témoin 2)

Causes du suicide en Bretagne vues par les personnes formées	Rang apparition faible (<1.947)	Rang apparition élevé (>1.947)
Fréquence élevée > 8	Climat (21 ; 1,524)	Isolement (19 ; 1,947) Alcool et addictions (20 ; 1,95)
Fréquence faible 8<	Isolement géographique (4 ; 1,5) Causes historiques et culturelles (7 ; 1,857)	Ruralité et paysannerie (7 ; 2) Chômage et manque de travail (8 ; 2,5)

3.2.2 Représentation graphique

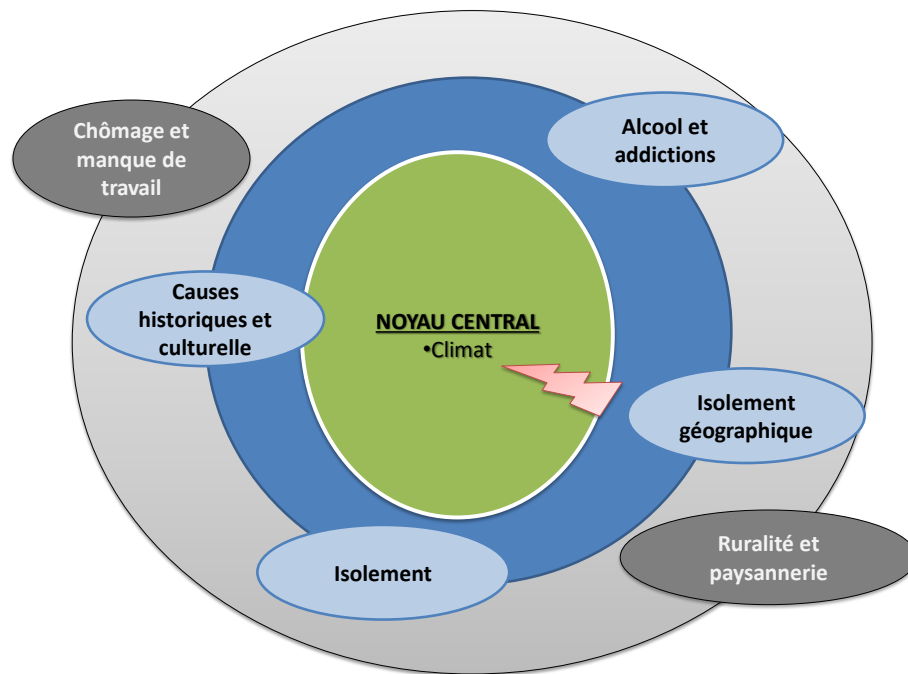


Figure 45 : Schématisation de la RS des causes de suicide en Bretagne vues par le groupe témoin 2

3.2.3 Discussion

Là encore, la représentation est assez questionnante puisque seul le climat reste dans le système central.

Il est important de préciser que s'il faut être prudent sur les résultats des personnes issues du Pays COB en raison d'un faible nombre de réponse, alors il faut également pondérer ces résultats par le fait que seules 48 personnes ont répondu.

Néanmoins, il me semble nécessaire au vu de ces derniers résultats sur les populations formées, d'associer dans les formations des évaluations des systèmes de représentations des professionnels de santé amenés à intervenir auprès de personnes suicidaires, et d'évaluer le maintien des connaissances sur du moyen et du long terme.

4. Synthèse

Il existe à priori une connaissance implicite et spontanée des personnes sur les principaux facteurs de risques associés au suicide : la dépression, les facteurs environnementaux, familiaux comme les ruptures, les problèmes économiques, les maladies, l'isolement.

Il serait intéressant de vérifier si ces connaissances sont accessibles dans d'autres contextes cognitifs que sur cette tâche d'association libre et mobilisables face à une personne en souffrance suicidaire. Les entretiens de recherche permettront d'apporter quelques éléments de réponse à cette question.

Concernant les RS des causes de suicide en général et des causes de suicide en Bretagne, il y a comme pour les RS de suicide, des RS différentes entre les deux régions, même si les variations entre Alsace et Bretagne sur les causes générales ne sont pas importantes.

Ce qui marque plus dans ces résultats est la différence très nette qu'il y a entre représentation des causes associées au suicide en général et la représentation des causes associées au suicide en Bretagne. Il y a là une intrication entre les représentations stéréotypées de la Bretagne qui viennent se superposer et reléguer au second plan les bonnes connaissances générales au profit d'une représentation qui met en avant des facteurs sur lesquels il est difficile d'avoir une action de prévention : le climat, le caractère des Bretons, l'isolement géographique, l'histoire culturelle. Ces éléments peuvent venir limiter la possibilité pour les personnes d'envisager d'agir contre le suicide en Bretagne.

Concernant le climat, des études ont été faites pour vérifier l'existence de liens entre climat, températures, luminosité et suicide, dans différentes régions du monde (Ajdacic-Gross et al., 2005 ; Ajdacic-Gross, Bopp, Ring, Gutzwiller & Rossler, 2010 ; Altamura, VanGastel, Pioli, Manni & Maes, 1999 ; Eisenbach, Lavinus Unguur, Unger, Stremmel & Encke, 2008 ; Grady-Dixon et al., 2014 ; Hiltunen, Haukka, Ruuhela, Suominen & Partonen, 2014 ; Lee et al., 2006 ; Linkowski, Martin & De Maertelaer, 1992 ; Maes, De Meyer, Thompson, Peeters & Cosyns, 1994 ; Oravec, Sisti, Rocchi & Preti, 2007 ; Preti, 1997 ; Partonen, Haukka, Pirkola, Isomela & Lonnqvist, 2004 ; Deishammer, 2003 ; Deishammer, Kemmler & Parson, 2003 ; Rocchi, Sisti, Cascio & Preti, 2007). Il existe certes une saisonnalité du suicide mais il n'a pas de consensus qui se dégage sur l'impact de la météo sur le suicide. S'il peut parfois y avoir des corrélations positives entre des taux de suicide et événements climatiques, on ne peut s'empêcher de rappeler que les origines du suicide sont multifactorielles et que la dépression est un des facteurs les plus retrouvés. Or, une mauvaise météo, un temps gris, un manque d'ensoleillement peut jouer sur ce dernier.

Aucune recherche n'a été réalisée à l'échelle de la France ou de la Bretagne pour vérifier si ce « savoir profane » des personnes sur l'association entre climat et suicide est une réalité ou un mythe. En fonction de cela, des veilles spécifiques pourraient être pensées ou des modifications des connaissances envisagées.



Figure 46 : Extrait du chapitre « T'es Breton si... t'es branché météo » (Perez et Nono, 2014, p.13) Le Télégramme (14-26/08/2014).

D. Étude des représentations sociales sur les personnes suicidées (Pour vous les personnes qui se suicident sont ?)

1. Bretagne versus Alsace

1.1 Représentations sociales des personnes qui se suicident, vues par les Bretons participants

Le tableau synthétique des termes associés aux thèmes retenus se trouve dans les annexes à la thèse, partie II, Annexe 7.

1.1.1 Tableau synthétique

Tableau 19 : Tableau d'organisation de la RS des personnes suicidées vues par les Bretons participants

RS des personnes qui se suicident vues par les Bretons participants	Rang apparition faible (<1.923)	Rang apparition élevé (>1.923)
Fréquence élevée > 62	Malheureuses (79 ; 1,607) Désespérées (167 ; 1,645) En souffrance (66 ; 1,651) Dépressives (91 ; 1,890)	Perdues (75 ; 1,947) Seules, isolées (230 ; 1,965) Au bout du rouleau (93 ; 2,064) Incomprises (67 ; 2,298)
Fréquence faible <62	Lâches et jugements négatifs (53 ; 1,792) Fragiles, faibles (52 ; 1,846) Tristes (41 ; 1,854) Courageuses et jugements positifs (57 ; 1,912)	En mal-être (30 ; 1,933) Égoïstes, nombrilistes (41 ; 1,951) Fatiguées, usées (29 ; 1,965) Malades (SP) (52 ; 1,981)

1.1.2 Représentation graphique

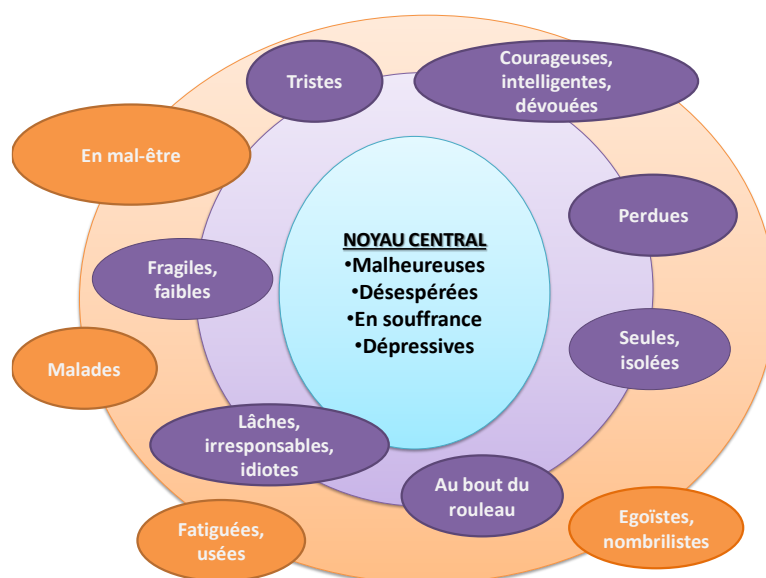


Figure 47 : Schématisation de la RS des personnes suicidées vues par les Bretons participants

1.1.3 Discussion

Cette représentation met en évidence que les personnes interrogées en Bretagne perçoivent majoritairement les notions de désespoir, de malheur et de souffrance chez les personnes qui en sont arrivées à se suicider. La dépression est ici associée directement dans le noyau central à la personne qui se suicide. Ce point me semble important dans l'idée d'aborder la prévention du suicide par la dépression à condition que la dépression soit repérée.

On peut également remarquer le nombre d'occurrence des termes associés à l'isolement (230) ce qui montre que cela fait partie des thèmes importants associés au suicide.

Néanmoins, on voit toujours apparaître en première périphérie des jugements de valeurs concernant les personnes qui se suicident, soit à valeur positives comme le courage, l'intelligence et le dévouement, ou à valeur négative comme la lâcheté, l'idiotie, l'irresponsabilité, l'égoïsme etc.

Ces éléments laissent à penser qu'il existe pour les Bretons encore une stigmatisation des personnes qui pensent au suicide et qui se suicident. Cela pourrait être un frein possible à la demande d'aide auprès des proches pour des personnes qui pensent au suicide. En effet, partageant le même système de représentations sociales que les autres, les personnes en souffrance suicidaire savent aussi, au moins inconsciemment, ce que les autres pensent du suicide et des personnes qui se suicident. Si elles associent ce geste à la lâcheté, la faiblesse et la stupidité, il est possible qu'elles ne soient pas enclines à demander de l'aide ou au moins à parler de leurs difficultés à des proches.

1.2 Représentation sociale des personnes qui se suicident (Alsaciens interrogés)

Dans le groupe, il y a deux personnes qui n'ont pas répondu à la question, ce qui fait ici un effectif de réponses de 239 pour le calcul.

1.2.1 Tableau synthétique

Tableau 20 : Tableau d'organisation de la RS des personnes suicidées pour les Alsaciens interrogés

RS des personnes qui se suicident (Alsaciens interrogés)	Rang apparition faible (<1.951)	Rang apparition élevé (>1.951)
Fréquence élevée > 25	Désespérées (114 ; 1,631) Courageuses et jugements positifs (27 ; 1,815) Dépressives (51 ; 1,921) Malheureuses (27 ; 1,923)	En souffrance (41 ; 1,951) Au bout du rouleau (44 ; 2) Seules, isolées (108 ; 2,055)
Fréquence faible <25	Lâches et jugements négatifs (24 ; 1,708) Perdues (22 ; 1,909) Malades (SP) (25 ; 1,92)	En mal-être (21 ; 1,952)) Fragiles, vulnérables (24 ; 2) Tristes (22 ; 2,09) Incomprises (19 ; 2,158) Fatiguées, épuisées (18 ; 2,333)

1.2.2 Représentation graphique

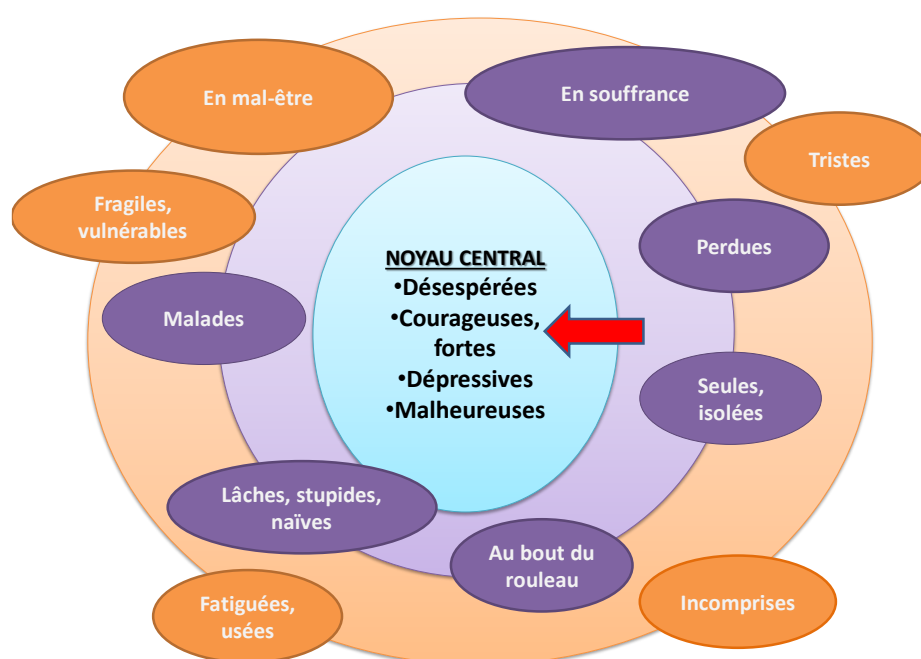


Figure 48 : Schématisation de la RS des personnes suicidées (Alsaciens interrogés)

1.2.3 Discussion

On note concernant l'Alsace, que 3 items centraux sont communs à la représentation en Bretagne du côté de la dépression, du malheur et du désespoir. Une notion surprenante apparaît en Alsace dans le noyau central de la représentation : les personnes qui se suicident sont courageuses et fortes. Il y a donc une dimension positive de ce geste chez les personnes qui ont répondu en Alsace.

Une hypothèse explicative pourrait être d'envisager cette réponse comme une modalité de compréhension du suicide pour des personnes ayant perdu un proche par suicide en Alsace. En effet, l'analyse sociodémographique par sous-groupe montre que la majorité des personnes ayant répondu ont été concernées par un suicide ou une tentative de suicide. Peut-être y-a-t-il ici une façon pour les personnes endeuillées par suicide de comprendre le geste et de le rendre représentable.

On retrouve dans le système périphérique les mêmes items qu'en Bretagne, excepté sur le caractère incompris des personnes suicidées.

2. Bretagne versus COB

2.1 Tableau synthétique de la RS des personnes suicidées par les répondant du COB

Tableau 21 : Tableau d'organisation de la RS des personnes suicidées vues par les personnes du Pays COB parmi les personnes ayant répondu au questionnaire

RS des personnes qui se suicident vues par les Bretons du COB	Rang apparition faible (<1.956)	Rang apparition élevé (>1.956)
Fréquence élevée > 9	Fragiles, faibles (9 ; 1,555) À bout (12 ; 1,75) Seules, isolées (33 ; 1,939)	Désespérées (23 ; 1,956) Perdues (14 ; 2)
Fréquence faible <9	Dépressives (8 ; 1,5) En souffrance (8 ; 1,625)	Lâches et jugements négatifs (8 ; 2,25) Malade psychique, psychologique (5 ; 2,4) Malades (SP) (7 ; 2,428) Incomprises (7 ; 2,714)

Le calcul se fait sur 68 personnes, car une personne n'a pas répondu à la question.

2.2 Représentation graphique

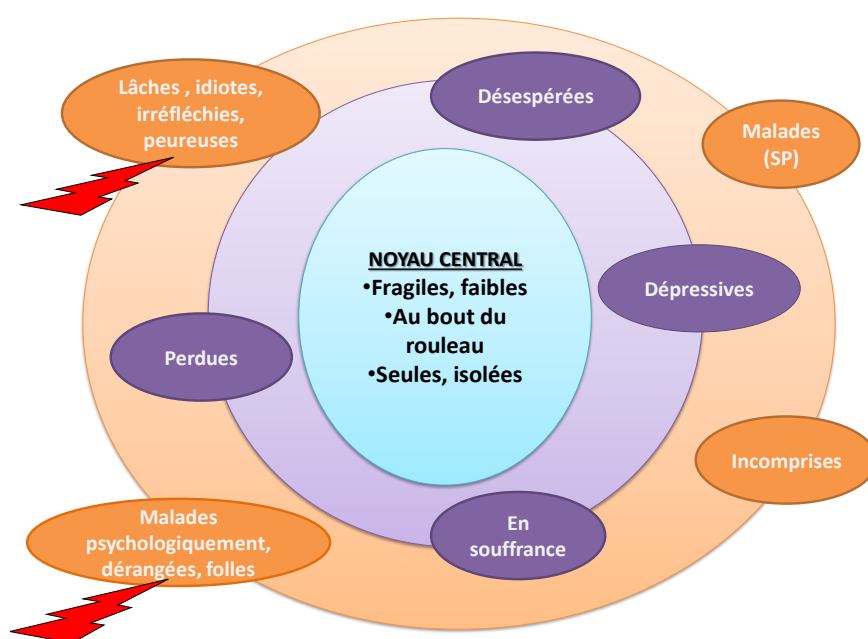


Figure 49 : Schématisation de la RS des personnes suicidées vues par les personnes du Pays COB

2.3 Discussion

Là encore, on remarque que la tendance en COB est différente de celle de la Bretagne. Le noyau central est différent et un élément spécifique, que l'on trouvait déjà dans la représentation sociale du suicide en général, réapparaît : celle de la maladie psychique, avec une cohorte de précisions négatives. La dépression se décale dans le système périphérique au profit de la fragilité et de la faiblesse.

3. Analyse des résultats du groupe témoin

3.1 Tableau synthétique

Tableau 22 : Tableau d'organisation de la RS des personnes suicidées vues par le groupe témoin 2 (personnes formées)

RS des personnes qui se suicident vues par les personnes formées	Rang apparition faible (<1.70)	Rang apparition élevé (>1.70)
Fréquence élevée > 6	Malheureuses (6 ; 1,333) Dépressives, déprimées (14 ; 1,428) Désespérées (17 ; 1,647)	En souffrance (19 ; 1,789) Au bout du rouleau (11 ; 2,273) Seules, isolées (18 ; 2,778)
Fréquence faible <6	Fragiles (5 ; 1,4) Malades (SP) (3 ; 1,667) Perdues (4 ; 1,75)	Maladie psychique, psychologique (5 ; 2,2) Fatiguées, lasses (3 ; 2,667) En mal-être (3 ; 2,667)

3.2 Représentation graphique

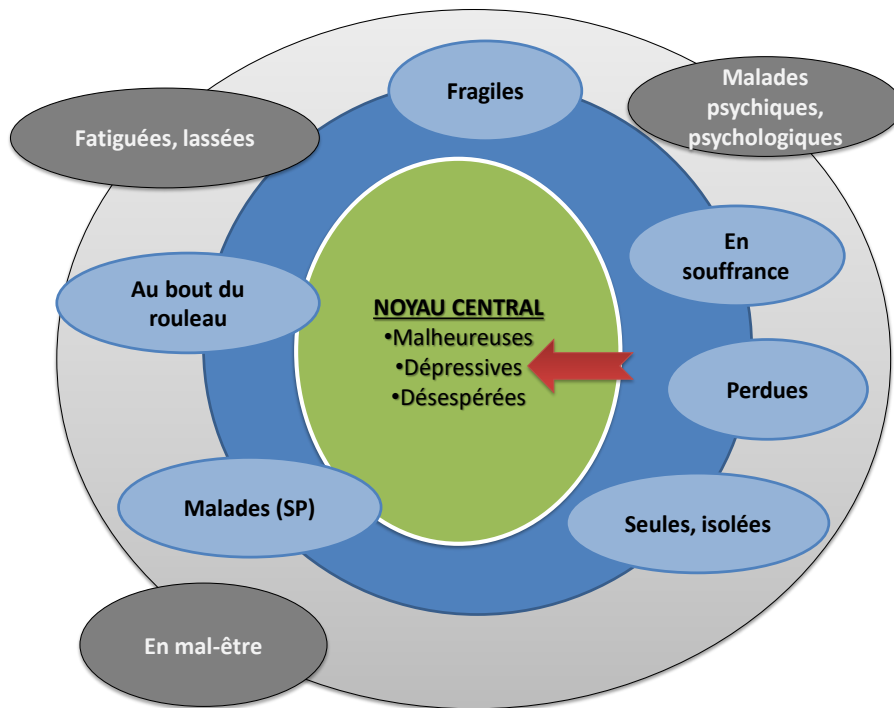


Figure 50 : Schématisation de la RS des personnes suicidées vues par le groupe témoin 2 (personnes formées)

3.3 Discussion

L'analyse du système de représentation des personnels formés sur les personnes qui se suicident montre un point important allant dans le sens de l'importance des formations, du côté de la déstigmatisation des personnes suicidaires. En effet, on ne voit ici aucun jugement de valeur, qu'il soit positif ou négatif concernant les personnes qui se suicident et la dépression est dans le noyau central.

Chapitre 5. Conclusions générales de l'étude des représentations sociales

A. Synthèse des résultats

1. À l'échelle de la Bretagne

Quelle que soit la question posée, le système de représentation sociale du suicide, de ses causes et des personnes qui se suicident est différent entre Alsace et Bretagne.

La dépression n'est pas systématiquement associée au suicide en Bretagne. Elle l'est dans les causes générale et dans l'idée que se font les répondants des caractéristiques des personnes qui se suicident, alors qu'elle l'est systématiquement pour les 3 angles d'abord du suicide en Alsace.

Il existe une bonne connaissance implicite des principaux facteurs de risque associés au suicide en Bretagne, mais cette connaissance se fait parasiter par les stéréotypes associés à la Bretagne et aux Bretons et modifie la perception des causes associées au suicide. On peut penser que les connaissances, les savoirs ne sont pas stables et suffisamment consistants pour supporter les chevauchements dans les systèmes de représentation.

Les représentations associées à la Bretagne et aux Bretons sont encore très fortes et péjoratives, qu'elles soient émises par les Bretons eux-mêmes ou pas les Alsaciens : misère, pauvreté, dureté du caractère, la honte. Cette dernière donnée est importante car dans les termes évoqués il y a aussi la honte à demander de l'aide car elle serait associée à de la faiblesse de caractère. Or, si le Breton se doit d'être fier et fort parce que c'est ainsi que les personnes pensent que les Bretons sont, et que demander de l'aide est associé à de la faiblesse, alors il y a un frein majeur à l'accès au soin par la demande d'aide.

Il existe encore des jugements de valeurs dans le système de représentation des personnes sur les individus qui se suicident. Ils sont majoritairement négatifs. Cela laisse entendre qu'il y a encore du travail à faire sur ce domaine précis en population générale.

Dans la première partie, concernant l'identité bretonne, j'ai fait référence à un article de Claudio Bolzman (2012) où il écrit que les stéréotypes sont capables d'enfermer les personnes dans des cases qui les caractériseraient et les obligeraient inconsciemment à se conformer à ces catégorisations. Les résultats de l'étude des représentations sociales du suicide en Bretagne laissent entendre qu'il existe des stéréotypes concernant le suicide, les causes de suicide et les personnes suicidées et qu'il pourrait y avoir des effets d'identification, des effets de stigmatisation associés.



Figure 51 : Représentation du caractère des Bretons dans le chapitre « T'es Breton si... t'es cabochard » (Perez et Nono, 2014, p. 53)²⁸ Le Télégramme (14-26/08/2014)

2. À l'échelle du COB

Les résultats à l'échelle du COB sont à modérer en raison du faible taux de réponse. Néanmoins, on voit que le caractère traumatique du suicide est important à l'échelle du COB, puisque les résultats à l'échelle de la Bretagne s'en trouvent modifiés si on les enlève.

Par ailleurs, la dépression est encore moins bien associée au suicide que pour le reste de la Bretagne et se retrouve régulièrement en seconde périphérie. Parmi les causes associées au suicide en Pays COB, on voit que les problèmes familiaux et financiers sont centraux. Il faudra vérifier si ce profil se retrouve également en dehors du système de représentation dans les parcours de vie des personnes suicidées sur le territoire.

Une forme particulière de stigmatisation se rajoute sur le territoire du COB envers les personnes qui se suicident. La folie, avec des termes très péjoratifs, leur est associée. Il faut penser que les personnes en souffrance partagent ce système de représentation puisqu'il est collectif. On peut

²⁸ Cette caricature est suivie de cet entête de chapitre : « *Le mouvement des Bonnets rouges est né de ce que la Bretagne produit de plus haut de gamme dans la catégorie tête de lard* » (Idem, p. 54), sachant qu'une partie de ce mouvement est originaire du Pays COB. Ces représentations et les articles associés ont donné lieu à une première publication dans le quotidien Le Télégramme, du 14 au 26 août 2014.

donc envisager qu'il y ait une forme d'auto-stigmatisation des personnes en souffrance sur ce territoire en plus des dimensions collectives conscientes et inconscientes à l'œuvre.

3. En général

Cette étude a permis également de mettre en évidence l'intérêt des formations au repérage et à l'intervention de crise suicidaire auprès du personnel soignant sur deux points :

- Elle aide à permettre aux personnes de se rendre compte que ce qui est au cœur de la problématique suicidaire relève d'une souffrance intolérable
- Elle aide à dé-stigmatiser les personnes qui ont recours au suicide, ce qui permet aussi aux professionnels d'accueillir les personnes en crise suicidaire sans ces a priori moraux.

Toutefois, des points négatifs émergent aussi, comme la difficulté à maintenir des connaissances scientifiques rigoureuses sur les facteurs de risque au-delà de la formation et la non modification du système de représentation des causes associées au suicide.

B. Limites

Les effectifs en Pays COB et pour le personnel formé sont trop faibles pour tirer des conclusions définitives. Il sera nécessaire d'étendre cette recherche à la fois sur les effectifs mais également sur la méthodologie, qui est ici une méthodologie de première approche. Par ailleurs, il s'agit d'une étude à un instant t et la revue de littérature sur la théorie des représentations sociales a précisé que ces dernières évoluent dans le temps, en fonction des événements de vie. On peut donc penser qu'elles vont changer et que ce qui est observable aujourd'hui a aussi été façonné par la rencontre avec l'objet suicide chez les personnes puisqu'elles ont été confrontées à une tentative ou un suicide chez un proche.

Il y a donc un biais de recrutement, qui fait que les résultats ici présentés sont les représentations sociales du suicide chez les personnes touchées par cet événement. Les résultats ne sont donc pas généralisables à la population générale, ni aux personnes qui n'y ont pas été confrontées. Cela pourrait être un autre point de recherche.

Par ailleurs, le questionnaire intégrait d'autres dimensions de recherche qui n'ont pas été traitées dans le cadre de cette recherche précise, mais donneront lieu à des analyses comparatives dans d'autres recherches en cours actuellement sur les RS du suicide à la Martinique.

C. Perspectives

Cette étude sur les représentations sociales du suicide est une première en France et elle mérite de trouver des développements ultérieurs avec des méthodologies plus avancées en psychologie sociale. L'écho qu'a reçu cette étude dans la communauté scientifique laisse penser que cela devrait pouvoir se faire. Une recherche est en cours à la Martinique autour des RS du suicide en population générale, auprès du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM) et des praticiens libéraux de Martinique, recherche coordonnée par le

Professeur Louis Jehel, du CHUM, et le docteur Anne Criquet-Hayot, Présidente de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Martinique.

Les résultats permettent de mettre en avant qu'à l'échelle de la Bretagne, les stéréotypes et stigmatisations associés au suicide n'ont pas disparu et que des efforts de communication semblent opportuns pour aider la population générale à changer de positionnement. En parallèle, il sera important également de travailler sur l'impact traumatique du suicide au niveau collectif et individuel, en postvention, comme préconisé, car on voit qu'en Bretagne, l'onde de choc associée au suicide est majeure et il n'est pas impossible que cela ait des effets psychopathologiques au niveau individuel. L'étude clinique sur les effets des suicides chez les proches de personnes suicidées en dira plus.

Ainsi, l'idée que les représentations collectives sur le suicide sont spécifiques à un territoire et qu'elles puissent influencer collectivement et individuellement sur la prévention se vérifie. En effet, l'influence collective sera du côté du traumatisme et de ses effets, c'est-à-dire la sidération, l'évitement, la défense face au choc, du côté de la non perception de la dépression comme facteur de risque majeur de suicide, de la stigmatisation associée aux personnes suicidées agissant sur l'individu car il fait partie de ce groupe social et partage avec lui un système de valeurs communes.

Troisième partie : Clinique de la crise suicidaire et du suicide en COB

Introduction

Après avoir étudié les RS du suicide, c'est-à-dire la dimension collective associée au suicide en Bretagne, pour vérifier mon idée d'une boucle interactive entre effets collectifs et effets individuels, il fallait étudier la dimension individuelle liée au suicide en Pays COB. Pour se faire, il y avait deux modalités d'accès aux données : un accès par ma pratique clinique auprès de personnes en crise suicidaire, et un accès par la réalisation d'autopsies psychologiques. J'ai choisi d'utiliser les deux moyens.

Cette partie est constituée de deux chapitres, le premier concernant la description de la méthodologie de recherche, celle sur les histoires de vie de personnes ayant été en crise suicidaire et que j'ai rencontrées dans le cadre de mon activité professionnelle, et celle relative à des histoires de vie de personnes suicidées, que des proches ont bien voulu me confier dans le cadre de cette recherche. Le second chapitre rendra compte des résultats généraux de cette partie de recherche clinique.

Chapitre 1. Méthodologie de la recherche

A. Introduction

Cette partie de mon travail de thèse s'appuie, pour une part, sur ma pratique clinique de psychologue en Centre Médico Psychologique (CMP) pour adultes (à partir de 16 ans). Les Centres Médico-Psychologiques sont des structures de soins ambulatoires relevant des secteurs de psychiatrie adulte, réparties sur un territoire donné. Ils regroupent différents professionnels, médecins, psychologues, assistants sociaux, infirmiers etc. dont l'objectif est d'apporter du soin psychique.

Le CMP où j'exerce relève du secteur 29G07 de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix et se trouve plus spécifiquement à Carhaix-Plouguer (29270), à 58 kilomètres de l'hôpital de Morlaix. J'y exerce une fonction de psychologue clinicienne depuis septembre 2010 et j'assure dans ce CMP depuis 4 ans une permanence d'accueil de crise suicidaire, financée en partie par le Contrat Local de Santé du Pays COB.

L'image suivante représente la répartition géographique des différentes structures du secteur 29G07.

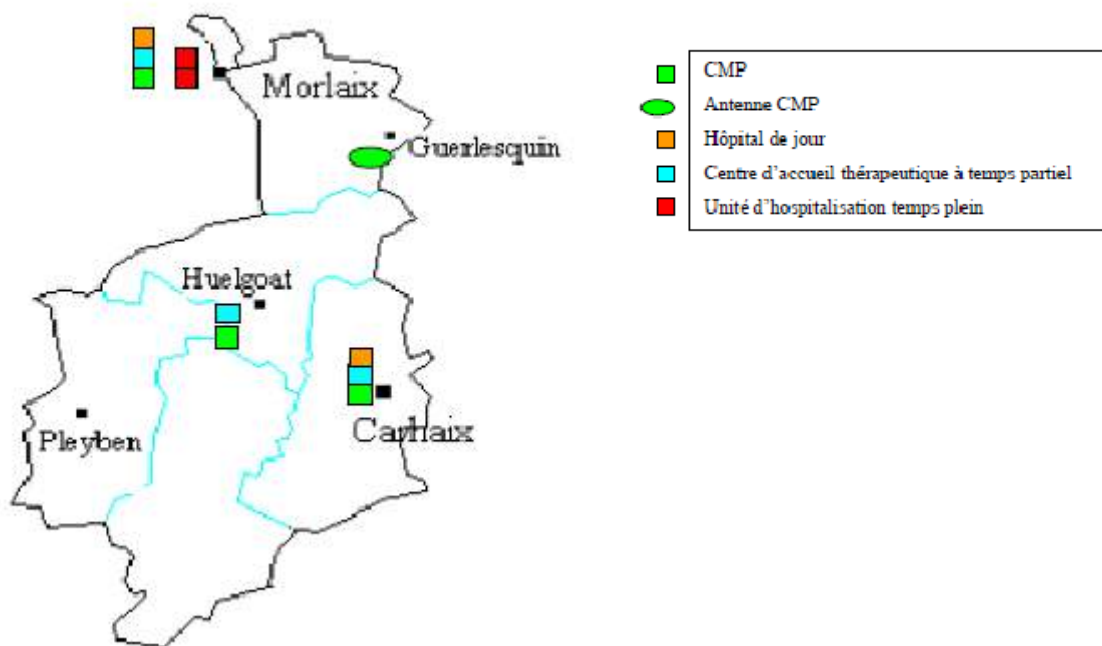


Figure 52 : Carte représentant la sectorisation 29G 07 de psychiatrie générale du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix

Le territoire du secteur 29G07 intéressant le CMP de Carhaix-Plouguer correspond à la zone en rose ci-dessous :

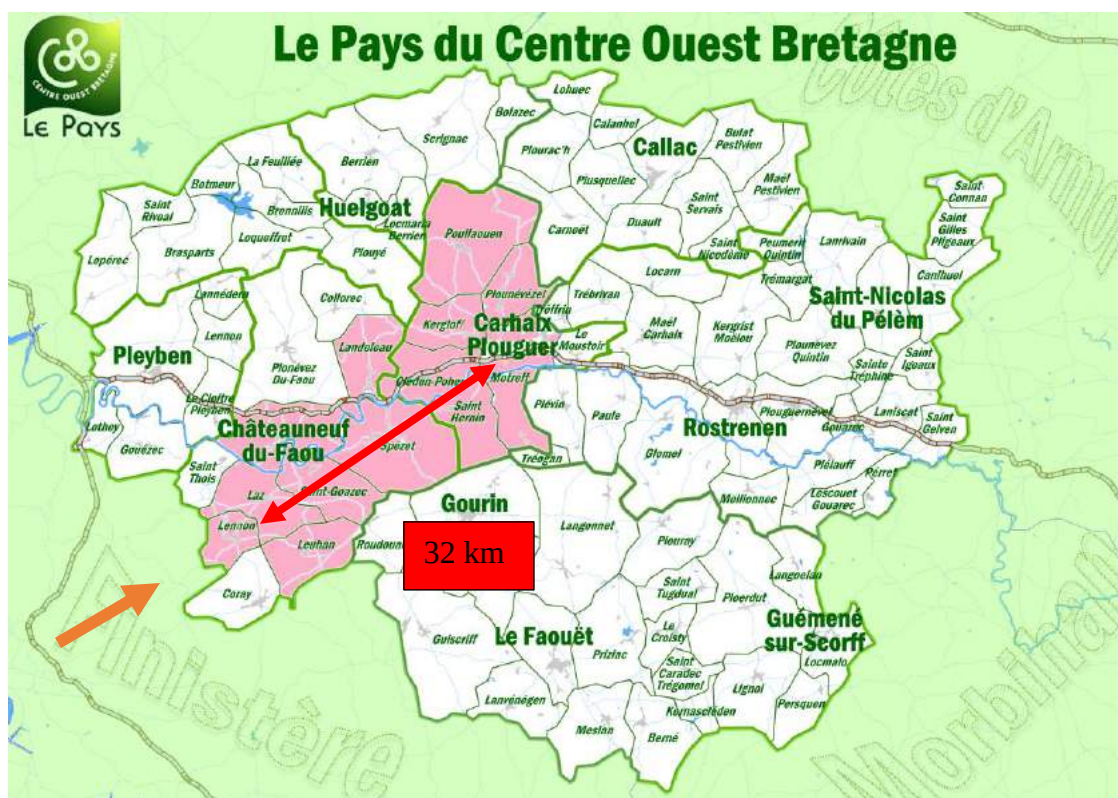


Figure 53 : Carte du Pays COB au moment du début de la recherche avec les zones géographiques concernées par le CMP de Carhaix-Plouguer (Secteur 29G07) en rose

Les personnes les plus éloignées, habitant Laz ou Lennon par exemple (Flèche orange), doivent faire 32 km pour se rendre en consultation au CMP de Carhaix. A l'échelle de l'Alsace, qui a déjà servi d'élément de comparaison dans la première partie de cette recherche, sur le secteur 67G02, le CMP où se rendent les personnes de Sarre-Union se trouve à Saverne (43 km). Pour une hospitalisation sur ce secteur, la distance jusqu'à l'hôpital de référence à Brumath est de 62 km. Sur le secteur 29G07, Morlaix est à 59 km de Laz. On peut donc comparer le territoire rural du secteur 29G07 au territoire rural du secteur 67G02 quant à aux distances pour se rendre dans des structures de soins. Or, s'il existe une ligne de bus directe entre Sarre-Union et Saverne, il n'en existe pas pour Laz-Carhaix.

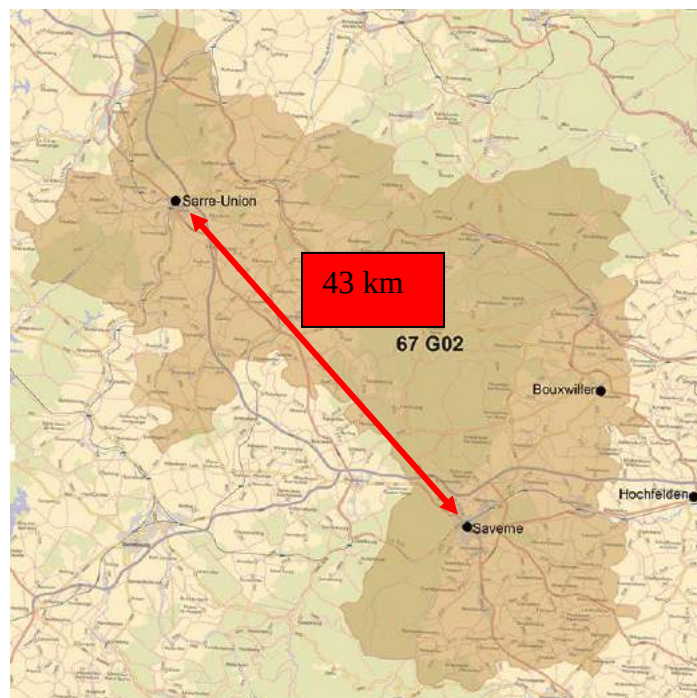


Figure 54 : Sectorisation 67G02 à titre comparatif avec le secteur 29G07 (zone rurale et distances d'accès aux structures comparables)

Comme je l'ai déjà précisé dans la première partie de ce travail, le territoire du Pays COB est compliqué sur le plan de l'organisation des soins psychiques. La carte suivante indique à l'échelle du COB l'emplacement des différents CMP, pour illustrer que ce n'est pas la proximité géographique qui organise l'orientation vers les soins, mais des calculs de densité de population entrent en compte. Or sur un territoire à faible densité de population, cela étend les secteurs géographiques concernant, au risque d'éloigner la population des zones de soin.

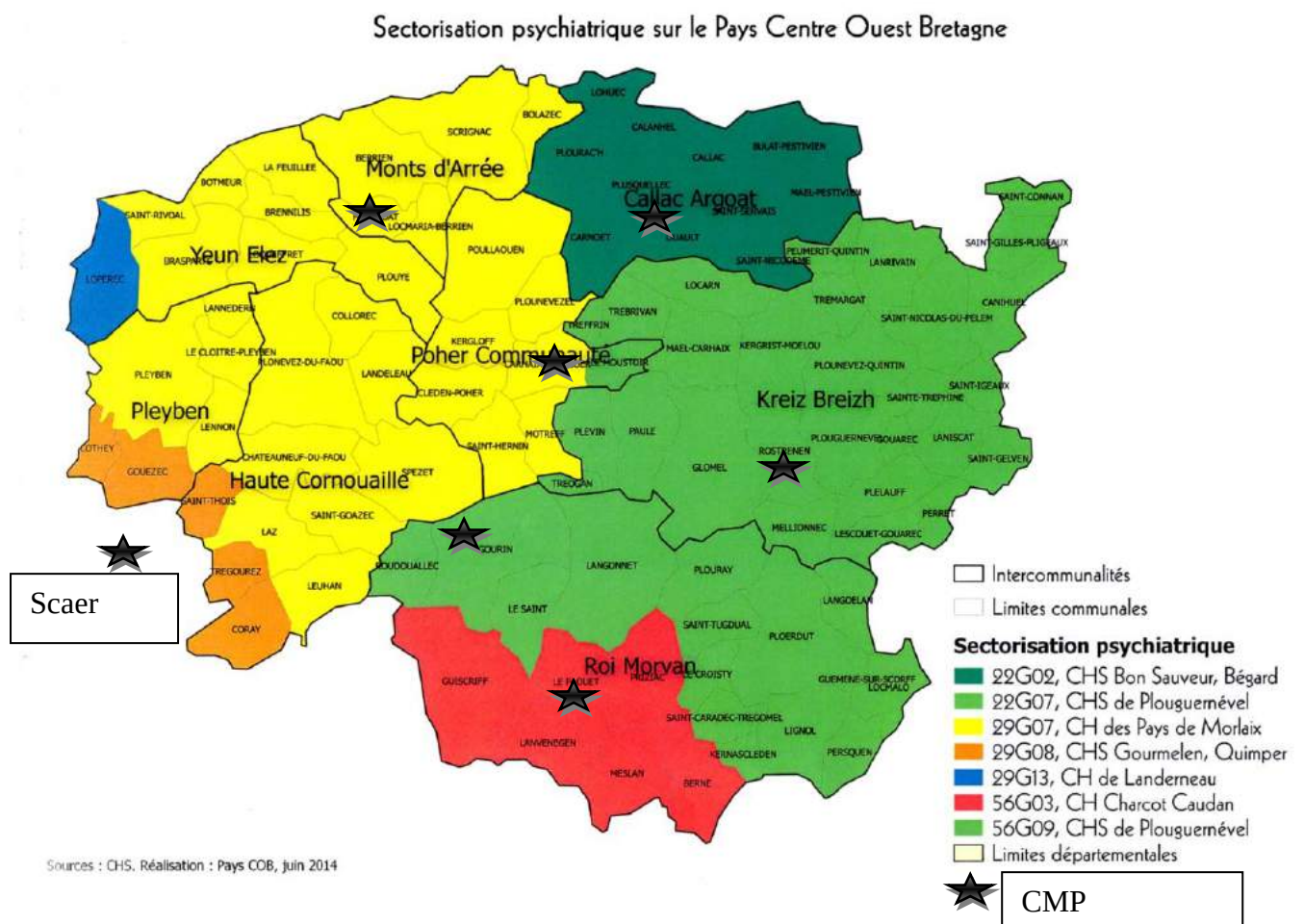


Figure 55 : Sectorisations psychiatriques sur le territoire du Pays COB au début de la recherche, et structures ambulatoires (CMP) sur le territoire et à proximité

Mon activité principale au CMP de Carhaix-Plouguernevel consiste en des entretiens d'évaluation de crise suicidaire et des prises en charge de crise suicidaire, selon un modèle psychodynamique appris lors des formations sur l'intervention de crise suicidaire. Je réalise aussi des psychothérapies, avec comme référence la psychologie clinique d'inspiration psychanalytique.

Une partie de ma recherche clinique porte donc sur l'analyse de certaines prises en charge de crises suicidaires au CMP de Carhaix et éventuellement des psychothérapies associées. La seconde partie de ce travail clinique repose sur des entretiens avec des personnes ayant perdu un proche par suicide, dans le cadre d'autopsies psychologiques.

Je vais détailler dans un premier temps quelles ont été les questions qui ont orienté mon travail de recherche clinique, puis les hypothèses que j'ai pu formuler à partir de ces questions. Je préciserai ensuite la population d'étude, la méthodologie et les outils choisis. Enfin, j'explicitai les types d'analyses réalisées.

B. Questions générales

Très rapidement après mon arrivée en Bretagne, des questions ont émergé autour de la souffrance suicidaire en Pays COB et sur les raisons de ce nombre de décès important. Plus tard, ma clinique en psychiatrie adulte, m'a confronté à la violence de cette souffrance, alors que je n'avais eu aucune formation clinique pour l'accueillir. J'avais des connaissances théoriques, mais pas de pratique. À la suite de cela, j'ai fait la formation « Repérage et Intervention en situation de crise suicidaire », puis la formation de formatrice. À partir de là, j'ai eu comme éléments cliniques complémentaires les récits des personnes que je formais, qui elles aussi, dans une grande majorité, connaissaient des personnes ayant fait des tentatives de suicide ou des suicides. Dans leurs paroles elles véhiculaient ces RS que j'ai pu détailler précédemment. Mais elles posaient également des questions autour des trajectoires de vie des personnes, des facteurs de risque, des risques génétiques, et elles racontaient, voire exprimaient en formation, la souffrance qu'elles vivaient encore à avoir perdu un proche par suicide.

Par ailleurs, la littérature scientifique sur le suicide et les tentatives de suicide au niveau international mais également régional et local, permet de faire certains constats : - il y a en Centre Ouest Bretagne une surmortalité par suicide et une surmorbidity, qui ont été décrites dans la revue de la littérature, - il existe en Pays COB, en lien avec les connaissances scientifiques sur les facteurs de risques associés au suicide, des conditions défavorables qui pourraient expliciter ces taux de suicide et de tentatives de suicide (Figure 23). Il existe également des RS spécifiques qui sont des freins à la prévention.

Ainsi, c'est à partir de ma vie personnelle, de ma vie professionnelle de psychologue et de formatrice et de scientifique, que mes questions de recherche ont émergé : pourquoi y a-t-il tant de suicides et de crises suicidaires ? Quelles trajectoires de vie fragilisent les personnes et les amènent à un moment de leur vie à penser au suicide, voire à passer à l'acte ? Pourquoi le processus n'a-t-il pas pu être interrompu ? N'y a-t-il qu'une dimension individuelle à l'œuvre, ou des facteurs collectifs interviennent-ils ? Quels sont les facteurs de risque et de protection en Pays COB et sont-ils les mêmes que ceux qui sont décrits dans la littérature internationale.

C. Hypothèses

À partir de ces questions de recherche et des résultats de l'étude des représentations sociales, j'ai pu formuler des hypothèses sur les trajectoires individuelles des personnes suicidaires ou suicidées en Pays COB et des hypothèses sur les dimensions collectives à l'œuvre dans ces processus suicidaires.

Concernant les trajectoires individuelles, l'étude des RS met en évidence une mauvaise perception de la dépression au niveau collectif. Je formule une première hypothèse concernant les histoires de vie des personnes : la dépression est un facteur intervenant de manière

prépondérante dans les trajectoires de vie. La dépression et ses symptômes sont mal perçus par la personne concernée et par son environnement et il peut y avoir des mécanismes de stigmatisation associés.

Par ailleurs, l'étude des RS met en évidence que parmi les causes associées au suicide, les problèmes familiaux et financiers sont centraux dans la RS des personnes en Pays COB. Une hypothèse secondaire est qu'on peut retrouver ces deux items dans les trajectoires de vie des personnes en crise suicidaire et suicidées.

Ma deuxième hypothèse, à l'interface entre trajectoire personnelle et dynamique collective est la suivante : il existe des dynamiques familiales et personnelles spécifiques en Pays COB qui fragilisent les trajectoires de vie et les possibilités des personnes à trouver des facteurs de protection personnels ou collectifs.

Concernant les dimensions collectives, je fais une troisième hypothèse à la suite de l'étude des RS : il existe un effet traumatique d'un suicide chez les proches. Deux hypothèses secondaires associées sont : - cet effet traumatique génère de la souffrance pouvant aller jusqu'à l'apparition de psychopathologie, et – il y a des répercussions sur l'attitude des personnes à l'égard du suicide et de sa prévention.

Ce travail étant une étude exploratoire, je n'exclus pas que se révèlent à la suite de l'analyse des cas cliniques, d'autres pistes de recherche complémentaires et d'autres hypothèses.

D. Population d'étude

1. Précautions éthiques et réglementaires

1.1 Réglementaires

Cette recherche a reçu un avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS), en date du 12/07/2016²⁹ et un avis favorable du Comité d'Ethique du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, en date du 01/12/2015³⁰.

²⁹ Annexes, Première partie, Annexe 1

³⁰ Annexes, Première partie, Annexe 3

1.2 Ethiques

1.2.1 Concernant les histoires de vie des personnes en crise suicidaire

Lorsqu'une personne vient me consulter au centre médico-psychologique dans le cadre d'une crise suicidaire, elle vient rencontrer la psychologue clinicienne, pas la chercheuse. Je reçois une personne en souffrance psychique, pas un sujet d'étude.

Je me positionne en tant que psychologue clinicienne et je ne parle de ma recherche à certains de mes patients que lorsque les suivis sont terminés pour éviter de biaiser la relation thérapeutique instaurée. La personne vient telle qu'elle est à un moment précis de sa vie avec son histoire dans son entièreté, et ne se réduit pas à la crise suicidaire en cours. Or, il est possible qu'une annonce précoce de cette activité de recherche puisse inhiber le travail thérapeutique voire le focaliser sur le thème du suicide. L'entretien thérapeutique est lié à la souffrance du sujet qui vient en consultation et est à son bénéfice. Le patient aborde ce qu'il veut comme thème d'entretien, comme il le veut et au moment où il le souhaite. La temporalité de l'entretien clinique à visée thérapeutique est particulière et elle permet de ménager les aménagements défensifs du sujet au fur et à mesure de ses élaborations.

Dans l'entretien clinique, il est impératif d'être dans cette disponibilité psychique du côté du thérapeute et ne pas être parasité par l'objet d'une recherche. Cela s'appelle la neutralité bienveillante, cette neutralité qui est pour le clinicien de *« prendre conscience de ce qu'on éprouve et n'être pas gouverné par des réactions non contrôlées dans la compréhension du patient et dans la réponse qu'on lui donnera »* (Chiland, 1999, p. 18).

J'ai une attention particulière à porter à mes interventions et à mon écoute, car évidemment mon travail de recherche est aussi présent lorsque je reçois ces personnes. Une méthodologie rigoureuse et cette compréhension du fait que le clinicien se met au service du patient avec *« son appareil psychique, sa psyché, son fonctionnement mental, sa capacité à ressentir, de comprendre et d'élaborer »* (Chiland, 1999, p. 16-17) permet de mieux contrôler ces potentiels effets contre-transférentiels.

A ce titre, je m'appuie sur le code de déontologie des psychologues qui précise Titre III, article 46 que le chercheur doit anticiper les effets négatifs possibles de la recherche sur les personnes impliquées. Or parmi les effets négatifs possibles d'une annonce précoce d'une recherche dans ce cadre précis, il pourrait y avoir une modification de la confiance du patient envers son thérapeute quant à sa neutralité, au respect de la personne dans toutes les dimensions de sa souffrance et de son existence et pas uniquement celle qui tourne autour du sujet de recherche.

1.2.2 Concernant les autopsies psychologiques

La méthode des autopsies psychologiques est une méthode structurée et validée qui doit respecter certains critères comme le délai entre le suicide et l'entretien. Il est conseillé que ce délai dépasse un an (INSERM, 2008) ce que j'ai respecté. Par ailleurs, je me suis assurée, lors de la présentation de la recherche et de la discussion autour du consentement que la personne ayant accepté de parler du suicide de son proche était en état psychologique de le faire. Mes compétences cliniques ont été à ce moment-là sollicitées, mais également tout au long de

l'entretien. Lorsque des moments difficiles émergeaient, des temps de pause ou d'arrêt étaient proposés, de manière à ce que les personnes se sentent libres de continuer ou d'arrêter. J'ai toujours été très bienveillante et rassurante de manière à favoriser la prise de parole dans un contexte contenant. En outre, le rapport sur l'autopsie psychologique publié par l'INSERM explique même : « *il est notable que plusieurs expériences publiées dans la presse biomédicale rapportent un effet bénéfique des entretiens sur les informants. On peut même envisager que, selon la qualité des contacts entre l'équipe médicosociale en charge de l'autopsie psychologique et les proches du suicidé, les entretiens puissent évoquer une démarche de "postvention"*³¹ » (INSERM, 2008).

2. Recrutement

2.1 Entretiens de crise suicidaire et psychothérapies

Depuis 2010, j'ai recueilli un certain nombre de récits psychothérapeutiques associés à des crises suicidaires dans le cadre de ma pratique clinique. En effet, je prends des notes au cours de l'entretien que je complète après la séance. Le protocole qui a été soumis et approuvé par le Comité d'Ethique du CHPM précisait les modalités de recrutement des personnes dans le cadre de cette pratique clinique. Il fallait que les personnes aient terminé d'un commun accord avec moi leur prise en charge psychologique au CMP depuis plus de 6 mois. Il fallait évidemment qu'elles aient été adressées dans le cadre d'une crise suicidaire, avec ou sans tentative de suicide.

J'ai recherché dans mes dossiers patients, toutes les situations qui correspondaient à ces critères. Je leur ai adressé un courrier descriptif de la recherche en leur demandant de reprendre contact avec moi si elles le souhaitaient pour parler de ce projet. J'ai reçu les personnes qui se sont manifestées. Lors de cette reprise de contact, je me suis, dans un premier temps, assurée qu'elles allaient toujours bien et j'ai réévalué le risque suicidaire (c'est aussi une démarche de prévention directe), puis je leur ai présenté cette recherche de thèse, j'en ai discuté avec elles et nous avons lu ensemble la lettre d'information et la lettre de consentement à la recherche comme recommandé par l'article 9 titre II du code de déontologie des psychologues ainsi que par les textes réglementaires en vigueur.

S'il s'était avéré au moment de cette rencontre d'évaluation et de présentation, que les personnes contactées n'étaient pas en mesure, quelles qu'en soient les raisons, de réactualiser ce vécu passé et de donner un consentement libre et éclairé, je leur aurais proposé de ne pas être incluses et éventuellement de les revoir pour évaluer leur état psychique actuel.

³¹ Prévention du suicide chez les endeuillés par suicide

Il n'était pas réalisé d'entretien de recherche avec ces personnes, mais il leur était juste demandé leur accord pour utiliser les notes de prise en charge que j'avais pu recueillir pendant le temps de leur suivi psychologique. Ce choix a été fait pour éviter des effets de réactualisation de la souffrance.

2.2 Autopsies psychologiques

J'avais élaboré au cours de ma première année de thèse, une brochure d'appel à témoin. J'avais demandé par un courrier écrit si la région Bretagne, les trois départements concernés par le COB³², les deux plus grandes communautés de communes du COB³³, accepteraient de le publier dans leur revue gratuite à destination des habitants des territoires concernés.

Les départements des Cotes d'Armor et du Morbihan, ainsi que la Communauté de Communes du Kreiz-Breizh ont répondu négativement à cette demande, expliquant que la ligne éditoriale de leur magazine ne s'y prêtait pas. Une autre demande avait été faite pour que cet appel à témoin puisse être relayé dans les bulletins communaux du COB auprès de la population, par le biais d'un courrier aux maires des communes. Une fin de non-recevoir a été faite en arguant du mal-être que cela pouvait provoquer chez les administrés et par les difficultés des élus d'aborder publiquement cette thématique.

Cette frilosité ne m'étonne pas, et pourtant elle interroge. Une des hypothèses concernant l'existence continue du suicide dans le temps est, qu'indépendamment des facteurs individuels, le suicide est un indicateur quasi barométrique de la qualité du lien social (Baudelot & Establet, 2006 ; Halbwachs, 1930), et du « *degré de santé du groupe social* » (Minois, 1995, p. 348). Or les discours politiques actuels sur le suicide en Bretagne ne semblent pas vouloir entendre cette dimension précise. Je pense qu'il serait intéressant aussi de s'interroger sur ce silence local. Mettre en avant les chiffres élevés de suicide en Bretagne irait à contrecourant des discours politiques actuels en Bretagne, qui font miroiter une région où il fait bon vivre, alliant modernité et tradition, respect, lien social... une Bretagne positive (Simon & Le Gall, 2012).

Certains courriers de refus m'ont conseillée de prendre contact avec les journaux privés diffusés sur le territoire. Je pense qu'il faut interroger cette proposition du côté du renvoi de cette question du suicide à la sphère privée. En effet, j'ai sollicité des journaux publics gratuits, relevant de la responsabilité des collectivités territoriales locales, et la proposition de contacter le secteur privé me semble aussi dire quelque chose de la difficulté à interroger publiquement la problématique suicidaire, la faire sortir de la sphère publique pour l'enfermer dans la sphère privée, ou encore à l'image de mes hypothèses citées précédemment ne pas en parler dans le

³² Finistère, Côtes d'Armor et Morbihan

³³ Communauté de communes du Kreiz Breizh (Secteur de Rostrenen) et la communauté de commune du Poher (Secteur de Carhaix)

collectif accessible à tous et le cloisonner du côté de l'individuel. Or, j'ai expliqué dans la première partie de ce travail de thèse, que parmi les actions envisagées pour faire diminuer le suicide en Bretagne il y avait l'idée de « dé clandestiniser » le suicide.

Le Pays COB a sollicité les élus pour leur proposer des formations sur le repérage et l'intervention en situation de crise suicidaire. Deux sessions ont été organisées et des élus et représentants des forces de l'ordre et des secours de première urgence étaient présents. Certains élus ont pu se plaindre du poids traumatique qu'ils ressentaient lorsqu'ils étaient appelés dans leurs fonctions pour le suicide d'un administré, et de la solitude qu'ils vivaient.

On peut sans doute relever ici une certaine ambivalence, assez classique concernant le suicide, entre un vécu personnel associé à une fonction et la difficulté à en faire un sujet public. Cette ambivalence est-elle en lien avec cette « idée reçue » qui laisserait entendre qu'il ne faut pas parler du suicide sous peine de risquer de le provoquer, ou encore du côté du tabou ? Peut-être est-il difficile pour un élu de dire quels sont les problèmes que vivent ses concitoyens puisqu'il en est le représentant et quelque part d'une certaine manière une sorte de responsable dans la cité ?

Face à ces difficultés d'accès, j'ai effectivement eu recours à des appels à témoignages diffusés dans des journaux privés : quotidiens (Le Télégramme, Ouest France), hebdomadaire (Le Poher), en pages locales ou régionales, ou par diffusion radiophonique (Radio Montagne Noire). Par le biais de ces supports, j'ai reçu de nombreux appels, plus d'une centaine, conformes à l'appel à témoignage ou non.

Sur 115 appels ou mails, il y a eu 25 contacts en lien avec une souffrance psychique actuelle où les personnes, sentant qu'une écoute était possible, ont utilisé ce relai pour parler. A chaque fois, je leur ai apporté une réponse en termes d'écoute et de lieu de prise en charge. Ces appels laissent apparaître qu'une partie de la population bretonne en souffrance psychique est perdue quant aux lieux où elle pourrait se faire entendre. J'ai effectivement eu à adresser des personnes à travers toute la Bretagne et mon expérience clinique et ma connaissance des réseaux et des dispositifs de soin a été très utile dans ce cadre précis.

Plusieurs personnes ont répondu à l'appel à témoignage hors du Pays COB. On peut se rendre compte qu'un besoin de parler de cet événement suicide est présent sur tout le territoire breton.

Assez peu d'habitants du COB ont répondu, malgré l'utilisation de médias de proximité. Une quinzaine de personnes ont répondu directement suite à la diffusion de l'appel à témoignage. Après coup, par le bouche à oreille, d'autres personnes se sont signalées.

Les échanges se sont faits par téléphone pour une prise de contact, une vérification de l'adéquation de la situation à la recherche et pour la prise de rendez-vous.

A la fin, après contrôle de l'adéquation de la situation par rapport à l'appel à témoin, 9 histoires de vie ont pu être recueillies. Je détaillerai le processus d'inclusion et les caractéristiques des personnes dans le prochain paragraphe.

3. Inclusion

3.1 Entretiens de crise suicidaire et psychothérapies

Du fait de la sectorisation psychiatrique dont j'ai parlée plus haut, il est évident que les récits de psychothérapie que j'ai pu avoir pour cette thèse n'intéressent qu'une petite partie de la population du COB et à la fois il est toujours intéressant d'entendre la clinique du sujet en souffrance et de comparer les récits pour éventuellement trouver des traits communs.

J'ai donc ressorti les dossiers des patients que j'avais reçus dans le cadre de crises suicidaires et dont la prise en charge était terminée d'un commun accord depuis au moins 6 mois. Il était également important que les notes soient suffisantes pour retracer une histoire de vie avec repérage de facteurs de risque, de protection et une problématique psychique. 15 dossiers ont été retenus. J'ai envoyé un courrier aux 15 personnes concernées et 10 personnes ont accepté de me rencontrer et de participer à la recherche.

3.2 Autopsies psychologiques

Dans le cadre de cette recherche sur le suicide en Pays COB, j'ai choisi d'inclure, pour les entretiens, des personnes majeures ayant perdu un proche par suicide, ce dernier ayant été originaire et/ou résidant dans le Pays COB. Dans ce travail, un proche est quelqu'un avec qui la personne interrogée a vécu un certain nombre d'années, comme un conjoint, un parent ou un membre de la fratrie.

Le délai minimum après le décès pour pouvoir participer à la recherche était d'un an, le délai maximum était de 20 ans. On peut penser que laisser autant de temps après le décès crée un biais de remémoration, avec reconstruction de l'histoire et peut être modification de cette histoire de vie, mais dans le domaine du suicide, nous nous sommes rendus compte, que certaines personnes peuvent parler rapidement après le décès, sur un mode quasi cathartique, et pour d'autres, il faut beaucoup plus de temps pour pouvoir libérer la parole, du fait des effets traumatiques du suicide sur les proches. Ceci explique en partie pourquoi dans le cadre de cette méthode de recherche j'ai aussi souhaité explorer cette dimension particulière, à la fois dans les récits et à l'aide d'une échelle. Certaines personnes ont dit qu'elles n'auraient jamais pu parler plus tôt (8-9 ans après), d'autres m'ont signalé que même après tant d'années, elles ne peuvent encore pas s'autoriser à parler de ce suicide dans ce cadre précis de la recherche.

L'échantillon de personnes est de ce fait beaucoup plus réduit que lors de l'utilisation de questionnaire, moins risqués pour les personnes. La validité des entretiens découle de la rigueur du contexte de l'entretien, de sa construction, de la validité des outils utilisés. On considère qu'à partir du moment où les informations obtenues dans les entretiens deviennent redondantes, on peut mettre fin à la série des rencontres, car on a atteint le point de saturation théorique (Blanchet & Gotman, 2002).

3.3 Synthèse des participants

Entretiens cliniques (récits de crise suicidaire)							
	C01	Béatrice	45-54 ans	Mariée	2 enfants	Salariée	TDS
	C02	Joseph	55-64 ans	Marié	2 enfants	Arrêt de travail	TDS
	C03	Marie-Madeleine	75-84 ans	Veuve	2 enfants	Retraitée	CS
	C04	Annette	45-54 ans	Union Libre	Pas d'enfants	Salariée	TDS
	C05	Lysiane	45-54 ans	Union Libre	2 enfants	Invalidité	TDS
	C06	Magalie	35-44 ans	Union Libre	2 enfants	Salariée	TDS
	C07	Marie-Alix	35-44 ans	Divorcée	3 enfants	Salariée	CS
	C08	Mélanie	35-44 ans	Mariée	3 enfants	Salariée	TDS
	C09	Alexia	15-24 ans	Union Libre	Pas d'enfants	Etudiante	TDS
	C10	Aurélie	45-54 ans	Mariée	3 enfants	Salariée	CS
Entretiens de recherche (Autopsies psychologiques)							
	CR01	Gilbert	45-54 ans	Célibataire	Pas d'enfants	Arrêt de travail	
	CR02-1	Ludovic	25-34 ans	Célibataire	Pas d'enfants	Salarié	
	CR02-2	Émile	65-74 ans	Marié	8 Enfants	Retraité	
	CR03	Antoine	45-54 ans	Célibataire	Pas d'enfants	Salarié	
	CR04	Armel	25-34 ans	Union Libre	1 Enfant	Travailleur indépendant	
	CR05	Pauline	55-64 ans	Mariée	2 Enfants	Retraitée	

	CR06	Jessica	25-34 ans	Union Libre	2 Enfants	Salariée	
	CR07	Alban	24-34 ans	Célibataire	Pas d'enfants	Travailleur indépendant	
	CR08	Laurent	35-44 ans	Marié	2 Enfants	Salarié	

Tableau 23 : Caractéristiques des personnes incluses dans la recherche clinique³⁴

E. Méthodologie générale

1. Récits de crises suicidaires et de psychothérapies

« Dans l'entretien clinique (...), on ne fait que regarder et écouter, et parler pour mieux voir et entendre »

(Chiland, 1999, p. 10)

Je vais présenter ici la méthode employée dans le cadre des entretiens cliniques de crise suicidaire réalisés dans le cadre de mon activité professionnelle. Il s'agit du premier temps de ma recherche.

Il faut distinguer deux temps dans les entretiens cliniques relatifs aux crises suicidaires tels qu'évoqués dans ce travail :

- Le temps de la crise

Lorsqu'une personne arrive en consultation en crise suicidaire, elle est envahie par sa souffrance psychique et ses émotions. Les techniques d'entretiens cliniques dans ce temps sont spécifiques. Il est nécessaire dans un premier temps, tout comme dans tout type d'entretien clinique, de créer un climat de confiance avec la personne et qu'elle ait le sentiment d'être accueillie, entendue, respectée et comprise. En parallèle, comme une seconde étape, il est nécessaire pour le clinicien d'arriver à recueillir des informations sur les raisons de la crise et son histoire de vie, tout en lui redonnant de l'espace pour penser. Ce temps nécessite pour le clinicien d'être empathique

³⁴ (CS= Crise suicidaire / TDS= ayant fait une tentative de suicide). Les âges sont exprimés en tranches d'âge selon les critères de l'INSEE

avec la personne, de reformuler les émotions, d'être en interconnexion psychique et émotionnelle avec le sujet, sans se laisser emmener dans son espace, mais suffisamment proche pour que le sujet en souffrance entende qu'il a été compris, qu'il n'est plus seul et que d'autres options que le suicide sont envisageables. Le troisième temps de l'entretien de crise est de planifier des actions concrètes pour la prise en charge de la personne.

Il s'agit donc d'un entretien contenant, interventionniste, qui ne ressemble pas à l'entretien prototypique d'inspiration analytique. Il n'est pas question dans les premiers temps de la crise suicidaire d'interroger la dynamique inconsciente à l'œuvre chez la personne en crise suicidaire, même si dans l'esprit du clinicien les idées s'organisent selon son référentiel théorique de base, il est question de créer un fil de vie entre le patient et le clinicien.

Cette technique d'entretien nécessite que le clinicien change de positionnement dans son référentiel et c'est ce qui, parfois, peut être difficile.

La clinique de la crise suicidaire, consiste à entendre un sujet dans un état psychique d'extrême fragilité où affleure ce qui n'avait peut-être jamais eu l'occasion de se dire, ce qui s'est organisé psychologiquement et aussi désorganisé, ce qui est resté en suspens, et cette émergence s'opère grâce à la faiblesse momentanée des mécanismes de défenses du sujet.

Si le clinicien s'autorise à entendre ce qui est à l'œuvre dans ce temps particulier, utilise les outils adéquats et accepte une modalité thérapeutique et relationnelle particulière, celle de l'étiage narcissique temporaire, alors ce temps de crise suicidaire peut être un moment de transition pour un sujet.

Mais il s'agit d'une pratique clinique de funambule aussi, où le risque d'une rencontre du sujet avec le Réel de la mort est présent un certain temps, et nous demande d'aménager le cadre de notre pratique en fonction de ce risque.

- La prise en charge après la crise suicidaire

Une fois la crise suicidaire passée, il n'est pas rare que les personnes poursuivent avec un travail psychothérapeutique plus classique. A ce moment-là, le positionnement du clinicien peut changer. Ma pratique clinique et mon écoute sont orientées par la théorie psychanalytique : les entretiens deviennent donc non directifs en laissant une grande liberté d'association aux patients.

Nous y abordons tant la crise en cours que les dynamiques familiales, les modalités d'inscription dans la société, les places subjectives et inter-subjectives, les dynamiques inconscientes... La parole du sujet est au centre du dispositif.

Avant même ce travail de thèse, les entretiens recueillis au décours d'une crise suicidaire étaient transcrits au fur et à mesure du récit, avec les mots du patient autant que possible et donnaient lieu dans un second temps, à une analyse thématique, permettant de faire émerger des problématiques subjectives, des troubles des liens familiaux, des traumatismes infantiles, ou transgénérationnels...

Une fois que le travail de thèse commencé, il est apparu qu'il ne fallait en rien changer ces modalités de pratique clinique et qu'il n'était pas possible de parler aux patients de cette recherche au moment où ils arrivent en consultation. Le cadre de l'entretien clinique est celui où quelqu'un « *vient demander quelque chose à l'autre qui ne demande rien, il vient en raison de la fonction que l'autre occupe...* » (Chiland, 1999, p.12). C'est là que réside une des différences fondamentales avec l'entretien de recherche où le chercheur sollicite le sujet. C'est pourquoi ces entretiens ont seulement servi de base à la construction des entretiens de recherche, comme des entretiens exploratoires, car « *la clinique constitue une des principales sources inspiratrices de la recherche* » (Pédinielli, 1994, p. 112).

Les textes des situations cliniques se trouvent dans la partie Annexe de la thèse ainsi que leur analyse cas par cas. L'analyse faite de ces récits psychothérapeutiques se rapproche de l'étude de cas. L'étude de cas vise cherche à la fois à décrire un individu dans sa globalité avec ses problèmes actuels, mais elle cherche également à comprendre le fonctionnement de cette personne et repérer les origines des difficultés (Pédinielli, 1994).

J'ai exploré les différents thèmes abordés au long des séances et resitué ces éléments dans l'histoire de vie de la personne avant d'en réaliser la synthèse. Lorsqu'un arbre généalogique était réalisé dans le décours de la prise en charge après la crise suicidaire, il a été mis à la suite du récit et permet de donner des éléments complémentaires sur les dynamiques familiales et les capacités de représentation des personnes.

Les deux principaux axes d'analyse concernaient la dynamique familiale des personnes et leur dynamique de construction psychique personnelle. D'autres thèmes apparaissaient également et ont donné lieu à une synthèse : les représentations sociales véhiculées dans le récit, des problématiques particulières comme la place de la parole dans la vie familiale et personnelle, le rapport à l'alcool, l'accès à la demande d'aide etc.

Enfin, j'ai réalisé une analyse plus classique en suicidologie avec le repérage des facteurs de risque et de protection des personnes.

2. Autopsies psychologiques

2.1 Définition

La méthode d'autopsie psychologique a été élaborée pour avoir accès à des données cliniques concernant des personnes qui ne sont plus en mesure de témoigner.

L'autopsie psychologique est une étude de cas dans le cadre des recherches en suicidologie. C'est : « *une collecte d'informations visant à reconstruire la vie et le profil psychologique des décédés, incluant des détails sur les circonstances, les comportements et les événements ayant précédé la mort des individus* » (Farberow et Schneidman, 1961). Elle permet, grâce au récit des personnes proches d'un suicidé de recueillir le parcours psycho-social, médical, professionnel de la personne et d'identifier des facteurs de risques, les événements précipitant la crise suicidaire, les modalités du suicide. Ces enquêtes ont pour objectif de déterminer quels sont les points communs entre les personnes décédées par suicide à la fois en termes de statut

(âge, sexe, composition familiale, profession...) mais aussi d'antécédents personnels et familiaux, de santé physique et psychique, de retracer des histoires de vie et de déterminer les dynamiques inconscientes à l'œuvre.

Cette méthode est très utilisée dans les pays anglo-saxons, et encore assez peu en France (INSERM, 2010). Un des motifs serait lié au terme lui-même, « autopsie psychologique », qui semble être difficile à accepter en France, peut être en lien avec l'effraction corporelle que représente une autopsie, et donc ici une effraction psychique des sujets, c'est pourquoi Michel Hanus propose d'utiliser le terme d'enquête rétrospective (Millet, 2005).

Il s'agit d'une étude de cas particulière dans l'après coup d'un événement traumatique et probablement encore dans une phase de deuil. L'INSERM préconise que les familles ne soient plus en deuil (2008) mais cela pose la question de ce qu'est un deuil et quand est-ce qu'il finit, s'il se finit. Selon Jean-Jacques Chavagnat (colloque du GEPS, 2014) le deuil est un état permanent et ne se termine pas. La personne reste en deuil toute sa vie, car la perte est définitive mais le deuil évolue. Alors, quand est-ce le « bon moment » pour s'entretenir avec les familles ayant perdu un proche par suicide ? Ces notions de temporalité par rapport au suicide sont à prendre en considération avec les précautions nécessaires dans l'accueil de cette souffrance, dans les discours qui seront reconstruits autour de la vie de la personne suicidée. Les comparaisons entre différents récits d'une "même histoire de vie" permettront aussi de voir s'il y a des biais liés à la reconstruction des trajectoires historiques des suicidés (minimisation, rationalisation). Ces biais pourraient être appelés mécanismes de défense car ne sont-ils pas les déformations que l'esprit crée pour rendre des événements supportables psychiquement ?

Par rapport à la psychologie clinique, cette méthode se rapproche de celle de l'anamnèse, qui est « *par excellence, la méthode clinique en psychopathologie* » (Wolf, 1998, p. 20).

2.2 Référentiel méthodologique général

La partie clinique de cette thèse est une recherche descriptive. L'objet de la recherche est d'examiner les caractéristiques des suicides des personnes habitant le Pays COB, et le sens que ces actes prennent pour les sujets concernés. L'approche est qualitative et la méthode utilisée sera la méthode clinique. La méthode est un « *cheminement d'esprit dans la quête ordonnée d'une connaissance ou d'un savoir* » (Wolf, 1998, p. 91), elle est la trame qui permet d'aller vers des résultats, grâce à la formulation d'une problématique, des hypothèses, en utilisant des techniques issues de cette méthode de façon à répondre au mieux aux hypothèses générales de la recherche.

2.3 Planification des entretiens et définition des paramètres de la situation

Les personnes ont pris contact avec moi à la suite de la parution des articles dans les journaux ou de la diffusion d'un entretien radiophonique concernant ce projet de recherche. En fonction d'une première évaluation de la situation, je leur précisais si elles pouvaient être incluses dans le protocole ou pas (hors COB) tout en les remerciant pour leur intérêt. Lorsque les premiers éléments allaient dans le sens d'une inclusion, je rappelais les personnes dans un second temps pour convenir d'une rencontre. Les entretiens ont eu lieu au moment où elles

étaient disponibles, à charge pour le chercheur de se rendre libre. Le lieu des entretiens variait aussi en fonction des choix des individus. Certains préféraient une rencontre à leur domicile, certains sur leur lieu de travail, d'autres dans le cadre du lieu de travail du chercheur. L'objectif était de maximiser la disponibilité et le confort de l'interviewé.

Je leur expliquais dans un premier temps l'objectif de la recherche, nous lisions le consentement, je répondais aux questions éventuelles et je précisais le cadre général de la recherche et les précautions que je prendrais les concernant : respecter leur rythme, leurs impossibilités, leurs émotions et éventuellement si besoin arrêter l'entretien, mais également anonymiser la situation racontée. Une fois ce cadre posé, je mettais l'enregistreur en route et je posais ma question d'ouverture. Au cours de l'entretien, je faisais des relances par des questions ouvertes lorsqu'il s'agissait d'aller plus loin dans le récit, ou des questions fermées lorsqu'il était nécessaire d'avoir des réponses précises. L'idée au travers des questions était toujours de favoriser la production de discours.

La durée des entretiens était elle aussi variable en fonction des capacités d'élaboration de la personne, de ses facilités à mettre en mots. Ils ont duré en moyenne 4 heures. Dans certains cas, il a été nécessaire de procéder en deux étapes, avec deux rencontres. Les raisons pouvaient être organisationnelles, ou liées à l'état psychique et physique de la personne (fatigue, émotions etc.). Les deuxièmes rencontres étaient si possibles assez proches des premières mais dans certains cas, il a pu se passer plus de temps. Elles ont eu lieu dans la plupart des cas, la semaine qui suivait la première rencontre. Dans la situation de Gilbert (CR01), il n'a pas été possible de terminer la deuxième partie de la recherche en raison d'un changement d'adresse. Pour une situation, il y a eu un mois d'écart, en raison de congés.

Dans ce cas-là, l'entretien a commencé par un rappel du contexte et des éléments abordés la première fois. Dans cette situation, j'ai essayé de couper la rencontre entre la partie histoire de vie du suicidé, où l'on parle d'un autre et la partie conséquences du suicide où l'on parle de soi.

2.4 Modalités pratiques

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité et y incluant les erreurs, les hésitations, les ruptures dans le flux du discours etc. Ainsi, j'ai eu accès non seulement au contenu manifeste du discours, mais aussi à des signes pouvant pointer l'émergence de processus plus inconscients.

2.5 Modalités de construction de la recherche

Du fait de l'approche qualitative et du thème même de la recherche, la taille de l'échantillon sera faible. Cet échantillon ne sera pas représentatif de la population générale mais répondra à des critères spécifiques qui permettront par comparaison des différents résultats obtenus afin d'esquisser des hypothèses sur la sursuicidité en Pays COB.

L'entretien est utile lorsqu'il y a peu de monde à interroger. Les informations recueillies à partir des entretiens sont validées de par la rigueur du contexte de la recherche et l'obtention d'une saturation théorique. Le questionnaire sera préféré lorsqu'une grande population cible est recherchée comme pour l'étude RS. L'entretien permet la production de données verbales et

donc émergence de processus psychiques permettant l'accès au moins partiel au fonctionnement inconscient.

Pour embrasser de manière la plus large possible les histoires de vie et permettre d'élaborer des hypothèses explicatives sur la sursuicidité en Pays COB, en lien avec les réflexions sur les représentations sociales et l'idée d'une interaction entre individu et collectif, j'ai choisi des outils de recherche qui permettent d'explorer différentes facettes des dimensions individuelles et collectives.

Il s'agit de :

- L'entretien de recherche, avec deux parties, la première portant sur la trajectoire de vie des personnes suicidées et la seconde sur l'impact personnel et familial de ce suicide.
- Le génogramme et l'arbre généalogique reconstitué, pour comprendre les dynamiques familiales actuelles et passées à l'œuvre
- Deux échelles d'évaluation du traumatisme psychique pour aborder l'impact dans l'après-coup du suicide et faire le lien avec les résultats spécifiques de la Bretagne sur la dimension traumatique associée au suicide.

F. Présentation des outils utilisés dans cette étude

1. L'entretien de recherche

1.1 Définition

« L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être témoin actif, lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent »

(Blanchet & Gotman, 2002, p.26)

L'entretien est l'outil de recherche le plus approprié pour étudier l'individu et les individus en interaction à travers leurs récits de vie. Il se centre sur la parole du sujet au travers de la rencontre avec le chercheur. Il laisse libre cours à la parole du sujet tout en étant cadré par le chercheur dans l'optique de la recherche. Il y a un cadre d'ensemble, mais la place doit être laissée pour qu'apparaisse l'imprévu (Blanchet & Gotman, 2002). *« La méthode des récits de vie est fondée sur la combinaison d'exploration et de questionnement, dans le cadre du dialogue avec l'informateur, dialogue qui signifie que le chercheur est préparé à recevoir l'inattendu, et plus encore, que le cadre d'ensemble lui-même au sein duquel les informations sont recueillies n'est pas déterminé par le chercheur mais par l'informateur ou l'informatrice, plus exactement par la façon dont il/elle voit sa propre vie »* (Idem, p. 43).

1.2 Le plan d'entretien et objectifs

Le plan d'entretien correspond au guide d'entretien élaboré en amont des rencontres. Même si l'entretien est une rencontre entre le chercheur et l'interviewé dans une situation unique, il s'agit dans le cadre de la recherche d'une « *improvisation réglée* » (Blanchet & Gotman, 2002). L'idée est celle d'une non directivité, mais avec une trame préalable qui permet de compléter l'entretien si certains thèmes ne sont pas abordés. L'entretien de recherche est un entretien construit et orienté par les hypothèses du chercheur, mais dans le cadre de l'entretien de recherche en psychologie clinique, il est aussi nécessaire de s'assurer de la liberté de parole du sujet, car c'est aussi là qu'apparaissent des éléments auxquels le chercheur n'aura pas pensé.

L'histoire de vie de la personne suicidée a été abordée en premier dans l'entretien en se servant de la trame d'entretien du Suicide Life History Calendar (Séguin et al., 2007 ; Séguin, Renaud, Lesage, Robert & Turecki, 2011 ; Séguin, Beauchamp, Robert, DiMambro & Turecki, 2014). Des items d'analyse très précis ont été élaborés dans le cadre de cette méthode de reconstruction des histoires de vie des personnes suicidées. Les thèmes à aborder sont les suivants : - les relations dans la petite enfance, - la vie de couple et la vie affective, - l'accès à la parentalité et les relations avec ses propres enfants, - les relations et les événements familiaux dans la famille élargie, - les difficultés dans la vie adulte, - la vie scolaire et académique, - la vie professionnelle, - la vie sociale, - les difficultés diverses (santé, finances, logement, légales...), - les événements de vie positifs, - les capacités à demander de l'aide de la personne.

La consigne de départ de l'entretien était : "Vous avez perdu un proche par suicide, pouvez-vous me parler de lui". Elle est volontairement très large et ouverte, pour que les personnes élaborent et construisent l'entretien comme elles le souhaitent. De mon côté, j'ai veillé à ce qu'à la fin nous ayons balayé l'ensemble des thèmes de la recherche, dans le cadre de l'entretien mais aussi avec l'aide des outils complémentaires, amenés délicatement dans la situation d'entretien.

La seconde partie de l'entretien portait sur l'après-suicide et l'entretien était structuré avec des questions portant sur le vécu de la personne à l'annonce du suicide, de ses émotions, de ses réactions, ses comportements... puis dans les premiers temps après le suicide (1 mois), à moyen terme (dans la première année) et à long terme (actuellement). Nous avons également abordé ensemble les réactions des proches (famille, amis) et plus largement des personnes faisant partie des relations sociales (collègues, membres d'association...). L'objectif était de chercher quels effets physiques et psychiques pouvait avoir un suicide sur une personne, à la fois dans l'optique de proposer des outils de repérage de la souffrance après un suicide, des pistes de prise en charge rapide et adaptée, mais également vérifier cette hypothèse d'un effet traumatique d'un suicide chez les proches de la personne suicidée, à la suite des résultats concernant les RS.

Des questions ont été posées autour de la possibilité actuelle de parler du suicide de la personne, pour vérifier s'il existe une forme de « tabouisation » ou non. Par ailleurs, j'ai également interrogé les personnes sur l'accompagnement après suicide qu'elles ont eu ou non, qu'elles auraient souhaité ou non. Cette question allait dans le sens des préconisations scientifiques autour de la postvention et de l'accompagnement après suicide, pour vérifier quelles auraient pu être les demandes des personnes.

Pour terminer, il leur était demandé de penser à des pistes de prévention du suicide et de postvention également en Pays Centre Ouest Bretagne afin de voir ce qu'elles pouvaient imaginer être possible, ou non, de faire au sujet du suicide, alors qu'elles y ont été elles-mêmes directement confrontées. L'objectif de ces deux dernières parties était de voir quelles pouvaient être les propositions des personnes concernées, qui ont un savoir « expérimental » sur le suicide et ses effets, et vérifier également s'il existait des phénomènes de « résignation », de l'adhésion à des mythes consécutifs à cette expérience.

2. Le génogramme et l'arbre généalogique reconstitué

2.1 Définition du génogramme

Le génogramme a été introduit par l'école systémique dans les années 60 puis a été développé et standardisé par Murray Bowen en 1978 (Compagnone, 2010). Cet outil clinique envisage la famille comme un système interagissant sur plusieurs générations et resitue un sujet dans son historicité familiale. Son principe est le suivant : les symptômes que les patients amènent en consultations sont les résultantes d'un mauvais fonctionnement du sujet dans son système familial à un moment donné et au niveau diachronique et souvent, du système dans son ensemble.

Le génogramme est à cet égard un outil particulièrement intéressant car il permet de d'inscrire un sujet dans l'actuel, mais aussi dans une dimension transgénérationnelle lorsque certains événements ont créé des béances psychiques par leur caractère traumatique, par leur caractère de non-dits... Sigmund Freud écrivait en 1912 dans "Totem et Tabou" que rien ne peut être caché à la génération qui suit et René Kaes de reformuler en 1993 : « *Rien ne peut être aboli qui n'apparaisse, quelques générations après, comme énigme, comme impensé, c'est à dire comme signe même de ce qui a pu être transmis dans l'ordre symbolique* » (Kaes, 1993, p.45).

Il permet de mettre en évidence des chaînes signifiantes, des loyautés inconscientes, de libérer certaines entraves... grâce aux paroles des sujets, aux affects associés, mais aussi aux silences, aux oublis...

Dans ce travail, j'ai utilisé un « géosociogramme libre », en référence aux travaux d'Anne Ancelin-Schutzenberger (1993), sur le géosociogramme et de Sarah Tuil (2005), sur le génogramme libre.

Le géosociogramme est « *une sorte d'arbre généalogique fait de mémoire (c'est-à-dire sans recherche d'informations et de documents), complétés d'événements de vie importants (avec leurs dates et leurs liens) et du contexte affectif (liens sociométriques, marqués par des flèches ou des traits de couleurs)* » (Ancelin-Schutzenberger, 1993, p. 89).

Il est libre dans le sens où il n'y avait aucune limitation de temps pour la réalisation, la consigne était large et laissait une grande liberté d'interprétation et il y avait une liberté graphique. En ce sens, il en devient un outil projectif, puisque du fait de ces trois conditions il convoque « *tout aussi bien le registre du réel, de l'imaginaire que du fantasme* » (Tuil, 2005, p. 118).

Le génogramme est « *un outil qui permet de visualiser, puis de « décondenser » ce qui relèverait de la sédimentation du trauma (en tant que produit de traumatismes cumulatifs) ou encore de présentifier les tours, les lacunes, les blancs de l'enveloppe psychique individuelle et familiale* » (Tuil, 2005, p. 132-133). Il est donc intéressant dans l'optique de cette recherche autour des liens entre suicide d'une personne et dynamique familiale et place du traumatisme dans ces histoires transgénérationnelles.

2.2 Modalité d'utilisation dans la recherche et justification

J'ai utilisé le génogramme comme support projectif dans le cadre de cette recherche. Il a été demandé à la fin de l'entretien, une fois l'anamnèse détaillée réalisée et avant la partie sur les effets du suicide. Il ne concernait pas directement la personne en entretien, contrairement aux situations classiques, mais la personne devait représenter la famille de la personne décédée en s'y intégrant. La consigne était : "Je vais vous demander maintenant de représenter graphiquement la famille de la personne décédée, en vous y situant également. Je voudrais que vous y fassiez figurer au moins trois générations". La consigne était volontairement vague sur les modalités précises de réalisation pour que chaque personne puisse y mettre ce qu'il souhaitait. Le matériel fourni comprenait une feuille blanche A4 et un crayon papier. Il était demandé aux personnes, si elles souhaitaient commenter, de le faire à voix haute.

L'intérêt d'utiliser cet outil dans cette recherche vient du caractère projectif du géosociogramme libre. En effet, il permet d'apercevoir, dans le discours associé, mais également dans la représentation « *ce qui fait symptôme dans la généalogie familiale* » (Tuil, 2005, p. 118), dans les blancs, les ruptures des tracés, les amas, mais également les oublis, les synchronies dans les dates, les événements de vie, les répétitions, les modalités relationnelles etc. (Ancelin-Schutzenberger, 1993). Cet outil est d'autant plus intéressant que dans le cas des suicides : « *Etant donné le caractère nocif des suicides pour les familles, le suicide étant la mort la plus traumatique qui soit, les faits relevés entourant les suicides seront pertinents pour une bonne compréhension de la famille fondamentale* » (Mc Goldrick & Gerson, 1990, p. 46).

Je me suis servie des propositions de typographie relationnelle proposées par Philippe Compagnone (2010, p. 19). La demande de faire figurer au moins trois générations, vient des préconisations de construction du génogramme de Monica Mc Goldrick et Randy Gerson (1985), afin d'étudier la « *transmission multigénérationnelle des patterns familiaux* » (p. 24).

En plus de cette représentation libre, j'ai réalisé avec les personnes un arbre généalogique plus standardisé, pour obtenir des informations plus précises, telles que dates de naissance et de mort, circonstances des décès, événements particuliers (accidents, etc.), maladies, types de liens entre les personnes (fusionnels, conflictuels etc.). Ainsi, ont pu apparaître dans la comparaison entre le géosociogramme libre et l'arbre généalogique standardisé, les écarts entre les dimensions imaginaires et fantasmées et la réalité de la filiation et des places générationnelles.

3. Le questionnaire sur les facteurs de risque et de protection, les signes de dépression et l'échelle Raisons de Vivre (Linehan, Goostein, Nielsen & Chiles, 1983)

Afin d'étudier les facteurs de risque et de protection présents dans l'histoire de vie de la personne, je me suis servie de ceux qui apparaissaient au décours du récit de la personne concernant son proche suicidé, mais j'ai également proposé aux personnes de remplir une grille où apparaissaient les principaux facteurs de risques, psychiatriques, psychosociaux, épidémiologiques, selon l'enseignement que j'avais pu avoir dans le cadre de la formation nationale au repérage et à l'intervention de crise, en 2012³⁵ et après lecture des documents de l'OMS (2014), de l'ONS (2014) et de la conférence de consensus (2000).

J'y ai ajouté le listing des symptômes associés à la dépression, selon le DSM-IV et la CIM 10. Mon idée était de vérifier s'il y avait congruence entre le fait de cocher ou non l'item dépression dans la liste des facteurs de risque et les signes associés à la dépression qui seraient cochés, tout en y associant une étude de ce qui est dit dans le récit sur la dépression et les traitements et prises en charge de la personne. En effet, j'ai précisé dans la revue de la littérature que la dépression est un des facteurs psychiatriques les plus retrouvés dans les cas de suicide. Je cherchais à vérifier si c'était également le cas ici, et si la dépression était perçue par les proches.

Enfin, pour compléter les facteurs de protection, j'y ai associé le questionnaire qui a servi d'outils de développement du listing des facteurs de protection, l'échelle RFL (Reasons For Living) dans sa version française, pour compléter les facteurs qui auraient pu protéger la personne du suicide et voir ce qui manquait.

4. Les échelles d'évaluation du traumatisme psychique

L'étude des RS du suicide mettant en évidence un effet traumatique au niveau collectif, il semblait nécessaire de vérifier ce qu'il en était au niveau individuel. Pour ce faire, j'ai choisi d'intégrer à l'entretien, deux échelles d'évaluation du traumatisme psychique. La première est une échelle d'évaluation de la détresse péritraumatique, c'est-à-dire dans l'immédiateté de l'événement, et la seconde est l'échelle H du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) qui évalue le risque d'existence d'un épisode de stress post-traumatique (ESPT). Ces deux échelles ont été associées car l'existence d'une détresse péri-traumatique est un facteur de risque de déclenchement d'EPST et qu'ainsi il est possible de vérifier à court terme les effets de l'annonce d'un suicide et voir également à moyen terme les signes cliniques qui perdurent.

³⁵ La grille est placée en annexes à la thèse, partie 3, documents généraux

L'étude des représentations sociales du suicide a mis en évidence une dimension traumatique du suicide en Bretagne. Ces outils permettent d'explorer plus avant cette dimension à l'échelle individuelle et d'objectiver ces questions traumatiques. Je ne fais pas l'hypothèse qu'il y a systématiquement un épisode de stress post-traumatique (ESPT ou PTSD dans la littérature anglophone) après un suicide, mais il est possible qu'il y ait des traces traumatiques. Le traumatisme peut être entendu comme une forme de fracture dans le système de représentations, une déliaison dans le système de pensées et de « creux dans la trame des investissements » (Benhamou, 2012). Se basant sur les travaux de Freud sur la topographie de l'appareil psychique dans l'Interprétation des rêves (1900), Maxime Benhamou propose l'idée que la représentation traumatique est « *celle qui sera inscrite mais qui restera cloisonnée dans cette « zone indéfinie », à l'extrémité gauche du graphe et très à proximité de la perception, cela juste après qu'elle eut été enregistrée par le système perceptif* » (Idem, p. 29). La représentation traumatique existe ainsi sous forme d'une trace perceptive, à l'interface entre la psyché et le système perceptif. « *Un événement traumatique est celui qui sera inscrit et consigné dans la zone de perception mais sans pour autant n'avoir vraiment été intégré par la psyché et de ce fait resurgira sans cesse précisément là où il se trouve cloisonné. Désormais, sur la base de ce modèle de fonctionnement, il est très aisé de comprendre la dynamique de certains phénomènes psychologiques de type traumatique comme les flash-backs visuels répétitifs, l'insistance obsédante de souvenirs ou de représentations ou en règle générale tout ce qui fait partie de la compulsion de répétition* » (Idem, p. 30).

Ces traces pourraient se trouver à travers les réponses à la section H du MINI, même si le diagnostic d'EPST ne peut être fait et dans les réponses à l'échelle de détresse péri-traumatique à distance, puisqu'il est fait mention du rapport aux perceptions et aux sensations. D'autant plus que cet instrument permet d'évaluer l'existence ancienne de signes de traumatisme et éventuellement leur persistance actuelle. Nous pourrions certainement également trouver des traces dans les récits eux-mêmes.

Ces deux échelles sont utilisées dans la partie où les personnes parlent de leur vécu du suicide de leur proche et des conséquences personnelles et familiales de ce suicide.

3.1 L'échelle de détresse péri-traumatique

L'échelle de détresse péri-traumatique a été développée par Brunet et al. en 2001 et a été traduite de l'américain (Jehel, Brunet, Paterniti & Guelfi., 2005). Elle a pour objectif d'évaluer l'intensité de la détresse psychique après un traumatisme. Des études ont mis en évidence que selon le type d'événement auquel la personne a été confrontée, l'intensité de la détresse péri-traumatique est corrélée à l'apparition de symptômes traumatiques ultérieurs (Jehel, Paterniti, Brunet, Louville & Guelfi, 2006).

J'ai choisi d'utiliser cette échelle dans l'objectif d'évaluer les réactions immédiates à l'annonce du suicide d'un proche, même si cet événement peut ne pas être considéré comme un événement à caractère traumatique au sens de la psychotraumatologie classique où la vie de la personne même est en jeu ou bien que l'événement ait confronté directement à la mort d'autres personnes.

L'idée sous-jacente est de voir si des réactions de détresse existent à l'annonce du suicide d'un proche et de voir le lien avec les résultats à l'échelle H du MINI.

Cette échelle est proposée dans la deuxième partie concernant l'après suicide et avant l'échelle H du MINI. Les personnes doivent répondre en attribuant une note allant de 0 à 4 à la proposition faite sur l'existence ou non de ces effets dans l'après coup immédiat de l'annonce du suicide de leur proche.

J'ai rajouté une seconde colonne qui n'existe pas dans la version originale, pour évaluer les effets actuels de la remémoration de cet événement et comparer avec les résultats à distance.

Une fois que la personne a rempli le questionnaire, on fait la somme des résultats obtenus par colonne. Si le score est supérieur à 15, on considère que la personne a été en état de détresse péri-traumatique. À ce moment-là, il est intéressant de voir quels sont les résultats à l'échelle H du MINI, pour vérifier s'il existe une association entre signes de détresse péri-traumatique et signes de psychotraumatisme ultérieur et s'il existe un lien entre intensité de la première et intensité des derniers.

3.2 L'échelle H du MINI

Le MINI est un questionnaire à visée diagnostique, contenant 120 questions, organisées en modules, ce qui permet soit une passation complète soit une passation ciblée. Il permet d'identifier un certain nombre de troubles psychiatriques, selon les critères de la CIM 10 et du DSM-III-R, dont le risque suicidaire, la dépression, les troubles psychotiques et l'épisode de stress post-traumatique qui nous intéresse plus particulièrement ici. Cette interview a été de nombreuses fois utilisées (i.e : Roelandt et al., 2010) et sa validation a été faite en Amérique mais aussi en France (Lecrubier et al., 1997).

Il peut être auto-administré mais il lui sera préféré une administration par un clinicien formé en face à face. Il est bien accepté par les patients (Pinninti, Madison, Musser & Rissmiller, 2003).

Cet outil permet d'aborder la vie entière et/ou la période actuelle, ce qui nous permet d'évaluer l'existence d'une symptomatologie psychique actuelle ou ancienne.

La section H du MINI a été comparée à d'autres grandes échelles d'évaluation du PTSD comme la CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) et il a été démontré qu'elle était efficace pour évaluer le PTSD (Kok et al., 2013).

Les réponses au MINI se font par oui ou non. L'échelle se compose d'un premier filtre, puis de questions complémentaires, si des réponses ont été positives lors de la passation du filtre.

Mon objectif était de voir s'il existait des signes relatifs au traumatisme chez les personnes ayant perdu un proche par suicide. Ces signes peuvent avoir été présents rapidement après le suicide ou plus tard. L'utilisation du MINI sert de support à la discussion autour de ce thème.

G. Types d'analyse effectuées

1. Entretien de recherche – Trajectoires de vie

Si chaque récit est unique, les thèmes abordés peuvent se recouper, les histoires de vie peuvent avoir des points communs, les représentations graphiques montrer les mêmes dynamiques, ou pas, et c'est à travers une lecture des entretiens à la fois un par un, mais aussi transversalement, que j'ai essayé de mettre en évidence les points communs à ces situations, pour répondre aux questions de recherche et proposer des pistes de prévention spécifiques.

J'ai effectué une analyse de contenu par analyse thématique. J'ai, dans un premier temps, repéré pour chaque entretien, les thèmes qui émergeaient dans les récits au travers des termes et des formulations utilisées, des problématiques qui apparaissaient, des erreurs, des lapsus. Les thèmes ont été choisis en liens avec les hypothèses générales et secondaires associées à cette recherche.

Ensuite, j'ai procédé à une analyse des thèmes récurrents inter-entretiens et j'ai fait une synthèse des éléments pour dégager des éléments de réponse aux hypothèses. Sont apparus des thèmes principaux, retrouvés dans la quasi-totalité des entretiens et en lien direct avec les hypothèses et des thèmes secondaires, inattendus.

Concernant la méthode des histoires de vie, dans cette recherche, du fait qu'en France il n'est pas possible d'accéder aux dossiers médicaux ou sociaux des personnes sans rentrer dans des procédures réglementaires complexes et chronophages, une analyse partielle a été faite. Elle a été faite de manière rigoureuse, en recherchant les événements de vie positifs et négatifs chez l'individu suicidé dont la personne racontant se souvenait. J'ai tout de même balayé, en fonction de la grille d'analyse, les principaux thèmes à aborder dans les histoires de vie et j'en ai fait une synthèse, thème par thème, en fonction de deux grandes catégories d'âge : les plus jeunes à s'être suicidés dans ma population d'étude, qui correspond au pic statistique repéré en Pays COB en 2011, les moins de 40 ans, et une deuxième grande catégorie, les plus de 40 ans. L'idée était de vérifier quels étaient les événements de vie communs à ces deux catégories d'âge et si les trajectoires se croisaient.

Dans la partie sur l'après suicide, je me suis également intéressée aux thématiques qui émergeaient, mais aussi aux signes, manifestations, symptômes qui sont apparus dans le temps après le suicide : à court terme, à moyen terme et à long terme. J'ai synthétisé les réactions à court terme sous forme d'une représentation graphique pour visualiser les signes et réactions les plus fréquentes. J'ai ensuite analysé séparément celles qui étaient plus rares ou plus spécifiques.

2. Le génogramme et l'arbre généalogique

Ces deux productions graphiques permettent de comparer les productions spontanées du registre de l'imaginaire, à une certaine réalité. Elles ont pu ainsi permettre de relancer les entretiens sur des éléments manquants, marquants aussi parfois. L'objectif de cette analyse était de compléter les dynamiques familiales évoquées dans les entretiens à l'aide d'un support projectif et de voir en quoi la production spontanée reflétait cette dynamique et en quoi la réalité différait.

J'ai réalisé une analyse relationnelle des géosociogrammes libres en mettant en évidence les relations entre la personne suicidée et sa famille, sa place dans la famille dans la place qu'elle prenait sur la feuille, les liens, les conflits, les ruptures, à l'aide des symboles relationnels. J'ai également réalisé une analyse structurelle de la famille, en regardant sa composition et les configurations inhabituelles. J'ai cherché la répétition de patterns familiaux dans les modalités relationnelles, les triangulations familiales, mais également dans les dates, les types d'événements, les problèmes de santé ou les accidents.

Je les ai analysés à partir des grands critères de la construction symbolique d'une famille, c'est-à-dire du côté des places familiales occupées, des places générationnelles, de la différence des sexes, des liens, des répétitions inconscientes...

3. La grille des facteurs de risque, de protection et de dépression

J'ai réalisé une synthèse des principaux facteurs de risque qui apparaissaient en Pays COB.

Concernant la dépression, j'ai réalisé une synthèse des items cochés : signes de dépression, dépression et j'ai rajouté si dans l'entretien il était évoqué que la personne était clairement diagnostiquée comme souffrant d'une dépression.

Concernant le questionnaire RFL, j'en ai fait une analyse clinique en regardant quels étaient les facteurs cochés ou non et en quoi cela paraissait cohérent ou non avec les éléments cliniques recueillis dans le cadre de l'entretien.

4. Les échelles d'évaluation du traumatisme psychique

4.1 L'échelle de détresse péri-traumatique

La personne qui répond au questionnaire doit attribuer une note de 0 à 4 à chaque question en fonction de l'intensité de ce qu'elle a ressenti au moment de l'événement, 4 correspond à une réponse « Extrêmement vrai ». Si la somme des notes attribuées aux 13 questions dépasse le score de 15, on estime que la personne était en état de détresse péri-traumatique (Jehel, Paterniti, Brunet, Louville & Guelfi, 2006). J'ai réalisé les scores pour chaque personne pour le moment de l'annonce du suicide et pour la situation d'entretien actuelle et je les ai synthétisés dans deux tableaux.

4.2 L'échelle H du MINI

J'ai synthétisé les réponses à l'échelle sous forme d'un tableau, reprenant les réponses pour tous les entretiens. Je me suis surtout attardée sur une évaluation clinique en regardant quels items étaient cochés et ce que cela pouvait dire de l'impact psychique du suicide sur la personne.

H. Synthèse

Cette étude clinique est constituée de 2 parties principales : l'étude des trajectoires de vie des personnes en crise suicidaire ou suicidées, et l'étude de l'impact d'un suicide sur ses proches et les possibles effets traumatiques à court, moyen ou long terme.

Elle se base sur l'utilisation et l'analyse d'entretiens cliniques et d'entretiens de recherche, dont le principe est celui d'une anamnèse précise des histoires de vie et une analyse thématique inter-entretiens.

Des outils complémentaires sont utilisés pour explorer des dimensions complémentaires : une grille concernant les facteurs de risque et de protection et les symptômes de la dépression, le génosociogramme libre et l'arbre généalogique reconstitué, une échelle d'évaluation de la détresse péri-traumatique et une échelle diagnostique des épisodes de stress post-traumatique.

Cet ensemble d'outils de recherche a pour objectif de répondre aux interrogations de départ concernant cette recherche : quels sont les facteurs à l'œuvre dans les phénomènes suicidaires en Pays Centre Ouest Bretagne, tant au niveau de l'individu qu'au niveau de son entourage, et à une échelle plus grande, au niveau du collectif social dans lequel cet individu a grandi.

Chapitre 2 : Résultats cliniques généraux

Mes analyses portent sur 19 entretiens, qu'ils soient de crise suicidaire ou d'histoire de vie. Il serait peut-être fastidieux pour les lecteurs, dans le cadre de cet écrit, de les reprendre un à un. Les analyses cas par cas sont en annexes de la thèse (Volume 2, confidentiel) et je ne reprendrais ici que la synthèse des résultats par grands thèmes retrouvés dans les différents entretiens. L'identification C, correspond à un entretien de crise suicidaire, tandis que CR, correspond à un entretien d'autopsie psychologique.

Dans un premier temps, je traiterai des résultats de l'analyse des entretiens de crise suicidaire et des récits de suicide du point de vue des histoires de vie des personnes concernées, puis dans un deuxième temps j'analyserai les répercussions des suicides sur les personnes proches qui ont participé à la recherche.

A. Résultats généraux : crises suicidaires et suicides

Je traiterai les résultats de cette partie dans deux sous-chapitres, le premier sur les résultats obtenus dans les récits de crise et dans les histoires des personnes suicidées, le second en synthétisant les trajectoires de vie des personnes suicidées.

Dans le premier opus, j'évoquerai les thèmes principaux en premier et les thèmes secondaires ensuite. Les thèmes principaux correspondent à ceux qui sont en liens directs avec les hypothèses de départ et les points repérés dans la revue de littérature. Les thèmes secondaires sont des thèmes qui sont apparus dans le cadre des entretiens. Ils sont résumés dans les deux tableaux suivants (Tableaux 24 et 25). Le premier présente les thèmes principaux (Tableau 24) et les entretiens dans lesquels on les retrouve, le second faisant une synthèse des thèmes secondaires (Tableau 25).

Tableau 24 : Thèmes principaux repérés dans l'analyse thématique et codes des entretiens concernés.

Place des violences	Vulnérabilités biologiques	Dynamiques familiales particulières	Construction de soi, estime de soi, narcissisme	Psychopathologies	Place de la parole et de l'aide	La dépression	Isolement, solitude et lien social	Prise en charge des crises, des TDS et postvention
C01, C02, C05, C06, C07, C08, C09, C10, CR01, CR02-1, CR03, CR06, CR07, CR08	C01, C05, C06, C07, C08, C09, CR01, CR02-1, CR02-2, CR03, CR04, CR06, CR07, CR08	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, CR01, CR02-1, CR02-2, CR03, CR04, CR06, CR07, CR08	C01, C04, C06, C08, C10, CR01, CR02-1, CR03, CR04, CR06, CR07, CR08	C01, C02, C04, C05, C06, CR02-2, CR04, CR05, CR07	C01, C06, C07, C08, C10, CR01, CR02-1, CR02-2, CR03, CR04, CR05, CR08	C01, C02, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, CR01, CR02-1, CR02-2, CR03, CR04, CR05, CR06, CR07, CR08	C02, C03, C05, C07, CR01, CR02-2, CR04, CR07	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, CR01, CR02-1, CR02-2, CR03, CR04, CR05, CR06, CR07, CR08

Tableau 25 : Thèmes secondaires repérés dans les récits, et codes des entretiens concernés

Place des morts et des deuils	Place de l'alcool	Place du travail dans la vie des personnes	De l'inquiétude à l'intrusion	Les professionnels de santé mentale et autres	Problème de santé physique et impact dépressif
C05, C07, C08, CR02-2, CR03,	C01, C07, CR01, CR02-2, CR04,	C02, C05, C07, C08, C09, C10, CR01, CR02-	CR02-2, CR03, CR04,	C02, C05, C07, CR01,	CR01, CR03, CR06

CR04, CR05, CR08	CR05, CR08	1, CR02-2, CR04, CR03, CR05, CR06, CR08	CR06, CR07, CR08	CR02-2, CR04, CR06,	

1. Thèmes principaux

1.1 Place des violences dans l'histoire familiale ou personnelle des individus et prise en charge

Il existe des expériences de violence dans 14 récits sur 19. La violence prend différentes formes à différentes générations : violences intrafamiliales (conjugales ou à l'égard des enfants), violences dans un cadre professionnel ou scolaire, des violences psychologiques, des violences sexuelles incestueuses ou des violences dans le cadre d'agressions ou d'événements de vie en lien avec un risque de mort pour soi ou pour un autre.

Je les examinerai avec une perspective chronologique, de la génération des grands-parents (N-2) jusqu'à la génération des personnes concernées par cette étude (N).

- Aux générations N-2

Elles peuvent avoir été anciennes à l'échelle de la famille, à la génération N-2 ou plus (C01, C02, C04, CR01, CR03, CR04, CR07, CR08), sous forme d'assassinat (C02) lié à des conditions de guerres, de violences physiques, affectives, sexuelles ou éducatives sur les enfants (C01 et CR01 : Arbre / C07 : 333-335 / CR03 : 532-535 / CR04 : 863-874 / CR07 : 604), des violences conjugales (CR07 : 509-518). On entend ainsi que le grand-père d'Alban pouvait être « un peu violent » lorsqu'il tirait sa femme par les cheveux et qu'il séquestrait sa famille (CR07 : 518), et que mettre ses petits-enfants sous l'eau froide n'est pas trop grave (504-507). On peut se demander à la suite de cela ce que serait une personne « vraiment » violente dans un système de comparaison de ce type. Les récits d'Annick Le Douguet (2014) sur les violences dans le Finistère de la fin du 19^{ème} au milieu du 20^{ème} siècle est à ce titre-là très intéressant dans les paroles qu'elle rapporte. On peut lire page 76 : « *Mieux vaut un mari méchant qu'un mari mort* ».

Elles peuvent avoir pris la forme de violences inter-générationnelles entre un beau-père et une belle fille, comme dans le cas d'Armel où sa mère nous explique la terreur que leur faisait vivre le beau-père (CR04 : 131-133 ; 143-150). Dans le récit de Béatrice, sous couvert d'un non-dit partiel, on apprend que sa mère comme sa tante aurait subi « des injustices » de la part de leur beau-père qui ont fait que sa mère « est restée très marquée » (C01 : 98).

Dans cette génération les violences n'étaient pas reconnues ou étaient parfois même considérées comme normales, et de ce fait aucune reconnaissance du caractère de violence n'est possible, ni de demande d'aide.

- Aux générations des parents des personnes concernées (Génération N-1)

Elles peuvent avoir été existantes sous formes de violences conjugales à la génération des parents de la personne suicidée ou en crise suicidaire (C07 : 308-309 ; 333-335 / C09 : 17 / CR04 : 40-44 / CR06 : 494-495)

Elles peuvent avoir pris la forme de violences liées aux soins donnés aux futures et jeunes mères. En effet, les mères de Jessica et Laurent, dans un cadre de fragilité et d'anxiété liée à la santé, pour elles ou pour leur enfant, ont été exposées à des violences de la part du personnel de santé en maternité, jusqu'à une baffe pendant l'accouchement (CR06 : 21-24 ; 55-56 / CR08 : 231-232 ; 259-260 ; 265-266). Ce contexte a pu majorer l'inquiétude maternelle et créer des conditions favorables à des modalités d'attachement particulières à leur enfant. Cette dimension sera abordée dans la partie qui traitera de la construction psychique et du narcissisme des personnes en crise suicidaires ou suicidées.

- À la génération des personnes en crise suicidaires ou suicidées (génération N)

Les personnes dont j'ai recueilli le récit, ont fait mention des différents types de violences auxquelles elles ont pu être confrontées.

Elles concernent des violences dans le cadre de l'école, que ce soit de la part des enseignants (C01/CR01 : 88-94 / CR02-2 : 933-948 / CR03), ou que ce soit des agressions de la part d'autres enfants (CR06 : 459-472). Ainsi, Émile (CR02-2) a encore pu vivre les humiliations à l'école du fait qu'il parlait le breton. Pour Laurent, une enseignante dysfonctionnelle mettait en place des humiliations collectives et inscrivait les punitions sur le bras des enfants au collège (CR08 : 464-470 ; 519-534). Laurent a été au collège dans les années 1990.

Il existe des violences inter-générationnelles. Ainsi Béatrice raconte que le mari de sa grand-mère maternelle ne l'aimait pas et « quand on s'approchait il prenait des orties » (C01 : 100-101), ainsi que dans le cas d'Alban où les petits-enfants pouvaient se retrouver sous la douche froide (CR07 / 506-507).

Les violences ont également pris la forme de violences de la part de parents envers les enfants (N-1->N), essentiellement des violences psychologiques et relationnelles : ainsi Annette (C04 : 52-54) explique qu'à l'âge de 6 ans elle a été mise en position de responsable de son frère de 5 ans et en charge d'un trajet en train, seule avec lui, entre le domicile de son père et de sa mère. Pour Ludovic, ces violences psychologiques ont pris la forme d'un rejet de la part de sa mère du fait d'une psychopathologie sous-jacente (CR02-1 : 99-110 ; 312-325). Chez Marie-Alix on note des carences affectives à l'adolescence et un rejet de la part de son père. Il existe également des violences physiques, comme dans les cas d'Alexia (C09 : 17-19) et Antoine (CR03 : 14-20 ; 51-52 ; 110), ou des violences sexuelles, de la part d'un oncle dans le cas de Magalie (C06 : 30-32).

Il existe également des violences au sein de cette génération, de la part de pairs :

- Dans le cadre de violences conjugales (C05 / C06 : 60-66 / C07 / C08 / C09 / CR06),
- De violences dans le cadre du travail (C05 : 484-487 / C07 / C09 / CR08), sous forme de management dysfonctionnel (C05 / C09/ C10 / CR08) ayant des effets de fragilisation psychique, de dépression réactionnelle ou de développement de pathologie addictive. Dans le cas de Lysiane (C05), nous retrouvons même la violence sous forme de harcèlement sexuel au travail (484-487). Dans chacune de ces histoires, on peut retrouver des violences affectives, des carences, des dysfonctionnements familiaux dans l'enfance.

Enfin, il existe des expériences de violences, venant d'événements extérieurs. Ainsi, Lysiane découvre le corps de son père mort et est agressée en ville (C05), Marie-Alix (C07) manque d'être tuée par un client et se retrouve peu de temps après face au décès brutal d'un client devant elle. Par ailleurs, elle a assisté au décès de sa mère, écrasée par un tracteur, alors qu'elle avait 11 ans. Le lien peut-être ici fait entre confrontation à un événement violent et brutal, à risque potentiellement traumatique et le risque de développement d'un syndrome de stress post-traumatique, pour lequel des corrélations existent avec le risque suicidaire.

Les violences sont connues pour être des facteurs de risque associés au suicide (OMS, 2014). Une récente méta-analyse met en évidence l'association entre exposition à des violences interpersonnelles précoces et le risque suicidaire chez les adolescents et les jeunes adultes (Castellvi et al. 2017), une autre de 2013 y associe également le risque de développement de psychopathologies au cours la vie (Norman et al., 2012).

Ainsi, les violences, qu'elles aient été aux générations antérieures ou actuelles, ont pu avoir des effets de fragilisation des personnes impliquées et des effets psychopathologiques sur elles, mais du coup, également sur les générations à venir, dans des vulnérabilités génétiques et dans des répétitions de schèmes familiaux.

Le tableau suivant montre, par entretien et par type de violence, le type d'aide reçu. Les cases en jaune correspondent aux violences constatées.

Tableau 26 : Type de violences repéré par entretien (Jaune), et aide reçue

	C01	C05	C06	C07	C08	C09	CR01	CR02-1	CR03	CR06	CR07	CR08
Violences conjugales												
Harcèlement sexuel au travail												
Psychotrauma												
Agression à l'école												
Violences scolaires												
Inceste												
Violences dans l'enfance												

La présence du type de violences concerné est représentée par une coloration jaune de la case

On se rend compte qu'il y a un véritable manque d'aide pour les personnes victimes de violences, quel que soit le type de violence et quel que soit leur âge au moment des faits. Il n'est peut-être pas surprenant, comme Mélanie le dit, que 15 ans après elle ait toujours des attitudes défensives par rapport à son mari (C08), que Magalie se soit fait une carapace après l'inceste qu'elle a subi et la non réponse de sa mère (C06) etc. On peut se poser la question du lien entre reconnaissance des violences par la personne et son entourage familial, social et médical et l'absence d'aide. En effet, seule Jessica a pu bénéficier d'une aide psychologique après l'agression dont elle a été victime dans le cadre du collège. L'environnement social a joué son rôle de protection et une aide a été proposée dans le cadre scolaire. Plus tard, elle saura

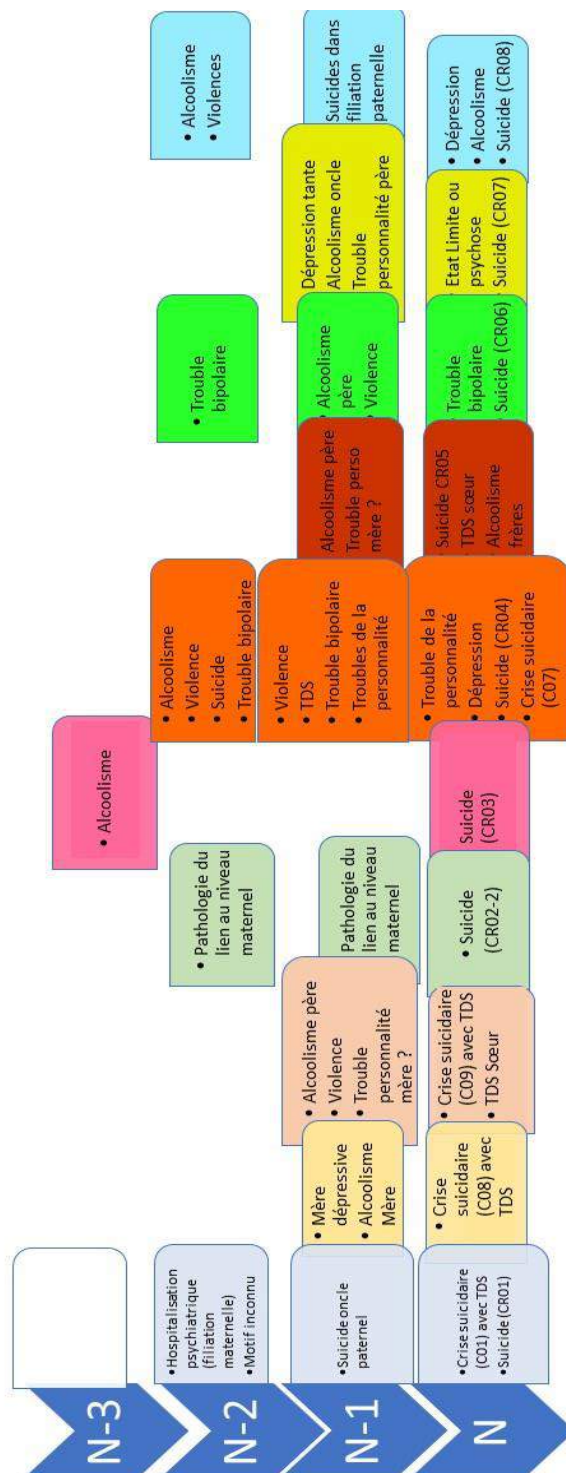
demander de l'aide, tant dans le domaine social que sanitaire. Cependant, au moment de sa rupture avec son deuxième conjoint, dans un contexte de violences conjugales, sur fond de toxicomanie, elle décompense et se retrouve hospitalisée, sous contrainte, après une tentative de suicide (C06).

Dans le rapport Barbançon, on note que : « *Les patients âgés de 40 à 50 ans font, dans la majorité des cas, état d'un passé douloureux empreint de carences, de traumatismes, de séparations, de ruptures et de deuils non résolus* » (2002, p.81). La place des violences était déjà repérée, pour des personnes des générations 1950-1960, mais ce travail illustre que c'est aussi le cas pour les générations 1970-1980, voire pour les années 1990 (C09), et que la question de l'aide apportée dans ces situations est encore plus que problématique sur le territoire.

1.2 Vulnérabilités biologiques, histoires familiales de suicide et représentations sociales

1.2.1 Vulnérabilités biologiques

Concernant les vulnérabilités biologiques (génétiques, épigénétiques), j'ai repéré dans les différents récits, 10 situations où des pathologies psychiques existaient dans les générations antérieures (N-2 et N-1) à la personne concernée par le récit. La représentation de ces vulnérabilités est faite sur le schéma suivant :



Vulnérabilités psychiatriques et addictives transgénérationnelles repérées dans les récits.

Figure 56 : Représentation schématique par génération (N-3, N-2, N-1, N) et par entretien (Couleurs) des troubles psychiatriques et addictifs repérés ou suspectés dans les récits et des

antécédents suicidaires présents jusqu'à la génération des personnes suicidées ou en crise suicidaire en Pays COB (Génération N)³⁶.

Il ne s'agit pas dans ce schéma de faire un lien direct causal entre les crises suicidaires et les suicides à la génération n et ce qui a pu se produire aux générations antérieures, mais d'illustrer qu'il existait, dans un nombre important de ces récits, des fragilités antérieures.

1.2.2 Histoires familiales de suicide

Par ailleurs, on peut se rendre compte qu'il existe dans 11 récits des antécédents en lien avec le suicide dans les histoires familiales. Or, nombreuses sont les études qui ont permis de mettre en évidence l'influence de l'existence d'antécédents de suicide dans la famille ou de tentatives de suicide sur le développement des individus, par exemple sur l'impulsivité (Wang et al. 2017), sur les troubles de la personnalité (Rajalin, Hirvikoski, Salander Renberg, Asberg & Jokinen, 2017), sur le nombre de tentatives de suicide pour les femmes (Rodante et al., 2016).

Par ailleurs, une étude japonaise (Tsukahara et al., 2016) a mis en évidence que la confrontation à un suicide dans la famille a des effets sur les attitudes à l'égard du suicide, en particulier sur la croyance que le suicide est inévitable et qu'il est imprévisible.

Or, parmi les mythes associés au suicide entendus dans les récits, l'idée qu'on ne peut rien faire revient à trois reprises (C01 : 47-49 ; 111-112 / CR04 : 600-601 / CR06 : 1717 ; 2064-2065) et il est considéré comme imprévisible dans l'entretien sur Émile (CR02-2 : 747-457). On voit alors le lien se former entre confrontation au suicide, développement de mythes associés au suicide et frein à la prévention, comme mon hypothèse de départ l'envisageait.

³⁶ Le schéma se lit de haut en bas, et par couleur

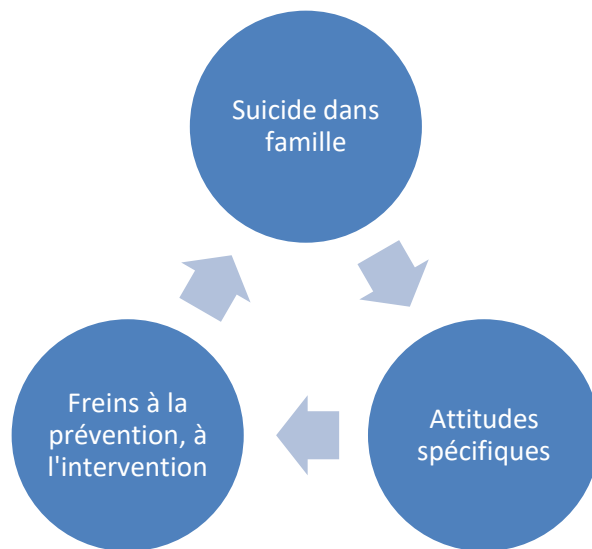


Figure 57 : Schématisation du lien entre histoire familiale de suicide, attitudes et freins à la prévention

Je reviendrais plus largement sur les différentes représentations du suicide, des causes de suicide et des personnes suicidées qui émergent dans les cas cliniques.

Le schéma suivant résume l'existence de ces traces de suicide dans les familles des personnes entendues dans le cadre de cette recherche.

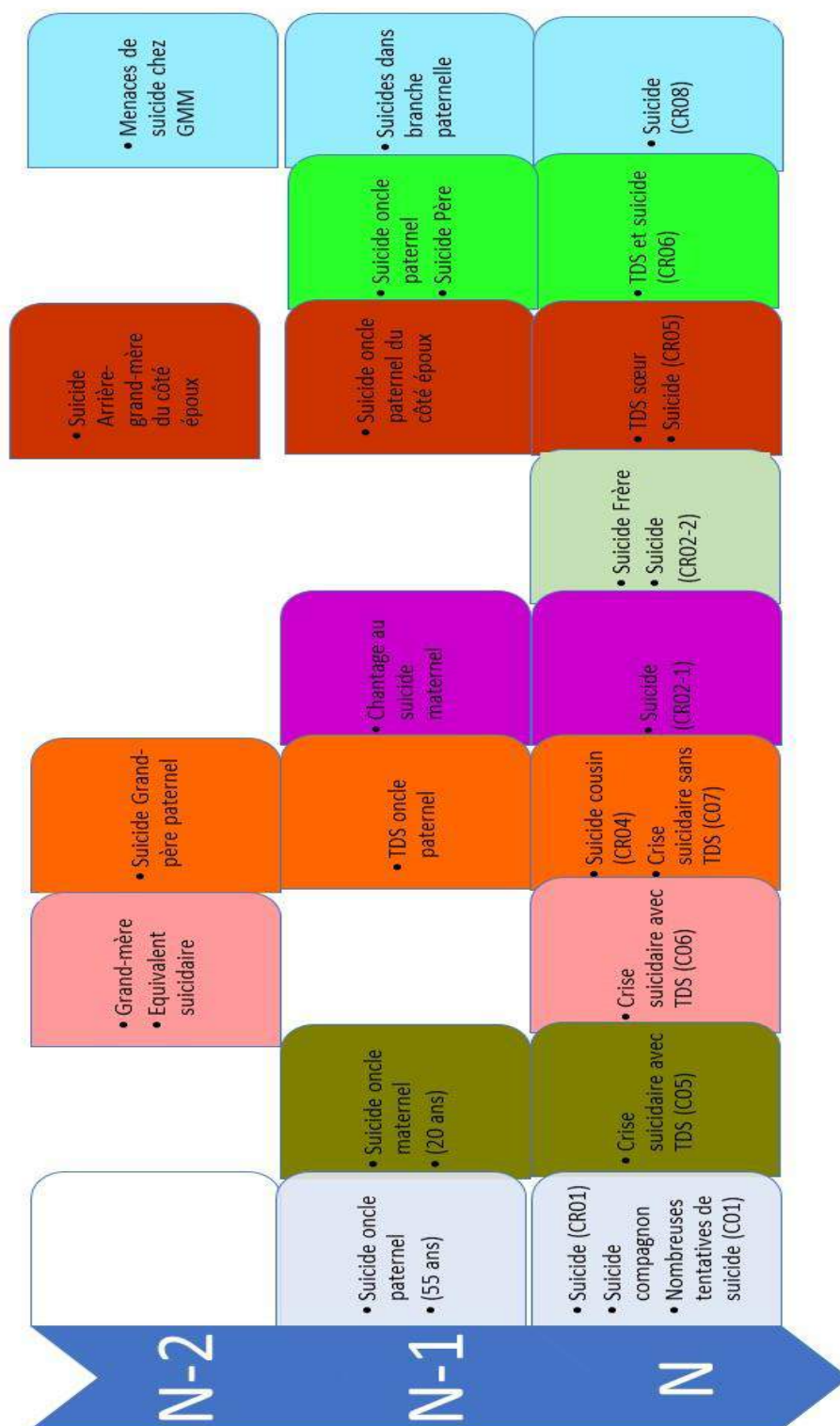


Figure 58 : Schématisation des antécédents suicidaires repérés par génération (N-2, N-1, N) et par entretien (Couleurs)³⁷.

On peut donc croiser les deux tableaux précédents et penser que les vulnérabilités psychiques associées aux dynamiques suicidaires présentes dans la famille, forment un terreau fertile au développement de fragilités familiales et personnelles.

De plus, dans les récits de Béatrice et Gilbert, on entend que le suicide avait une fonction d'outil de résolution de problème et de ce fait, une certaine idée qu'on ne peut rien faire a émergé : « mon frère m'a toujours dit qu'il se serait suicidé / J'ai toujours vécu avec cette idée-là (527-528) ... c'est vrai qu'on a entendu pas mal de choses / que c'est un esprit de suicide qu'y a quand même dans la famille (561-562) », ou encore : « ... mais n'importe comment je pense qu'on a tous ce refuge-là / par contre / faut pas ouvrir la porte quoi » (534-535).

S'il existe des vulnérabilités bio-psycho-sociales au suicide, on voit également que le suicide vient prendre une place particulière dans les histoires familiales, en tant qu'outil de résolution de problème, mais également comme marqueur d'identification dans la famille. Les effets transgénérationnels des suicides existent donc au niveau génétique, cognitif et psychodynamique dans les mécanismes de défenses face aux difficultés de la vie, les modalités d'attachement etc. Ainsi, il peut également y avoir « *à la troisième génération, le sujet qui se trouve dans une conjonction identificatoire traumatique, condamné à une réincarnation du suicidé* » (Charazac-Brunel, 2009, p.58). Il y a dans nos récits, au moins 4 personnes dont le suicide ou la crise suicidaire apparaît à la troisième génération, avec déjà des pathologies à la génération antérieure.

1.2.3 Représentations sociales du suicide en Pays COB repérées dans les récits

Les RS ont été étudiées en population générale en Bretagne dans la seconde partie de cette recherche. Elles apparaissent également dans les récits recueillis lors des autopsies psychologiques. J'ai procédé à leur étude de la même manière que dans l'étude des RS, avec trois axes : suicide en général, causes du suicide et personnes suicidées, pour avoir des éléments complémentaires, comparatifs et spécifiques issus des histoires évoquées par les personnes vivant en Pays COB.

1.2.3.1 Concernant le suicide

On entend que le suicide est associé par un certain nombre de personnes, concernées ou non, à un choix (CR02-1 : 1043 / CR06 : 1564-1566 / CR07 : 962-963 / CR08 : 1624-1629).

Pour Soizic (CR07) et Louise (CR08), l'expérience vécue par rapport au suicide de leur proche a fait changer ce système de représentation.

³⁷ La lecture du schéma se fait de haut en bas et par couleur. (GMM = Grand-Mère Maternelle)

Le suicide est également présenté comme un investissement pour l'avenir des enfants (C05), comme un soulagement pour les autres (C10), comme une solution (CR02-1 : 111-112 ; 1211 ; 1040-1043), un acte responsable (CR02-1 : 1044), ou de facilité (CR02-1 : 1049-1050).

Il est également associé à une forme de lâcheté (C05 : 400 ; CR02-1 : 1056), à une connerie (CR06 : 1303), à un acte égoïste (CR02-2 : 722 ; 730 ; 735 ; 739).

Par ailleurs, Géraldine (CR02-1 et CR02-2) pense que le suicide devient un acte banal en Pays COB, une mort comme les autres et elle s'en inquiète (CR02-1 : 1041-1042 / CR02-2 : 711-721).

Elle pense également qu'il reste un tabou sur le suicide en Centre Ouest Bretagne, associé à du silence (CR02-1 : 1038 / CR02-2 : 1053-1057).

1.2.3.2 Concernant les causes associées au suicide

Le suicide serait génétique (CR05 : 814-815) et il pourrait n'exister qu'une seule cause au suicide (C07 : 129).

1.2.3.3 Concernant les personnes qui se suicident

Pour Nelly, l'idée de sa fille ayant recours au suicide est incompatible avec la représentation qu'elle se faisait d'une personne suicidaire, « comme étant dans le négatif, pas bien dans la société, pas bien dans le boulot... » (CR06 : 1245-1249). Cette image qu'elle avait peut tout à fait l'avoir limitée dans son souci pour sa fille, alors que la sœur aînée, travaillant dans le domaine de la santé et recevant sans doute des personnes suicidaires par moment, était, elle, persuadée que l'histoire allait se terminer ainsi. Cette idée se rapproche de l'idée reçue qui dit qu'une personne joviale est à l'abri du suicide. Le terme jovial revient d'ailleurs dans la description que fait Géraldine de son neveu (CR02-1 : 113 ; 271).

On lit dans le récit sur Émile (CR02-2) que les personnes qui se suicident ont des problèmes psychiatriques, sont bizarres (703), sont anormalement constituées ou plus fragiles (1324-1327), sont égoïstes et lâches (722 ; 730) et sont maîtres d'elles-mêmes (1187).

L'idée que les personnes qui se suicident sont lâches se retrouve dans l'histoire de Joseph également (C02).

Par ailleurs, l'idée que les personnes qui parlent de leurs idées suicidaires ne le font pas est assez présente : (CR02-2 : 1255-1256 / CR03 : 622-623 + 683 / CR08 : 715-743). Le cas de Louise (CR08) est intéressant, car elle pensait cela en référence à sa propre mère qui menaçait régulièrement de se suicider lorsqu'elle était enfant et aux traces traumatiques que cette expérience a laissé pour elle (angoisses toute la journée à l'école à l'idée de retrouver sa mère morte à la maison en rentrant). Or sa mère ne s'étant jamais suicidée, pour elle, son fils n'allait pas le faire puisqu'il l'évoquait, d'autant plus que cela générait chez elle des remontées d'angoisse. On voit que les expériences passées relatives au suicide laissent des traces et confortent la croyance à d'autres mythes associés au suicide.

1.2.3.4 Concernant les tentatives de suicide

Magalie (C06) nous dit s'être sentie comme une « pestiférée » (230) après sa tentative de suicide et pour Géraldine il existerait des fausses tentatives de suicide qui seraient des appels au secours (CR02-1 : 68-69).

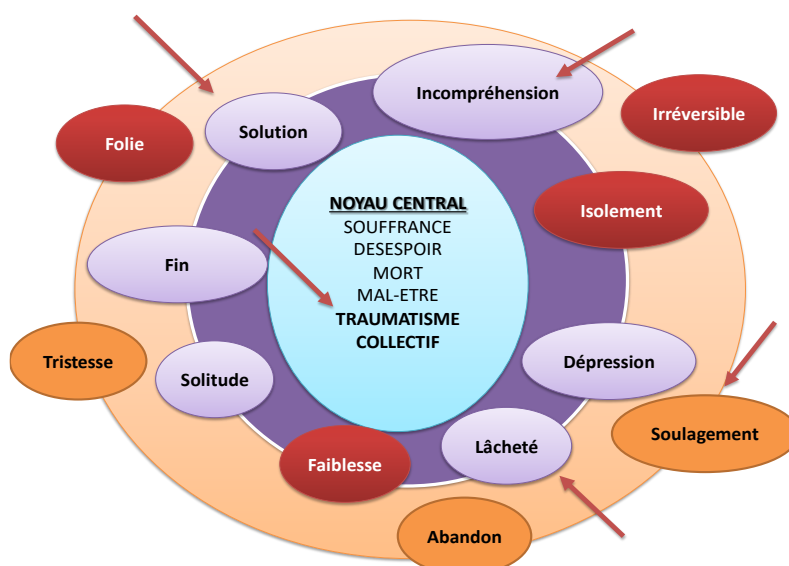
Le suicide en tant qu'expérience subite est du registre de l'irreprésentable. Ferait-il partie de ces événements de vie susceptible de faire changer les systèmes de représentations sociales des personnes ? Pour certains par une ouverture et une compréhension des mécanismes inhérents à la crise suicidaire (CR04 / CR07 / CR08), mais également pour d'autres par le développement de croyances plus fortes à des mythes (C01-CR01 / CR02-2 / CR06) qui freinent l'accès à l'inquiétude pour autrui et l'accès aux contenus des messages de prévention.

Les représentations recueillies ici se rapprochent de celles explicitées dans la partie II de ce travail de recherche. On retrouve le choix, la lâcheté, l'égoïsme, l'imprévisibilité, mais également l'incompréhension (CR02-1 : 857), le caractère inimaginable du suicide (CR02-1 : 858-859), le traumatisme (CR05 : 1128 ; 1200).

Ces éléments se retrouvent dans le système représentationnel que j'ai repéré dans le Pays COB :

- Premièrement pour le suicide en général :

Figure 59 : RS du suicide pour les personnes du COB et items retrouvés dans les entretiens



- Et pour la représentation des personnes suicidées :

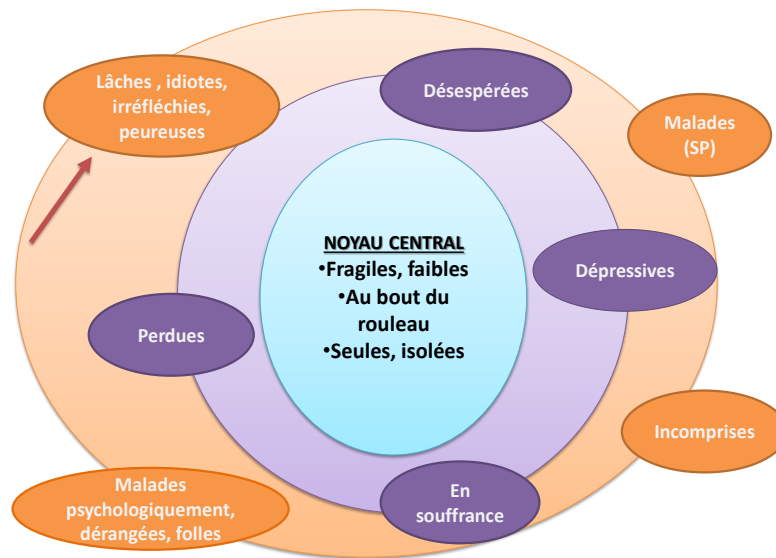


Figure 60: RS des personnes suicidées en Pays COB et item retrouvé dans les récits

On retrouve donc des notions de forte stigmatisation, de la part du collectif, mais également des formes d'auto-stigmatisation, comme lorsque Magalie se sent comme une pestiférée (C06 : 202). Elle se sent peut-être ainsi du fait de son mal-être actuel, mais également parce qu'elle partage collectivement une partie de ce système de représentation.

La stigmatisation apparaît dans d'autres champs de ces récits de vie, au sujet de la dépression, de la maladie psychique et du recours à l'aide.

Ainsi, comme je le pensais, une expérience relative au suicide laisse des traces et peut, dans certains cas, conforter des croyances à des mythes sur le suicide.

Dans l'analyse que je vais faire à présent des dynamiques familiales, je vais illustrer comment toutes ces fragilités ont favorisé des modes de fonctionnement familiaux particuliers qui ont potentiellement renforcé la vulnérabilité de la génération N, d'autant plus que, comme je l'illustrerai ultérieurement, il n'y a pas eu d'aide apportée par rapport à ces fragilités.

1.3 Dynamiques familiales : ruptures et confusion, répétitions et climat incestuel

Toutes les histoires de vie que j'ai recueillies sont différentes, mais des trames familiales se retrouvent. La confusion des places générationnelles crée des effets de ruptures dans les filiations, des répétitions inconscientes et génère des symptômes. Cette confusion se révèle dans les lapsus sur les places des uns et des autres, les génogrammes possibles et impossibles, les récits eux-mêmes... L'étude des fonctions parentales dans les familles fait apparaître une dimension incestuelle associée à la parentification des enfants. Cette analyse amènera à la compréhension de la construction psychique de nos témoins.

Afin de rendre la lecture la plus aisée possible, je scinderai cette partie en différents thèmes : la répétition des trames familiales, l'étude des fonctions parentales, la place de l'affectif dans les liens parents-enfants, la question du manque dans ces liens, le climat incestuel et enfin, la symptomatisation comme modalité d'expression des trajectoires familiales et des failles dans la parentalité.

1.3.1 Répétitions de trames familiales

On retrouve dans 11 entretiens sur 19, des modalités de répétition inconsciente de schèmes familiaux. Ainsi, Gilbert, après sa rupture retourne vivre chez ses parents, tout comme son oncle auparavant, qui s'est lui-même suicidé (C01 : 93-94).

Joseph dira pour résumer cette répétition et sa place dans la filiation : « tel père tel fils » (C02 : 268). Il explique qu'au moment où son père a fait faillite il a pris sa place (C02 : 145-146 ; 155-157). Or lui actuellement fait faillite dans la réalité et psychologiquement, à peu près au même âge que son père et il n'a personne pour le soutenir. Il y a même une dimension sacrificielle (156). Son père s'est d'ailleurs laissé aller à ne plus vouloir vivre (184-185).

Dans la dynamique familiale de Marie-Madeleine, les femmes vivent entre elles, du fait de veuvages précoces car les hommes de la famille meurent en Bretagne (C03 : 27-29). Le décès de son mari au moment de leur arrivée contribue à donner l'impression d'une répétition transgénérationnelle. Un autre élément apparaît dans ce récit du côté du retour à la terre maternelle, dans la maison maternelle au moment de la retraite (C03 : 6-7 ; 10-11), retour dont l'idéalisation se trouve mise à mal dans la réalité puisqu'elle s'y retrouve seule (10).

Annette répète dans son choix d'objet amoureux le type de relation qu'elle entretient avec sa propre mère dans la confusion des individus (C04 : 9-11 ; 42-46). Par ailleurs, on voit à la génération précédente qu'à la séparation des parents, la mère retourne dans sa famille maternelle, comme pour Gilbert (C01 : 92-94 / CR01 : 18-19).

Magalie répète la violence dont elle a été victime enfant pour laquelle elle n'a pas eu d'aide, dans son premier choix de conjoint très orienté par sa mère. Cet homme s'avère être violent avec elle derrière une façade très socialement acceptable (C06 : 44-70). Les relations d'emprise que sa mère a créées avec elle, se répètent également (C06 : 15-19 ; 208).

Du côté de Marie-Alix, le choix de son premier et seul conjoint interpelle aussi puisqu'il répète des mécanismes que Marie-Alix a vécus elle-même enfant avec son père (C07 : 268-270). Elle se positionne ainsi en protectrice de ses enfants, faisant fonction de mère et de père comme elle a dû faire pendant son adolescence (28-30 ; 33 ; 244-245). Cela a également des effets au niveau d'un de ses fils puisque ce dernier, de manière réactionnelle, estime qu'il est inadmissible qu'une femme élève seule ses enfants (280-281).

Chez Alexia, les choix d'objet amoureux sont questionnants : sa mère quitte un homme violent et alcoolique, pour choisir le même genre d'homme, et Alexia elle-même, au moment de sa crise suicidaire, vit avec un jeune homme qui a tendance à s'alcooliser de plus en plus et à devenir violent, ce qui est intolérable pour elle (C09 : 9-11 ; 18-19).

Dans la famille maternelle de Ludovic, les modalités relationnelles dysfonctionnelles mère-enfants se répètent depuis au moins deux générations avec une notion de secret de famille en amont (CR02-1 : 312-325). Les pères font fonction de mère et la construction de la famille de Ludovic n'y échappe pas. Or si le père s'effondre, ce sont les enfants qui prennent cette place, assurant ainsi un rôle de parent pour leur père (CR02-1 : 41-45).

Le père d'Antoine a été maltraité et exploité dans son enfance (CR03 : 534-535) et bien qu'essayant d'être un père moderne qui s'occupe des besoins primaires de ses enfants, c'est un homme qui se montre violent dans l'éducation de son fils (22-24 ; 83-87). Antoine prend lui-même une place de vilain petit canard dans cette histoire familiale (110).

Jessica essaye dans sa façon de vivre ses couples de réparer ce qui a pu rater dans le couple parental, mais elle répète également les schèmes parentaux, en choisissant comme compagnon des hommes inconsistants, toxicomanes et violents (CR06 : 800-825 ; 904-924), ayant eux-mêmes eu de grosses ruptures familiales (CR06 : arbre reconstitué, annexe 2). Elle se retrouve à vivre des situations similaires à sa mère.

Enfin, Laurent, enfant, a contribué par sa présence à payer une dette symbolique de son père vis-à-vis de sa famille (CR08 : 308-309 ; 331-332 ; 497-498). Il avait lui-même été élevé par cette tante, en lieu et place de ses parents alcooliques.

Ainsi, d'une génération à l'autre, des dynamiques familiales inconscientes se répètent et modifient les places des uns et des autres, génèrent du mal-être et du symptôme, empêchent l'autonomisation des individus et les choix de vie personnels au profit de ces répétitions.

1.3.2 Pères et mères... parents ?

Chez les pères et les mères, des places particulières et des points communs émergent dans les récits.

1.3.2.1 Du côté des pères

1.3.2.1.1 Absents ou morts dans la réalité :

On constate dans les récits deux formes d'absence en lien avec les pères et la fonction paternelle. Certains pères sont exclus des relations familiales, du fait de séparations d'avec la mère. D'autres sont décédés précocement. En soit, ce n'est pas forcément générateur de problème, en fonction de la façon dont les mères ont pu rendre vivants ou présents ces hommes dans leurs discours et tisser des liens symboliques entre les enfants et ces hommes.

Or, on se rend compte dans les récits, en lien avec la place de la parole dans les familles et la place des morts, qu'ils sont souvent exclus de ces chaînes signifiantes. Le père d'Annette (C04) se trouve exclu au moment du divorce et n'existait plus dans la parole de la mère. Pour Marie-Madeleine, son père décédé peu de temps après la guerre n'existait pas dans les paroles de sa mère (C03 : 62), ce qui lui fait dire qu'elle n'a pas de père (67) et que c'est une blessure pour elle. Il n'y avait par ailleurs pas d'hommes autour d'elle. Elle a grandi entourée de femmes.

Magalie dit qu'elle a eu le sentiment que son père l'avait abandonnée (C06 : 27) au moment du divorce de ses parents. Les liens étaient assez peu sécurisants pour elle, elle avait le sentiment

d'être une sorte de yoyo dans le désir de son père (26-27). Il n'était pas forcément présent au moment où elle était chez lui (159-160). Après l'inceste dont elle a été victime, elle perd le contact avec celui-ci pendant 4 ans, et ne l'aura revu qu'une seule fois avant son décès (37-39). Il n'aura pas été quelqu'un à qui elle aurait pu confier ce qui lui arrivait.

Si certains pères sont absents dans la réalité, d'autres sont présents, mais leur façon d'être dans la famille génère également une certaine forme d'absence : absence de liens, absence à leur place de père, dysfonctionnement dans l'exercice de leur fonction paternelle.

1.3.2.1.2 Présents dans la réalité, mais présents ou non psychiquement auprès de leurs enfants pour assumer leur rôle de père ?

Joseph nous décrit un père libéral chez qui on ne pouvait pas pleurer en cas de difficulté, (C02 : 51-52 ; 141-143), c'est-à-dire que les enfants devaient s'autodéterminer en quelque sorte. Il n'était donc pas un interlocuteur possible. Pour Marie-Alix (C07 : 14-15 ; 38 ; 133-134 ; 237-244), son père, très présent, était inconsistant psychiquement, dévalorisant, rejetant et violent, comme a pu l'être son propre père (Ernest / CR04). Pour être digne d'être sa fille, il aurait fallu que Mélanie soit handicapée comme son père l'est et qu'elle suive la trajectoire qu'il lui avait tracée (C08 : 28-29 ; 127-129). Cet homme ne pouvait pas aider sa fille à exister pour elle-même. Le père d'Alexia (C09) était violent et alcoolique. On peut penser qu'il a eu des difficultés à jouer son rôle de père auprès de ses filles, tout comme le père de Jessica (CR06). En effet, cet homme a eu du mal à vivre les changements de places symboliques à l'arrivée des enfants et le positionnement de sa femme en tant que mère (CR06 : 510-526 ; 565-577), lui-même ayant été toute sa vie le centre d'intérêt unique de ses parents et après de sa femme. Il développera une psychopathologie avec alcoolisme et violence (579-582 ; 603-614). Le père d'Armel (CR04) est atteint d'une maladie psychique qui rend les relations assez incertaines, insécurisantes émotionnellement, parfois violentes. Son propre père était lui décrit comme tyrannique, faisant peur (166-170). Et Armel, à la troisième génération de cette constellation paternelle, n'arrive pas à trouver sa place de père auprès de sa fille, et de père auprès de la mère de sa fille (527 ; 530-531 ; 585-587 ; 596-599).

Les relations d'Alban à son père étaient empreintes de rivalité et de dévalorisation (CR07 : 62-72 ; 414-415). Le père ayant lui-même vécu des violences de la part de son père, on peut faire l'hypothèse que cela a pu fragiliser ses possibilités de devenir père à son tour d'un garçon. En effet, il était plus proche de sa fille (419-420). Il s'agissait d'un père qui instrumentalisait également son fils dans ses conflits avec son ex-femme (77-80). L'existence de violences à la génération N-2 se retrouve également dans l'histoire du père d'Antoine (CR03 : 532-535). Victime de violences enfant, il essaye de se positionner différemment en prenant part aux soins des bébés, mais des éléments se répètent dans sa violence éducative (83-94 ; 573-574), tout en ayant mis en place de mécanismes de défense rigides pour cacher sa fragilité intérieure (CR03 : 563-567) et en mettant inconsciemment son fils à la même place que lui, celle de vilain petit canard (110).

Le père de Laurent brille par son absence et son manque de positionnement. Il laisse son fils être l'objet d'une rivalité familiale entre tantes et mère, être l'objet de violences scolaires (CR08 : 331-332 ; 496-497), probablement pour régler une dette familiale inconsciente.

La place du père de Lysiane est particulière, toute orientée par la religion chrétienne et ses préceptes, mais également tellement peu claire qu'elle donne lieu à la création d'un roman familial chez Lysiane et des doutes quant à sa filiation réelle (C05 : 134 ; 136-140 ; 321-323).

Le père de Ludovic s'inscrit dans la dynamique familiale en prenant la même place auprès des enfants que tous les autres hommes en lien avec des femmes de cette filiation. Ils sont en charge de tout. Il est donc très étayant dans les premiers temps mais il s'effondre ensuite (CR02-1 : 26-31 ; 39-41 ; 177-180).

Le père de Pauline est décrit comme un homme capable d'être bienveillant pour ses enfants, droit, sachant chanter et jouer avec eux. Néanmoins, il ne parlait pas. Il agissait (CR05 : 405-412).

L'acte prend la place de la parole, or ce qui caractérise la plupart des récits est l'absence de place de la parole dans les relations. Une des fonctions paternelles est justement l'introduction au langage et à ses lois (De Neuter, 2016). Du fait de cette difficulté d'accès à la relation et au registre de la parole, on peut supposer que d'autres objectifs de structuration psychique liés aux fonctions paternelles ont pu être mis en difficultés comme le nouage des jouissances pulsionnelles et des lois fondamentales. On verra concernant ce dernier point spécifiquement qu'il existe un climat incestuel dans les familles qui n'est pas sans liens avec la structuration des lois fondamentales comme la loi de l'interdit de l'inceste. La fonction paternelle apporte aussi la castration symbolique qui permet au petit d'homme de s'ouvrir au monde et en lien avec cela on peut rajouter que la fonction du père est aussi de permettre à l'enfant de sublimer ses pulsions dans l'adhésion à des valeurs et des idéaux sociaux et sexuels symboligènes. Il permet également des modèles d'identification que ce soit pour un garçon ou pour une fille dans la valorisation de la féminité (De Neuter, 2016). Pour un certain nombre de femmes dans les récits de vie, cette question de la valorisation de l'être féminin dans le regard des pères est plus que problématique. Or, il semble également qu'il y ait eu peu ou pas de tiers symboligènes qui auraient pu relayer ces carences paternelles.

1.3.2.2 Chez les mères

Il n'y a pas de père sans mère et réciproquement. La mise en avant permanente des mères dans l'histoire culturelle des Bretons, mais également comme des raisons de leur mal-être, dans le « *matricentrisme psychologique des Bretons* » (Audibert, 1984 ; Carrer et al., 1986) fait oublier les pères. Le maintien ambigu de l'expression « matriarcat breton » contribue d'ailleurs sans doute à maintenir le fantasme que tout serait du côté des mères en Bretagne et participerait du fait que les pères ne puissent pas prendre une place et les maintiendraient là où ils sont, tels que décrits précédemment. On peut remarquer qu'en rentrant le mot matriarcat dans le moteur de recherche « Google », la première occurrence est celle de matriarcat breton. La littérature semble tout de même s'orienter vers l'arrêt de la mise en avant de cette notion (Guillou, 2007). Je vais essayer de montrer ce qui se passe au niveau des mères dans les histoires recueillies.

1.3.2.2.1 Les besoins primaires, soins du corps, de l'inquiétude

Pour certaines d'entre elles, la relation se passe majoritairement du côté des soins primaires, des soins d'hygiène et de la santé physique de leur enfant. De manière associée, directement ou non, il y a l'inquiétude maternelle pour l'enfant qui vient s'immiscer dans le tissage relationnel mère-bébé.

Ainsi, la mère inquiète de Gilbert, ayant eu peur de perdre son enfant (C01 : 66-67) reporte son affection et son attention autour des problèmes physiques et se rend indisponible pour sa fille Béatrice. Cette mère ne peut se ranger du côté du père lorsque ce dernier essaye de faire tiers par rapport aux alcoolisations de leur fils (CR01 : 155-161).

Lorsque j'interroge Marie-Alix sur ce qu'est une mère pour elle, elle répond qu'une mère est en premier celle qui s'occupe des soins aux enfants, fait le ménage, fait à manger, fait qu'ils sont propres (C07 : 307-308), ensuite, protégeant les enfants de la violence du père, l'affection venant en second, comme pour Louise (CR08). En effet, lorsque je lui demande quelle mère elle a été pour son fils, elle esquivé très vite du côté des tâches ménagères (783-789). On remarquera que l'inquiétude est présente dès la naissance de Laurent, mais pas autour de problèmes de santé de l'enfant, mais du risque de mort chez la mère. Louise dira qu'elle avait peur que ce soit la dernière fois qu'elle voit son fils lorsqu'elle s'endormait (317-319). On peut penser que les premiers liens d'attachement ont été vécus de manière insécure. Louise a elle-même vécu une partie de son enfance dans la crainte des passages à l'acte de sa mère, ce qui se superpose au deuil non apaisé de la sœur aînée décédée le jour anniversaire de sa naissance. La relation d'attachement a pu être également peu sécurisante pour elle. Elle se décalera en se rassurant pour devenir mère du côté de ce qu'elle connaît et sait être stable : le registre des animaux. Elle nous dit devenir mère comme les animaux sont géniteurs (CR08 : 217-219 ; 228-229 ; 673-676). Or : « *Il n'est de parent qu'à partir d'une prise de distance par rapport au géniteur et à l'élevage, si l'on entend par là le traitement naturel du petit par le géniteur (...)* Le parent se situe au-delà du géniteur » (Quentel, 2016, p. 77).

Dans le même registre de l'inquiétude, Nelly (CR06) est, elle, inquiète pour sa fille dès sa naissance et jusqu'à ce qu'elle ait 12 ans. Dans le récit qu'elle fait des débuts de vie de Jessica, les premières relations tournent autour de la peur et de l'attention dans le récit qu'elle nous fait des débuts de vie de Jessica. Elle expliquera également qu'elle idéalisait sa fille, de par sa fragilité (CR06 : 136-143). Nelly n'a pas connu sa propre mère et a vécu des ruptures relationnelles précoces. Elle a essayé de manière réactionnelle de combler son propre manque dans sa façon de devenir mère, et le lien qu'elle met en place avec sa belle-mère (Génogramme et arbre reconstitué – Annexes 1 et 2). Elle dit être devenue plus mère qu'épouse (520-521). Elle explique avoir eu une relation fusionnelle avec sa fille Jessica (138-141). L'ensemble a pu générer une sorte de dépendance relationnelle entre les deux femmes.

Pour la mère de Pauline, les choses passaient également du côté du soin, de la médecine (CR05 : 385-393).

1.3.2.2.2 Des mères vécues comme intrusives : du « tout moi » au « toi rien »

Certaines mères décrites dans ces histoires sont du côté de la toute-puissance et de l'emprise. C'est le cas pour Annette, qui a une mère qui ne se sépare pas d'elle, qui « confusione » avec elle et génère du rejet et de la haine (C04 : 42 ; 55-58). Elle dit : « elle me collait mais sans être

présente » (44-45). La mère de Lysiane n'a pas une place de mère et fait intrusion du côté de la sexualité (C05 : 350-362). Elle est dévalorisante, infantilisante et a une relation d'emprise sur elle (C05 : 462-463 ; 506). Celle de Magalie est également présentée comme « parfaite » (C06 : 190), ne pouvant se remettre en question et étant toujours dans la dévalorisation de sa fille (17-21 ; 189). Pour son conjoint, sa mère la « manipule » (208), elle « veut contrôler » sa vie (20). La mère d'Alexia est également décrite comme projetant ses désirs sur ses filles (C09 : 22-23) face à des regrets qu'elle a dans sa propre histoire. Enfin, Aurélie présente sa mère comme ayant essayé de prendre sa place auprès de ses enfants (C10 : 42-43).

1.3.3 Quelle place pour l'affectif ?

Dans 10 récits, l'absence d'affection de la part d'un parent est évoquée. La plupart du temps, cela concerne les mères comme pour Béatrice (C01), Joseph (C02 : 95-96 ; 141-143), Lysiane (C05), Magalie (C06 : 118-120), Aurélie (C10 : 42), Ludovic (CR02-1 : 72-74 ; 99-106 ; 207-208), Laurent (CR08 : 670 ; 677), mais aussi les pères puisque les hommes ne montrent pas leurs sentiments (660-661).

La mère de Laurent, Louise, explique le fait de n'avoir jamais dit à son fils qu'elle l'aimait ainsi : « non moi on ne me l'a jamais dit et j'ai jamais mis en doute. (...) Je sais pas comment expliquer ça (...). Je suis de la campagne (...) J'ai vu les bêtes naître... Une vache elle va pas dire à son veau qu'elle l'aime mais elle va le lécher quand il est né (...) et puis moi mes parents, non, m'ont jamais dit ça et... ... pour moi c'était naturel... non ...j'ai pas appris à le dire » (CR08 : 672-667). Là encore, l'acte de prendre soin physiquement vient à la place de la relation affective.

Joseph dit : « avec ma mère, j'avais besoin de tendresse, d'amour, d'être aimé » (C02 : 94-96). Pour Émile, il doit en être de même, puisque sa mère est décédée lorsqu'il était bébé et on apprend qu'il a été élevé par une tante qui le maltraitait. Ou aussi Géraldine qui explique qu'elle n'a pas eu d'affection dans son enfance (CR02-1 : 1086-1088), le travail étant prioritaire. Concernant son neveu Ludovic, on apprend qu'il a probablement souffert de carences affectives majeures de la part de sa mère (CR02-1 : 99-109 ; 207-208 ; 323-324) et qu'elle n'a jamais su être à une place de mère, même au moment du décès de son fils. En ce qui concerne Mélanie, sa mère était dépressive et alcoolique, on peut donc penser que les modalités d'attachement et relationnelles n'étaient pas simples. Par ailleurs, elle explique que son père n'était pas affectueux non plus (C08 : 28-29 ; 84 ; 182-183), tout comme le père de Marie-Alix au moment de l'adolescence après le décès de la mère (C07 : 237-244). Mélanie dira : « on a jamais appris à dire nos émotions, tous les trois, on se dit pas je t'aime, on se prend pas dans les bras » (C08 : 182-183).

Cette absence de relations affectives, de paroles et de regard bienveillant portés sur les enfants, crée les conditions d'une recherche de reconnaissance des enfants chez les parents, comme pour Annette (C04 : 19-20), Magalie (C06 : 80-81), Mélanie (C08 : 85-86), Aurélie (C10 : 45-46) ou encore Alban (CR07 : 412-420).

Magalie dit : « j'aurai voulu qu'elle soit heureuse pour moi » et que pour elle une mère est quelqu'un qui ne juge pas ses enfants, accepte, guide, écoute et est « câline » (C06 : 193-195). Mélanie aurait voulu que son père soit fier d'elle (C08 : 84).

1.3.4 Alors vient le manque...

Ces façons d'être mère et parent ont créé des sentiments de manque chez certaines personnes. Béatrice dit qu'elle est en manque de sa mère (C01 : 66-67), comme Joseph (C02 : 94-96). Géraldine, la tante de Ludovic, explique que le travail prenait la place sur l'affection à la ferme, et qu'elle a ressenti ce manque, qu'elle essaye de réparer avec la génération d'après (CR02-1 : 1098-1104). Marie-Alix dit de manière très touchante : « on avait besoin d'amour et d'affection. Un bisou c'est pas grand-chose » (C07 : 241-242).

1.3.5 Incestuel et inceste : nous et les autres

« Tout, ici, se passe en famille : c'est en famille que l'interaction incestuelle se produit ; en famille qu'elle se traduit ; en famille qu'elle se terre ; en famille qu'elle se repère. C'est ici le domaine électif de la pathologie transpsychique et transgénérationnelle. (p.8) ... L'Œdipe aboutit à l'autonomie du désir ; il organise le social ; l'incestuel combat l'autonomie, il cimente les familles à l'encontre du social (p.12) »

Paul-Claude Racamier³⁸

Il me semble qu'un certain nombre de récits obtenus à la fois dans les rencontres cliniques que dans les autopsies psychologiques révèlent des dimensions incestuelles.

Ainsi, dans l'histoire d'Armel, on voit qu'il y a une exclusion de la belle-fille dans la représentation (CR04 : Annexe 1), qu'être en couple c'est se couper de sa famille (12-17) et c'est potentiellement fatal, tout comme Julie a pu le vivre d'ailleurs dans sa relation avec son beau-père ou son mari avec sa belle-mère, puisqu'ils avaient transgressé un interdit. Par ailleurs, dans le génogramme, le grand-père paternel est représenté associé à la grand-mère maternelle, et Armel est présenté comme originaire de son frère et de sa sœur.

Les autres, non issus directement de la famille, sont des « pièces rapportées » vécues comme des parasites ou des vampires qui prennent ce qu'il y a de bon dans la famille, et quelque part la tuent (CR05 : 114-115 ; 246 ; 532-535). Sortir du grand tout familial c'est en mourir (CR05 : 114-119). Dans l'histoire de Pauline, on peut se demander si le lieu de vie familial n'est pas le véhicule de cet incestuel. Anne-Gaëlle, sa sœur, raconte une vie communautaire sans identité personnelle (CR05 : 245-260 ; 273-276 ; 322-326 ; 491 ; 497 ; 581-582), et donc pas d'individuation possible. Un moment d'éloignement est une division (589). Son impossibilité

³⁸ <http://www.cpgf.fr/Vocabulaire/Items/incestuel.pdf>, consulté le 11/04/2017

à faire un génogramme pourrait être une illustration de cette dimension incestuelle. La confusion des identités apparaît également dans les nombreux lapsus (158 ; 312-313 ; 347 ; 379 ; 513-516) qui inversent les places de chacun. Les conjoints ne sont également pas représentés dans le génogramme de Joseph (C02), des ruptures dans le génogramme apparaissent et Joseph prend la place de son père dans sa famille au moment de sa faillite.

Émile, également, vit dans un milieu clos (CR02-2 : 551-554), où la parole d'un autre extérieur à la famille est mal vécue (561-568), sur une modalité intrusive. Or les angoisses d'intrusion sont des angoisses apparaissant dans le cadre de fonctionnement incestuel (Defontaine, 2002). Le mode de vie est également clos dans le cas de Laurent à la génération N-2 et N-1, avec une parole venant des « pièces rapportées » comme sa mère, inentendable (CR08 : 1143-1144). Laurent occupe symboliquement la place de son père dans cette dynamique familiale, il est le prix symbolique que paie le père à ses oncles et tantes pour s'être occupés de lui. Par ailleurs, il est positionné par sa mère dans un registre d'animalité et pas dans un registre de séparation, d'humanité.

Cette dimension incestueuse se trouve chez Béatrice et Gilbert également. Il y a une confusion des générations dans le génogramme, pas de noms, ni de prénoms. La représentation est faite de superposition et d'agglutination (C01 : Annexe 1 / CR01 : Annexe 1). Par ailleurs, le père de Béatrice menace de se suicider si elle part avec un jeune homme (C01 : 58-59 ; CR01 : 499-504), ce qui illustre bien le fait que la séparation est impossible. La question de la relation de séduction entre Gilbert et sa mère pourrait se retrouver dans l'impossibilité qu'elle a à faire tiers avec son mari aux débordements de son fils, à l'acceptation du retour de cet homme au domicile des parents (155-159) et dans l'attention permanente aux problèmes de santé (125-128). Ce n'est pas la place des enfants devenus adultes de revenir chez leurs parents, dans le giron maternel, lorsqu'un événement de vie difficile se passe pour eux. Or, on retrouve cela chez l'oncle de Gilbert, mais également chez la mère d'Annette (C04).

Le génogramme représentant la constellation familiale d'Alban est également particulier dans ce registre : il est au milieu, très entouré, « couvé » par sa grand-mère (CR07 : 340-343) mais avec aucune issue (Annexe 1). Le seul moyen de s'en échapper c'est par la rupture, comme avec le père qui est à l'extérieur du cercle. Par ailleurs, sa belle-mère se positionne dans une dimension perverse avec lui. Elle le prend comme psychanalyste (58-60) et rajoute une dimension à la confusion des places et des rôles dans la famille.

Dans ce domaine précis, Lysiane n'est pas en reste avec sa propre mère qui lui confie des éléments de sa vie sexuelle avec son époux, tout en interdisant à sa fille d'y faire référence, ce qui est de l'ordre du déni pervers, et plus tard toujours, en questionnant sa fille et sa petite-fille sur les dimensions organiques de leur sexualité (C05 : 350-362). Or l'incestuel se manifeste également dans l'absence de limite entre soi et l'autre, entre le privé et le public, l'intime et l'extime.

Pour Annette, la question de la différenciation entre sa mère et elle se pose ainsi : « ma mère était presque jalouse de ce que je vivais, de mon indépendance. Elle venait chez moi, voyait mes rideaux et le lendemain elle avait les mêmes chez elle. Elle avait la même façon de

s'habiller que moi. Elle me collait sans être présente » (C04 : 44-45). La confusion des places et des identités est là encore très forte.

Il me semble qu'elle explique l'irreprésentable de l'incestuel lorsqu'elle dit : « j'ai repoussé ça tardivement et encore aujourd'hui... c'est moins dans le conflit, mais il y a quelque chose qui se tient. Je suis là car c'est ma mère et c'est tout. Je... si j'étais pas là je culpabiliserais. C'est basique » (65-66). Lorsque le deuil originaire se fait, les liens de séduction nécessaires dans les débuts de la vie des petits d'hommes entre la mère et le bébé se défont et l'ailleurs peut exister, une ouverture à l'autre, à la différence... Or là, la mère c'est tout et rien à la fois. On est dans des mécanismes pervers du type « je sais bien mais quand même », formulation que nous devons à Octave Mannoni (1969).

Pour Magalie, l'inceste est toléré par la mère, ne génère aucun mécanisme de défense, aucune réaction d'angoisse, ce qui pose question quant à la structuration de cette femme au regard de l'Œdipe, mais en plus, on entend dans le récit de Magalie que ses enfants sont des faire-valoir et on pourrait y voir une preuve supplémentaire d'un abus narcissique. « *Ce qui est en jeu c'est le narcissisme : pour ses parents, l'enfant n'a pas statut de personne mais de faire-valoir. Il est un instrument au service de leur narcissisme.* » (Defontaine, 2002, p. 17). De plus, elle nous dit avoir eu le sentiment que son frère avait interdit à sa mère d'avoir des amants après son divorce (C06 : 199-200).

On peut d'ailleurs s'interroger sur le choix d'objet amoureux d'Annette, de Lysiane, d'Aurélien, de Magalie et de Mélanie prises dans des dimensions incestuelles dans leurs dynamiques familiales, choix orienté vers un homme possiblement pervers. Faudrait-il retourner la question dans l'autre sens lorsque nous recevons des personnes victimes de violences conjugales de la part de pervers narcissiques, de savoir où se cache l'incestuel dans les formations familiales actuelles et transgénérationnelles ?

Une autre dimension possiblement apparentée à cette dimension incestuelle est se trouve dans la confusion des places et des rôles dans les familles. Le père d'Alban est mis en lieu et place de la mère, Marie-Alix se dit père et mère en même temps, Pauline est une « mère de substitution » à la mort de sa mère (CR05 : 87 ; 114), ce qui symboliquement n'est pas neutre, puisqu'elle prend également la place de la morte. Elle n'était pas « sevrée » de sa mère, ce qui laisse là encore apparaître l'impossible deuil originaire (CR05 : 708-712 ; 767-768).

Mais, il y a aussi dans ces récits, des parentifications d'enfants. Émile est mis à la place d'adulte responsable des frères et sœurs dès l'enfance (CR02-2 : 199-200), Gilbert s'occupe des sœurs en lieu et place des parents (CR01 : 106-115). Il est le « protecteur ». Marie-Alix a pris la place de sa mère au moment de son décès, à la demande du père (C07 : 220-221). Annette est responsable de son frère, à 6 ans, alors qu'elle n'a qu'un an et demi de plus que lui (C04 : 52-54). Cela crée de la confusion dans les générations. Cette confusion s'illustre également dans les génogrammes (C01 / C05 / CR01 / CR02-1 / CR02-2 / CR04 / CR07 / CR08).

1.3.6 Filiation et inscription dans la filiation

Les récits mettent en évidence des ruptures et des singularités dans les filiations.

1.3.6.1 Ruptures

Il y a des ruptures liées à des traumatismes, ainsi le père de Joseph ne lui a jamais parlé de son père, mort au moment du génocide arménien. Il lui a juste décrit le corps du mort (C02: 188-189). Il y a également des ruptures au niveau de la grand-mère paternelle dont la famille a été décapitée (186-187). Au travers du génogramme de Joseph, et du récit associé, on voit comment il a essayé de se réinscrire symboliquement dans sa filiation (C02 : 179-181), mais non sans symptômes.

Il existe des ruptures du fait de la violence intra-familiale et la violence dans les relations. Marie-Alix dit qu'elle a : « honte de mon nom » (C07 :120). Elle se vit comme déracinée (C07: 304-305) et elle est de ce fait dans l'impossibilité de faire un génogramme. Car cela voudrait dire retracer des liens.

Les ruptures s'illustrent également dans la création de romans familiaux (C06) avec des doutes sur la filiation (C05) et recréation d'une identité (C02).

Enfin, il existe des ruptures liées aux silences sur les morts, très particuliers dans ces histoires de vie, qui donneront lieu à une analyse spécifique. Géraldine, la fille d'Émile dit qu'elle n'a pas de grands-pères (CR02-2 : 380-381), comme le frère d'Antoine (CR03 : 118; 419), et Marie-Madeleine dit qu'elle n'a pas de père (C03 : 64).

Pour Alban, c'est le divorce des parents qui fait rupture. Ainsi, il écrit : « c'est curieux, j'ai le sentiment que je n'ai plus réellement de famille, plutôt des gens que je connais plus ou moins bien. (...) C'était agréable quand je rentrais à la maison de voir mes parents ensemble, ainsi que mon frère et ma sœur. C'était réconfortant, rassurant. Seulement depuis l'éclatement et l'éparpillement de cette famille, mes parents, frères et sœurs ont grandement perdu de leur importance à mes yeux. Je n'ai plus de « famille », j'ai un père, une mère, un frère, une sœur, qui pourraient tout aussi bien vivre chacun aux quatre coins du monde, ce serait pareil, pour moi, cela me serait égal » (CR07 : Volume confidentiel des annexes / Écrit 2).

1.3.6.2 Liens enfants-parents dans les représentations à travers le génogramme

Un certain nombre de génogrammes montrent des liens de filiation particuliers. En effet, certains enfants sont représentés issus d'un seul parent, ou hors sol (CR06). Tous les enfants d'Émile sont issus de lui (CR02-2 : Annexe 1) et pas de sa femme. Les enfants des générations N+1 et N+2 dans la représentation de Lysiane sont tous également originaires d'un seul parent (C05). Pour Gilbert, ses neveux et nièces sont issus de leur mère (C01 /CR01). Seul Gilbert est issu de ses deux parents. Les sœurs sont issues de lui. Les frères et sœurs sont issus d'Antoine, lui-même issu de ses deux parents, mais sans contacts avec eux (CR03), comme pour Armel (CR04). Armel est le seul parent de sa fille (CR04 : Annexe 1). Nelly est issue de sa mère (CR06), alors que les frères sont issus des pères. Laurent (CR08) est à la base de l'arbre mais il n'a pas de contacts et de liens directs avec les membres de la famille.

1.3.7 Les symptômes comme révélateurs de ces trajectoires familiales et des failles dans la parentalité

Joseph qui dit « tel père tel fils », développe des problèmes cardiaques comme l'oncle dont il a pris le prénom (C02 : 179-181 ; 190) et fait faillite personnellement à travers son surendettement, comme son père. Chez Marie-Madeleine (C03), le décalage entre l'idéalisation

du retour à la Mère crée du symptôme. Elle n'est pas bien, elle est en dépression depuis le décès de son mari et son retour en Bretagne, elle se sent seule et en mal-être. La répétition inconsciente des schèmes familiaux a des effets de deuils précoces. Mélanie a développé une surdité psychique (C08 : 97 ; 113), pas au sens neurologique de l'expression mais au sens psychologique : elle dira : « on est sourds tous les deux », alors qu'elle entend parfaitement bien. Ludovic n'a pas de petite amie, d'après sa tante, de peur de tomber sur une femme « comme sa mère » (CR02-1 : 72-76).

Les passages à l'acte suicidaires sont également des symptômes et des traces de ces dynamiques familiales et personnelles, sur des profils psychologiques modelés par ces éléments de filiation, de fonctions parentales, d'incestuel... que je viens de résumer.

1.4 Construction de soi, psychopathologie et trajectoires de vie

« Parler de lien de filiation, c'est reconnaître que chaque individu naît dans une famille et rencontre en principe à sa naissance à la fois son père et sa mère ainsi qu'une famille élargie à laquelle il appartient sans qu'il l'ait choisie, mais c'est aussi insister sur la fonction socialisatrice de la famille. Le lien de filiation contribue à l'équilibre affectif de l'individu dès sa naissance puisqu'il lui assure à la fois stabilité et protection. Les psychologues ont démontré que chaque enfant éprouvait des pulsions d'attachement qui nécessitaient d'être satisfaites. La solidarité entre les parents et les enfants constitue une forme d'expression de ce lien »

(Paugam, 2006, p. 13-14)

1.4.1 Profils psychologiques

1.4.1.1 Faible estime de soi et manque de confiance en soi : le rapport à soi

La faible estime de soi et le manque de confiance en soi se retrouvent dans dix récits, comme caractéristiques associées aux personnes.

Pour Béatrice, cela s'exprime du côté de l'auto-dévalorisation : « je me sentais diminuée tout le temps » (C01 : 26), chez Lysiane cela prend la forme d'un sentiment d'incompétence (C05 : 218-219), avec une perception d'elle-même négative, comme un oiseau de mauvaise augure (158-165) et une dévalorisation : « je suis moche et en plus je me sens moche » (404-405). Magalie commence sa première séance avec ces mots : « À les entendre je ne suis rien, je sers à rien, je suis une merde » (C06 : 15-16). Mélanie (C08) se sent incapable de tout (20), s'est sentie plus bonne à rien lorsqu'elle a été licenciée (63-64), avec sentiment de dévalorisation (73). Alexia vit une baisse de son estime d'elle-même dans le cadre des brimades et des humiliations qu'elle rencontre au travail (C09 : 5-8). Gilbert est décrit comme quelqu'un n'ayant pas confiance en lui et ayant une faible estime de lui (CR01 : 541 ; 756-757), tout comme Ludovic (CR02-1 : 767), ou encore Antoine qui, à force d'avoir une place de vilain petit canard n'était « pas à l'aise dans sa peau » (CR03 : 45-46). Armel également avait une mauvaise estime de lui et peu confiance en lui (CR04 : 363-364 ; 368-369) tout comme Alban, dans un registre encore plus pathologique, ne se sentant pas capable de faire quelque chose dans la vie (CR07 : 33-35 ; 90 ; 328-329), résolument pessimiste et désabusé (120 ; 201).

1.4.1.2 La relation à l'autre

L'être humain est un être qui a besoin des autres pour vivre, aussi bien physiquement, dans les premiers temps de sa vie, mais également, tout au long de sa vie, des relations intersubjectives qu'il tisse avec les individus dans la société. Néanmoins, certains types de relations aux autres, sont des modalités particulières du lien, fragiles, parfois pathologiques, qui révèlent des dysfonctionnements dans les processus d'attachement, de sécurisation interne par ces processus, tout comme des difficultés de détachement par des insécurités fondamentales.

1.4.1.2.1 Dépendance à l'autre comme étayage interne

Dans certains cas, les autres sont absolument nécessaires comme béquille à une fragilité psychique. Ainsi dans l'histoire de Béatrice on voit comment son mari et son frère l'étayent (C01 : 56 ; 80 ; 85 ; 120-122) ou que son premier mari l'abandonne (29-31). Annette quant à elle s'investit tellement dans la relation qu'elle se perd au profit de l'autre (C04 : 7-8 ; 26-29 ; 34). Les relations sont à la fois dépendance à l'autre et rejet de l'autre avec une recherche de suppléance chez l'autre (28). Elle dit : « Avec mon histoire, le lien, cette personne engluante, sur l'instant je me sentais protégée, ça m'a éloignée de cette notion d'abandon que j'avais. C'est ce que je ressens. Mais en même temps, ce n'était pas bénéfique. C'était pas moi non plus. Le côté fusionnel pathologique. C'était pas ça que je voulais, mais plutôt partager quelque chose avec quelqu'un mais en restant qui je suis » (C04 : 26-29).

Lysiane également cherche chez l'autre un soutien à une place qui fait que lorsque ce lien s'arrête, un vécu de type abandonnique apparaît (C05 : 77 ; 179 ; 405). Mélanie nous dit exister pour les autres et pas pour elle (C08 : 37-38 ; 42-43 ; 74), tout comme quelque part Jessica qui cherche des autres, conjoints, pour les réparer et se réparer soi-même intérieurement (CR06 : 765-771 ; 791 ; 911-912). Laurent est également attiré vers les personnes en difficultés dans la vie, sur un mode d'identification ou de réparation (CR08 : 549-554). Alban est dans la même dynamique, les autres sont « des médicaments » (CR07 : 121 ; 543-544 ; 553-55) pour lui, des facteurs de protection face à ses angoisses existentielles majeures.

1.4.2.2.2 L'autre, son regard et la reconnaissance narcissique

Dans des contextes tels que décrits précédemment on peut également voir apparaître des recherches de reconnaissance narcissique de la part des autres pour réparer les fragilités internes. Lysiane dira : « j'étais belle dans ses yeux » (C05 : 407). Or quand le regard change, le sentiment de valeur personnelle change, comme elle le disait juste avant : « je me sens moche » (404-405). Il y a une recherche du regard extérieur comme reconnaissance de soi et de sa valeur (C06 : 80-81 ; 178-179 ; 189-192). Magalie dit à la fin de sa prise en charge : « C'est agréable de ne pas se sentir comme une merdre. J'avais intégré cette vision de moi, au travers du regard de ma mère, de ma belle-mère et de mon ex-mari » (212-213).

1.4.2.2.3 Rejet de l'autre comme potentiellement persécuteur

Dans certains cas, le revers de la médaille de cette dépendance à l'autre est un vécu de l'autre comme potentiellement menaçant. Ainsi, Gilbert développe sentiment de persécution par rapport aux forces de l'ordre, ceux qui sont garants de la cohésion sociale et des rapports

aux autres dans un cadre pacifié (CR01 : 746). Alban se méfie des autres et les pense comme séparés en deux groupes : les hypocrites et les sincères (296-302).

1.4.2.2.4 L'instabilité des liens

Jessica montre une grande instabilité dans ses liens amoureux avec ses compagnons depuis l'adolescence (CR06 : 436-438). On peut penser au début de sa vie, où dès bébé, elle a été séparée de ses parents pour être hospitalisée, elle a développé des difficultés relationnelles consécutives avec son père et les hommes, puisqu'elle réagissait très fortement en entendant leurs voix, elle a dû être mise sous contention physique, mais on peut penser qu'elle n'a pas été contenue psychiquement à ce moment-là.

Alban également présente des liens d'attachement particuliers aux femmes et aux autres, surtout sur la fin de sa vie. Il développe des relations virtuelles par le biais des jeux en ligne et a surtout une vie relationnelle imaginaire très forte, avec parfois des composantes érotomaniaques qui apparaissent dans les écrits auxquels j'ai pu avoir accès : « J'ai passé un peu de temps avec L., elle est réellement adorable et très douce... mais elle se moque certainement de ce que je peux ressentir pour elle. Mais je ne peux l'oublier. A chaque fois que j'oublie je meurs un peu plus encore. Je ne peux pas l'oublier, même si elle ne sera jamais mienne et encore moins la mère de mes enfants » (CR07 : Annexes Volume 2, Écrit 4). Dans un autre écrit, il dira concernant une personne qu'il a croisé à la faculté et avec laquelle il a discuté : « Elle ne veut pas foutre la merdre dans son couple en prenant le risque de me connaître et de ... m'aimer... C'est bien joué de sa part, mais... avec trois fois rien je l'ai conquise, elle a été touchée et troublée... Cela finira par casser avec son mec, elle a les cordes en mains, c'est à elle de voir, mais je sais que je lui plais, et je le l'intrigue... donc... je l'aurais » (CR07 : Annexes volume 2, Écrit 6).

1.4.2.2.5 Les liens impossibles

Pour d'autres, les liens sont impossibles, comme pour Ludovic, qui ne peut avoir de relations avec des femmes, en lien avec son vécu de fils (CR02-1 : 73-74), ou Armel qui aura mis du temps à être en couple, parce que comme dit sa mère : « il a problème avec les femmes » (CR04 : 358), qui n'arrivera pas à investir son rôle de père (475-477 ; 525-537), ou encore Gilbert qui a la suite de sa première rupture est rentré chez ses parents et n'aura plus d'autres relations amoureuses (CR01 : 166 ; 539-543).

1.4.1.3 Rigidité défensive

Pour faire face à une fragilité interne, des stratégies par des mécanismes de défenses se mettent en place. C'est un montage particulier qui tient un temps, mais qui permet de faire face. Ainsi, Joseph est dans le « contrôle » pour contrebalancer son anxiété (C02), tout comme Marie-Alix qui essaye d'être infaillible par rapport à ses enfants (C07), ou encore Aurélie, qui se présente de manière très rigide avec un Surmoi fort (C10) s'illustrant par des exigences personnelles élevées. Gilbert était aussi du côté de la rigidité avec un « caractère dur qui ne change jamais (CR01 : 51-55). Armel lui voulait « que ce soit parfait tout le temps » (CR04 : 1306-1308) et ne supportait pas les injustices (277-278). Jessica avait un « caractère déterminé » (CR06 : 295), qui ne pliait pas et « s'en foutait de ce qu'on lui disait » (724). On voit déjà dans ces profils-là que la psychorigidité prime.

Un exemple « idéal » pour ainsi dire est celui de Pauline, décrite comme une travailleuse méthodique, appliquée, à la recherche de la perfection et de l'idéal, qui ne faisait jamais de bêtises, ne mentait jamais, ne dérogeait pas aux règles, qu'elles soient explicites et implicites, qui n'aimait pas les conflits et faisait tout pour les éviter (CR05 : 46-52 ; 57-59 ; 66-76 ; 84-104). Tout est du côté de l'idéal, de la perfection et ce qui n'y ressemble pas est insupportable. Ce contexte permet d'avancer vers des hypothèses pour comprendre la décompensation de Pauline que j'analyserai dans la partie traitant des liens entre attachement et psychopathologie.

1.4.1.4 Faire semblant et être soi

Le « faire-semblant » est une autre façon d'aménager sa vie psychique, que je rapproche de la notion de faux-self que Winnicott a développé pour expliciter certains types de modalités de réactions face à des mères pas « suffisamment bonnes » et dans des contextes de psychopathologies parentales, pour faire face à des angoisses d'effondrement.

« Le faux-self est un mécanisme de défense que certains individus érigent pour se protéger contre un environnement qu'ils sentent menaçant s'ils dévient de ce qu'ils pensent que l'on attend d'eux. Il se fonde sur la soumission et la dépendance à un environnement non maîtrisable, au-delà de ce qui est nécessaire pour une bonne socialisation. Ces personnes perçoivent des risques importants à montrer leur vraie personnalité, à dévoiler leurs vrais désirs. Elles deviennent conformistes, adoptant une norme de comportements qu'elles pensent désirable aux yeux de l'autre dont elles dépendent. Satisfaire l'autre, lui faire plaisir, leur procure le sentiment de sécurité dont elles ont besoin pour vivre. »

(Dubouloy, 2006, p. 23)

1.4.1.4.1 Faire semblant

Lysiane a appris à faire semblant, à ne pas dire, à cacher ce qu'elle ressent (C05 : 329-331). Il est possible qu'elle ait eu à faire cela depuis toute petite, eu égard aux angoisses de mort dont elle fait part dans son enfance et la nécessité de se débrouiller seule face à cela : « je me souviens, dans la chambre à deux lits, j'avais peur. J'avais une grande poupée. Je mettais la grande poupée dans le lit et moi je dormais par terre si jamais on venait m'assassiner » (369-370). Déjà là, une autre, faisant fonction d'elle, la protégeait. Dans sa famille, catholique pratiquante, le père est associé à la prière et à la lecture des évangiles (143). Or Lysiane dit : « Les évangiles m'ont foutu la trouille. J'ai pas pu dormir les oreilles découvertes jusqu'à l'âge adulte. Il y avait Jésus sur le Mont des Oliviers et un soldat arrive et tranche l'oreille de Pierre. Je dormais avec une peau de lapin pour protéger mes oreilles (...) j'avais une peau de lapin mort pour me protéger des scènes de... des scènes catho aux murs... de la crucifixion... les sacrifices animaux, pour moi la religion c'est la peur » (372-378). Les adultes ne font pas tiers face aux représentations terrifiantes de Lysiane et personne n'est là pour la protéger. Elle met donc en place des systèmes de compensation et de suppléance. Ici la fonction paternelle peut être considérée comme défaillante dans sa fonction de protection contre les angoisses.

Elle évoque également une forme de non-respect de ses objets transitionnels : sa mère aurait jeté sa poupée « à elle » en lui disant : « pleure pas de toute façon elle est moche » (339), ou

encore : « mon lapin est passé à la casserole (...) on avait beaucoup de lapins mais il était à moi celui-là (343-345) ». Or, ce qu'elle met sur ses oreilles pour la protéger la nuit, c'est du lapin.

Magalie développe une carapace face à l'inceste qu'elle a vécu à partir de ses 5/6 ans, et là encore l'absence de parole et de soutien de la part d'un adulte en particulier qu'elle a convoqué pour faire tiers, sa mère (C06 : 33-36 ; 42-44). Mais, il ne doit pas y avoir que l'inceste puisqu'elle dit que depuis toute petite elle fait semblant. Or, elle dit également : « Depuis toute petite je ne fais que la décevoir » (17). On peut penser que le type de lien que sa mère a développé envers elle n'est pas contenant et valorisant et là encore, le faux-self vient permettre de s'adapter à cela et d'exister d'une certaine manière. « Personne n'a rien vu venir, je suis pas bien depuis longtemps, je me suis toujours cachée, je sais sourire quand il le faut même si j'en ai pas envie » (C06 : 94-95).

Il existe des modalités de ce type chez Marie-Alix qui joue le rôle de la mère parfaite et ne peut s'autoriser à montrer qu'elle va mal (C07), chez Joseph qui dit également faire comme si, parce qu'il est impensable qu'il puisse montrer ses failles, lui qui a toujours réussi jusque-là (C02), Mélanie également se crée une enveloppe (C08 : 42-43) ou Aurélie qui tente de cacher à sa famille qu'elle ne va pas bien (C10 : 15).

Ludovic, malgré son histoire de vie et les conditions relationnelles avec ses parents, a toujours été un bon élève, travailleur, bosseur, est également décrit comme ayant un masque (CR02-1 : 113-114 ; 271), utilisant l'humour pour esquiver les réponses et les difficultés. Cela me fait penser aux hypermaturations adaptatives que développent les enfants avec des faux-self. Or cela a des effets : « *Chez les sujets en faux self, l'hypermaturation intellectuelle défensive est responsable d'un divorce entre le Moi prématurément développé et l'expérience psychosomatique qui n'est plus "psychisée". Cette hypermaturation met donc en péril l'organisation de la sexualité infantile et de l'œdipe, tout en préservant le sujet de l'effondrement.* » (De Parseval, 2007, p.126).

Antoine également portait un masque de jovialité (CR03 : 145-146 ; 263-264), Armel était un colosse aux pieds d'argile, dur à l'extérieur et fragile intérieurement qui ne pouvait montrer ses émotions de peur du jugement social (CR04 : 4 ; 47-50 ; 563 ; 1595-1599), tout comme Laurent était un « sentimental qui ne voulait pas le montrer » (CR08 : 579-581)

« *Le traumatisme narcissique à l'origine de la formation d'un faux self et de l'hypermaturation du "nourrisson savant" surgit selon eux (Ferenczi et Winnicott) au point de heurt entre l'individu et son environnement. Les deux auteurs considèrent en outre qu'il existe un rapport étroit entre le niveau de maturation de l'enfant au moment où se produit le trauma et l'ampleur de ses conséquences sur l'avenir psychique du sujet.* » (De Parseval, 2007, p. 124).

Il sera peut-être possible de voir dans l'étude des processus d'attachement et des trajectoires de vie des personnes, à quels moments la rupture a eu lieu.

1.4.1.4.2 Être soi

Des pistes émergent peut-être chez Lysiane et chez Mélanie puisqu'elles disent toutes les deux vouloir pouvoir « dire non » et pour Lysiane arrêter de se « faire bouffer » (C05 : 183-

190 / C08 : 21-23 ; 74-75), ce qui laisse entendre des ancrages pré-œdipiens, entre la phase orale et la phase anale, puisque le non apparaît dans la conflictualité et l'opposition au profit de l'émergence de soi différencié.

De plus, Lysiane, Magalie et Annette se vivent comme des objets dans leurs relations aux autres :

- Objet de leurs parents : « j'étais sa conscience chrétienne, sa bonne conscience. Une fille c'était bien car y a pas besoin de lui trouver un travail. Un mari ça suffit et ça sert de bâton de vieillesse » (C05 : 132-134). Pour Magalie, j'ai déjà évoqué le fait qu'elle soit un faire-valoir pour sa mère : « elle veut contrôler ma vie, elle n'aime pas mon nouveau compagnon, elle trouve que je manque d'ambition, que son travail est nul » (C06 : 20-21).
- Objet de leurs compagnons : « j'étais bonne qu'à ça » (C05 : 103), « tu dis que tu m'aimes encore, si ça marche pas, est-ce que tu me reprends ? » (C05 : 125-126)
- Objets au travail : « ... dans l'équipe j'avais un tiers de dossiers en plus (...) les hommes il les emmerdait pas... parfois même c'était très ambigu. J'aurai amélioré les relations en disant oui. Il y avait jamais de gestes vraiment déplacés mais des caresses dans le cou, des mots, ça se sent dans l'ambiance » (C05 : 484-489).
- Objet des conflits, comme Magalie qui dit : « Ce jour-là, j'étais à bout. Ma mère avait été abominable avec Arthur. Elle était extrêmement dure avec lui. J'en pouvais plus d'être au milieu de tout ça, j'avais l'impression d'être un punching ball » (C06 : 78-80) ou bouc émissaire comme Annette : « quand quelque chose n'allait pas c'était toujours moi » (C04 : 48-49).

Ainsi, Annette, Lysiane, Magalie et Mélanie, du fait du type de relation qui les lie aux personnes, en raison de ces difficultés relationnelles précoces, ont dû, pour ne pas se perdre et mourir subjectivement, ek-sister leur souffrance dans la réalité, couper dans le réel. Au moment du passage à l'acte Annette (C04) dira que pour elle « c'était trop » (38) et que c'était : « un moment d'horreur, de dépersonnalisation total » (39) « j'étais bouffée » (42) « je trouvais pas cet équilibre... j'étais encore plus perdue et j'ai eu peur » (C04 : 35-37). Il en est de même pour Lysiane (C05) qui dit « il y avait encore eu une engueulade. Je me reverrai toujours. Ludovic sur le bord du lit. Il me fait encore une réflexion. Je l'ai regardé. Je me suis dit : ça suffit » (C05 : 72-73). Magalie raconte : « J'en pouvais plus. Stop. Ne plus rien entendre. (...) il fallait que ça s'arrête. Je ne supportais plus rien, plus un son. Il fallait que ça s'arrête » (C06 : 82-83) et Mélanie de dire : « je me vois faire la dernière fois, mais j'étais incapable de faire marche arrière, même si je savais que c'était pas bien. J'avais l'impression de sortir de mon corps » (C08 : 93-94).

Ainsi, les liens entre relations à soi, aux autres et la fonction du passage à l'acte se tissent doucement.

1.4.1.5 Introversion, timidité

D'autres caractéristiques de tempérament apparaissent dans les récits. Gilbert est dit solitaire, réservé (CR01 : 23-24) et timide (180). Émile est introverti (CR02-2 : 41) et ne se

dévoile pas (246), Armel est solitaire (CR04 : 490-492), peu sociable enfant (87) et interiorise sa souffrance (19-25). Pauline était effacée, souffrait sans rien dire, interiorisait sa détresse et ses émotions (CR05 : 8-17 ; 419).

1.4.1.6 Impulsivité

L'impulsivité est un facteur de risque associé au suicide. On retrouve ce tempérament chez Gilbert (CR1 : 1038), chez Jessica (CR06 : 580-581 ; 677 ; 913-918) dans les actes et dans les émotions (296-302 ; 777) et chez Alban (CR07 : 158-163 ; 306-319).

Tous ces éléments laissent entendre qu'il existe une fragilité interne chez les personnes, dont on peut penser qu'elles sont en lien avec le type de relation d'attachement à leurs parents et aux figures d'attachement au cours de leur enfance et de leur adolescence.

« Une assurance solidement ancrée est généralement le résultat d'un parcours développemental mené sans entrave, à son propre rythme, de la petite enfance à la maturité, au cours duquel l'interaction avec des personnes dignes de confiance et peu avares d'encouragements apprend à l'individu à conjuguer confiance en autrui et confiance en soi »
(Bowlby, 1970, p. 196)

1.4.2 Type d'attachement

Ce travail de recherche n'est pas un travail de psychologie du développement qui analyserait avec des méthodes spécifiques les modalités d'attachement des parents aux enfants et les liens avec l'émergence de psychopathologies associées au suicide. Néanmoins, il s'agit d'un travail de repérage de facteurs entrant en ligne de compte dans l'émergence des comportements suicidaires en Centre Ouest Bretagne. L'interaction entre confiance en soi, confiance dans les autres, et liens aux parents émerge dans de nombreux récits. Ainsi, je vais esquisser des pistes d'association et des réflexions sur ces thématiques, sans pour autant rentrer dans des détails théoriques poussés, qui nécessiteraient une recherche spécifique. Je vais proposer des hypothèses sur l'attachement des parents aux enfants, des générations N-2 à N-1 et de N-1 à N.

Je reprendrai les caractéristiques des relations grands-parents, parents, enfants dans l'enfance et l'adolescence, pour chaque personne dont j'ai recueilli l'histoire, concernant l'attachement et la perte. Je ne ferai que des hypothèses sur le type de lien, n'ayant que des récits parfois partiels et non orientés sur cette thématique spécifique.

Pour Béatrice, j'ai déjà évoqué le fait que sa mère était plus proche des enfants « malades » que d'elle, qui est au milieu. Elle dit être en manque de sa mère. Son père était semble-t-il très pris par son travail et parfois sur les routes. Son grand-père paternel est décédé quand elle avait 13 ou 14 ans. Par ailleurs, dans la génération antérieure, le père de sa mère est décédé lorsque celle-ci avait 3 ans et sa mère aurait pu être victime de violences de la part du beau-père dans son enfance (C01 : 96-98).

Pour Joseph (C02), il y a, à la génération précédente, des traumatismes associés à des génocides. Son père a vu son propre père mort assassiné et sa grand-mère maternelle a vu une partie de sa famille « décapitée ». Son père est assez distant avec lui, le laissant sans cadre sécurisant et il dit qu'il aurait eu besoin de la part de sa mère de « tendresse, d'amour, d'être aimé »

Chez Marie-Madeleine (C03), à la génération des grands-parents, la grand-mère maternelle est fille « naturelle ». Les liens avec son père étaient rompus. Elle-même a eu une fille hors mariage qui a élevé sa fille seule. Le père de Marie-Madeleine est décédé alors qu'elle avait 1 an. À 11 ans, elle est inscrite en internat et le vit comme un enfermement et un abandon.

On ne sait rien des grands-parents d'Annette (C04) mais on sait que ses parents ont divorcé quand elle avait 5 ans.

On ne sait également rien des grands-parents de Lysiane (C05), mis à part à regarder son génogramme que son grand-père paternel est décédé lorsqu'elle avait 9 ans. On ne sait pas quels liens elle avait avec lui. Concernant ses liens à ses parents, on peut supposer que bien qu'il n'y ait pas eu de séparations, ils étaient insécurisants étant donné les angoisses dont elle fait part dans son enfance, relatées dans la partie sur la confiance en soi et le faux-self.

Magalie (C06) ne peut rien dire de sa famille au moment de faire son génogramme. On ne sait donc rien sur des pertes précoces. Ses parents divorcent quand elle avait 3 ans. Sa mère est dévalorisante et on peut penser que les liens ont été insécures. On peut également le penser au niveau paternel puisqu'on apprend que son travail justifie le fait qu'il ne puisse pas s'occuper de ses enfants et la belle-mère non plus. Magalie a intégré que : « on est pas ses enfants, elle a pas à s'occuper de nous ».

Pour Marie-Alix (C07), les relations avec le père devaient être complexes dès le début, il existait des conflits dans le couple parental qui a pu créer un contexte insécure. La mère de Marie-Alix est présentée comme affectueuse, mais avec la question des soins primaires comme prioritaires. Le décès de sa mère à 11 ans est un élément de perte important, avec un père n'ayant pas pu rassurer et protéger ses enfants par rapport à cet événement. Ce père a probablement lui-même vécu des situations insécurisantes dans sa propre enfance, lorsqu'on entend dans le récit fait par Julie pour Armel (CR04), la terreur que pouvait inspirer ce grand-père paternel.

Mélanie (C08) a eu une mère dépressive et dépendante à l'alcool. Il est possible de penser que les liens d'attachement ont également pu être compliqués. Elle est l'aînée. Par ailleurs, elle est rejetée par son père parce qu'elle n'est pas handicapée comme lui. On apprend concernant la génération des grands-parents maternels, que la grand-mère avait également une addiction à l'alcool. Une tante maternelle souffre de la même pathologie. Il y a donc une composante familiale relationnelle et probablement génétique.

Le seul élément que nous avons concernant Alexia (C09) est le fait que son père était alcoolique et violent envers elle également, et que sa mère était très ambivalente. On peut donc également penser que les conditions d'attachement étaient insécurisantes pour elle.

Chez Aurélie également la mère est décrite comme dévalorisante, pas affectueuse, jugeante (C10).

Pour Gilbert (CR01), l'attachement était du côté de l'anxiété avec sa mère. Gilbert est un enfant né hors mariage, avec des pressions familiales qui ont pu jouer sur les conditions d'accueil de cet enfant. Gilbert a eu des problèmes de santé importants vers l'âge d'un an, il a été hospitalisé et on ignore si un parent est resté avec lui. Les parents étant très occupés ailleurs, les enfants se sont auto-surveillés. L'étayage extérieur pouvait peut-être moins sécurisant que dans d'autres situations où les enfants sont entourés par des adultes, qu'ils soient parents ou figures d'attachement comme des assistantes maternelles, des éducateurs...

Les relations entre Ludovic (CR02-1) et sa mère ont déjà été abordées partiellement auparavant. Sa mère n'a pas pu assurer ses fonctions, tout comme sa mère à la génération antérieure. Or devenir parent réactualise les conflits infantiles familiaux (Bowlby, 1956) et les difficultés de enfants sont : « *apparemment liés aux difficultés émotionnelles des parents eux-mêmes, dont ils ne sont que partiellement conscients et qu'ils ne peuvent contrôler* » (idem, p. 43). Le père a fait tout son possible pour étayer au mieux, mais il ne peut remplacer les premiers liens mère-enfant.

On ne sait pas grand-chose de la petite enfance d'Émile (CR02-2). On sait juste qu'il a vécu des violences scolaires et des humiliations, ce qui a pu contribuer à fragiliser la confiance en soi et l'estime de soi, si aucun adulte à côté n'est venu pour rassurer et protéger. Par ailleurs, il était adolescent pendant la seconde guerre mondiale.

Concernant Antoine (CR03), son propre père a perdu sa mère et son père dans sa petite enfance et il a été confié à quelqu'un qui l'a maltraité. Ainsi, déjà à la génération du père, des fragilités dans la construction de soi et des liens sont apparues. Ainsi, on voit que ce père a eu des difficultés à créer des liens bienveillants et sécurisants avec son fils, possiblement du fait qu'Antoine avait quelques difficultés et qu'il n'a pas su changer de modèle par rapport à ce qu'il avait lui-même vécu. Or l'idée « *que le châtiment constitue un moyen de contrôle efficace est (...) une des plus grandes illusions de la civilisation occidentale* » (Bowlby, 1956, p.40).

Pour Armel (CR04), comme évoqué pour Marie-Alix (C07), il y a des traces d'attachement insécure à la génération du père. La grossesse hors mariage a également provoqué des tensions du côté de la mère ayant pu jouer sur les conditions d'accueil de cet enfant. Par la suite, Armel est décrit comme un enfant qui est resté souvent seul pour explorer le monde et les liens ludiques avec son père sont tributaires des conditions professionnelles de celui-ci.

Dans le cas de Pauline (CR05), on ne sait pas grand-chose des générations antérieures mis à part le fait que son père soit né pendant la première guerre mondiale (1916). Pour Pauline, ce qui prime ce sont les problèmes de santé chez son frère aîné qui a pu mobiliser l'attention des parents de manière préférentielle dans la période 5-10 ans.

Dans le cas de Jessica (CR06), les interactions entre liens d'attachement et pertes sont intéressants à étudier dans une dynamique intergénérationnelle. En effet, les parents de Nelly, sa mère, sont décédés tôt, alors qu'elle était bébé et elle a vécu une petite enfance chaotique, avec une instabilité des liens d'attachement dans l'enfance et dans l'adolescence. Cela a pu avoir des effets sur sa propre capacité à soutenir ses enfants, d'autant plus que des angoisses de mort se sont réactivées en fin de grossesse : peur pour elle et pour sa fille. Pour Jessica, il y a eu en plus une séparation avec ses parents à 4 mois pendant 3-4 semaines, avec des manifestations de mal-être où elle n'a pas reçu de la contenance psychique mais physique. Du côté paternel, on voit apparaître des difficultés à prendre sa place de père envers ses enfants. Les relations dans le couple parental pendant l'enfance et l'adolescence de Jessica sont violentes et donc insécurisantes. Tout ce contexte a des effets psychopathologiques dans la création du lien à l'autre et à soi avec persistance d'anxiété et de phobies à l'âge adulte, développement d'une psychopathologie dépressive bipolaire et des modalités d'attachement aux autres, hommes, du côté de l'ambivalence.

Chez Alban (CR07), des modalités relationnelles particulières apparaissent du côté des hommes, avec un grand-père paternel maltraitant, dont a souffert le père d'Alban avec un

contexte familial insécure, et cet homme, devenant père, incapable d'être à cette place de régulateur des échanges car toujours dans le conflit et l'angoisse d'effondrement si son fils venait à arriver à sa « hauteur ». Or, le caregiving paternel joue « *sur le contrôle des émotions, la régulation et résolution des conflits émotionnels liés aux échanges interpersonnels* » (Guedeney et Guedeney, 2016, p.25).

Pour Laurent (CR08), du côté maternel, sa mère a été incapable de percevoir les signaux de détresse chez son fils adulte, en lien avec sa propre histoire et les propres angoisses que cela a généré chez elle. Elle est devenue mère en réaction à ce qu'a été sa propre mère, en se sécurisant dans un registre qu'elle connaissait pour être stable, celui des animaux. Comment est-elle devenue mère dans le lien avec son fils et les liens avec sa propre mère et le type caregiving dont elle a bénéficié ? Par ailleurs, elle a vécu des moments de stress postnataux dont on sait, avec l'anxiété prénatale (CR04 / CR06) et les stress interpersonnels (C07 / C09 / CR04) qu'ils modifient le caregiving maternel (Guedeney et Guedeney, 2016). Or le caregiving maternel favorise le sentiment de sécurité chez l'enfant et les capacités à recourir à l'aide. Les modalités d'attachement dans l'enfance de Laurent sont également très particulières, en lien avec le positionnement du père dans sa famille : il a été ballotté de droite à gauche, avec une figure d'attachement fort pour sa grand-tante paternelle, qui décède lorsqu'il a 8 ans.

1.4 Psychopathologies et troubles de la personnalité

Bowlby relate dans sa conférence de 1967 (p. 123-125) les liens entre dépression, tentatives de suicide, suicide et des pertes dans l'enfance, en particulier pendant les 5 premières années de la vie. D'autres études auxquelles il se réfère évaluent l'impact de ces pertes en termes de santé mentale jusqu'aux 10 ans des enfants. Il dit : « *Il se révèle fructueux aujourd'hui de concevoir la plupart des troubles de la personnalité et des psychonévroses chez l'homme comme reflétant une perturbation dans la capacité à établir des liens affectifs, due soit à un défaut dans leur développement dans l'enfance, soit à un dérangement ultérieur* » (idem, p. 120).

À partir de là, quelles hypothèses psychopathologiques émergent concernant les personnes de cette étude ? Mes impressions cliniques s'orientent majoritairement vers l'existence de troubles de la personnalité. Comme précisé dans le manuel de sémiologie psychiatrique de Tribolet et Shahidi (2005), la personnalité pathologique se caractérise par une psychorigidité, un manque de souplesse dans les processus d'adaptation à la réalité interne et externe, avec des traits de caractère peu nombreux, une souffrance psychique, exprimée ou non, parfois une inadaptation sociale. Il existe onze types de personnalité pathologiques.

Comme je le préciserai plus tard, quinze personnes sur 19 avaient une dépression unipolaire au moment de leur suicide, 2 d'entre eux avaient possiblement une dépression bipolaire, et 2 autres étaient atteints d'un trouble de santé mentale de type état-limite ou psychose pour l'un et psychose probablement pour l'autre, sans pouvoir éliminer des pistes une atteinte somatique neurologique centrale ou endocrinienne. Mais les pathologies dépressives se rajoutent aux troubles de la personnalité préexistants, ou, pour les psychoses, sont les conséquences d'une décompensation d'une fragilité préexistante.

Au-delà du diagnostic au moment du suicide, on voit que Joseph et Émile ont des troubles anxieux associés (C02 : 130-133 / CR02-2 : 61).

Concernant les troubles de la personnalité, Béatrice (C01), Annette (C04), Lysiane (C05), Mélanie (C06) ont possiblement des personnalités dépendantes. Elles développent pour faire face à leur fragilité personnelle et le manque de confiance en soi, une relation à l'autre du côté de l'étayage, de la réassurance avec parfois de la soumission à l'autre jusque dans l'acceptation de violences pour ne pas perdre le lien. On peut faire l'hypothèse d'un mécanisme du même type chez la mère d'Alexia (C09).

Pour Armel (CR04), on peut hésiter et se poser la question d'une personnalité schizoïde. En effet, il est plutôt isolé et solitaire, a du mal à entrer en contacts avec les autres, avec une raréfaction des liens sociaux.

Pauline (CR05) pourrait avoir eu une personnalité plutôt paranoïaque, avec une grande rigidité morale et des processus d'idéalisation importants, qui a décompensé sur un mode délirant hypochondriaque et avec un effondrement dépressif associé, mais l'hypothèse d'une personnalité sensitive ne peut pas être éliminée non plus du fait de l'intériorisation des tensions, la sensibilité aux réactions des autres, l'incapacité à s'affirmer... Ce qui pose question dans le profil de Pauline est la décompensation tardive, à 55 ans et l'adaptation sociale et professionnelle au cours de la vie. Sa mère ayant eu assez jeune une tumeur au cerveau et n'ayant pas d'éléments sur les bilans somatiques réalisés au cours de sa prise en charge, je ne peux pas exclure non plus l'hypothèse d'une atteinte somatique ayant des modalités d'expression psychiques.

Concernant Alban (CR07), le diagnostic différentiel entre psychose mélancolique et état-limite ne semble pas évident à poser en fonction des éléments recueillis. La dimension état-limite apparaît dans ses craintes permanentes d'être abandonné dans la réalité ou imaginativement, l'alternance entre idéalisation et dévalorisation, les comportements suicidaires récurrents, le sentiment de vide perpétuel. L'état-limite peut présenter des moments de dissociation, ce qui fait la jonction avec les symptômes psychotiques.

Quelle que soit la réalité du diagnostic, Alban souffrait clairement d'une psychopathologie à risque de suicide et n'avait pas reçu d'aide appropriée pour cela.

Il est impossible de conclure sur l'existence objective de troubles de la personnalité chez nos sujets, mais on peut en faire l'hypothèse. Il semble important de ne pas aller plus loin dans le cadre de cette recherche et avec cette méthodologie, mais d'aller plus loin dans les futures recherches sur le suicide en Bretagne, du côté de l'attachement parent-enfant, de l'existence de troubles de la personnalité dans les générations antérieures et actuelles, et de prévenir l'apparition de pathologies du lien, réelles psychopathologies non névrotiques.

« L'arrivée d'un bébé est le moment stratégique pour s'attaquer au cercle vicieux qui voit des enfants perturbés devenir plus tard des parents perturbés qui à leur tour s'occuperont de leurs enfants d'une manière telle ou telle que la génération suivante développera des troubles identiques ou similaires »

(Bowlby, 1956, p. 49)

1.5 Place de la parole et de la demande d'aide dans les dynamiques familiales et personnelles

1.5.1 Constats

Dans 18 récits sur 19, il est mentionné une difficulté de parler de soi, de parler aux autres, de parler des autres vivants ou morts. Et l'absence de parole crée du symptôme sous forme de somatisation (CR02-2, C01, C07), d'actes (CR04), de régression (CR08), de maladie psychique (CR05 : 191) ...

On ne parle pas dans ces familles (C01 : 53 + CR01 / C06 / C07 : 13 ; 90 ; 166 ; 315 / C08 : 113 / C10 : 44-45 / CR02-1 : 864 ; 867-869 ; 990-992 / CR03 : 258-259 ; 274-276) et les personnes ne parlent pas d'elles (C06 / C07 / C08 : 55 / C10 : 15 / CR01 : 151-152 / CR02-1 / CR02-2 : 218 ; 240-241 / CR03 : 296-297 / CR04 : 256 ; 528 / CR05 : 418-419 / CR08 : 82-84). On ne parle pas non plus à des professionnels (CR01 : 796 / CR02-2 : 95-96 / CR05 : 209-210). Pour certains, il faut de l'alcool pour pouvoir parler (CR01 : 24-25 / CR02-1 : 190-192).

On ne parle pas non plus des morts (C07 : 15-16 ; 315-316 / CR02-2 : 39-41 ; 325-326 ; 349 / CR03 : 117-119 / CR04 : 1111-1117 / CR08 : 425-426 ; 437-440). Le deuil se fait par et avec le silence (CR02-2 : 39-44 ; 93-97) en répétant des schèmes familiaux et en créant des ruptures symboliques dans les filiations (CR03 : 117-119), puisqu'ils n'existent pas dans la parole, les personnes disent qu'elles n'ont pas eu de grands-parents par exemple (CR02-2 : 380-381).

Et surtout, on ne parle pas de sa souffrance, qu'elle soit physique ou psychique. On ne parle pas de ses difficultés (C07 : 403-404 / CR01 : 316-317 ; 449-450 ; 693 / CR02-2 / CR05). En lieu et place de cette parole sur ce qui fait souffrir viennent des symptômes : somatisation chez Marie-Alix (C07 : 9-11 ; 201 ; 272-273), chez Émile (CR02-2 : 43-44), régression chez Laurent (CR08 : 402-409), agirs chez Armel (CR04 : 162-163 ; 287) et chez Laurent également (CR08), voire développement de pathologies psychiatriques comme pour Pauline (CR05 : 191) et des tentatives de suicide (C04 / C06 / C09 / C10).

On peut également lire que la parole peut faire violence (C08 : 117 ; 150), qu'elle peut être coûteuse psychiquement (CR05 : 101), qu'elle peut porter préjudice (CR03 : 262). Par ailleurs, deux jeunes hommes concernés par les suicides, ont eu un retard de parole et de langage (CR02-1 / CR04).

Le silence est même présenté à un moment comme une stratégie face à des difficultés dans la vie. En effet au moment de la troisième grossesse de Julie, Armel (CR04) présente des troubles du comportement que ses parents associent à une éventuelle jalousie et à des angoisses quant à sa place par rapport à eux. Ils choisissent pour remédier à cela de ne plus parler de la grossesse (286).

Certaines personnes, dans les suites de leurs expériences, que ce soit de crise suicidaire ou de deuil après suicide, ont pu dire à quel point il leur semblait essentiel de parler. Marie-Alix dira : « On a besoin de parler. C'est ça ou la mort » (C07 : 441), Géraldine nous dit qu'il faut mettre en avant la parole et mettre en mots les difficultés (CR02-2 : 1266-1267 ; 1280) et Louise a pu se rendre compte que la parole a eu un effet de soulagement pour son fils Laurent au moment du deuil de sa tante (CR08 : 425-434).

1.5.2 Analyse

Donc, ici, sur ce territoire de Bretagne, on se tait. Et ce moindre recours à la parole, au symbolique, existe lui depuis maintenant plusieurs générations. Et les enfants que le Pr Houzel voyait en 1986 avec ces inhibitions langagières ont aujourd'hui 30 ans et « *là où manquent les paroles, la pensée et le sens, survient l'agir* » (De Kernier et al., 2010, p.136).

Pour Jean-Jacques Kress (1982), dans une région qui a changé de langue, on voit apparaître des difficultés d'expression, en particulier dans le registre des émotions, de l'affection, des relations interhumaines, et l'analyse du recours à la parole et de l'incapacité de certaines mères à dire et montrer leur affection pour leurs enfants illustre que c'est encore le cas. Pour lui, cette rupture dans les processus symboliques s'est opérée au moment de la coexistence de la génération bilingue avec la génération antérieure. Les hypothèses qu'il formulait en 1982 sont toujours d'actualité pour repérer des effets psychopathologiques. Si on peut penser que ce sont des traces inconscientes de ces changements de langues, ce qui se joue actuellement est du côté de la répétition de schémas familiaux et de modalités relationnelles, comme je l'ai mis en évidence dans la partie sur les dynamiques familiales des personnes en crise suicidaire en Centre Ouest Bretagne. Il y a bien quelque chose de l'ordre de l'impossible accès à la parole et aux émotions qui se répète encore actuellement.

Il ne serait sans doute pas impossible au vu des différents changements sociétaux qui ont eu lieu en particulier en Basse Bretagne, de faire un rapprochement avec les histoires de vie de populations autochtones ayant vécu de violentes acculturations et dont les effets en lien avec le suicide et l'alcoolisme ont été mis en évidence. Je pense ici en particulier au travail de Daniel Dagenais concernant le suicide des jeunes dans la population d'Abitibi dans lequel il conclut concernant les parents : « *Parents perdus dans un monde qu'ils ne connaissaient pas (...) ils étaient eux-mêmes perdus dans le monde où sont nés leurs enfants comme s'ils n'avaient plus aucuns repères. Ces parents (...) auraient été bien disposés à socialiser leurs enfants pour qu'ils appartiennent à la société de la famille canadienne-français, mais ils se sont montrés incapables de les intégrer à une nouvelle société* » (Dagenais, 2011, p. 94) et plus loin d'ajouter : « *je ne doute pas, cependant, que des conditions analogues se retrouvent ailleurs, dans un pays comme la France, par exemple, où la paysannerie familiale (où l'on constate les plus fort taux de suicide) connaît un état de décomposition semblable*³⁹ » (ibid, p.95).

Or, la première partie d'analyse des entretiens montre bien la place des violences dans la vie familiale actuelle et transgénérationnelle en Centre Ouest Bretagne et la deuxième partie la difficulté des parents à être à une place juste avec leurs enfants, ceci provoquant ce qui est mis

³⁹ Je souligne cet extrait.

en évidence dans la troisième partie, des fragilités dans la constructions narcissique et l'émergence de psychopathologies associées à de forts risque de suicide.

En rajoutant les difficultés d'accès au registre symbolique et à la parole comme une possibilité de lien social, de lien à l'autre, on contribue encore plus à fragiliser les individus.

« La parole n'est pas un simple instrument de communication ni de verbalisation de nos maux, elle est le lieu de la construction de notre identité »

(Testart, 2014, p. 40)

1.5.3 Association avec l'identité bretonne et le caractère

De plus, ne pas parler est devenu un marqueur identitaire, à la fois familial (C01 / CR01) mais plus largement social (CR02-1 : 1058-1060 ; 1078-1079) qu'on peut associer à cette caractéristique que les Bretons s'octroient : être des « taiseux », c'est-à-dire des personnes qui ne se confient pas facilement, qui ont plutôt tendance à se taire, à cacher les émotions, les difficultés, des personnes taciturnes.

Le caractère des bretons est associé directement à une cause des taux de suicide en Bretagne dans l'étude des représentations sociales que j'ai faite pour les personnes du COB.

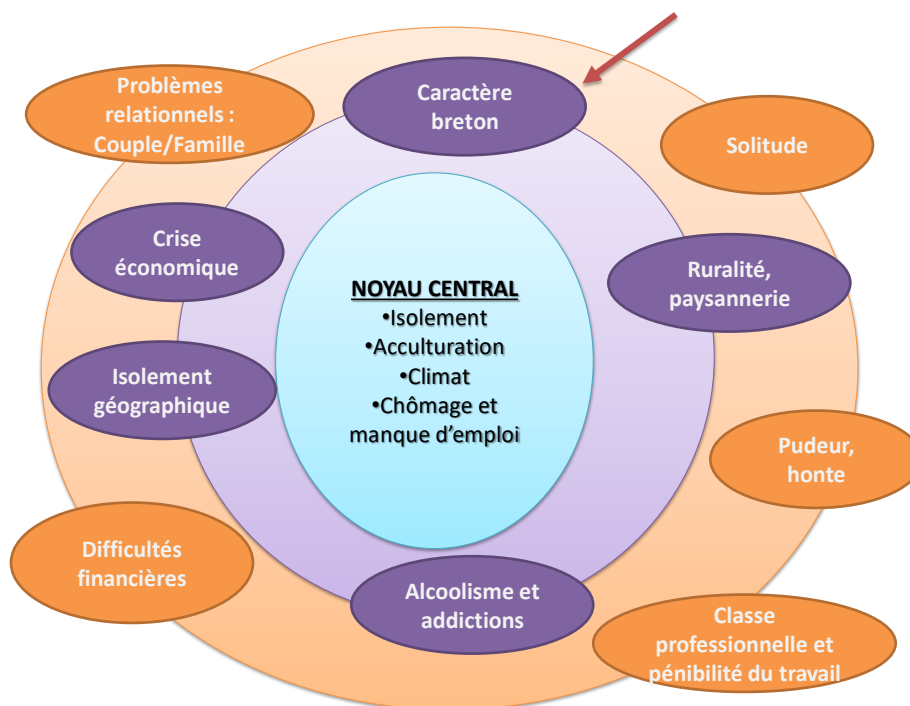


Figure 61 : RS des causes de suicide associées à la Bretagne vues par les Bretons du Pays COB et item commun avec l'analyse des récits

Parmi les représentations sociales qui émergent dans les récits, celles sur les hommes sont assez directement liées à ces notions de silence et de caractère breton. Ainsi, ils sont dits incapables de mettre en mot, de montrer leurs émotions (C07 : 229-230 ; 243-244 / CR08) et les « vrais

hommes » ne montrent pas leurs sentiments (CR08 : 661), comme si les autres, ceux qui le faisaient n'étaient pas des hommes. On voit que ce système de représentations peut venir stigmatiser l'expression des émotions, l'expression de soi et la demande d'aide. On peut mieux comprendre dans ce système de valeurs, que les personnes portent un masque comme mis en évidence dans la partie sur la construction de soi des personnes concernées par cette recherche.

Par ailleurs, les hommes sont fiers (C07 ; CR02-1 / CR03 / CR04) et les Bretons sont fiers, or Géraldine nous explique (CR02-1 : 1077-1080) que le caractère dur (retrouvé également dans C07) des Bretons les empêche de parler et de demander de l'aide, car c'est associé à de la faiblesse. On retrouve également cela dans l'histoire d'Antoine (CR03) où il est dit que « sa fierté l'a empêché de parler de lui » (296-297 ; 666-667). Les hommes se doivent d'être « costauds et pas faibles » (CR02-1 : 1079).

Pour Julie, la fierté des hommes en Centre Ouest Bretagne est également un problème et est sans doute responsable partiellement du suicide de son fils (CR04), tout comme pour Louise avec Laurent (CR08). Pour Julie, il y a une fierté mal placée (CR04 : 557-559), un orgueil qui les amène au suicide car ils préfèrent mourir qu'échouer (CR04 : 1633-1635 ; 1653-1657). Louise dit que Laurent s'était fait un masque, que c'était un sentimental mais qu'il ne voulait pas le montrer (CR08 : 579-581). Ces mots sont forts et à la fois, ils sont en droite ligne avec ce que je peux entendre chez les rares hommes qui viennent en consultation dans le cadre d'une crise suicidaire.

Or, remarquons qu'il s'agit d'hommes. Ce sont également ceux qui se suicident le plus. Il n'en faut pas plus pour penser que l'empêchement à parler de soi, du fait d'un système de représentation des hommes en liens de la fierté, l'absence d'émotion, la rudesse, freine la possibilité pour ces derniers de demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin, de peur d'une forme de stigmatisation et de perte de repère groupal, à la fois dans le groupe social homme mais également dans le groupe social « breton ». Or, l'identité bretonne a été malmenée, nous en avons déjà parlé, alors est-ce possible de se décaler psychologiquement de ces quelques marqueurs identitaires restants ?

*« Notons qu'à la question sur les traits de caractères spécifiques aux Finistériens, les réponses étaient systématiquement négatives : "têtus, introvertis, durs, froids, alcooliques... »
(Barbançon, 2002, p. 84)*

1.5.4 Liens avec les modalités de vie dans les générations antérieures en Pays COB

On peut faire le lien entre ces traits de caractère et l'histoire du territoire et de ses habitants. En effet, nous apprenons qu'encore récemment le travail des centres-bretons (génération N-1) se faisait à la dure (C07 : 333-334), à l'ancienne. Le travail était associé à une notion de survie (CR02-1 : 1092-1093 / CR04 : 1637-1649 / CR08) par rapport à la misère du Centre Bretagne (CR02-2 : 184-280 / CR04 : 1636 / CR08 : 1031-1034) et à son archaïsme. Il est fait mention d'un territoire arriéré (CR02-2 : 392-404), où dans les années 1970 certaines personnes n'avaient encore pas l'électricité dans les maisons, de sanitaires et d'eau courante (C08 / CR02-2 : 245-280 ; 392-404), pour ce qui nous semble actuellement, 40 ans plus tard

être le strict minimum du confort. Béatrice nous dit que sa famille est restée 30 ans en arrière (CR01 : 457-458) aussi concernant la santé.

Cela rappelle la statistique évoquée en première partie des habitats déclarés insalubres en Bretagne, où l'on voit que le Centre Ouest Bretagne est très concerné. Ce qui explique que la notion de misère apparaisse dans le système représentationnel des causes associées au suicide en Bretagne dans les thèmes associés à la pauvreté.

Dans ce contexte, on peut également voir que les enfants ont été mis à contribution dans les fermes très tôt dans leur enfance (C01, C07, C08, CR01, CR02-1, CR02-2, CR03, CR04, CR08), avec parfois des responsabilités précoces et inadéquates, comme le frère de Marie-Alix qui se retrouve à conduire un tracteur à 9 ans lors de labours et qui « malencontreusement » écrase sa mère (C07 / CR04), ou le père d'Antoine qui est « exploité et maltraité » à la ferme par sa tante (CR03 : 532-535) dans les années 1930-1940.

Dans certains cas, les travaux n'étaient pas obligatoires et si les enfants aidaient, ils étaient valorisés (C01 / CR04 / CR10).

Ceci laisse entendre qu'il fallait penser aux priorités de la vie et que cela a pu contribuer à créer des tempéraments particuliers du côté de la rudesse, de la dureté (C07) et de la pression à réussir pour survivre.

Par ailleurs, on peut également se rendre compte des changements sociétaux soutenus qu'il y a eu en moins de 40 ans dans le Centre Bretagne, c'est-à-dire sur une ou deux générations. Il y a eu donc non seulement les changements de langue, dont on apprend dans l'histoire d'Alban, qu'il pouvait être en décalage de langue par rapport à certains de ses cousins, du fait de fratries très étendues temporellement (CR07 : 451-452) et donc qui vivaient encore dans les années 1975-1980 ces périodes de transition de langue, mais également des changements dans les méthodes agricoles avec la mécanisation dans les années 1970 (CR02-2 : 400-404), l'utilisation de la chimie dans les cultures etc. Certaines de ces personnes vivent actuellement encore et voient de nouveaux paradigmes agricoles arriver, et parfois, comme Émile, se sentent en décalage (CR02-2 : 518 ; 551-559). Il y a aussi des changements dans les rapports sociaux homme/femme, qui peuvent également générer de la conflictualité par rapport à un ancien système de valeurs etc.

1.5.5 Demande d'aide et accès aux soins

On voit, du fait de la difficulté d'accès à la parole, du fait de ces marqueurs identitaires de genre et d'appartenance sociale et de ces conditions de vie spécifiques encore récentes, que dans 12 récits sur 19, l'accès à une demande d'aide est difficile (C01 / C02 / C05 / C07 / C08 / CR01 / CR02-1 / CR02-2 / CR04 / CR03 / CR05 / CR06 / CR07 / CR08). Seuls trois d'entre eux évoquent des démarches de demande d'aide (CR06 / CR07 / CR08).

1.5.5.1 Demande d'aide difficile

Pour certains, cette difficulté de demande d'aide a pu mettre en péril leur santé physique, comme pour Gilbert (CR01) qui n'allait chez le médecin qu'en cas d'urgence et encore (C01 : 31-32 ; 145-146 / CR01 : 309-311 ; 409-414) et pour Émile qui ne se soignait pas facilement

(CR02-2 : 32-34). Mélanie nous explique que son père aurait préféré mourir que de se soigner (C08).

Joseph explique que pour lui, demander de l'aide est de l'ordre d'une défaillance, c'est dévalorisant pour lui (C02 : 137-138 ; 229-230), ce qui nous rappelle cette histoire de fierté. La demande d'aide génère chez lui un sentiment de culpabilité et de honte (16-17). On peut faire le lien avec les paroles de son père qui lui disait que s'il avait un problème il ne devait pas venir « pleurer » chez lui, ce qui ouvre aux interrogations sur la reconnaissance de la souffrance par les pairs. Pour Armel, demander de l'aide et parler c'est risquer d'être jugé par les autres (CR04 : 563 ; 1595-1599).

Magalie a, quant à elle, entendu l'interdit que sa mère lui a posé de parler de ce qui lui était arrivé (inceste) et depuis elle ne demande plus d'aide (C06).

Un certain nombre d'entre eux ont développé un masque social et personnel pour se protéger, mais les souffrances restent intériorisées. Il s'agit de Joseph (C02), Magalie (C06 : 43-44), Marie-Alix (C07), Mélanie (C08), Antoine (CR03), Armel (CR04), Aurélie (C10 : 15), Laurent (CR08 : 580-581). Pour chacun d'entre eux, à l'exception de Laurent, la question de la reconnaissance de la souffrance, par la famille, par l'entourage, par le champ social ou médical se pose. Dans le cadre psychothérapeutique, une fois que cette souffrance est reconnue, un soulagement est possible (C02, C06, C07, C08).

1.5.5.2 Demande d'aide possible

Pour Jessica, habituée depuis toute petite aux difficultés de la vie, la demande d'aide par rapport à son alcoolisme a été possible, tout comme de l'aide sociale pour elle et ses filles (CR06), néanmoins, elle a aussi appris à être autonome très tôt dans la vie par rapport à sa santé (282-288) et à être dure à la douleur. Dans cette situation, il y a eu très tôt dans l'enfance reconnaissance de la souffrance physique et des aides ont été apportées.

Pour Alban, parler de ses difficultés n'était pas un problème semble-t-il. Ce qui était problématique était de trouver une aide adaptée à sa souffrance (CR07).

Enfin, Laurent a également su demander de l'aide par rapport à son alcoolisme (CR08) et sa mère avait également demandé de l'aide pour lui lorsqu'il était enfant. Cependant, on se rend compte qu'il n'arrivait pas à demander de l'aide à ses parents qui pourtant proposaient de l'aider.

Or Bowlby disait : *« les personnalités bien adaptées font preuve d'un équilibre harmonieux entre d'une part, l'initiative et le fait de compter sur soi et d'autres part, la capacité à rechercher de l'aide et à en faire usage lorsque les circonstances l'exigent »* (1970, p. 170).

On peut donc penser, conformément à ce que l'étude des liens familiaux et de la psychopathologie esquissait, ainsi que l'étude de la confiance en soi, qu'il existe un déséquilibre entre la capacité à compter sur soi et la possibilité de demander de l'aide chez la plupart des personnes de notre échantillon dans ce domaine précis. La réponse à la question 9 de l'échelle Reason For Living, qui demande : Votre proche trouvait-il facilement des solutions pour

résoudre des difficultés dans sa vie, est majoritairement négative dans les récits concernant les personnes suicidées. Je reviendrais sur ces résultats dans l'analyse des trajectoires de vie.

1.6 L'isolement, la solitude et le lien social

Comme je l'ai déjà évoqué à différents moments de ces analyses, le lien social est décrit dans les entretiens au travers les modalités de création du lien, mais également par ses ruptures.

1.6.1 Les lieux de socialisation et de création du lien social

Les lieux de socialisation et de création du lien social tournent autour de deux pôles principaux dans les entretiens :

- Le travail, comme modalité du lien de l'adulte : Comme je l'illustrerai dans l'analyse des effets psychopathologiques associés au travail, il y a des lieux de travail qui favorisent un bien-être et la construction de liens interpersonnels positifs. C'est le cas dans l'histoire de Magalie (C06 : 210-213). Dans ce cas, les liens professionnels aident à la reconstruction de soi. D'autres liens se tissent au travail, comme l'amitié pour Gilbert (CR01 : 325-326), la confiance réciproque avec un patron (CR08 : 31-32), les liens avec ses enfants autour du travail dans les champs (C08 : 164-166).
- Les bars/PMU (Pari Mutuel Urbain) et les rencontres autour de l'alcool : Dans certains cas, les bars/PMU sont des lieux de socialisation des personnes, des lieux parce qu'on y retrouve des connaissances mais aussi parce que la consommation d'alcool facilite l'émergence de la parole. C'est le cas pour Gilbert (CR01 : 24-25). Pour Émile (CR02-2 : 50-54 ; 442-452), il s'agissait de partir de la maison et de retrouver les copains pour plusieurs jours d'ivrognerie, conformément aux us et coutumes associées à l'alcool et de la Piste en Basse Bretagne (Daumer, in : Carrer, 1986b). Dans l'histoire de Laurent (CR08), du fait d'une addiction à l'alcool de son grand-oncle, qui avait sa garde avec sa femme, pendant que la mère de Laurent travaillait, et d'une modalité particulière de dynamique familiale, on se rend compte que les bars ont été des lieux équivalents à une garderie pour lui (CR08 : 311-321) lorsqu'il était jeune enfant, entre 3 mois et 2 ans et demi. Sa journée pouvait consister à faire le tour des bars avec son grand-oncle et sa grand-tante. Sa mère dit qu'il n'y était pas malheureux, puisqu'il y recevait des bonbons et était le centre d'intérêt. Le bistrot est également le lieu où l'on rencontre des personnes et où l'on cause, comme pour Joseph (C02 : 163-165). C'est l'endroit où il va pour sortir de chez lui et de ses ruminations.
- D'autres modalités d'être ensemble sont abordées, mais de manière moins récurrente, comme les activités de loisirs et la religion pour Marie-Madeleine (C03 : 47 ; 75-79). Pour elle, il s'agit d'une façon d'être ensemble, plus que de croyance en ce qui concerne la religion. Pour Julie, mère d'Armel, ce sont les obsèques qui lui paraissent être des modalités de lien social en Centre Ouest Bretagne (CR04 : 1600-1610). Enfin, pour Ludovic, l'activité dans le club de foot, en étant arrivé à avoir une place importante de capitaine, avec les amis autour de lui (CR02-1 : 71-72 ; 248-251). Alban (CR07 : 112-117 ; 263-268 ; 447-549) également avait un réseau social important, mais surtout médiatisé par sa compagne et faisant également fonction de facteur de protection contre le suicide.

1.6.2 Les ruptures dans le lien social

1.6.2.1 En lien avec la famille (C02 / C05 / C07 / CR02-2 / CR04)

Pour Joseph, un contexte de déménagement récent, d'éloignement territorial avec la famille et une rupture sentimentale, majorent son isolement (C02 : 11). Il n'a ni ami, ni famille proche, ni animal de compagnie. Il se sent seul (14).

Lysiane a été confrontée à des deuils multiples et précoces, qui font qu'elle est la dernière de sa fratrie (C05 : 2-3 ; 6). De plus elle est sous l'emprise d'un homme pervers qui l'isole de ses amis et de ses enfants (C05 : 102-104).

Pour Marie-Alix, du fait des relations avec son père et du décès de sa mère, elle est « seule dans sa famille » et se vit comme déracinée (C07 : 304-305). Les psychopathologies familiales ont des effets de rupture et de majoration du sentiment d'isolement.

Gilbert a été confronté à une rupture avec sa conjointe (CR01 : 4-6), a des conflits avec son père liés à l'usage d'alcool (587-589) et éloignement de sa sœur en lien avec ces consommations (644-645). Le sentiment de rupture et d'isolement avec les proches s'est surajouté à l'isolement professionnel et sensitif.

Dans le cas d'Antoine (CR03 : 185-187), malgré une proximité géographique, il y avait une distance relationnelle avec sa famille (126-217). Par ailleurs, il était célibataire et on peut entendre dans la façon qu'il avait de vouloir faire plaisir aux autres, à acheter, à inviter, des essais pour maintenir des liens (145-146).

Armél s'est retrouvé lui isolé au sein de sa propre famille, dans son couple et avec sa belle-famille (CR04 : 535-537 ; 554-557). Il avait d'ailleurs besoin lui-même par moments de s'isoler (CR04 : 490-492).

1.6.2.2 Liées à la santé (CR01 / CR04 / CR06)

Gilbert (CR01) s'est retrouvé isolé après ses AVC en raison d'un handicap sensoriel important, « il n'entendait plus, ne voyait plus d'un côté » (483-484) et avait une atteinte des cordes vocales (495) et d'une peur du jugement social liée au handicap « invisible » : « ça aurait été plus facile pour lui d'être handicapé d'une jambe ou d'un bras parce que... il se cachait des collègues parce que justement il avait peur qu'on dise que c'était un tir au flanc (485-487) ». Il avait l'impression du fait d'être en arrêt de travail qu'il n'avait plus d'amis (362-363). L'idée d'une invalidité était aussi inacceptable (686-690) parce qu'elle mettait en question son rapport au travail, sa place dans la société et qu'elle l'isolait.

La dépression a cet effet d'isolement également. Je reviendrai sur ce point dans l'analyse de la place de la dépression dans les autopsies psychologiques. Pour Armél par exemple, il y avait eu un arrêt de son loisir, le vélo (CR04 : 966-967), par ailleurs, nous avons vu qu'il n'avait aucune activité autre en dehors du travail (CR04 : 482-483). Sa mère nous dit qu'il s'est renfermé (676).

Enfin, pour Jessica, le déclenchement de crises d'épilepsie majeures, a eu des effets d'isolement également, puisqu'elle a dû être en arrêt de travail, et ne plus être en lien avec les personnes

dont elle s'occupait. Or, cette dimension du soin à l'autre était importante pour Jessica, à la fois dans la sensation de se rapprocher idéalement de sa sœur, et dans l'idée réparer les autres et soi-même au travers des autres.

1.6.2.3 En lien avec les périodes de l'année et la géographie

Pour Marie-Madeleine (C03 : 15 ; 46 ;48), l'été est une période difficile à vivre parce que ses activités en club de loisirs s'arrêtent pendant les vacances et elle se retrouve plus isolée. Pour Gilbert, l'éloignement géographique de sa sœur, associé à ses handicaps, ont contribué à majorer les sentiments d'isolement (CR01 : 900). Par ailleurs, il est fait mention de l'hiver comme responsable d'une cause d'isolement complémentaire, puisqu'il n'aurait pas pu récupérer son permis de conduire, c'est-à-dire un isolement lié à la perte de mobilité (614-615). La logique de cette association n'est pas évidente, mais les représentations sur les saisons en Bretagne et les effets psychiques du temps sont importantes. Nous avons vu dans l'étude des représentations sociales des causes associées au suicide, que le climat était un facteur important dans l'idée que les personnes se font de son influence sur les comportements suicidaires.

1.6.3 Conclusion : Lien social, isolement et solitude

« Le propre de la socialisation est de permettre à chaque individu de tisser, à partir de la trame que lui offrent les institutions sociales, les fils de ses appartenances multiples qui lui garantissent le confort de la protection et l'assurance de la reconnaissance sociale »
(Paugam, 2006, p. 12)

L'isolement est également un des grands facteurs de risque associé au suicide (OMS, 2014). La première grande revue de littérature sur les liens entre isolement et suicide a été réalisée par Trout en 1980. Il a mis en évidence le lien direct et fondamental entre isolement social et comportements suicidaires.

Des recherches plus récentes en Italie mettent en évidence des associations entre « fragmentation » sociale, isolement social dans les territoires ruraux et les taux standardisés de mortalité par suicide, et en particulier chez les hommes, le fait de vivre dans des maisons isolées (Martiello & Giacchi, 2012).

Par ailleurs, les liens entre isolement et dépression ne sont plus à faire, que l'isolement soit réel ou ressenti. Or, il a été démontré par exemple, que le développement de liens sociaux pour les personnes touchées par un deuil après suicide était un facteur de diminution des symptômes dépressifs (Spino, Kameg, Cline, Terhorst & Mitchell, 2016).

Le degré d'isolement social a été étudié dans une étude sur le départ à la retraite des professionnels belges, et leur inscription dans des associations. Plus les personnes étaient inscrites et actives dans des loisirs, moins elles étaient isolées (Burnay, 2002). Or Armel a arrêté son activité, Marie-Alix ne va plus à la danse, Lysiane perd son loisir du fait des comportements antisociaux de son compagnon, Émile n'a pas d'autres activités que les « mariet », Marie-Madeleine se sent mal dès que ses activités s'arrêtent l'été. On voit bien ici les liens directs et indirects entre isolement, activités, arrêts des loisirs. On ne peut cependant pas dans ces histoires, ne pas faire le lien avec l'existence également, dans un certain nombre de cas, d'une dépression, qui induit également un repli personnel et social. Seul Ludovic maintient coûte que

coûte son activité autour du club de football, dont on peut penser qu'elle est enfin un apport qui le valorise.

On voit dans le paysage Centre Ouest Breton que la question de l'isolement se décline dans différentes sphères et qu'elle rencontre la difficulté à parler de soi aux autres et à demander de l'aide, ce qui rajoute une dimension à l'isolement réel, qui est le sentiment d'isolement.

Cependant, il est important de faire la différence entre le sentiment de solitude, l'isolement relationnel et l'isolement résidentiel (Dupont, 2013). En effet, ce qui semble au cœur de ces difficultés est plus du registre d'un vécu de solitude, du fait d'une gêne à se penser parmi les autres (Winnicott, 1958) et sans les autres. Or la solitude renvoie à un « *déficit de protection* » ou « *un déni de reconnaissance* », variable selon les catégories de liens sociaux impactés (Dupont, 2013, p.134). La protection étant l'ensemble des supports de l'individu peut mobiliser face aux aléas de la vie et la reconnaissance la preuve de son existence sociale et sa valorisation (Paugam, 2006).

Je reprendrais la typologie du lien social développée par Serge Paugam (2006), pour illustrer dans les différentes histoires, le type de lien fragilisé.

J'ai mis en évidence que des modalités particulières d'attachement ont fragilisé la construction psychique de la plupart des personnes concernées par ces histoires. On peut penser que le lien de filiation a été fragilisé. Même s'il n'y a pas de doutes sur les origines des enfants, il y a parfois des ruptures dans l'inscription transgénérationnelle du fait des silences et non-dits, des romans familiaux qui s'inscrivent dans les interstices de ces ruptures, des dettes familiales inconscientes qui se payent au prix des liens mère-père avec les enfants...

Concernant la participation élective, c'est-à-dire la socialisation extra-familiale du côté des couples, des loisirs, des crèches pour les petits etc., structures inscrites avec des règles et des normes préétablies à l'inscription de l'individu dans ces unités sociales, on voit là encore des processus de rupture et d'exclusion. Or, dans notre société actuelle, « *toute sa vie l'individu peut se sentir menacé de ne pas trouver ou de perdre sa place dans la société, de ne pas pouvoir y nouer ou y préserver des liens* » (Dupont, 2013, p.136), que ce soit dans la société en général ou dans des microsociétés que sont les familles. Ainsi, Marie-Madeleine n'avait pas prévu d'être seule en Bretagne au moment de son déménagement, avant que son mari ne décède brutalement (C03 : 8-11). Marie-Alix (C07) arrête la danse et s'isole, Armel (CR04) arrête le vélo, est en conflit avec sa femme et sa belle-famille, avec ses collègues et s'isole, Laurent (CR08) est en conflit et en rupture discontinue avec sa femme, Alban est en rupture sociale par son addiction aux jeux et recrée des liens de « *proximité éloignée* » (Dupont, 2013, p. 140), avec une amie virtuelle avec laquelle il a été en conflit la semaine avant son suicide. Gilbert (CR01) se sent seul parce qu'il n'a plus de contact avec ses amis, d'autant plus qu'il a peur de leur jugement. Ce qui rappelle le fait que ces liens sociaux contribuent également à construire un sentiment de reconnaissance, et on voit apparaître le fait que les personnes sont également dépendantes du regard social autour d'elle. Elles en sont dépendantes et donc également sous l'emprise dans certaines situations, comme pour Armel (CR04).

Par rapport à la participation organique dans le lien social, l'analyse des rapports au travail des individus concernés par ces histoires de vie, permet de se rendre compte qu'il a très souvent été fragilisé. La participation organique dans le lien social relève de la socialisation extra-familiale

associée aux processus d'apprentissage et d'exercice de fonction dans les structures de travail. Or, Laurent a eu des difficultés scolaires ainsi qu'Armel (CR08-CR04), les difficultés au travail sont importantes (C05, C07, C09, C10, CR02-1, CR04, CR08), ou les difficultés liées à la perte du travail et au sentiment d'exclusion et de perte de place (C02, CR01, CR2-2, CR05, CR06). Le lien de citoyenneté ne semble pas avoir été affecté, mais il serait plus prudent de penser que l'étude telle qu'elle a été conçue ne permet pas d'affirmer que c'est le cas.

On peut donc penser qu'en plus de la notion d'isolement, se surajoute un sentiment de solitude du fait de la fragilisation du tissu social chez les personnes concernées par cette étude, avec associé un sentiment d'exclusion sociale, qu'elle soit réelle ou crainte.

Or, ces ruptures dans le maillage social des individus, contribuent au développement de psychopathologies spécifiques dans la modernité que sont les addictions, les dépressions, les troubles de la personnalité dépendantes...

1.7 La dépression, reconnaissance et prise en charge

Toutes les personnes concernées par cette recherche étaient en dépression au moment de leur crise suicidaire ou de leur suicide, qu'elle ait été unipolaire ou bipolaire. Cette donnée n'est pas nouvelle. Elle est conforme aux informations issues de la littérature internationale, mais il me paraît important d'analyser, en lien avec la dépression, les signes qui y sont associés et leur reconnaissance, afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge.

1.7.1 Les signes de dépression

1.7.1.1 Dans les récits

Dans l'histoire de Gilbert, on se rend compte que les parents ne percevaient pas les signes de dépression, mais Béatrice, ayant elle-même déjà été dépressive, a pu le repérer (C01 : 143). Gilbert était triste (523) et renfermé (521). Son moral avait changé complètement après ses AVC. Pour sa sœur, c'était le « jour et la nuit » (519). Elle nous dit tout de même qu'il a sans doute été en dépression après sa rupture avec Mariette, lorsqu'il s'est mis à consommer de l'alcool (25). Dans un certain nombre de cas, on voit que l'alcoolisme était un signe masquant la dépression sous-jacente, comme pour Aurélie (C10 : 9-16) avec l'apparition franche du tableau dépressif une fois qu'elle est abstinente, ou encore Laurent (CR08). Jessica (CR06) commence à boire après le suicide de son père. Pour le père à Ludovic l'association entre dépression et alcool est immédiate (CR02-1 : 26-27).

Parmi les signes les plus réguliers retrouvés il y a les troubles du sommeil qui sont bien repérés (C02 / C04 / C05 / C07 / C10 / CR 02-1 : 350 / CR02-2) et repérables pour les personnes, car elles s'en plaignent.

L'existence d'idées de suicide se retrouve chez Gilbert (CR01), chez Laurent (CR08 : 715-716 ; 1031), chez Alban (CR07) tout au long des dix à douze dernières années de sa vie.

Parmi les autres signes repérés, il y a l'irritabilité et l'agressivité, le repli et la fuite (CR04 : 576-580) ; la tristesse (CR01 : 468 / CR04 : 963), l'absence de joie de vivre, le manque d'énergie (CR04 : 963).

Concernant l'existence de troubles de l'humeur bipolaire, il y aurait potentiellement deux personnes directement concernées, comme Antoine (CR03 : 217-226) et Jessica (CR06 : 935 ; 1151-1152), néanmoins au vu des composantes familiales, on peut penser qu'une fragilité de ce type existait chez Armel (CR04).

1.7.1.2 Dans les questionnaires concernant les décès par suicide

Dans le listing associé aux facteurs de risque et de protection (annexes 3 aux entretiens), il y avait à la fin, les signes associés à la dépression, à l'exception des troubles de la libido pour lesquels il ne me semblait pas possible d'avoir une réponse à cette question, puisque la plupart des personnes ne partageaient pas l'intimité sexuelle des personnes concernées.

J'ai regardé quels signes étaient repérés et si l'item dépression était coché dans la liste des facteurs de risque. Par ailleurs, j'ai rajouté l'évaluation de la dépression caractérisée, c'est-à-dire qui concerne au moins 4 signes de cette liste et la temporalité supérieure à 15 jours. J'ai également signalé l'existence de comorbidités et caractérisé le type de dépression. J'ai ensuite proposé une évaluation de la sévérité de la dépression (État Dépressif Majeur -EDM), en lien avec l'existence d'idées de suicide et l'existence d'au moins 5 signes dont une perte d'énergie ou une tristesse de l'humeur, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Tableau 27 : Signes associés à la dépression, diagnostic et évaluation, par entretien de recherche

	CR01	CR02-1	CR02-2	CR03	CR04	CR05	CR06	CR07	CR08
Mauvaise estime de soi	X				X			X	
Baisse de l'estime de soi	X	X	X	X		X	X		X
Tristesse	X	X			X	X		X	
Désespoir	X			X		X		X	
Manque d'énergie / Fatigue	X	X		X		X	X	X	X
Arrêt d'activités plaisantes	X				X	X			
Troubles du sommeil	X	X				X		X	
Troubles alimentaires						X		X	
Propos pessimistes sur l'avenir	X	X	X	X		X		X	
Formulation d'idées de suicide	X		X	X				X	X
A coché dépression dans la liste	X	X	X	X		X	X	X	
Dépression caractérisée	X	X		X		X		X	
Temporalité > 15 jours	X	X	X	X	X			X	X
Typologie de la dépression	Unipolaire	Unipolaire	Unipolaire	Bipolaire	Unipolaire	Unipolaire	Bipolaire	Unipolaire	Unipolaire
Sévérité	EDM récurrent	EDM				EDM récurrent		EDM récurrent	
Comorbidité	Alcool AVC Handicap		Alcool	Addiction analgésique Douleurs chroniques		Psychose ou problème Somatique	Épilepsie	Psychose ou Etat Limite	Alcool

On remarque qu'il y a, d'après la liste des signes cochés par les personnes, seulement 5 dépressions caractérisées, dont potentiellement 4 épisodes dépressifs récurrents. Pour Armel (CR04) et Laurent (CR08), les personnes ont parlé de dépression dans leur récit, mais n'ont pas coché la case dépression dans les facteurs de risque et il n'y a pas assez de signes cochés pour penser à une dépression caractérisée. Pourtant le tableau clinique qui est dressé dans le récit, ne laisse pas beaucoup de place au doute. Il y a donc un décalage entre la réalité de la souffrance de la personne et la perception de son entourage. Dans le cas de Jessica (CR6), Nelly a coché dépression, mais il était précisé uni ou bipolaire et sa réponse est donc claire, même s'il est possible qu'elle n'ait pas été en phase dépressive au moment de son suicide, vus les signes cochés. Pour les autres, la représentation indiquée est cohérente avec l'évaluation clinique.

1.7.2 Repérage des signes de dépression et de crise suicidaire

Lorsque l'on demande aux personnes de donner les signes qu'ils associent à l'infarctus du myocarde ou à l'accident vasculaire cérébral, on constate que ces signes sont connus, rapidement accessible à la conscience, et communs.

Tableau 28 : Signes associés spontanément à l'infarctus du myocarde, à l'accident vasculaire cérébral (AVC), à la dépression et à la crise suicidaire

	CR04	CR07	CR08
Infarctus	Oppression thoracique	Douleur bras - poitrine	Oppression thorax Douleurs bras gauche
AVC	Maux de tête Paralysie latéralisée	Troubles de la parole Fourmillement latéralisation	Maux de tête Déformation du visage
Crise suicidaire	Non évalué	Pas de reconnaissance	Pas de reconnaissance
Dépression	Regard lointain	Isolement /Repli Difficultés à communiquer	Estime ne pas savoir

Lorsque l'on demande les signes associés à la dépression, ils sont tous relatifs à l'expérience personnelle ou familiale vécue, et associé à des hésitations et des temps de latence importants. Il en va de même avec les signes associés à la crise suicidaire et souvent se confondent avec ceux de la dépression, comme pour Armel où une crise suicidaire se manifeste par la fuite du regard et l'évitement (CR04 : 931-932). La reconnaissance des signes associés à la dépression se fait plus facilement après indiçage.

Il aurait été intéressant d'être plus systématique dans cette recherche en posant ces questions à tous les participants, néanmoins on voit une trame se dessiner : les personnes ne connaissent pas les signes associés à la dépression spontanément mais uniquement sur indiçage comme dans les questionnaires.

1.7.3 Les effets de la dépression sur les personnes dans les récits psychothérapeutiques

La dépression est pour Marie-Alix, une lutte, un combat (C07 : 51-54 ; 324-326), et génère de la culpabilité à être ainsi, comme pour Mélanie ou Aurélie (C07 : 51-54 / C08 : 11-12 / C10 : 15 ; 21-22) et une auto-dévalorisation (C10 : 21-22).

On peut voir qu'il existe donc une stigmatisation personnelle associée à la dépression en plus de la stigmatisation collective qui apparaît dans les représentations sociales

1.7.4 Les prises en charges

1.7.4.1 Par le médecin traitant

Le médecin traitant est, dans les récits comme dans l'étude en population générale, le professionnel qui est le plus associé à la prise en charge de la dépression. Ainsi dans la situation de Gilbert, c'est lui qu'a sollicité Béatrice pour dire que son frère était dépressif (CR01 : 654-658). Marie-Madeleine (C03) est également suivie par son médecin traitant, qui ne l'oriente vers moi qu'après qu'elle ait formulé des idées suicidaires et que, de manière presque concomitante, le médecin ait eu un courrier l'informant de la mise en place du dispositif d'accueil des personnes en crise suicidaires au CMP. Ce dernier semble paniquer, c'est en tout cas ainsi que le ressent Marie-Madeleine (C03). Marie-Alix est également dans un premier temps suivie par son médecin traitant. C'est elle qui lui dit qu'il lui faut une autre aide sinon elle meurt (C07 : 404) et qui après sa prise en charge l'encourage à adjoindre une prise en charge spécialisée à la prise en charge médicamenteuse. C'est le médecin traitant qui a également diagnostiqué la dépression de Ludovic et l'a mis en arrêt de travail (CR02-1 : 352-356). Alban (CR07) était suivi par différents médecins en fonction de son lieu de résidence, ce qui a contribué à un manque de coordination et de suivi dans sa prise en charge (208-218). Pour Émile (CR02-2) la prise en charge de la dépression n'est pas évidente puisque masquée par l'alcool et sa difficulté à se confier. Il ne faisait pas appel au médecin traitant, c'est sa femme qui le faisait pour lui. En ce qui concerne Antoine (CR03) on ne sait pas qui l'a pris en charge.

1.7.4.2 Médicamenteuses

Toutes les personnes ne bénéficient pas d'un traitement anti-dépresseur. Le tableau ci-dessous résume les prises en charge médicamenteuse dont j'ai eu connaissance lors des suivis thérapeutiques ou à travers les récits.

Tableau 29 : Type de traitements repérés dans les récits par entretien⁴⁰

	Antidépresseur	Anxiolytique	Hypnotique	Neuroleptique	Autres
C01		Bromazepam + Oxazepam	Zolpidem		X
C02	Venlafaxine	Lorazepam + Diazepam	Zopiclone + Alimémazine	Loxapine	X
C03	Mirtazapine + Venlafaxine				
C04	Sertraline				
C05				Cyamémazine en cours de suivi	
C06	Escitalopram	Prazépam	X		
C07	Venlafaxine + Paroxétine / Venlafaxine + Miansérine	Oxazepam	Zopiclone	+ Cyamémazine en cours de suivi (soir)	
C08	Escitalopram (6mois) / Venlafaxine 15 jours / Miansérine / Venlafaxine				
C09		Premier épisode dépressif. Evaluation clinique. Réorientation.			
C10	Paroxétine	Prazépam	Estalopram		TTT addiction alcool
CR01	X (Prescription 7 jours avant suicide)				X
CR02-1	X				
CR02-2					
CR03	X				
CR04					
CR05	Miansérine			Cyamémazine (Arrêt 7 jours avant suicide)	
CR06	« Elle avait tout ce qu'il allait »				Antiépileptiques TTT addiction alcool
CR07	X				
CR08	?				X

Le médecin traitant de Béatrice (C01) a prescrit des thymo-régulateurs dans les suites de sa prise en charge après tentative de suicide. Armel (CR04) n'avait probablement pas consulté de médecin avant son suicide. En ce qui concerne Laurent, il était suivi en addictologie, mais selon sa mère, la question d'une dépression sous-jacente ne semble pas, avoir été évaluée.

Ce qui m'intéresse là est la manière globale dont la dépression est prise en charge, par différents moyens et différents professionnels. Après la prise en soins médicamenteuse, je vais aborder les soins psychiques avec un psychiatre et/ou un psychologue.

1.7.4.3 Soins psychiques

Concernant les entretiens de crise suicidaire, des prises en charges conjointes psychiatriques et psychologiques ont eu lieu pour Béatrice (C01), Joseph (C02), Lysiane (C05), Magalie (C06), Marie-Alix (C07), Mélanie (C08) et Aurélie (C10), par le truchement de leur hospitalisation après tentative de suicide.

Pour Alexia (C09), seule une évaluation clinique psychologique a été mise en place suite à une orientation par la psychiatrie de liaison des urgences. Pour Marie-Madeleine, seule une évaluation clinique psychologique a été faite, après avoir été adressée par son médecin traitant. Ces deux personnes ont été par la suite dirigées vers leurs secteurs de psychiatrie de référence et je n'ai pas d'éléments sur les suites de prises en charge.

On peut constater que pour Marie-Alix et Lysiane (C07 et C05), l'orientation vers la prise en charge psychologique aura été faite après un suivi psychiatrique débuté plus de 6 mois avant.

Concernant les personnes suicidées, il n'y avait aucune prise en charge psychologique. Pauline était suivie par un psychiatre (CR05), Jessica et Laurent (CR06-CR08) en addictologie. Par ailleurs, lors de son hospitalisation en clinique, il semblerait que Pauline n'ait pas eu de suivi psychologique non plus (CR05 : 892-935). Laurent (CR08) a quant à lui été vu en psychiatrie de liaison moins de deux mois avant son suicide. On ne sait pas quelle évaluation et orientation a été proposée. Suite à ses AVC, Gilbert n'a pas bénéficié de soutien psychologique non plus (CR01). Alban (CR07), quant à lui, a été reçu aux urgences psychiatriques et a été orienté vers une consultation psychiatrique pour le délai d'attente de rendez-vous était de 5 mois. Entre temps, il s'est suicidé.

⁴⁰ (TTT = Traitement / X = Traitement mais sans précisions)

1.7.5 Les représentations sociales de la dépression

Il me semble nécessaire de voir quelles sont les représentations sociales de la dépression qui émergent dans les récits, car si l'on fait l'hypothèse concernant le suicide qu'elles ont des effets collectifs et individuels entre autres de freins à la reconnaissance et à la prévention, il peut en être de même pour la dépression. Or, j'ai mis en évidence dans le travail sur les RS du suicide, que la dépression en Bretagne n'est pas systématiquement associée au risque suicidaire. La dépression est le facteur de risque le plus retrouvé dans les trajectoires de vie des personnes suicidées, donc si elle n'est pas reconnue et que des RS collectives ont des effets de freins, alors il y a également un impact sur la prévention du suicide.

Dans les récits, la dépression est associée à la honte et à quelque chose à cacher, à un tabou, un interdit qui nécessite d'être tu (C02 : 213-215 / C03 : 32 ; 42 / C07 : 50-57) et qui paraît incompréhensible pour les autres (C02 : 214), qui est dégradante (C02 : 84-85), toujours associée à des traitements chimiques (C02 : 102) et à une forme d'addiction et à la folie (C02 : 84-85 / C07 : 331-32 ; 253-254). C'est une maladie invisible qui ne serait pas une vraie maladie comparativement à la maladie somatique (C05 : 258-259).

Les personnes dépressives se complairaient dans cet état (C08 : 36), ce serait la maladie des personnes qui ne travaillent pas et se laissent aller (CR02-2 : 1077-1083), ou qui n'auraient pas de caractère (CR02-2 : 1077).

D'autres représentations tournent autour de vraie dépression, fausse dépression (CR05 : 753). Elle n'existerait que lorsque les médecins l'auraient diagnostiquée mais à condition qu'il y ait un traitement associé (CR05 : 753-753 / CR06 : 658). Par ailleurs, le traitement est associé à un traitement à vie (CR04 : 85-86).

Enfin, la dépression est encore associée à la folie et à la psychiatrie (CR05 : 681-683).

On voit apparaître des items qui créent de la stigmatisation sociale en plus de la stigmatisation personnelle que j'ai mis en évidence précédemment.

1.7.6 Conclusion

Le repérage de la dépression par la famille et les personnes concernées n'est pas facile. Les signes ne sont pas réellement connus. Les personnes savent que la dépression existe, mais ne sauraient pas mettre des signes sur ce terme, d'autant plus que la dépression est encore stigmatisée socialement, associée à la fainéantise, au relâchement, à la folie. Elle stigmatise aussi personnellement, avec des sentiments de honte associés et de culpabilité, qui peuvent créer des mécanismes de défenses internes pour éviter de prendre conscience de cette souffrance.

Du point de vue professionnel, on voit que beaucoup de prises en charge et d'initiatives sont portées par le médecin traitant. Les professionnels de la santé mentale sont assez peu sollicités en Centre Ouest Bretagne, et s'ils le sont c'est grâce à la médiatisation du médecin traitant, des urgences ou de l'hospitalisation. Les recherches internationales ont mis en évidence l'importance et l'efficacité des actions de formation des médecins généralistes sur la dépression et l'impact sur les taux de suicide (Rutz et al., 1989, 1992).

Par ailleurs, le travail du psychologue dans cette démarche de soin de la dépression n'est pas pensé comme une aide immédiate. Elle passe d'abord par le psychiatre. Or, il me semble que des prises en charges conjointes, intensives et rapides suite à l'évaluation clinique sont essentielles, d'autant plus que les personnes arrivent au soin, dans cette population, lorsque les seuils de souffrance psychique sont largement dépassés, puisqu'il ne faut pas dire son mal-être.

1.8 Prise en charge des crises suicidaires et des tentatives de suicide

1.8.1 La crise suicidaire

1.8.1.1 Prise en compte, en soins, en charge

« L'objectif au terme de cet accompagnement est que le désir d'action réapparaisse ou que, plus globalement, que se retrouve et se vive jusqu'au bout l'élan vital dans un projet organisé autour de la qualité de vie, dans une dynamique de retour au monde »

(Testart, 2014, p. 38)

À la suite des réflexions de Julien Testart, on peut se poser la question de savoir s'il s'agit d'une prise en charge ou d'une prise en compte des personnes. La prise en charge se rapproche de prendre la place des personnes et de les supporter, de les assister, alors que la prise en compte est du registre de l'écoute de l'autre dans son essence même, de les accompagner, dans une relation interpersonnelle, alors que la prise en charge relève presque strictement du professionnel.

En effet, les personnes que j'ai rencontrées avaient besoin de réinterroger leurs histoires personnelles (C02 : 90 / C03 : 25 / C05 : 123), de trouver une écoute bienveillante et une présence, un soutien pour trouver de nouveaux étayages (C07), en « perflusant du narcissisme » là où il était par moment hémorragique (C07 : 418-420).

La fonction du professionnel n'est pas de conduire le bateau jusqu'à la côte, mais d'être le phare dans la nuit. Marie-Alix dit : « A la deuxième consultation ça m'est resté vous m'avez dit : « je sais vous y arriverez ». Je me suis accrochée. Vous avez dit : « ce sera difficile mais vous arriverez ». C'était comme une étoile mise dans ma tête. Un petit rayon de soleil » (C07 : 418-420).

Le clinicien doit permettre de remettre en marche les chaînes symboliques dans la parole pour contrecarrer le travail de la pulsion de mort (C07), tout en reliant tout cela avec l'émotion. Mais il faut se rendre compte qu'un changement de positionnement de la part du clinicien est impératif. Il doit comme le dit Mélanie : « mettre à l'aise » (C08 : 3) ou Lysiane, donner envie de parler (C05 : 108). La mise en place de la relation est essentielle, vitale dans ce cas-là.

Le changement de paradigme est d'autant plus important que la représentation du travail du « psy » est encore pour beaucoup du côté de cliniciens d'orientation psychanalytique conditionnée par l'émergence du désir et de la demande. Or j'ai mis en évidence que sur ce territoire en particulier, mais dans les cas des crises suicidaires plus largement, demander de l'aide pour les personnes est difficile voire impossible. Pour Alban, le système de représentation des prises en charge psychothérapeutiques d'inspiration psychanalytique, l'a freiné dans sa

capacité à demander de l'aide à ces psychothérapeutes : ce serait trop long et il y aurait trop de souffrance (CR07 : 582-584). Cela ne veut pas dire que les psychiatres, psychologues ou les psychothérapeutes d'orientation analytique n'auraient pas leur place auprès des personnes suicidaires, comme on a voulu les exclure dans le soin des autistes, mais cette pratique spécifique nécessite dans les premiers temps de la prise en soins qu'ils puissent de décentrer de leurs cadres théoriques de référence pour mettre en place un cadre adapté à la clinique de la crise suicidaire actuelle. C'est ce que j'essaie de mettre en place dans mes suivis. Les premiers temps sont basés sur l'intervention de crise, puis lorsque ces crises sont terminées, si la personne le souhaite, un travail psychothérapeutique commence, avec mon orientation psychodynamique et psychanalytique.

Dans la situation de Laurent, on peut se demander quel est le type d'intervention thérapeutique dont il bénéficie. On sait qu'il est reçu par une « infirmière-psychologue », confusion souvent retrouvée, voulant dire infirmière en psychiatrie. Il se pourrait qu'il ait eu deux crises suicidaires en un an (CR08 : 617 ; 715-717 ; 742-743), la dernière dans les deux mois précédents son suicide, avec une hospitalisation en addictologie, un suivi ambulatoire, un passage aux urgences avec une évaluation en psychiatrie de liaison.

1.8.1.2 Crise suicidaire : levée de refoulement et fonctions du passage à l'acte

1.8.1.2.1 Levée de refoulement

Par ailleurs, on peut penser que la crise suicidaire est un moment où les défenses psychiques se désagrègent, au vu des levées de refoulement qui apparaissent dans les entretiens cliniques. Pour Joseph, « les mémoires anciennes remontent » (C02 : 90), pour Marie-Madeleine, « tout remonte » (C03 : 25), pour Lysiane « pourquoi ça me gêne à 55 ans » (C05 : 123). À ce moment-là, on comprend également que le clinicien se doit d'adopter un positionnement prudent et doit faire « dans la dentelle », avancer précautionneusement avec le sujet pour le pas le mettre à mal. Sans même avoir voulu aller trop vite, le premier entretien avec Marie-Alix, ayant pour objectif de comprendre sa souffrance actuelle et ce qui l'avait provoqué, a abordé le thème de son père, qui était de l'ordre de l'impensable à ce moment précis. Elle nous dit les effets que ça a eu pour elle (C07 : 113-115). Elle mettra presque 6 mois à pouvoir parler de son père sans que cela la mette en péril. Ceci met en avant également la nécessité pour le clinicien de revoir la personne rapidement voire de prendre des nouvelles entre deux séances pour s'assurer que tout va bien. On ne reste pas tranquille.

Mais à l'inverse, la crise suicidaire peut également être consécutive à la levée d'un refoulement, comme pour Alexia et son vécu de violence qui est réactualisé dans ses relations avec son conjoint (C09 : 10).

1.8.1.2.2 Fonctions du passage à l'acte

Le passage à l'acte à une fonction dans l'économie psychique des personnes. Pour Annette, Lysiane et Magalie il s'agit d'échapper à l'emprise et au risque d'anéantissement de soi dans l'objectalisation qu'elles vivent : (C04 / C05 / C06 : 70-80), pour trouver une place et exister comme pour Mélanie (C08). Pour d'autres, le passage à l'acte est un retournement de la pulsion homicide contre soi, pulsion parricide plus spécifiquement (C07 : 92 ; 227-229 /

C09 : 11). Il sert à évacuer l'insupportable retour dans le champ de la conscience de ces pulsions. J'ai parlé dans la partie une de ce travail, de la dynamique de la pulsion de mort, entre projection et introjection. Enfin, pour Joseph (C02), le passage à l'acte suicidaire se présente, dans une relation aux autres, comme une angoisse d'anéantissement qui prend corps, puisqu'il perd sa place de conjoint, de travailleur, de père, de fils etc.

1.8.2 La tentative de suicide

1.8.2.1 Accès aux moyens

L'accès au moyen de se suicider est un point important de l'évaluation clinique pour définir une stratégie de protection des personnes par le retrait des moyens. C'est d'ailleurs une des stratégies de prévention qui a fait ses preuves (Arensman, 2017 ; Zalsman et al., 2016).

En ce qui concerne cette recherche, le tableau suivant recense les idées de suicide, les tentatives de suicide et les suicides chez les personnes de notre échantillon et leurs proches concernés, indique le moyen utilisé et l'accessibilité à ces moyens. J'ai également précisé si ces tentatives avaient été prises en soins ou pas.

Concernant les récits cliniques le tableau est le suivant :

Tableau 30 : Type et accès aux moyens de suicide dans les récits de crises suicidaires – Aide reçue après la TDS⁴¹

⁴¹ (BZD = Benzodiazépine, OH = Alcool, IMV = Intoxication Médicamenteuse Volontaire, TDS = Tentative De Suicide)

Tentatives de suicide (TDS), idées de suicide (IDS) et Suicide (S)				
	Nombre	Modalité	Accessibilité	Aide reçue
	1ère, 2ème	?		Non
C01	3/ TDS	IMV	Domicile	Urgences + Suivi psychologique ambulatoire
	1/ TDS	IMV	Domicile	Hospitalisation + Ambulatoire : psychiatre et psychologue
C02	2/ IDS	Précipitation		Hospitalisation + Ambulatoire : Psychiatre, psychologue, assistante sociale
	1/ TDS	IMV	Domicile	Urgences et entretiens infirmiers
C04	2/ TDS	IMV	Domicile	Urgences et suivi psychologique
	1/ TDS	?		Psychiatre
		Anxiolytiques / Hypnotiques / Alcool		
C05	2/ TDS	IMV	Domicile	Hospitalisation + Ambulatoire : Psychiatre, psychologue
	1/ TDS	Précipitation		Non
C06	2/ TDS	IMV	Domicile	Hospitalisation + Ambulatoire : psychiatre et psychologue
	1/ TDS	?		Hospitalisation
C07	2/ IDS	Arme blanche	Domicile	Suivi psychiatrique et psychologique
	1/ TDS	Précipitation		Hospitalisation et psychologue
C08	2/ TDS	IMV	Domicile	Hospitalisation et Ambulatoire : psychiatre et psychologue
C09	1/ TDS	Pendaison	Oui	Urgences et évaluation clinique psychologique
Sœur	TDS	?		Non

Concernant les personnes qui se sont suicidées et leurs proches, la synthèse est la suivante :

Tableau 31 : Type et accès aux moyens de suicide dans les récits concernant les personnes suicidées – Aide reçue en cas de TDS antérieure au suicide⁴²

Tentatives de suicide (TDS), idées de suicide (IDS) et Suicide (S)				
	Nombre	Modalité	Accessibilité	Aide reçue
CR01	1/ IDS			Non
	Suicide	Arme à feu	Oui	
Oncle	Suicide	Pendaison	Oui	
	1/ TDS	AVP	Oui	Non
CR02-1	2/Suicide	Pendaison	Oui	A vu médecin traitant dans le mois précédent
CR02-2	Suicide	Pendaison	Oui	
	1/ IDS			Non
CR03	2/Suicide	IMV	Oui	
CR04	Suicide	Pendaison	Oui	
	TDS	?		Non
Père	Suicide	Pendaison	Oui	
GPP	Suicide	Noyade	Oui	
CR05	1/ TDS	IMV	Oui	A vu son psychiatre dans les 15 jours avant son suicide
	2/ Suicide	IMV	Oui	Hospitalisation + ambulatoire court (déménagement)
Père	Suicide	Arme à feu	Oui	
	1/ TDS	Empoisonnement	Oui	Non
CR06	2/ TDS	Phlébotomie	Oui	Non
	3/ TDS	Asphyxie	Achat	Non
CR07	4/ TDS	Précipitation	Oui	Urgences + orientation psychiatre (5 mois d'attente)
	5/ TDS	Insuline	Oui	
CR08	6/ Suicide	Pendaison	Oui	
	1/ IDS			Non
CR08	2/ Suicide	Pendaison	Oui	

⁴² AVP = Accident de la Voie Publique

On se rend compte que les personnes avaient toutes un accès au moyen de se suicider. Lorsqu'elles ne les avaient pas, elles l'ont acheté. Ce qui est assez marquant est la présence au domicile d'un certain nombre d'entre elles de traitements psychotropes ayant servi à leur tentative de suicide, entre autres les benzodiazépines. Le retrait des traitements a été une des actions entreprise avec Magalie, avec l'aide de son conjoint (C06), au début de sa prise en charge.

1.8.2.2 Prise en soin après tentative de suicide

Les entretiens cliniques de crise suicidaire et les trajectoires de vie des personnes suicidées illustrent que les accompagnements lors de crises suicidaires avec ou sans tentatives de suicide ne sont pas systématiques. Pour Béatrice (C01), il n'y a pas eu de proposition de prise en soin lors de ses trois premières tentatives de suicide, de même pour la sœur d'Alexia (C09), pour Ludovic (CR02-1) et pour un certain nombre de tentatives de suicide chez Alban (CR07). On voit également, que lorsque des idées de suicide ont été évoquées, elles n'ont pas bénéficié d'une écoute professionnelle, comme pour Laurent (CR08), Alban (CR07) ou Gilbert (CR01).

Il est assez courant qu'il y ait plusieurs niveaux : idées suicidaires puis suicide (CR01 / CR03 / CR08) ou tentatives puis suicide (CR02-1 / CR06 / CR07). Il n'y a que pour Armel et Émile qu'il n'y avait pas d'idéation suicidaire exprimée ou d'antécédents de tentatives de suicide (CR02-1 / CR04). Ce qui laisse entendre que des possibilités d'intervention existent avant les suicides. Il en est de même pour les tentatives, puis qu'il n'y a que dans les cas de Magalie (C06) et Alexia (C09) qu'il s'agissait d'un premier geste suicidaire.

Il y a donc à aider les personnes dès la première crise suicidaire, avec des professionnels compétents et formés, pour éviter les ruptures précoces dans les accompagnements comme pour Lysiane (C05 : 108) ou Mélanie (C08 : 60-61).

Par ailleurs, il est important d'accompagner également les proches des personnes suicidantes, parce qu'elles sont touchées par cet événement également et que cela génère entre autres des inquiétudes, comme pour le mari de Béatrice (C01 : 130-132), ou des effets de fragilisation et d'imitation comme pour Alexia dont la sœur a fait une tentative de suicide dans l'année précédant la sienne (C09 : 20-21).

1.8.2.3 Synthèse

La restriction de l'accès aux moyens de suicide est une stratégie qui fonctionne pour prévenir le suicide mais qui a ses limites (cordes, ceintures, lacs, étages...) On peut cependant entreposer en sécurité les armes à feu (CR01 et CR06), trier une armoire à pharmacie à domicile et favoriser l'accès aux médicaments à l'unité (10 tentatives relatées dans le tableau), ce qui aurait potentiellement fait 12 gestes suicidaires en moins. De plus, porter une attention bienveillante avec toute son inquiétude lorsque quelqu'un exprime des idées suicidaires, aurait peut-être pu en éviter deux de plus.

La prise en charge des tentatives de suicide est une deuxième action particulièrement efficace dans la prévention du suicide. J'ai précisé dans la première partie de revue de littérature que

l'existence d'une tentative de suicide dans l'histoire de vie de la personne est un facteur de risque de suicide (OMS, 2014). Il faut une réelle coordination dans les soins (pas comme dans le cas d'Alban -CR07), avec des professionnels formés accessibles dans des temps adaptés à la clinique, des prises en charge sur mesure (Norton & Villebrun, 2010). De nouvelles stratégies se mettent en place, comme les dispositifs de veille, et les résultats sont encourageants (Berrouiguet et al. 2014 ; Vaiva, Jardon, Vaillant & Ducrocq, 2011 ; Vaiva et al., 2011).

2. Thèmes secondaires

2.1 Place des morts et des deuils dans la vie en Pays Centre Ouest Bretagne

2.1.1 Place des morts dans la parole et fonctions du silence

J'ai déjà abordé le fait que la difficulté de parole en Centre Ouest Bretagne et probablement en Bretagne plus largement, concerne également la parole sur les morts, avec des effets de représentation de la filiation compliqués. On censure les ancêtres d'une certaine manière. Une fois les personnes décédées, la plupart du temps, on en parle plus (C07, CR02-2, CR03, CR04, CR08). Ces silences ont deux fonctions semble-t-il :

- La première étant de préserver les vivants, comme pour Laurent (CR08 et sa tante : 421-425)
- Ou pour se préserver de l'intolérable disparition et de la souffrance associée comme pour Émile par rapport au décès de son fils (CR02-2 : 39-44), ou de ses frères, ou encore comme pour Marie-Alix par rapport au décès de sa mère (C07 : 314-320), ou Pauline par rapport au décès de sa mère ou de son frère (CR05 : 176-177 ; 206-207).

Or, ce qui émerge dans ces deux cas est de l'ordre du symptôme : énurésie pour Laurent, décompensation pour Pauline, somatisation et deuil empêché pour Marie-Alix, alcoolisme pour Émile.

2.1.2 Deuils

Cela n'est pas sans effets sur les vécus de deuils. On voit dans le récit de Marie-Alix (C07) que c'est à l'occasion de la psychothérapie engagée à la suite de sa dépression et de sa crise suicidaire, qu'elle peut, 30 ans après, commencer le deuil de sa mère. Louise elle, a subi, pendant son enfance, le deuil de sa mère concernant sa sœur, née le même jour qu'elle quelques années auparavant. Sa mère ne pouvait pas ne pas penser à sa fille morte quand elle voyait sa fille vivante (CR08 : 1003-1017), à l'occasion de l'anniversaire de cette dernière. Par ailleurs, comme précisé précédemment, cette mère était dysfonctionnelle dans ses relations familiales, et on peut se demander si ce décès n'a pas contribué à son mal-être.

L'histoire de Lysiane illustre la difficulté du deuil et la souffrance psychique associée, voire la fragilisation, lors de décès multiples et rapprochés et symboliquement marquants (C05 : 2-3 ; 26 ; 31-32 ; 48-49). Elle dit n'avoir pas pu faire son deuil, ne se sentant pas légitime dans sa souffrance, n'étant que sa sœur (130-133).

Lors de décès à caractère traumatique, on peut également remarquer que les choses sont très difficiles, comme pour Marie-Alix dont j'ai parlé plus haut, mais également dans le cas d'Émile qui perd son fils brutalement (CR02-2). On apprend que le corps de son fils a été déposé nu

dans le salon de la maison (183-184) et que « l'image reste gravée » dans la tête de Géraldine, sa sœur, présente ce soir-là. À ce moment-là, elle décrit un équivalent de sidération chez les parents, qui ne pouvaient plus rien faire (178-179) du fait du caractère de surprise et d'inattendu de l'événement (204-205). C'est elle qui, du haut de ses 14-15 ans, s'est occupée de rendre la scène décente. Dans ces deux situations relativement anciennes (années 1970), il est possible qu'on n'interrogeât encore pas l'impact de ce type d'événement sur les personnes.

La question du risque psychotraumatique pouvait se poser directement pour Marie-Alix étant confrontée directement à la mort de sa mère. Le doute existe pour Émile, car il n'a pas été directement associé à l'événement. Malgré cela, on sait que les circonstances associées à la mort peuvent compliquer le processus du deuil, voir le rendre pathologique si la structure sous-jacente est fragile (Philippin, 2006), le deuil pathologique étant associé au déclenchement d'une maladie psychiatrique ou somatique pendant le deuil. Le suicide et les événements traumatiques font parties de ces circonstances. Émile (CR02-2 : 38-39) a somatisé après le décès de son fils et a commencé une addiction à l'alcool. Pour sa fille, il a été en dépression. On peut donc penser à un deuil traumatogène (Bacqué, 2003), dans ce cas, ainsi que pour Mélanie (C08) qui explique que le décès de sa mère a eu un effet d'effondrement et qu'une dépression au sens psychiatrique s'en est suivi (74). En France, Marie-Frédérique Bacqué propose de différencier le deuil post-traumatique du deuil traumatogène, le premier consécutif à un événement dramatique où la personne a perdu un proche et été dans une situation où elle a été à la fois témoin et acteur d'un risque de mort pour soi et les autres, le second associé à une souffrance traumatique suite à une perte majeure pour la personne, en lien avec des structures de personnalités spécifiques ou des modalités d'attachement particuliers (idem, 2003). La personne dans ce cas précis n'a pas été directement confrontée au risque de mourir ou à la mort d'un individu. Le deuil traumatogène aurait pour effets des dépressions importantes avec un risque suicidaire et des difficultés de réadaptation à la vie quotidienne. Cette notion paraît importante pour analyser les effets des suicides sur les proches que j'aborderai dans un second temps d'analyse des résultats, en distinguant le deuil traumatogène du deuil post-traumatique.

« Ce qui est incroyable dans la mort, ce n'est pas la mort même, dont nul ne sait rien, sauf qu'elle conclut l'existence, mais l'onde de choc qu'elle produit, le ravage qu'elle actualise »
(Baudry, 2003, p. 481).

2.1.3 Analyse

Si comme l'écrit Patrick Baudry, je suis d'accord pour penser que dans les premiers temps, il faut se taire pour accueillir un homme endeuillé, en laissant la place pour que les émotions s'expriment, le silence comme refuge et mécanisme de défense face à la douleur du deuil n'est pas une solution. Or, dans tous ces cas, il n'était pas possible de parler la disparition de la personne et la souffrance associée, entre-autres en lien avec les difficultés d'accès au registre de la parole et de l'émotion dont on a déjà parlé auparavant. Ne pas parler des morts, forclure de sa psyché cette dimension, c'est prendre le risque qu'ils reviennent sous forme de « fantômes » psychiques (Abraham & Torok, 1978) de manière transgénérationnelle.

En lieu et place de ces paroles, viennent des rituels sociaux encore très marqués, du côté des funérailles, où tout le monde se rend. C'est l'un des rares moments où les églises sont pleines.

La mort et les enterrements restent des modalités du lien social comme dit Julie dans le récit qu'elle fait du suicide de son fils (CR04), tout en y associant l'idée que la mort prend une place particulière dans la culture bretonne, du côté d'un « culte de la mort » (CR04 : 1601).

Le propos de ce travail n'est pas d'interroger le lien des Bretons à la mort et aux rites funéraires, mais on peut remarquer qu'ils sont nécessaires et ont une fonction à mon sens à la fois sociale et individuelle, car comme l'a écrit Cornélius Castoriadis : « *L'individu n'est, pour commencer et pour l'essentiel, rien d'autre que la société. L'opposition individu/société, prise rigoureusement, est une fallace totale* » (1990, p. 52), autrement dit l'un ne va pas sans l'autre.



Figure 62 : Illustration caricaturale des liens à la religion et à l'alcool en Bretagne (Mam Goudig)

2.2 Place de l'alcool et RS sur le territoire du Pays COB

Dans les entretiens émerge régulièrement le thème de l'alcool, avec ses abus et le lien avec une forme de souffrance psychique. Apparaissent également des RS spécifiques qui illustrent des difficultés de positionnement des personnes par rapport à ces pratiques de consommation et des freins au repérage de l'addiction à l'alcool et des freins à la prévention, voire une forme de banalisation de la surconsommation alcoolique ou de sa systématisation.

2.2.1 Constats : fonctions de l'alcool, type et quantités

Comme je l'ai déjà précisé dans la partie sur l'accès à la parole en Centre Ouest Bretagne, l'alcool peut être un facilitateur de parole (CR01 : 24-25 / CR02-1 : 190-192), voire même un « atout » (CR01 : 28 ; 469), ce qui lui confère une valeur particulièrement positive. D'autres valences positives sont attribuées à l'alcool dans les récits : facteur de cohésion inter-professionnelle (C07 : 247-262), comme modalité du lien social avec les amis (CR02-2 : 50-54 / CR08 : 311-321), comme un refuge en cas de difficulté (CR05 : 218). Concernant le lien social, il est intéressant de voir que lorsque Gilbert (CR01) ne consommait pas d'alcool, il se mettait à l'écart au PMU, ce qui implicitement associe abstinence et mise à l'écart.

Mais, l'alcool est aussi associé à des difficultés passagères dans la vie et comme modalités d'aide par rapport à ces difficultés : ainsi Émile commence à boire au moment de sa tuberculose

parce qu'il n'est pas bien (CR02-2 : 35). Jessica, parce sa situation conjugale est très problématique et que son compagnon deale, ce qui est insupportable pour elle (CR06 : 816-820), commence à avoir des alcoolisations régulières pour lesquelles elle demande une aide médicale par la suite. L'alcool est aussi une solution pour en finir définitivement avec son mal-être comme Gilbert qui envisageait que ses consommations après ses AVC puissent provoquer un dernier (CR01 : 595-596). L'alcool peut être un recours en cas de difficultés, dans des contextes où cela avait déjà été le cas (le père de Jessica consommait), en lieu et place de la parole, comme un symptôme associé à un mal-être. Les alcoolisations peuvent donc être le sommet de l'iceberg d'une dépression, comme dans l'histoire d'Aurélié (C10 : 9-16) et de Gilbert (CR01).

Il existe également des expositions précoces à l'alcool, autour de 10 ans pour Béatrice (C01), Gilbert (CR01) et Louise (CR08) concernant les consommations, dans l'adolescence pour le fils de Marie-Alix (C07 : 249-262)⁴³. Si les premières étaient semble-t-il exceptionnelles, et liées aux travaux des champs, la seconde était systématique et avec ce qu'on appelle des « alcools forts » dans un processus social professionnel.

Le type d'alcool utilisé est souvent avancé pour expliquer l'augmentations des alcoolisations précoces et les taux d'alcoolisme en Bretagne. Cependant, on entend dans nos récits, que les premières expositions et les consommations régulières se sont faites avec du cidre, maison, de « mauvaise qualité » (C01 et CR01 : 211-220) / CR02-2 : 286-289 / CR06 : 498-499 / CR08), qu'on pouvait trouver en grande quantité (250 litres dans les fermes dans le récit de Louise – CR08 : 965).

Le rapport aux quantités d'alcool ingéré peut aussi être particulier, ainsi Lysiane nous dit que son compagnon a diminué fortement sa consommation, qu'il ne boit presque plus rien : « une bouteille de vin par jour » (C05 : 163-164), ce qui relève d'un processus de minimisation, qu'on peut retrouver chez Béatrice lorsqu'elle dit que son frère avait un « petit problème d'alcool » (CR01 : 21), ou qu'Ernest, le grand-père d'Armel, consommait un peu d'alcool (CR04 : 884).

Il y a aussi exposition précoce, du fait de la fréquentation des lieux, avec pour Laurent, le bar comme lieu de garderie dans sa prime enfance (CR08 : 311-321).

2.2.2 Représentations sociales

En plus des représentations dont j'ai déjà parlé plus, comme « atout » pour parler entre autres, il y a l'idée que faire la fête est associé à la consommation (CR08 : 91-92 ; 608-610), et que ces consommations sont à distinguer du réel alcoolisme. Il y a des consommations « comme

⁴³ Une patiente me racontait qu'à 10 ans, au début des années 1960, elle recevait du cidre maison au goûter après l'école et que le dimanche elle buvait un verre de vin rouge avec un sirop à base de quinquina et de gentiane pour fortifier l'organisme.

tout le monde » (CR06 : 508-509)⁴⁴. On peut ne pas être un alcoolique de tous les jours (CR02-2 : 81-82), il faut distinguer l'alcool festif des alcoolisations régulières (CR06 : 602-604), les premières n'étant pas à risque d'alcoolisme dans cette logique. Par ailleurs, on voit apparaître dans l'histoire de Jessica, des idées très fortes sur ce que seraient des personnes alcooliques : les alcooliques sont des ivrognes (CR06 : 489-491) qui boivent « matin, midi et soir », alors que les alcooliques ne boiraient que lorsque cela ne va plus (411). On remarque que les choses sont plutôt confuses, et que dans certains cas, la valence est plutôt positive, alors que dans l'autre elle est plutôt négative. Par ailleurs, il y a un alcoolisme méchant (530-532), qui peut transformer en monstre, tout comme la drogue (CR06 : 904-907).

2.2.3 Effets

On peut comprendre dans ce registre de représentations, qu'Aurélien se soit senti honteux de son addiction et stigmatisé (C10 : 21-22 ; 38-39), en famille et socialement.

Alexia explique qu'avec son vécu de violences associé aux alcoolisations de son père et de son beau-père, la consommation d'alcool régulière et excessive par moment chez son conjoint est insupportable et fait remonter les traumatismes anciens qu'elle a vécus (C09 : 9-11) avec des pulsions de mort.

Par ailleurs, Lysiane met sur le compte de l'alcool les difficultés relationnelles avec son conjoint (C05 : 163-165), sans envisager que la structure de personnalité sur laquelle se rajoute l'alcoolisme puisse également rentrer en ligne de compte.

2.2.4 Synthèse

Le Pays Centre Ouest Bretagne a des indicateurs de mortalité évitable associés à l'alcool supérieurs de 73% à la moyenne nationale⁴⁵, sur la période 2008-2012, or, l'OMS en 2014, expliquait dans son rapport sur la prévention du suicide, que la consommation d'alcool est un facteur de risque associé au suicide, et que l'interdit de l'alcool est un facteur de protection.

Comme précisé dans la première partie de ce travail concernant les hypothèses socioculturelles associées à la surmortalité suicidaire en Bretagne, le développement des alcoolisations après la deuxième guerre mondiale serait, selon Jean-Yves Broudic (2006), le tribut symbolique à payer aux traumatismes associés à la première guerre mondiale, du fait des modifications des liens familiaux et des psychopathologies consécutives. Il en est de même pour Jean-Jacques Kress

⁴⁴ Cela me rappelle l'anecdote confiée par une collègue infirmière d'accueil aux urgences du CHPM. Celle-ci demandait toujours des précisions sur les consommations, un jour, un homme lui a répondu qu'il consommait « comme tout le monde » un cubitainer de vin par jour, soit entre 5 et 10 litres selon la taille du cubi.

⁴⁵ Diagnostics de santé par Pays de Bretagne sur le site : <http://www.santepays.bzh/pages/tableau-de-bord-sante-focus-22CEOB.html#a7>

(1984) pour qui l'alcool et le suicide sont associés aux conséquences des modifications socio-linguistiques dans la région, comme des symptômes de ces changements externes et internes. Des éléments de compréhension complémentaires peuvent être trouvés dans les travaux de Yann Daumer (in Carrer et al. 1986). Il explique que les alcoolisations quotidiennes sont récentes dans le paysage breton, et qu'elles dateraient de l'après-guerre. L'ivrognerie collective était une modalité sociale répandue au 19^{ème} siècle, tout comme dans bien d'autres régions il me semble. Pour l'auteur, la coexistence des deux modes d'alcoolisation actuellement est associée aux modifications sociétales qui ont touché la Bretagne.

Le phénomène de piste des jeunes Bretons s'apparenterait à ces rituels sociaux modernisés. Pour lui, le rapport de ces jeunes à l'alcool est directement associé, comme le pense Jean-Jacques Kress, aux changements de langue opérés en Bretagne, et plus particulièrement en Basse Bretagne, c'est-à-dire une partie du territoire qui nous intéresse ici, car ces alcoolisations collectives auraient lieu plus sur ce territoire. Est associé également à cela l'accès à la parole dans ces moments d'alcoolisations : *« Ce qui me semble le plus caractéristique de la Piste, c'est effectivement tout le côté verbal, l'excès de mots en quelque sorte. La Piste me paraît le lieu par excellence de l'utopie, de l'imaginaire, les difficultés concrètes étant estompées (...) En fait, la Piste oscille entre un collectif qui crée une atmosphère chaleureuse, euphorique, où l'on danse, chante, discute... et une individualisation marquée, une sorte d'exaspération de l'individu, qui, peut-être du fait d'un sentiment accru d'existence, se permet un regard intérieur plus aigu, une sorte d'adéquation entre les mots et les sensations (...) Parler de soi devient alors facile, aisé⁴⁶. »* (p. 94-95).

Il y a donc une dimension de socialisation par l'alcool, avec une fonction désinhibitrice de la parole par l'alcool et désinhibitrice dans les possibilités d'accès à des registres divers comme l'imaginaire et le rêve, l'émotion également etc. On voit donc les liens se tisser entre difficultés d'accès à la parole, à l'affection, émergence d'un mal-être et l'alcoolisation comme modalité de recours socialement tolérée et valorisée en Bretagne.

Dans le rapport Barbançon (2002) on trouve également que les Bretons s'associent à des alcooliques et dans l'étude des représentations sociales du suicide, on remarque que l'alcool et les addictions ne sont associées aux causes générales de suicide par les Bretons en deuxième périphérie, c'est-à-dire de manière plus fluctuante, alors qu'ils associent à l'alcool à une cause de suicide en Bretagne de manière centrale, c'est-à-dire fixe et résistante.

⁴⁶ Les parties soulignées le sont par moi-même en lien avec une thématique abordée dans ce travail sur l'accès à la parole et au registre des émotions.

Il pourrait donc y avoir eu lieu une intériorisation de l'alcoolisme comme un marqueur identitaire en Bretagne et comme une soupape socialement tolérable par rapport aux difficultés de la vie.

2.3 Place du travail dans les histoires familiales et personnelles

2.3.1 Place du travail au niveau collectif

L'étude des récits a permis de mettre en évidence que le travail était associé à une notion de survie et d'effort collectif pour sortir d'un état de misère sur ce territoire rural.

Il reste des traces de cette association actuellement dans le rapport des individus au travail, comme a pu le dire Julie concernant Armel (CR04 : 1652-1657), perdre son travail est pire qu'un deuil et c'est l'équivalent de perdre sa place dans le monde. Elle nous explique même qu'on peut « préférer la mort à l'échec » (1621-1622). Ainsi, inconsciemment, son fils en difficultés professionnelles, sur le point de devoir déposer le bilan et d'être saisi par les huissiers, a-t-il pu préférer mourir que d'échouer ?

Dans l'histoire d'Émile le travail a une place centrale (CR02-2 : 14), les parents sont fiers des enfants lorsque ces derniers ont un travail (86-87). Émile est un homme de la génération antérieure à Armel. Peut-on penser que les mêmes codes sociaux se sont maintenus et que faillir pour Armel est associé à une honte et au risque de perdre un regard bienveillant de ses parents ? Le travail est resté, comme dans les temps plus anciens, une modalité relationnelle avec les enfants dans les zones rurales. Ainsi, pour le mari de Mélanie, le moyen de passer du temps avec ses filles se fait par le travail aux champs avec elles (C08 : 164-166). Pour Gilbert, tous ses amis sont au travail et ne plus être au travail, sur le lieu même, correspond à une rupture des liens (CR01 : 324-326). C'est donc sa modalité principale de lien social.

2.3.2 Fonctions du travail dans l'économie psychique

Armel et son père sont incapables de ne rien faire. Ils ne savaient s'occuper que par le travail (CR04 : 497-513) et lorsqu'ils n'avaient rien à faire l'angoisse émergeait. Le travail vient donc combler un vide et cacher une fragilité interne (48). On retrouve cette idée dans la proposition de Géraldine lorsqu'elle énonce que le travail protège en quelque sorte des maladies psychiques (CR01-1 : 305-309) et qu'il sert de masque contre les émotions et les difficultés (CR02-1 : 1023-1025 / CR02-2 : 240-241).

Si le travail prend une telle place, alors que faire lorsqu'il n'est plus là ? Que ce soit pour des raisons de santé (C02 / CR01 / CR02-1 / CR03 / CR06 / CR08), au moment de la retraite (CR02-2 / CR05), on voit que l'absence de travail est parfois associée à la rupture et à l'effondrement dépressif (CR02-2 : 572 / CR05 : 850-856), à la perte de place dans la société (C02 : 30-33 ; 121-123 ; 201-202 / CR01). Pour Gilbert (CR01 : 620-621 ; 629-630), ne plus travailler était de l'ordre de l'impensable. On pourrait se demander s'il n'y a pas de similitudes entre le culte au travail des japonais et la place du travail pour les Bretons avec des effets similaires concernant le suicide. Cela pourrait être une piste à explorer.

2.3.3 Représentations sociales liées au travail

Des représentations sociales liées au rapport des individus au travail, au non-travail et aux patrons émergent dans ces récits.

Par rapport à l'âge, il existe des formes de discrimination liée à l'âge : ou trop vieux (C02) ou trop jeune pour diriger des plus âgés (CR04 : 440-446) qui se véhiculent dans les représentations sociales et ont certainement des effets dans la réalité. Joseph ne retrouve pas d'emploi alors qu'il le souhaite et l'accueil qu'il reçoit à Pôle Emploi le désabuse. Les effets des discriminations sont de l'ordre de l'isolement, de l'effondrement narcissique avec un sentiment de doute sur soi, sur sa place, sur ses compétences...

Les relations au travail, entre employés et patron sont de l'ordre de la soumission au pouvoir (CR08 : 821-822), ce qui rappelle les propos de Pascale Molinier (2006) sur les nouvelles formes de servitude au travail.

Enfin, ceux qui ne travaillent pas sont anormaux (CR02-1 : 306-308), et par déduction ceux qui travaillent seraient normaux. Ceci peut contribuer à créer un sentiment de stigmatisation lorsque les personnes se trouvent en situation d'arrêt de travail, quelques en soient les raisons.

2.3.4 Management, dépression et risque suicidaire

Lorsque le travail se passe bien, que les relations interprofessionnelles sont positives et que le type d'organisation du travail est cohérent, l'exercice de sa profession est un facteur de protection, comme l'explique Magalie (C06 : 210-213) ou comme Antoine (CR03 : 337-339) dont on apprend qu'il était heureux au travail.

Cependant, il y a cinq situations où ce n'est pas le cas. Ainsi, pour Lysiane, le travail est associé au harcèlement sexuel dont elle a été victime (C05 : 425-429) et son objectalisation dans le cadre du travail avec une dévalorisation, une absence de reconnaissance de ses activités et un surmenage imposé. Il en est de même avec Marie-Alix (C07 : 391-396) avec une dimension perverse. Alexia, jeune femme de 20 ans vit au moment où je la rencontre des humiliations et de la dévalorisation dans le cadre d'un stage pour une formation professionnelle (C09 : 5-8), ce qui réactualise sans doute ce qu'elle a pu vivre dans l'enfance, en voyant son père violent envers sa mère, et elle s'interposant pour éviter que sa sœur ne reçoive également des coups. Ce stage a contribué à fragiliser Alexia et à réactualiser sa souffrance infantile. Aurélie décompense également à la suite d'une réactualisation inconsciente de son lien avec sa mère avec comme substitut sa cheffe (C10 : 27-51) qui gère son équipe avec du harcèlement (27), des réorganisations de tâches permanentes, en y associant un surmenage pour répondre à toutes les contraintes professionnelles (24). En ce qui concerne Laurent (CR08), son premier patron a rempli des fonctions d'équivalent paternel, il lui faisait confiance, il le valorisait (31-32). Il se sentait bien au travail et été reconnu dans ses qualités professionnelles également par les clients (23). Un changement de chefs dans l'année qui a précédé son suicide (34-42), avec des changements de valeurs au sein du travail ont contribué à la fragilisation de Laurent et à l'émergence d'une dépression et d'une addiction à l'alcool. Il était même parfois pris de terreur et de peur (121 ; 144-145 ; 805-822).

Le regard porté par un autre sur soi est également un facteur qui a permis à Alban, pendant quelques temps, de se sentir à la hauteur, car les enseignants portaient sur lui un regard bienveillant qui pouvait se rapprocher de ce qu'il recherchait désespérément chez son père (112-

115). Cette dimension n'a pas pu être maintenue car il a choisi une profession où il était relativement seul dans sa pratique avec des clients. Il commence alors une dépression sévère, avec une addiction aux jeux en ligne et se suicidera dans l'année qui a suivi la fin de sa formation.

2.3.5 Conclusion

La place du travail est donc centrale dans la vie sociale et psychique des personnes. Si ce n'est pas spécifiques à ces personnes, le travail conditionne beaucoup notre existence par les revenus qu'il apporte mais aussi par la place que cela prend dans la temporalité de notre vie. La profession que l'on exerce est souvent un des premiers repères lorsqu'on rencontre quelqu'un pour la première fois et il est commun d'entendre cette question posée aux enfants : « Que veux-tu faire plus tard dans la vie comme métier ? »

Abraham Maslow a développé une théorie des besoins, en 1943, concernant l'être humain, qui a ensuite été largement adaptée sous forme d'une pyramide dite de Maslow. Le premier besoin est celui des besoins primaires, vitaux, puis, comme l'illustre la pyramide ci-dessous, l'organisation d'une sécurité de base, développer un sentiment d'appartenance, ensuite recevoir de la part des autres des signes positifs, encourageants, et enfin le besoin de réalisation de soi. Ces étapes ne sont pas consécutives, mais peuvent se chevaucher. Sa théorie des besoins reste une référence dans le domaine de la psychologie sociale (Pain, 2009). D'autres théoriciens se sont questionnés sur ces besoins et ont rajouté des niveaux à cette pyramide, comme Virginia Henderson, qui rajoute une dimension spirituelle et mystique. Patrick Simon, lui parle de trois dimensions : les besoins primaires, du registre physiologique, les besoins secondaires relatifs à la culture, et les tertiaires, relatifs aux « futilités » (Pain, 2009).

Quels que soient les théoriciens, les bases essentielles de cette construction se posent dans l'enfance et dans l'adolescence pour permettre aux sujets d'advenir, avec la question du désir au-delà des besoins.

La prochaine figure présente une modélisation de la pyramide de Maslow intégrant les dimensions personnelles et professionnels ainsi que les niveaux de satisfaction que les personnes peuvent atteindre. A la suite, je présenterai, dans le cadre des histoires de vie recueillies les niveaux atteints et mis en périls dans le cadre professionnel.

Besoins propres au monde occidental.

1. pyramide particulièrement intéressante pour le monde du travail
2. les humains ne ressentent l'apparition d'un besoin supérieur que lorsque le besoin actuel est relativement satisfait.

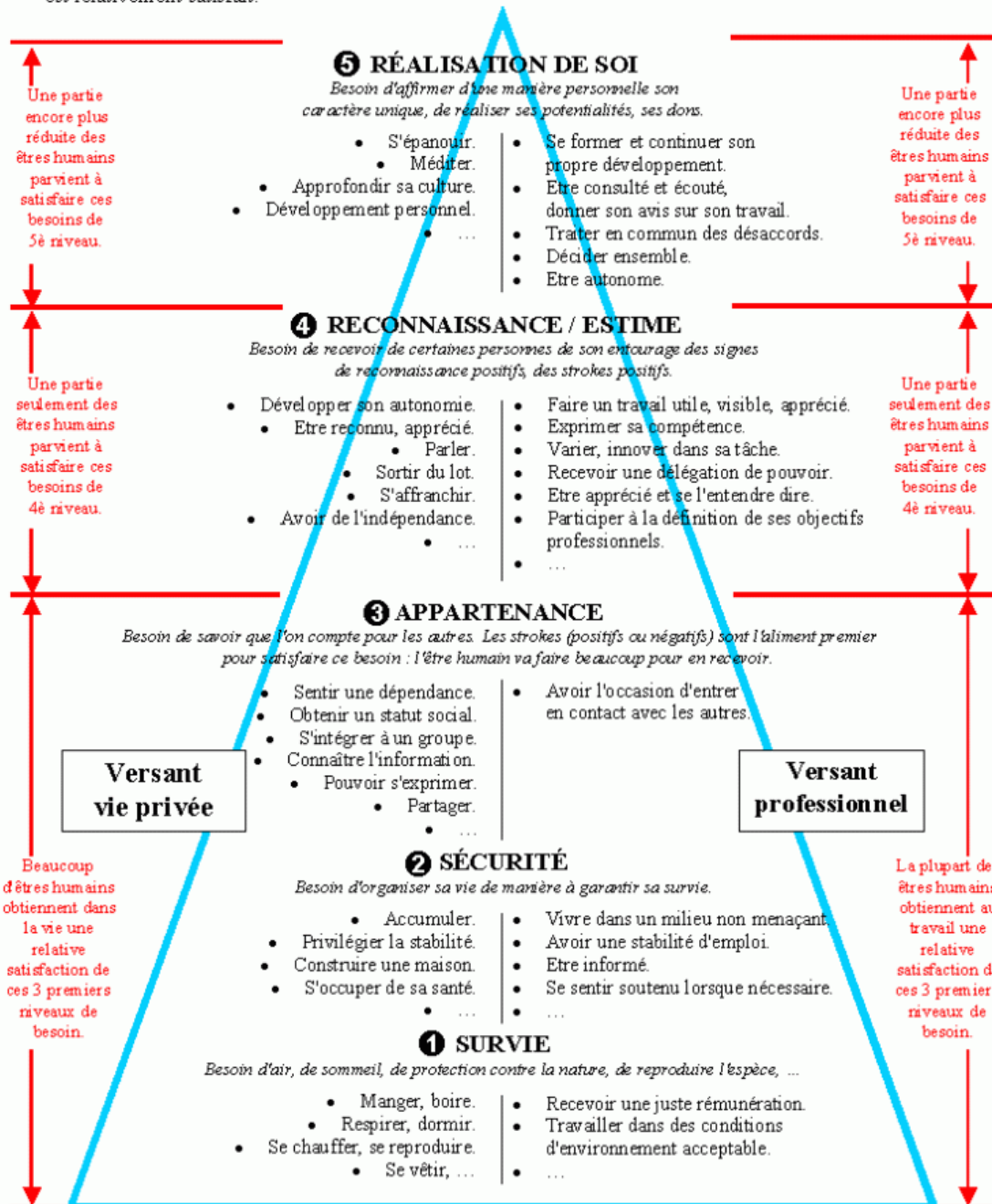


Figure 63 : Pyramide de Maslow versant professionnel / versant personnel (Source de l'image : <http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/la-pyramide-des-besoins-de-maslow/>)

Si l'on compare les histoires de vie avec la dimension professionnelle de représentation de la pyramide de Maslow, on remarque que pour Marie-Alix (C07) le niveau 2 était en péril : elle a été victime d'agressions dans le cadre du travail et elle n'a pas été soutenue, elle ne connaissait parfois pas son emploi du temps à l'avance et recevait des changements de planning dans la journée, créant un sentiment d'instabilité, elle se sentait surveillée. Pour Lysiane (C05), le niveau 2 était également touché puisque victime de harcèlement sexuel par un chef, elle ne pouvait pas se sentir en sécurité. Il en est de même pour Alexia (C09), Laurent (CR08) et Aurélie (C10).

Ce qui peut être aussi difficile pour certaines de ces personnes, c'est que par le déploiement de capacités internes, elles avaient réussi à atteindre des niveaux 4 de cette pyramide avant que les changements de stratégies internes des directions se fassent (CR08).

Les changements de stratégies, le surmenage, la perte de sens etc. sont des éléments qui ont été retrouvés dans une étude faite par Nicolas et al. (2015) dans les facteurs associés au suicide de salariés dans des entreprises. La question de la pénibilité du travail est donc également à interroger dans ses liens avec dépression, crises suicidaires et suicide. Les tragiques exemples de France Telecom, Renault et EDF illustrent comment certaines façons de penser l'entreprise et de la faire fonctionner génère une perte d'identité du salarié, de la souffrance psychique et physique, de la dépression et dans certains cas des suicides (Baudelot & Gollac, 2015 ; Brodier, 2011 ; Dejours & Begue, 2009 ; Doublet, 2009 ; Renou, 2010).

Ainsi, la place du travail est importante dans la vie d'un individu, elle est liée à la réalisation de soi, pour soi et en lien avec la famille, les générations antérieures et la société. En Bretagne, elle est non seulement centrale, mais souvent unique comme pôle de narcissisation. On comprend alors que les difficultés au travail, les arrêts de travail, les invalidités professionnelles, les retraites, puissent avoir un effet de fragilisation des personnes, pour elles-mêmes, mais également pour les autres et la société étant donné le système de référence associé au travail.

« D'autres critères encore, davantage psychologiques, peuvent être épinglés, basés sur un jeu complexe de monocentration-pluricentration autour de l'activité professionnelle. Plus exactement, plus l'emploi constituait un repère central pour l'individu, plus sa perte va symboliquement être difficile à assumer parce que c'est l'ensemble de l'existence qui va basculer du jour au lendemain. Au contraire, plus l'individu a pu se ménager un espace de liberté et de rêve à côté de son activité professionnelle, plus le passage va pouvoir se structurer autour de projets existentiels déjà présents et qui vont occuper le vide laissé par la perte de l'emploi. »

(Burnay, 2002, p. 95)

2.4 Entre inquiétude et intrusion

2.4.1 Constats cliniques

Dans six autopsies psychologiques sur 9, la question de la limite entre intrusion et inquiétude pour autrui s'est posée. On retrouve ces interrogations dans le récit sur Émile (CR02-2 : 1464). Géraldine, sa fille, se demande comment on porte attention à autrui dans notre modernité (CR02-2 : 1273-1275). Pour Antoine, la question s'est posée sous la forme de la peur d'entrer dans l'intimité des personnes (CR03 : 258-259), ce qui est clairement un frein pour son frère qui l'empêche d'aller lui parler. Dans le cas de Pauline, sa sœur ne souhaitait pas s'immiscer dans sa vie (CR05 : 151-152).

Parallèlement les personnes étaient inquiètes pour leur proche. Pour Armel (CR04), l'inquiétude s'est dite en abordant des notions liées au travail (646-657). D'autres personnes ont été inquiètes pour Armel mais n'ont pas réussi à aborder leurs soucis pour lui de manière à avoir des réponses (CR04 : 575-588). En ce qui concerne Jessica, sa sœur savait que ça allait se terminer ainsi. De manière assez paradoxale, le fait que sa sœur aille très bien l'inquiétait (CR06 : 1609-1619). Elle se méfiait donc et appelait plus souvent sa sœur. Soizic, elle, était très inquiète et mobilisait autant de personnes possibles autour d'Alban et la veille de son suicide, l'idée que ses amis ne le retiennent plus, avait majoré son inquiétude (CR07 : 591 ; 655-656). Enfin, Laurent (CR08) avait adressé un message d'adieu sur les réseaux sociaux qui a été relayé mais n'a pas reçu d'attention immédiate avant que sa sœur, plus tard, ne le reçoive (146-155). Ceci pose la question de ce qu'est le lien aux autres dans les réseaux sociaux et comment faire pour se soutenir de ces nouvelles modalités de communication pour prévenir le suicide et intervenir au plus vite.

2.4.2 Quelques réflexion sur l'éthique, l'inquiétude et la solidarité

« L'éthique est fondamentalement marquée par l'empreinte de l'inconfort, de la gêne, de l'inquiétude, elle commence là où s'achève la tranquille insouciance, elle rompt avec ses questions le silence paisible de l'âme »

(Testart, 2014, 39)

2.4.2.1 Pour les proches et la société

Il n'est pas nécessaire d'être un professionnel de la santé psychique pour être inquiet. Comme je l'ai demandé à Soizic lorsqu'elle relate l'inquiétude qu'elle ressent en voyant un message sur les réseaux sociaux : « qu'avez-vous fait de votre inquiétude ? », il me semble important de se rendre compte que cette inquiétude pour l'autre ne doit pas rester au stade du ressenti, mais initier un mouvement vers l'autre. Ce mouvement s'articule avec la notion de solidarité, au sens philosophique du terme, c'est-à-dire l'assistance aux personnes en tant qu'elles font partie d'une même société (famille, amis, membres d'association, followers ou citoyens). La solidarité c'est aussi le fait qu'on se sente touché par ce qui arrive à l'autre, de ne pas être indifférent à l'autre. On voit bien que le suicide et le risque suicidaire mobilise et développe chez certains des solidarités comme pour le père d'Armel qui devient bénévole

écoutant dans une association, ou Soizic qui devient plus vigilante, ou encore Marie-Alix qui voudrait créer des structures d'écoute des personnes dépressives et témoigner.

Être solidaire, c'est être avec les autres et être touché de ce qui se passe pour ces autres. Ce n'est pas être les autres. Qu'en est-il de cette idée dans notre société actuelle ? Sommes-nous encore solidaires des autres ?

2.4.2.2 Pour les professionnels

Le suicide renvoie à une notion éthique d'inconfort et d'inquiétude. En restant là, en faisant face, en acceptant cette vulnérabilité et fragilité que le suicide provoque, la rencontre avec la personne en crise suicidaire devient présence soutenance pour elle. Les professionnels sont traversés par une inquiétude, qui n'est pas de l'ordre de la peur, mais du souci pour l'autre, de la disponibilité à l'autre, de la rencontre, de l'ouverture, au-delà du cadre rassurant de tous les savoirs et dogmes.

Je ne suis pas sûre que ceci soit transmis aux futurs professionnels, quel qu'ils soient. Il faut savoir se décentrer lorsqu'on reçoit une personne en crise suicidaire, il faut accepter notre inconfort, c'est de lui que la rencontre se fera par l'empathie qu'il nous permettra, en ressentant et en pensant ce qui se passe en l'autre.

2.5 Les professionnels de santé mentale et les autres

2.5.1 Représentations sociales

Dans certains récits, apparaissent des représentations sociales des professionnels de la santé mentale que sont les psychiatres et les psychologues. Cela ne concerne jamais les autres professionnels, comme les infirmiers.

Pour Béatrice, aller voir un psy, c'est franchir un cap (CR01 : 582), elle est la seule de sa famille à l'avoir fait, assez tardivement par rapport à ses expériences de vie. Elle a été adressée après sa tentative de suicide, dans le mois qui a suivi le décès de son frère, au Centre Médico-Psychologique où j'exerce et j'ai pu la recevoir le jour de sa sortie des urgences. Il est possible que cette rencontre, avec une personne en capacité d'entendre, de ressentir et de comprendre ce qu'elle vivait lui a permis de franchir ce cap. Pour Géraldine, dans l'histoire d'Émile (CR02-2), les psychologues sont encore associés à la maladie psychologique, à la folie, à la démence et à l'hôpital psychiatrique (1492-1498). On retrouve des éléments semblables dans l'histoire de Pauline (CR05) où la psychiatrie publique est associée à la folie (876-877) et à la honte. Nelly explique que dans son entourage, encore trop de personnes pensent que les psychologues et les psychiatres « c'est pour les fous » (CR06 : 2015-2016 ; 2024-2025 ; 2099-2104). Elle essaye de leur faire comprendre qu'elle-même n'est pas folle et qu'elle a eu besoin d'aide de professionnels de la santé mentale. Elle s'emmêle tout de même dans ses explications, en parlant de fous vraiment fous, c'est-à-dire dangereux comme les schizophrènes (CR06 : 2101-2104), et les autres fous qui ont juste besoin d'aide.

Là encore, les RS mettent en évidence des freins possibles à l'accès aux soins psychiques par les mécanismes de stigmatisation qu'elles génèrent. Il serait nécessaire de travailler ces notions en direction de la population du Pays COB, tout comme pour la dépression et le suicide.

2.5.2 Pratiques professionnelles

2.5.2.1 Du côté des psychiatres

Marie-Alix (C07 : 404) impose à son médecin traitant de l'orienter vers le CMP pour avoir de l'aide psychologique. Elle est adressée en premier lieu à la psychiatre, qui me l'orientera 7 mois après le début du suivi au CMP. Il en est de même pour Lysiane (C05).

On entend également que Julie et son mari sont allés consulter un psychiatre après le suicide de leur fils, mais qu'elle ne se rappelle plus du contenu des trois séances (CR04 : 1151). Elle dit que ça ne l'a pas marquée, alors que celle de la sophrologue l'aurait aidée. Que s'est-il passé lors de ces séances ? Qu'a-t-elle pu dire à ces professionnels ? Comment ces professionnels ont-ils pu entendre et réagir face à la souffrance de ce père et de cette mère dont le fils aîné s'est suicidé ? Cela pose question.

Pour Pauline, je relève qu'elle ne se serait pas confiée pas à son thérapeute. Ce que sa sœur interroge est la place de la famille dans le soin psychique. C'est semble-t-il la même question dans le récit que Louise (CR8) de son entrevue avec « l'infirmière-psychologue ».

2.5.2.2 À propos d'une pratique professionnelle particulière et d'une façon de voir le travail du psychologue

L'histoire d'Armel aborde à deux temps différents, deux visions particulières du travail du psychologue : une dans la pratique elle-même, l'autre dans le discours porté sur les objectifs du travail psychologique.

- Concernant la pratique en elle-même, je suis particulièrement perplexe sur l'expérience qu'a vécue Julie dans une institution de soin, où elle a manifesté sa souffrance psychologique, à l'occasion d'un événement faisant remonter à la surface son deuil. Elle a été adressée à un psychologue qui lui aurait administré et prescrit des élixirs floraux pour la calmer.
- Plus loin, Julie explique que sa fille a consulté après le suicide de son frère, et que son psychologue l'aidait à « éradiquer les peurs qu'elle avait en elle » (CR04 : 1339-1340). Je ne peux m'empêcher d'entendre dans cette expression de Julie une certaine violence dans l'emploi d'éradiquer dont les synonymes sont : supprimer, éliminer, effacer, faire disparaître. Il me semble que notre travail n'est pas de cet ordre. Il s'agit de permettre aux personnes de traverser des moments de vie difficile, de réinterroger les liens, d'apprendre à les ordonner et à vivre avec, et de créer de nouvelles perspectives.

Avec ce type de pratiques professionnelles et d'images, faut-il alors s'étonner que certains médecins généralistes dans le Pays du Trégor et de Guingamp, ne sachent pas s'ils peuvent orienter vers les psychologues, du fait d'une méconnaissance de leur travail ? Il pourrait en être de même dans le Pays COB.

Pour exemple, page 32 du rapport de 2011 de l'ORSB sur la gestion de la crise suicidaire par les médecins généralistes du Trégor-Goëlo :

- *« Je n'oriente pas vers les psychologues car 1/ je les considère peut-être à tort comme beaucoup moins fiables que les psychiatres, 2/ il n'y a pas de remboursement ce qui est un problème et 3/ c'est un peu opaque, je ne sais pas ce qu'ils peuvent faire. Les gens*

ne comprennent pas qu'ils soient obligés de payer pour des soins, si c'est un soin ... » (Dr C.)

- *« Le psychologue c'est moi, c'est du bon sens, c'est la tape sur l'épaule. Je n'oriente pas vers le psychologue, c'est au psychiatre éventuellement de le faire Si c'est pour parler, un bon copain ça fait la même chose qu'un psycho pour moi, c'est l'effet de confession. S'il s'agit de passer du temps, moi je le fais, parfois je passe une heure avec un patient. » (Dr M.)*
- *« J'ai un gros problème avec eux, je ne connais leur formation, leur degré de compétence et puis il y a le problème du remboursement ... » (Dr H.)*

On peut ainsi également lire concernant l'articulation entre médecins généralistes et psychologues : *« On note que par rapport à d'autres pays, les médecins généralistes adressent moins fréquemment leurs patients aux psychiatres ou aux psychologues quelle que soit la pathologie rencontrée. Les professionnels non médicaux, en particulier les psychologues, sont globalement peu impliqués dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. (...) Un enjeu important réside donc dans le renforcement de la coordination, et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux des personnes » (Benrais, 2006, p.2-3)*

2.5.3 Les autres « thérapeutes » sollicités en Centre Ouest Bretagne

Joseph explique qu'il a rencontré au bistrot, un « guérisseur » qui lui aurait dit que la vie est toute tracée dès la naissance (C02 : 163-165). Julie évoque les propos d'un(e) magnétiseur(e) qui lui dit que son fils ne voulait sans doute pas naître (CR04 : 155-156 ; 1285-1290), ce qui génère chez elle une très forte culpabilité et questionne sa place de mère. Son mari va voir une homéopathe pour soigner sa dépression (79-80) et ils vont ensemble voir une sophrologue après le suicide de leur fils (1154). Dans le cas de Pauline, c'est un « ostéopathe magnétiseur faisant des miracles » qui l'oriente vers les soins psychiques et l'hospitalisation (CR05 : 868-869). Marie-Alix est allée soigner son eczéma chez un magnétiseur également (C07 : 272-273).

Il existe une tradition de médecine alternative en Basse Bretagne qui a été décrite par Goulc'han Kervella (2000), dans sa thèse de doctorat de médecine : rebouteux, herboristes, druides et sorciers, sources et fontaines, traitement par les pierres, rituels magiques en phase avec la lune et culte des saints guérisseurs etc. Il explique à la fin de son ouvrage que la médecine traditionnelle avait une place importante en Basse Bretagne jusqu'à la moitié du 20^{ème} siècle et que la médecine moderne a eu du mal à s'implanter et surtout qu'il a fallu *« pactiser avec les médecines populaires »* (p. 370).

Ainsi, non seulement nos générations de parents dans cette recherche ont eu à vivre les mutations de la société avec les progrès techniques, les changements de langue, mais également dans leurs rapports à leur santé, leur corps et leur esprit à travers les personnes à qui ils confiaient leurs douleurs.

2.5.4 Synthèse

La coordination des accompagnements entre médecins traitants, psychiatres et psychologues semblent encore à structurer sur le territoire. La formation rigoureuse des intervenants au repérage et à la prise en charge de la dépression, du risque suicidaire, à l'intervention de crise semble essentielle. Il faut aussi s'assurer d'une déontologie professionnelle rigoureuse.

Par ailleurs, il semble important de travailler sur les représentations collectives de la santé mentale, des professionnels de la santé mentale et des usagers des structures de soin psychiatrique, pour dé-stigmatiser la demande d'aide.

Il paraît également important, eu égard à l'histoire des médecines en Bretagne, encore récente, de travailler avec les « thérapeutes » autres puisqu'ils sont également sollicités dans les cas de souffrance psychique. « *Les rebouteux connaissent leur métier et ce sont de bons ouvriers s'ils ont assez de sagesse pour ne pas aller trop loin dans cet exercice* » (Kervella, 2000, p. 19, citant Hélias). La dernière partie de la phrase semble encore tout à fait essentielle actuellement. Il y a un moment pour passer le relai, et cette coordination pourrait faire l'objet d'un travail en Basse-Bretagne et en Pays COB.

2.6 Problèmes de santé physique et impact dépressif

Dans trois trajectoires de vie associées au suicide sur neuf, nous avons retrouvé des problèmes de santé physiques associés à une dépression. Chacun de ces problèmes de santé sont connus pour avoir des effets dépressogènes (Andersen, Vestergaard, Riis & Lauritzen, 1994 ; Demyttenaere et al., 2006 ; Mula, 2017 ; Pinoit et al., 2005 ; Tang & Crane, 2006). Il s'agit des AVC pour Gilbert (CR01 : 393 ; 427-433 ; 595), avec un handicap sensoriel associé et une peur de la stigmatisation associée à un handicap invisible (427-438). Antoine souffrait lui de douleurs chroniques (CR03 : 172-174), et Jessica d'une épilepsie qui s'est déclenchée six mois avant son suicide (CR06 : 379-380) avec d'intenses céphalées (1026-1030). Des études ont mis en évidence que les traitements anti-épileptiques pouvaient causer des épisodes dépressifs (Perucca & Gilliam, 2012) et des préconisations d'évaluations régulières des affects dépressifs sont faites (Grimaldi-Bensouda et al. 2017).

3. Trajectoires de vie

3.1 Généralités

L'étude de la trajectoire de vie telle que l'ont conçue Monique Séguin et ses collaborateurs, permet de temporaliser les événements d'adversité à l'échelle de la vie des personnes suicidées, avec comme support la méthode d'autopsie psychologique. Le recueil cherche à retracer à l'aide d'un calendrier les grandes étapes de la vie de la personne autour de 12 axes : Lieu de résidence, relations parents-enfants, vie affective et vie de couple, vie familiale avec ses propres parents, vie familiale actuelle, épisodes de difficultés personnelles, vie académique, vie professionnelle, vie sociale, perte-séparations-départ, les événements associés à la maladie psychique, physique et au suicide, et la recherche des facteurs de protection, d'aide et les traitements pris. J'ai essayé d'obtenir dans le cadre de mes entretiens

de recherche, le plus d'éléments relatifs à ces douze axes et d'obtenir autant que possible les moments de la vie où cela avait eu lieu. Comme déjà précisé dans la partie méthodologique, je n'ai pas pu être aussi exhaustive que la méthode du Life History Calendar le nécessite, entre autres du fait du non accès aux données médicales post-mortem. De ce fait, la méthode d'analyse type n'a pas été appliquée car il s'agit d'attribuer un score aux événements de vie. Néanmoins, je vais interroger les trajectoires de vie que j'ai repéré dans mes récits, avec l'aide des profils de trajectoire décrits à la suite de ces travaux (Séguin et al., 2007 ; Séguin, Renaud, Lesage, Robert & Turecki, 2011 ; Séguin, Beauchamp, Robert, DiMambro & Turecki, 2014 ; Séguin, Robert & Beauchamp, 2016).

Deux profils de trajectoire ont été définis dans ces travaux. Les personnes suicidées appartenant à la première trajectoire ont été victimes de difficultés dans la vie très précocement, avec des troubles relationnels avec les parents, ayant pu avoir comme conséquences des placements, des violences physiques ou sexuelles, des négligences etc. Les problèmes de santé mentale apparaissent tôt dans cette trajectoire et cette dernière arrête sa course tôt également dans la vie aux alentours de la vingtaine d'années. Le deuxième profil correspond à des personnes ayant vécu des difficultés scolaires, des difficultés d'apprentissage, des tensions familiales, mais avec des possibilités d'adaptation, de réajustement, de béquillage, qui permettent de tenir plus longtemps dans le temps. Des événements de vie au cours de la vie vont faire craquer l'étayage mis en place, plus ou moins tard dans la vie.

Les trajectoires de vie ont été modélisées dans ce travail sous forme de frise chronologique pour chaque entretien de recherche.

L'analyse des frises met en évidence que, dans notre recherche, toutes les personnes suicidées appartiennent au deuxième groupe des trajectoires de vie, si l'on regarde uniquement les âges des suicides. Effectivement, on a vu que malgré l'existence dans tous les récits de traces de violences, il y a eu des possibilités de compensation.

Les décès par suicide et par sexe se répartissent ainsi dans notre échantillon :

Tableau 32 : Caractéristiques d'âge et de sexe des personnes suicidées dans l'échantillon de recherche

	Hommes	Femmes
15-24		
25-34	3	1
35-44	1	
45-54	1	
55-64	1	1
65-74	1	

Ces chiffres sont congruents avec l'étude menée par l'ORS Bretagne sur la sursuicidité en Pays COB qui montrait un pic de suicide dans la tranche d'âge des 25-34. Ce sont des trajectoires de vie qui s'arrêtent assez tôt, avec pour ¾ d'entre elles une ou des tentatives de suicide antérieures.

La personne qui fait partie de la tranche 35-44 avait tout juste 36 ans au moment de son suicide. Autrement dit, plus de la moitié des personnes suicidées de notre échantillon s'est suicidée avant 40 ans. Notre groupe est petit, et il n'est pas possible d'en dire plus sur cette base-là, mais le fait que cela rejoigne les études statistiques de l'ORSB indique que les caractéristiques associées à ce groupe particulier pourraient se retrouver plus généralement en Pays COB.

3.2 Trajectoire de vie des moins de 40 ans dans notre étude

Je propose donc d'étudier spécifiquement les trajectoires de vie de ces 5 personnes qui ont mis fin à leurs jours avant 40 ans : il s'agit de Jessica, Armel, Laurent, Alban et Ludovic. Je vais reprendre les 12 axes d'étude du Life History Calendar :

- Relations dans la famille d'origine

Pour Ludovic, on sait que sa mère n'a pas pu être maternante et on s'est posé la question de l'existence de carences affectives précoces dans la relation à la mère. Les relations aux pères ont été perturbées pour Jessica du fait des violences, pour Alban dont la relation était plus du côté de la castration que du soutien. Armel et Laurent ont eu tous les deux de grosses difficultés scolaires, avec des difficultés de socialisation, d'adaptation aux règles et aux contraintes. Par ailleurs, ce sont des garçons qui ont grandi dans leur toute petite enfance, soit seul pour Armel, soit entouré mais de personnes peu contenantes et structurantes pour Laurent.

- Difficultés de santé physique, de santé mentale
 - Santé physique

Des événements de vie relatifs à la santé ont eu lieu pour Jessica et Laurent, à la naissance, avec des inquiétudes maternelles précoces et des séparations ayant altérés les modalités d'attachement à la mère.

Jessica a eu de nombreux problèmes de santé au cours de sa vie et dans les 6 derniers mois avant sa mort elle a déclenché une très forte épilepsie.

- Santé mentale

Jessica est la seule à avoir développé assez tôt une psychopathologie de type dépression bipolaire. Néanmoins, la dépression est présente chez les quatre autres, et un doute existe sur une fragilité génétique du côté d'Armel. Laurent avait lui une pathologie addictive. Il a pu exister chez la plupart d'entre eux un trouble de la personnalité. Alban quant à lui souffrait également d'une psychopathologie, pour laquelle il est difficile avec les éléments que nous avons de caractériser s'il s'agit d'un état-limite, au vu des types de relations qu'il entretenait avec les autres, ou d'une psychose, au vu des écrits qu'il a laissés, avec des certitudes, des composantes érotomaniaques, mélancoliques etc.

- TDS et autres auto-agressions

Jessica et Ludovic avaient fait une tentative de suicide avant leur suicide. Ludovic avait fait une TDS quinze jours avant son suicide. Laurent avait parlé de ses idées suicidaires dans le mois qui a précédé son suicide. Alban quant à lui avait fait au moins quatre gestes suicidaires dans les dix années précédant son suicide, le dernier datant de 4 mois avant.

- Relations de couple

On note des ruptures et des conflits dans les couples pour Jessica, Laurent, Armel et Alban. Jessica s'était séparée à deux reprises déjà, des pères de ses enfants, mais il restait des conflits importants, qui risquaient d'être à nouveau judiciairisés en raison de son épilepsie, les pères doutant de ses capacités à s'occuper de ses filles.

Pour Laurent et Armel, les choses ne se passaient pas bien dans leurs couples et il n'y avait pas de stabilité affective au moment de leur séparation.

Alban n'était pas en couple au sens réel du terme, mais il était en « liens » avec une amie virtuelle avec laquelle il s'est disputé la semaine avant son suicide. Or, étant donné les hypothèses psychopathologiques évoquées précédemment, cela a pu avoir un retentissement émotionnel important pour lui.

- Vie sociale

Armel avait des difficultés financières actuelles. Les huissiers devaient venir saisir des biens le jour de son suicide.

- Séparations – Pertes – Départs

Dans les événements de vie à noter, il y a des séparations de parents pour Alban, Ludovic et Jessica, dans des contextes conflictuels à l'adolescence.

Des deuils ont émaillés les vies de ces personnes : Jessica a perdu son père par suicide à vingt-cinq ans, Laurent a perdu sa tante faisant fonction de mère à huit ans, le père de Ludovic était atteint d'une grave maladie à mauvais pronostic, Armel a perdu un grand-père bienveillant à quatre ans, son grand-père paternel se suicide quand il a huit ans, sa tante paternelle disparaît pendant dix-huit ans.

- Vie académique et professionnelle

- Au niveau scolaire

Armel et Laurent ont eu des difficultés scolaires importantes qu'ils ont réussi à dépasser avec du soutien. La scolarité de Jessica n'était pas simple non plus. Seuls Ludovic et Alban ont réussi à s'en sortir scolairement.

- Au niveau professionnel

Ludovic, Laurent et Jessica étaient en arrêt de travail au moment de leur suicide. Armel, Laurent et Ludovic avaient des difficultés professionnelles actuelles. Pour Armel, elles étaient liées au surendettement et aux difficultés relationnelles avec ses employés. Pour Laurent il y avait de la souffrance au travail.

- Déménagements

Seul Armel avait déménagé dans l'année précédant son suicide. Néanmoins, des déménagements devaient avoir lieu ou ont eu lieu pour des personnes ressources de nos

suicidés, comme pour Ludovic, dont le frère devait déménager et pour Alban, dont l'ex compagne venait également de changer de domicile.

- Autres éléments

Jessica avait été victime d'une agression au collège, Laurent a été victime de violences éducatives au collège.

L'organigramme ci-dessous résume les principaux facteurs de risque et événements de vie retrouvés dans les trajectoires de vie des personnes suicidées avant 40 ans dans cet échantillon.

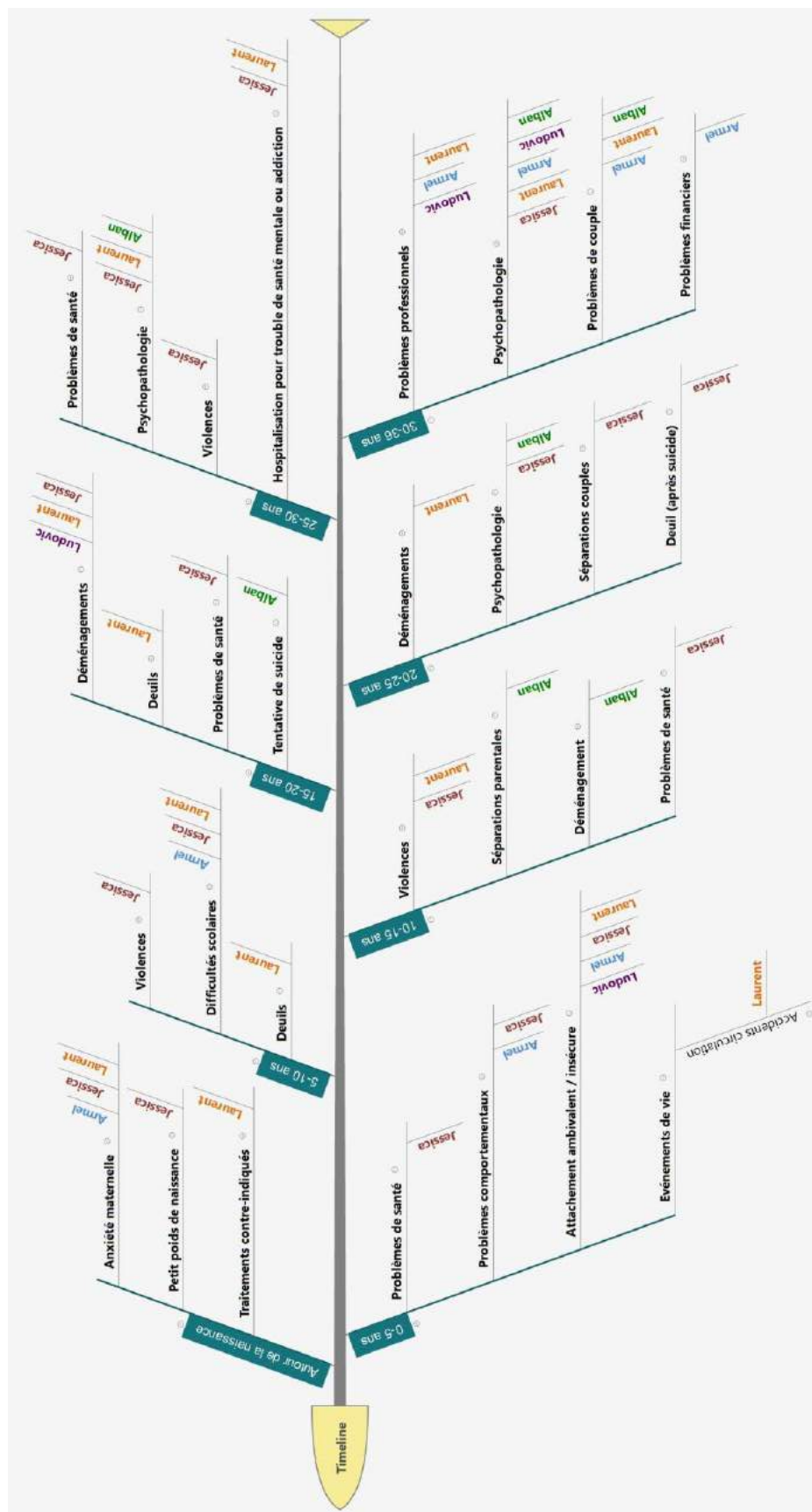


Figure 64 : Représentation schématiques des principaux facteurs de risque retrouvés au long de la vie chez les personnes suicidées avant 40 ans

Après les facteurs de risque et les événements de vie, je vais préciser quels ont pu être les facteurs de protection et les capacités de recours à l'aide chez ces personnes.

- Facteurs de protection / demande d'aide et traitements
 - Facteurs de protection

Tableau 33 : Facteurs de protection retrouvés dans les récits des personnes de moins de 40 ans suicidées en Pays COB⁴⁷

	Ludovic	Armel	Jessica	Alban	Laurent
Soutien familial de bonne qualité		X	X		
Lien fort avec les enfants / petits enfants	NC		X	NC	X
Liens fort avec des animaux de compagnie		X			
Réseau amical diversifié et de bonne qualité	X	X		X	X
Capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie	X				
Religion					
Sait demander de l'aide	S/ X		X	X (sans y croire)	
	Médecin Traitant				

On peut remarquer dans le tableau de synthèse des facteurs de protection repérés par les personnes qui m'ont raconté les histoires de vie des 5 personnes suicidées avant 40 ans, que seul Ludovic avait, d'après sa tante, des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie. Aucun n'avait de croyance religieuse qui aurait pu les protéger du suicide. Il y a seulement entre 2 et 3 facteurs de protection fonctionnels dans chaque histoire.

⁴⁷ NC (Non Concerné)

■ Demande d'aide et traitements

Concernant les demandes d'aide, les profils sont assez hétérogènes également. Ludovic avait sollicité son médecin traitant dans le mois qui a précédé son suicide, Jessica demandait de l'aide également. Elle était en soins pour l'addiction à l'alcool et prise en charge pour l'épilepsie et le trouble bipolaire selon les dires de sa mère. Laurent était en soins pour son addiction à l'alcool. Il est possible que cette case n'ait pas été cochée, car Louise a estimé que comme les parents n'avaient pas été sollicités, il n'avait pas demandé d'aide. Alban demandait de l'aide, mais avec un scepticisme non feint. Son caractère et sa psychopathologie faisait qu'il n'y croyait pas et qu'il ne pensait pas mériter de l'aide non plus et ne pas pouvoir s'en sortir.

Concernant les traitements il n'y a pas beaucoup d'éléments. Ce que les récits disent se résume à cela :

Tableau 34 : Type de traitements retrouvés dans les récits pour les personnes de moins de 40 ans suicidées en Pays COB

	Antidépresseur	Anxiolytique	Hypnotique	Neuroleptique	Autres
Ludovic	X				
Armel					
Jessica	« Elle avait tout ce qu'il fallait »				Anti-épileptiques Traitement contre l'addiction à l'alcool
Alban	X				
Laurent	?				Suivi addicto

Pour Alban il est dit qu'il n'était pas très observant avec son traitement. J'ignore si Laurent avait un traitement dans le cadre de son suivi en addictologie. Armel n'avait aucune prise en charge.

3.3 Trajectoire de vie des plus de 40 ans dans notre étude

Quatre personnes suicidées avaient plus de 40 ans au moment de leur geste mortel, dont 3 dans la tranche d'âge 50-60 et l'un d'entre eux était plus âgé et entré dans la tranche d'âge 65-74 ans. Il s'agit de Gilbert, Antoine, Pauline et Émile.

- Relations avec la famille d'origine

Pour Antoine et Émile, on se rend compte qu'il existait des violences dans l'enfance, physiques et psychologiques de la part de parents ou de faisant fonction de parent. Les relations entre Antoine et son père sont restées problématiques tout au long de sa vie. Les relations étaient pour Pauline et Gilbert très centrées sur l'inquiétude des mères quant aux problèmes de santé et les soins primaires. Au moment de son suicide, Gilbert était retourné vivre avec ses parents, où les relations étaient conflictuelles en raison de son addiction à l'alcool.

- Difficultés de santé physique et de santé mentale
 - Santé physique

Gilbert a eu des problèmes de santé graves dès la naissance et à la fin de sa vie, où il se retrouve avec un caillot dans le cerveau, des troubles de l'audition, de la parole... Émile a eu des problèmes de santé à partir du décès accidentel de son fils : tuberculose, vers etc. Antoine a commencé semble-t-il à avoir des problèmes de santé physique après une expérience professionnelle en usine qui a contribué à détériorer son dos et il souffrait de douleurs chroniques. Pour Pauline, mis à part un épisode d'anémie vers 7 ans, rien ne semble marquant en lien avec sa santé physique.

- Santé mentale

Antoine est décrit comme possiblement atteint d'un trouble de l'humeur bipolaire. Gilbert pourrait avoir eu des troubles de la personnalité et était très certainement en dépression au moment de son suicide. Pauline avait une structure de personnalité très rigide, possiblement structurée du côté de la psychose et elle a décompensé au moment de sa retraite et du décès de son frère un trouble de santé mentale avec un délire hypochondriaque. Cet épisode a conduit à son hospitalisation et à la mise en place d'un suivi psychiatrique. Émile avait probablement une dépression au moment de son suicide.

Par ailleurs, Gilbert et Émile souffraient d'une addiction à l'alcool depuis de longues années et Antoine d'une addiction aux analgésiques.

- Tentatives de suicide et autres auto-agressions

Aucun d'entre eux n'avaient fait de tentatives de suicide avant leur suicide.

- Relation de couple et de famille

Gilbert et Antoine vivaient seuls au moment de leur suicide. Ils n'avaient pas de compagnes. Ils étaient relativement isolés, n'avaient pas d'enfants. Pour Pauline, rien ne semble apparaître dans la relation de couple et les liens avec la famille. Elle paraît avoir eu du mal à investir ses enfants au moment de leur naissance du fait du décès de sa mère au moment de l'arrivée de son fils aîné et d'une dépression après la naissance de sa fille.

Pour Émile, il y avait des conflits avec son fils au moment de son suicide. Ce dernier avait repris la ferme et des conflits de valeurs entre agriculture traditionnelle et nouvelle forme d'agriculture

plus écologique étaient au centre de ces conflits. Émile s'est senti progressivement isolé et perdre sa place dans la famille.

- Vie sociale

Antoine avait de gros problèmes financiers au moment de son suicide. Il était harcelé par ses créanciers.

- Séparations-pertes et départs

Parmi les facteurs ayant été à l'origine de la dépendance à l'alcool chez Gilbert, il y a sa rupture avec sa compagne vers ses 30 ans. Il a perdu un oncle par suicide aux alentours de ses 22 ans.

La dernière compagne d'Antoine était décédée 2 ans auparavant. L'addiction à l'alcool d'Émile débute aussi à la suite d'une perte, le décès brutal de son fils aîné alors qu'il a 55 ans, un an après le décès soudain d'un petit-fils quelques jours après sa naissance. Il avait déjà perdu un frère dans des circonstances inconnues 5 ans avant, et perdra un autre frère peu de temps avant son suicide, d'un AVC suivi d'une chute plus ou moins volontaire d'une hauteur.

Pour Pauline, sa mère décède lorsqu'elle a 28 ans, son frère quitte sa proximité géographique lorsqu'elle a 45 ans et il décède lorsqu'elle a 57 ans, 2 ans avant son suicide.

- Vie académique et professionnelle

- Vie scolaire

Émile n'a pas beaucoup été à l'école mais le peu qu'il y aura été sera marqué par des humiliations et des violences liées à sa pratique du breton. Pour Antoine également, il y a des violences liées à l'école. Il était puni toutes les semaines au collège. Il n'avait pas de problèmes d'acquisitions, mais de comportements et servait de bouc émissaire. Béatrice, la sœur de Gilbert fait également mention de violences dans le cadre de l'école.

- Vie professionnelle

Les vies professionnelles des membres de ce groupe ne paraissent pas avoir été problématiques. Seul Antoine a eu des difficultés à se stabiliser professionnellement. Ils étaient tous très investis dans leurs activités professionnelles. Au moment de leurs suicides, ils étaient soit à la retraite pour Pauline et Émile, soit en arrêt de travail pour des problèmes de santé pour Gilbert et Antoine.

- Déménagements

Seul Antoine déménageait régulièrement, son frère associant cela au travail et à la recherche de proximité géographique pour le travail. On apprend cependant qu'il avait déménagé 6 mois avant son suicide, peut-être pour diminuer son loyer en lien avec ses difficultés financières. Pour Gilbert, c'est sa sœur, une personne de confiance qui déménage dans l'année avant son suicide.

- Autres éléments

Il ne me semble qu'il n'y a pas d'événements particuliers à relater en plus. Il n'y a pas eu d'accident, d'agressions ou autres.

- Facteur de protection / demande d'aide et traitements
 - Facteurs de protection

Tableau 35 : Facteurs de protection retrouvés chez les personnes de plus de 40 ans suicidées en Pays COB

	Gilbert	Emile	Antoine	Pauline
Soutien familial de bonne qualité	X	X	X	X
Lien fort avec les enfants / petits enfants	X	X		
Liens fort avec des animaux de compagnie	X	X		
Réseau amical diversifié et de bonne qualité				X
Capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie			X	X
Religion				
Sait demander de l'aide				X

On remarque ici encore qu'il existe en moyenne entre 2 et 3 facteurs de protection, plutôt externes. Pour Pauline, il devait effectivement exister des facteurs de protection plus nombreux, mais la pathologie était également un facteur de risque majeur.

- Demande d'aide et traitements

Le précédent tableau met en évidence le fait que seule Pauline était en capacité de demander de l'aide selon sa sœur. On peut mettre en doute cette analyse avec le fait qu'elle ait demandé à son psychiatre d'arrêter son traitement une semaine avant son suicide. Il est possible que la pathologie dont elle souffrait ait altéré ses capacités d'évaluation de ses besoins d'aide et des recours efficaces. J'ai mis en évidence que la demande d'aide n'est de toute façon pas aisée pour toutes les personnes dont j'ai analysé les histoires, en raison de leur rapport à eux-mêmes, à la parole, à la peur du jugement social...

Les traitements dont bénéficiaient les 4 personnes du groupe des plus de 40 ans, pour ce que j'ai pu en savoir, se trouvent résumés dans le tableau suivant :

Tableau 36 : Types de traitements retrouvés dans les récits concernant les personnes de plus de 40 ans suicidées en Pays COB

	Antidépresseur	Anxiolytique	Hypnotique	Neuroleptique	Autres
CR01	X (Prescription 7 jours avant suicide)				X
CR02-2					
CR03	X				Analgésiques
CR05	Miansérine			Cyamémazine (Arrêt 7 jours avant suicide)	

3.4 Reason For Living

Une autre échelle utilisée en complément du listing des facteurs de risque et de protection est l'échelle développée par Marsha Linehan (Reason For Living – RFL en anglais : Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983) qui s'appelle inventaire des raisons de vivre (IRV).

Les réponses à ces questions sont synthétisées dans le tableau suivant.

Tableau 37 : Résultats à l'échelle RFL pour chaque personne suicidée en Pays COB, selon la personne ayant participé à l'entretien

RFL	CR1	CR2-1	CR2-2	CR3	CR4	CR5	CR6	CR7	CR8
Q1			?	Non	?		?	Non	?
Q2	S/Non		Non	Non	Oui		Oui	Non	Oui
Q3			?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	?
Q4	S/Oui		Oui	Oui	Oui		Oui		?
Q5	NC	NC	Oui	NC	?	Oui	Oui	NC	?
Q6	NC	NC	Oui	NC	Non		Oui	NC	?
Q7			Oui	Oui	Non	Oui	?	Non	?
Q8	S/Non		?	?	?			Non	?
Q9	S/Non		Non	Non	Non		Non	Non	?
Q10	S/Non		Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Légende	NC = Non concerné
	S/ = Supposé
	? : Les personnes ne se sont pas positionnées

A partir de l'Echelle de LINEHAN (RFL) : Votre proche, dans sa vie, OUI NON

Q 1 : Avait-il peur de la mort ? / Q2 : Arrivait-il à se projeter dans l'avenir ? / Q3 : Imaginait-il que sa mort puisse faire souffrir ses proches ? / **Q4 : Etait-il sensible à ce que les autres pouvaient penser de lui ?**

Q5 : Si enfants : Avait-il envie de voir ses enfants grandir ? / Q6 : Se sentait-il concerné par l'avenir de ses enfants et sa place auprès d'eux lui semblait-elle importante ? / Q7 : Avait-il la joie et l'envie de vivre ? / Q8 : Avait-il peur du suicide ? **Q 9 : Etait-il quelqu'un qui trouvait facilement des solutions pour résoudre des difficultés dans sa vie ? / Q10 : Prenait-il soin de lui ?**

On se rend compte que les personnes sont sensibles à ce que les autres pouvaient penser d'elles, mais j'ai illustré que c'est plus du côté de la peur du jugement social et de la stigmatisation que cela se positionne dans notre groupe que du côté d'un étayage social qui protégerait.

Les points communs à presque toutes les situations sont des difficultés à trouver des solutions pour résoudre des difficultés dans la vie, et surtout des personnes qui ne prenaient pas soins d'elles. On pourrait penser qu'il faudrait porter une attention particulière à cette dimension dans l'évaluation des risques suicidaires en Pays Centre Ouest Bretagne.

B. Résultats généraux : l'après suicide

Pour réaliser un résumé des thèmes apparaissant dans les récits, je vais les aborder dans la temporalité des réactions après le suicide de leur proche, en évoquant dans un premier temps les réactions immédiates après l'annonce du suicide, puis les réactions à moyen terme, c'est-à-dire entre un mois et un an après le suicide et en dernier les réactions à long terme.

1. Réactions court terme

Les réactions à court terme des personnes, c'est-à-dire au moment de l'annonce du suicide et quelques jours après ont été étudiées par les récits dans les récits des proches à travers la question type : « Est-ce que vous vous rappelez comment ce suicide vous a été annoncé, par qui, comment et quelles réactions vous avez eues ? ». Cette partie de l'entretien a été très souvent douloureuse pour les personnes. La réactualisation dans le récit du vécu, quel que soit

le nombre d'années passées était toujours difficile. Elle n'a pas été possible dans une situation, celle de Gilbert, suite à une indisponibilité de sa sœur pour une deuxième rencontre.

En plus du discours, j'ai utilisé l'échelle de détresse péri-traumatique pour évaluer les signes immédiats apparaissant au moment de l'annonce du suicide.

Je vais synthétiser ces résultats en trois parties : les réactions communes à tous les entretiens, les réactions spécifiques, et les résultats à l'échelle de détresse péri-traumatique.

1.1 Réactions communes

J'ai répertorié toutes les émotions et réactions associées à l'annonce du suicide dans les synthèses des entretiens cas par cas dans le volume confidentiel des annexes (Volume 2). J'ai représenté pour chaque situation, schématiquement, les réactions à l'annonce du suicide. Je présenterai ici, les réactions les plus communes, c'est-à-dire qui apparaissent dans plus de la moitié des situations.

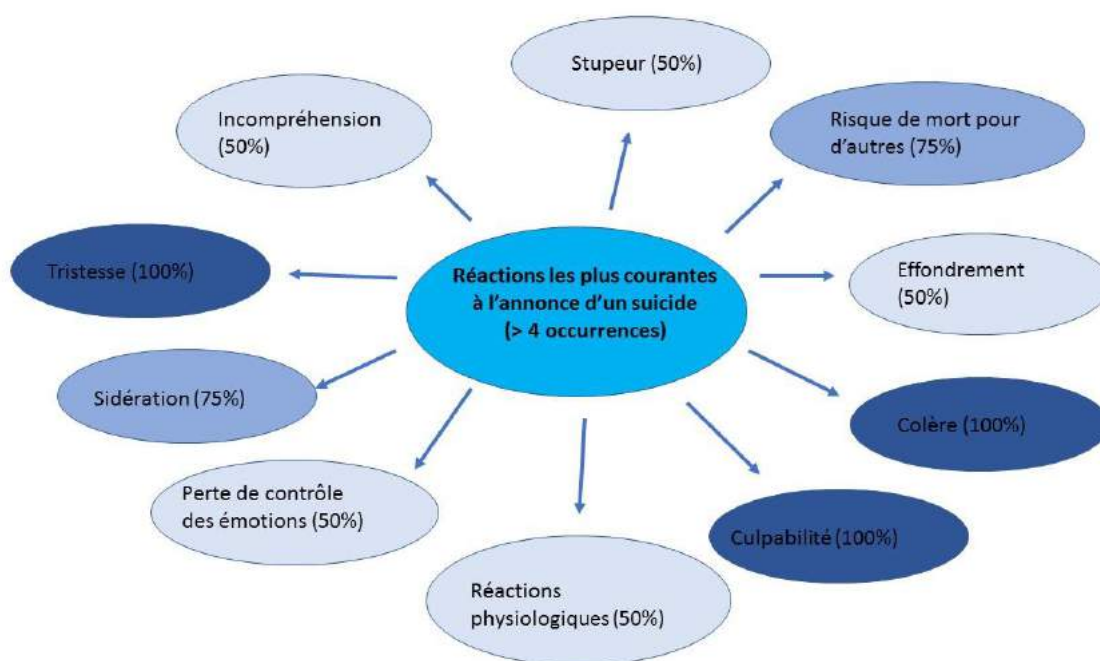


Figure 65 : Schématisation des réactions les plus communes à l'annonce d'un suicide chez un proche (dans plus de 50% des cas)

Les réactions classiques associées au deuil après suicide sont présentes majoritairement, avec la tristesse, le sentiment de culpabilité et la colère. Viennent ensuite les réactions de peur pour des proches, parce qu'ils sont fragiles (CR02-1 / CR07) ou par peur d'actions agressives réactionnelles à la recherche de responsables (CR02-1) et la sidération, dans 75% des cas. La sidération est évoquée directement, soit associée à la réponse 1 à l'échelle de détresse péritraumatique. Les autres réactions retrouvées dans 50% des situations sont des réactions physiologiques de tremblement, sueurs, palpitations, la perte de contrôle des émotions, la stupeur, l'effondrement et l'incompréhension (CR02-1 : 857-585). L'état de choc peut

s'illustrer par la façon dont a dû être « évacuée » la fille de Pauline de son lieu de travail après qu'on lui ait annoncé le suicide de sa mère (CR05 : 123-1128) : « il a fallu la prendre par les jambes, une par les bras, une par les jambes pour la mettre dans la voiture et l'emmener ».

Ces réactions sont classiquement retrouvées dans les deuils après suicide (Vaiva, 2009 ; Hanus, 2009), souvent assimilés à des deuils « traumatiques » (Hanus, 2009). D'autres auteurs ont pensé des typologies de deuils qui permettent de distinguer deuil post-traumatiques et deuils « traumatiques » (Prigerson et al., 1999) ou encore en France les deuils traumatogènes (Bacqué, 2003).

1.2 Réactions spécifiques

L'annonce du suicide a été vécue comme une agression dans deux cas, pour le frère d'Antoine (CR03 : 709-713) qui a vu l'endroit où son frère s'est suicidé avec les moyens du suicide encore en place, ou pour Soizic qui explique que pour elle il s'agissait d'un coup de poing (CR07 : 695) lorsqu'on lui a annoncé le moyen employé par Alban pour se suicider. Pour elle, il y a eu un effet immédiat sur son rapport à la vie, aux autres et aux systèmes de valeurs : (CR07 : 633-642 ; 727-728 ; 794-799 ; 801-806 ; 912-920 ; 974-975) : « la vie est moins jolie » (CR07 : 805-806). D'autres modalités de réactions ont été évoquées, comme une forme de décompensation proche de la folie pour le père d'Armel (CR04 : 1033-1034) : « mon mari il devenait fou lui (...) il était très agressif, très en colère et puis heu... il partait on savait pas où il était... ... et puis il disait des fois des choses, incompréhensibles », - des réactions somatiques (C07 : 9-11), des réactions instinctuelles, comme Julie qui dit s'être mise en « mode survie » (CR04 : 1032-1033).

Le risque suicidaire existe dans l'immédiat après un suicide. Cela a été le cas pour Béatrice (C01), qui a fait une tentative de suicide un mois précisément après le suicide de Gilbert (CR01).

Certains mécanismes de défense sont mis en place immédiatement après le suicide, comme l'évitement et le silence (CR02-1 : 868-869 ; 990-993) : « on évite quoi on évacue rapidement les sujets ». Les premiers temps sont également associés à la recherche d'explications (CR02-2 : 1006-1007), la doute sur la véracité du suicide (CR02-2 : 1012-1014), le développement d'un sentiment d'incompétence : (CR02-2 : 1046 ; 1185-1186 / CR03 : 772-773), et la peur de la stigmatisation (CR02-2 : 1017).

Dans trois cas, des doutes existent sur la possibilité d'une dissociation à la suite de l'annonce du suicide, en raison d'amnésies des événements, totales ou partielles, des états de consciences modifiés, des distorsions dans le rapport à l'espace et au temps. Ces éléments font partis du

tableau clinique de la dissociation ⁴⁸. Cela concerne Nelly (CR06), Anne-Gaëlle (CR5) et Louise (CR08). Ce sont également elles qui ont les notes les plus élevées à l'échelle de détresse péritraumatique et des échelle H du MINI positives. Or il a été démontré que l'existence d'une dissociation est un facteur de risque de développement d'un épisode de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique. Pourrait-il y avoir également une association entre dissociation à l'annonce d'un suicide et risques psychopathologiques ultérieurs ? Une étude de Breslau et collaborateurs réalisée en 1998, met en évidence que des syndromes de stress post-traumatiques sont retrouvés chez 31 % des personnes ayant perdu un proche brutalement, sans notion d'événement traumatique.

Nelly dit avoir eu une absence d'une demi-heure après l'annonce du suicide de sa fille, pendant laquelle elle ne se souvient de rien (CR06) : « moi je me souviens pas. La seule chose dont, que je me souviens après, ce de me ... d'être sur une chaise dehors... chez ma voisine... est-ce que je me suis évanouie... est-ce que... je sais pas. Je serais incapable de le dire » (1320-1322). Elle explique également : « j'étais là sans être là (...) j'étais là sans être là et je suivais tout quand même, mais... euh... sans être là. Je je... je suivais sans suivre » (1869-1871), « je n'étais vraiment plus là » (1460-1461 ; 1650).

Anne-Gaëlle dit : « j'ai des trous noirs quand même ... et euh... ... je ne me souviens pas de tout (...) je me croyais dans un autre monde quoi » (CR05 : 1135-1136).

Louise signale une distorsion du temps au moment de l'annonce : « je sais pas quelle heure il est, je je... je n'ai aucune notion de l'heure, ça a été... pour moi de 7 heures du soir... jusqu'à ce que mon mari m'appelle... j'ai aucune...c'est c'est c'est c'est le... c'est le vide » (CR08 : 1360-1362), et ensuite des amnésies partielles, une anesthésie « on ne ressent... je crois que... ... je me... je crois qu'on aurait pu me piquer, me faire, j'ai l'impression que j'étais devenue... ... insensible... à toute la... à tout ce qui n'était pas cette douleur-là » (CR08 : 1396-1398) qui a duré longtemps ensuite : « je crois que bon... que que que... avant qu'il me touche j'étais anesthésiée... ... c'est comme si y avait même pas eu besoin d'anesthésie... je me laissais faire » (CR08 : 1497-1498).

La question que je me suis posée est de savoir si la dissociation péritraumatique était spécifiquement associée à un événement traumatique au sens que lui donne la nosographie actuelle sur le PTSD, ou si elle peut exister dans d'autres événements dont les répercussions émotionnelles sont importantes. *« Cette dissociation péri-traumatique est rapprochée de la dissociation telle que l'a définie Janet et qui consiste en une désagrégation psychique. Celle-ci*

⁴⁸<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../layout/set/print/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Faire-face-a-des-evenements-choquants/Les-consequences-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats/Qu-est-ce-que-la-dissociation>

comporte une réduction du champ de la conscience et une difficulté de synthèse due à un bouleversement émotionnel » (Landa & Gimenez, 2009, p.1)

Ce moment de schize ou de « spaltung » pourrait se rapprocher de ce que décrivent les personnes ayant fait une tentative de suicide lorsqu'elles disent qu'elles se voient faire, comme si elles étaient à l'extérieur d'elles-mêmes. Le suicide renvoie bien à des notions de mort pour soi, mais également de mort de l'autre et d'une partie de soi ainsi en fonction du type de lien qui existe avec les personnes. Ainsi Nelly nous dit : « je suis déjà à moitié morte » (CR06 : 1666), ou encore Louise qui fait un lapsus entre sa fille et sa vie (CR08 : 1376). *« La dissociation est considérée (...) comme un mécanisme qui apparaît lorsque la souffrance émotionnelle est telle qu'elle n'est plus supportable. Elle devient alors le seul moyen pour la personne de fuir, émotionnellement et cognitivement, ceci en altérant la conscience. Elle apparaît donc lorsque la fuite ou l'attaque ne sont plus possibles » (Landa & Gimenez, 2009, p. 5)*

On se rend compte à lire ces définitions que tout événement émotionnellement insupportable peut être à l'origine de ce mécanisme de dissociation, qui pour le coup est un mécanisme de défense face à l'intolérable de la mort de l'autre, mais aussi au risque de la mort physique et psychique de soi ou d'une partie de soi (Mormont, 2009).

1.3 Résultats de l'échelle de détresse péritraumatique

La synthèse des résultats à l'échelle de détresse péritraumatique est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 38 : Résultats aux items de l'échelle de détresse péri-traumatique pour chaque participant à la recherche immédiatement après l'annonce du suicide

	CR02-1	CR02-2	CR03	CR04	CR05	CR06	CR07	CR08	Somme	Somme maximale
	Neveu	Père	Frère	Fils	Sœur	Fille	Compagnon	Fils		
Q1	0	2	2	0	4	4	3	4	19	32
Q2	3	4	4	4	4	4	4	4	31	32
Q3	3	4	4	3	4	4	2	4	28	32
Q4	0	1	1	0	4	0	0	0	6	32
Q5	2	2	2	4	4	2	0	4	20	32
Q6	0	0	0	1	0	0	0	0	1	32
Q7	2	3	3	4	4	0	1	0	17	32
Q8	0	2	2	0	0	4	0	0	8	32
Q9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Q10	0	3	3	0	0	0	0	0	6	32
Q11	0	2	2	0	4	4	0	4	16	32
Q12	0	0	0	0	0	4	0	0	4	32
Q13	0	0	0	0	0	4	0	0	4	32
	10	23	23	16	28	30	10	20		
Positif	Existence possible de détresse péri-traumatique									

Notes à l'échelle de détresse péri-traumatique au moment de l'annonce du suicide, en fonction des liens de parenté

Q1 : Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit / Q2 : Je ressentais de la tristesse et du chagrin / Q3 : Je me sentais frustré et en colère car je ne pouvais rien faire de plus / Q4 : J'avais peur pour ma propre sécurité / Q5 : Je me sentais coupable / Q6 : J'avais honte de mes réactions émotionnelles / Q7 : J'étais inquiet pour la sécurité des autres / Q8 : J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions / Q9 : J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle / Q10 : J'étais horrifié de ce que j'avais vu / Q11 : J'avais des réactions physiques / Q12 : J'étais sur le point de m'évanouir / Q13 : Je pensais que j'allais mourir

Les résultats montrent que pour 6 personnes sur 9, l'échelle est positive (supérieure à 15). Ce sont également les personnes qui étaient les plus proches et depuis longtemps avec les personnes

suicidées. Dans les cas CR03, CR04, CR05, CR06, CR08 les personnes ont été associées dans la chaîne de secours. Or le risque traumatique existe lorsque les personnes ont vu la scène directement, mais également lors de l'activation des secours et des recherches (Vaiva, 2009). Les réactions qui apparaissent majoritairement correspondent bien aux débuts des deuils après suicide, avec la tristesse et le chagrin (Q2), la colère et la frustration (Q3), le sentiment de culpabilité (Q5). On voit également l'effet du choc dans les réponses à la question 1 avec la sidération, qu'on retrouve également dans les émotions et réactions décrites dans les récits : hébété, stupeur, abasourdi. L'état de choc est nommé deux fois également et l'anéantissement à une reprise, ce qui fait que le thème du choc est grandement présent dans les réactions et émotions à l'annonce du suicide. Ceci fait lien avec l'étude des représentations sociales du suicide.

D'autres réactions associées aux effets des stress intenses et des traumatismes sont présentes également : la peur pour les autres et pour soi (Q7 / Q4), les réactions physiologiques (Q11).

2. Réactions à moyen terme

Les réactions à moyen terme seront étudiées à l'aide de l'échelle H du MINI en plus du récit. Le moyen terme sera défini par une temporalité allant de 1 mois après le suicide à 1 an. Je distinguerai les effets psychiques, les effets relationnels et les effets physiques lorsqu'il y en a.

Pour le frère d'Antoine, les premières réactions sont apparues deux mois après le suicide de son frère, une fois que les démarches administratives étaient terminées (CR03 : 743-744). Chez Julie elles apparaissent vraiment à partir du quatrième mois après le suicide de son fils, une fois qu'elle prend conscience de la réalité de la perte (CR04). Les réactions aiguës chez Louise (CR08) ont duré pendant un an après le suicide de son fils.

2.1 Réactions psychiques

Parmi les réactions psychiques apparaissant à moyen terme après un suicide, il y a des dépressions réactionnelles, comme pour Julie (CR04), Géraldine (CR02-2), le frère d'Antoine (CR03), Soizic (CR07) et Louise (CR08). On retrouve dans l'échelle H du MINI, bien qu'elle ne soit pas spécifique de la dépression, des signes associés comme les troubles du sommeil, de la concentration, l'irritation, la perte d'intérêt, l'émoussement affectif.

On note également des rechutes dépressives chez des personnes déjà fragiles, avec crise suicidaire associée, chez Nelly (CR06), Anne-Gaëlle (CR05), Béatrice (C01 / CR01). Chez Marie-Alix (C07 / CR4), il y a réactivation de psychotraumatismes anciens et récents au moment du suicide de son cousin, avec une dépression associée et une crise suicidaire.

Enfin, on peut noter une entrée en démence chez une personne âgée en réaction au choc émotionnel (CR07 : 340-341 ; 391-393). De nombreuses études ont étudié le lien entre choc émotionnel, PTSD et déclenchement de la maladie d'Alzheimer entre autres (Yaffe et al., 2010 ; Russ et al., 2011).

2.2 Effets relationnels

Le suicide de leur proche a eu pour certain des effets d'isolement social et de rupture de liens (CR04 :1072-1097), ou de changement de modalités relationnelles dans le couple. Louise dit que son mari devient dur avec elle (CR08 : 1586-1587).

2.3 Effets somatiques

Louise a eu des problèmes dentaires et ophtalmologiques à la suite du suicide de son fils (CR08 : 1493-1495 ; 1532-1535)

2.4 Effets cognitifs

Les personnes relatent presque toutes des troubles de la concentration importants pendant la première année qui a suivi le suicide de leur proche. Louise explique cela ainsi : « j'étais incapable euh... j'étais incapable de lire deux mots consécutifs, parce que quand j'arrivai au deuxième mot j'avais oublié le premier... euh... donc... tous les papiers pendant un an, si j'avais une facture à payer, dès qu'elle arrivait avec le facteur la facture je la mettais à la place de mon assiette de façon à je fais le chèque tout de suite, je mets dans l'enveloppe et je le remets là... pour être sûre » (CR08 : 1467-1474)

2.5 Résultats à l'Échelle H du MINI

Tableau 39 : Résultats à l'échelle H du MINI pour chaque personne ayant perdu un proche par suicide (Les items majoritairement positifs sont signalés en vert)

	CR02-2	CR03	CR04	CR05	CR06	CR07	CR08	% Réponse +	Réponses à l'échelle H du MINI concernant les réactions dans le mois qui a suivi le suicide
H1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		
H2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	85,70%	
H3	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	71,40%	
H4A	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	NON		
H4B	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON		
H4C	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	57,10%	
H4D	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	71,40%	
H4E	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	71,40%	
H4F	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	100%	
H4G	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON		
H5A	OUI		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	71,40%	
H5B	NON		NON	NON	NON	NON	OUI		
H5C	OUI		OUI	OUI	OUI	NON	OUI	71,40%	
H5D	OUI		OUI	OUI	NON	NON	OUI	57,10%	
H5E	NON		NON	OUI	NON	NON	OUI		
H6			OUI	OUI	OUI	NON	OUI		

Questions positives : **H2** : Avez-vous réagit avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur / **H3** : Avez-vous pensez de façon pénible à cet événement ? / **H4C** : Avez-vous eu du mal à vous souvenir de ce qu'il s'était passé / **H4D** : avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies / **H4E** : Vous sentiez vous détaché de tout ou d'être devenu un étranger / **H4F** : Avez vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments / **H5A** : Avez-vous eu des difficultés à dormir / **H5C** : Avez vous des difficultés à vous concentrer / **H5D** : Etiez-vous nerveux ou constamment sur vos gardes

Dans les cas où l'échelle de dissociation péritraumatique était positive, on retrouve un profil à l'échelle H du MINI évoquant l'existence d'un épisode de stress post-traumatique. Cependant, comme je l'ai précisé dans la partie méthodologique, il s'agissait surtout d'étudier la répercussion de l'événement dans la vie de tous les jours des personnes et faire le lien avec l'émergence de la composante « traumatisme collectif » des représentations sociales, que de chercher l'existence d'un réel PTSD chez les personnes. Ce qui est intéressant ici, ce sont les signes associés à la dépression : H4D, H5A, H5C, sont présents dans plus de la moitié des cas, l'horreur et l'impuissance, associés aux reviviscences, dans plus de 71% des cas, les signes de détachement et d'émoussement affectif (H4E, H4F) également et l'hypervigilance (H5D) dans plus de la moitié des cas. Ces réponses pourraient orienter les hypothèses dans le sens d'un deuil traumatogène (Bacqué, 2003).

Tout le monde a estimé avoir été confronté à un événement traumatique (H1). La question était la suivante : « Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes ». Il est intéressant de se rendre compte que la formulation est très complexe et qu'on se demande à la relecture, s'il n'est pas demandé aux personnes si elles-mêmes ne sont pas mortes dans l'histoire.

3. Réactions à long terme

Les réactions à long terme sont étudiées à travers le récit au-delà de la première année après le suicide, les réponses à l'échelle de détresse péri-traumatique pour le moment actuel, au moment de retracer cette expérience de vie et les traces actuelles du suicide dans la vie quotidienne des personnes. Cette partie regroupera tout ce qui sera apparu à partir de la première année après le décès de la personne. La encore, je synthétiserai en évoquant les effets psychiques, relationnels, physiques et comportementaux. En termes de temporalité, il est fait mention de deux années très difficiles pour Soizic (CR07 : 799) ou pour Julie (CR04).

3.1 Réactions psychiques

À long terme, il reste des ruminations, avec des personnes qui disent penser aux événements « tous les jours » (CR02-1 : 1032) et qu'il reste une « trace indélébile » (CR05 : 1089).

L'incompréhension perdure dans le temps (CR02-1 : 1008-1009) avec un sentiment de culpabilité (CR02-1 : 868-869 ; 980-981 / CR02-2 : 1046 ; 1186 / CR03 : échelle de détresse péri-traumatique / CR08 : 1405 ; 1432) et sentiment d'incapacité à repérer la souffrance chez les autres : « Ben j'arrive pas à me mettre l'idée... que mon fils, mon enfant, que j'ai tant, que j'ai désiré, ait pu faire ça... ... et et... et puis pourquoi il a fait ça et... comment... ... pourquoi je n'ai pas... vu... que j'ai certainement loupé quelque chose quelque part... que j'ai pas bien fait mon devoir de mère » (CR08 : 1430-1433). Cette dimension a des effets en termes de prévention puisque lorsque j'ai demandé aux personnes ce qu'on pouvait faire en prévention du suicide, celles qui avaient ce sentiment ont estimé qu'on ne pouvait pas faire grand-chose.

Une fragilité reste (CR03 : 760-765) et une émotivité (CR05 : 1192) avec des difficultés en cas de vécu similaire et des réactualisations intenses de la souffrance (CR07 : 995-1000) : « J'essaye de pas trop y penser mais ça revient quand même (soupirs) mais surtout quand on a... quand on est confronté à un décès même dans notre entourage, pas forcément des gens de la famille... par des suicides alors là oui ça revient au grand galop et heu... oui, là c'est dur, là c'est tout de suite ben, heu... ben cette période-là me revient tout de suite » (CR03 : 760-763), « l'été dernier il y a le fils d'amis qui sont proches et le fils on le connaissait bien aussi... donc qui qui qui a mis fin à ses jours et... j'ai pas pu y aller (...) ça réactivait trop de choses en moi j'aurai pas pu... je sais déjà que c'est difficile pour les pour les proches de la personne qui est décédée et de ne pas pouvoir de ne pas pouvoir aider ces personne-là ça me... ça m'est très difficile » (CR03 : 768-773). Soizic raconte que lors d'un événement familial un proche a disparu une après-midi et sa réaction a été : « je me suis juste mise à pleurer en me disant : pas encore quoi » (CR07 : 997-998).

3.1.1 Modifications des rapports à la vie, aux autres et à soi

Le psychotraumatisme induit : « *un nouveau rapport au monde et à soi-même, de nouvelles façons de percevoir, de juger, de penser, de ressentir, d'aimer, de vouloir et d'agir* » (Crocq, 1999). Cette dimension apparaît chez Julie et sa fille, Anne-Gaëlle, Soizic et Louise ainsi que chez la fille aînée de Jessica.

Concernant la sœur d'Armel, sa mère dit qu'elle « préfère rester toute seule » (CR04 : 760-763), à la suite du décès de son frère. Elle-même explique que son rapport aux priorités dans la vie a changé à la suite du suicide de son fils : « ...je trouve plus ça important... en fait heu... parce qu'il vous arrive heu... ... il y a des choses que vous classez par importance après... y a des choses qui n'ont plus d'importance (...) et souvent j'ai même eu, j'ai sorti cette phrase souvent, oh y a plus grave que ça » (CR04 : 1422-1425). Anne-Gaëlle dit qu'elle est « devenue une autre personne » (CR05 : 1228) après le suicide de sa sœur, tandis que Soizic a eu l'impression d'avoir mûri plus vite : « moi... en une journée... en 24 heures j'avais j'étais redevenue... une ado d'un côté, plus de... enfin ... et que j'étais devenue très vieille d'un autre, de connaissances sur la vie quoi... (...) je me sentais très vieille enfin sur... sur mon point de vue sur la vie et puis de... ... peut-être que je sais des choses que seuls les vieux sont censés savoir quoi » (CR07 : 913-915 ; 917-920) avec un changement de son rapport au monde. Cela a également eu des effets sur vie de femme, dans sa possibilité de rencontrer quelqu'un d'autre (974-984).

Louise nous dit également avoir subi des modifications de son rapport à la vie et la création d'un masque social (CR08 : 1410 ; 1541-1542). Elle se sent incapable de supporter la « légèreté de l'être » : « ça me faisait trop de mal de voir, d'entendre les autres rire, de de de de blaguer, de rire de bêtises.... Et je ne supportais pas, c'était pas possible » (1457-1459). Elle a également eu un sentiment de vieillissement physique et psychique avec des troubles de la concentration persistants (1447-1452) : « J'ai perdu... j'ai pris 10 ans... j'ai pris au moins 10 ans et je n'ai plus la niaque que j'avais. J'ai plus l'énergie que j'avais ».

Enfin, il y a des effets de changement du rapport au monde comme dans le récit de Nelly : la fille de Jessica a grandi plus vite, elle a perdu une partie de son enfance » (CR06 : 1756-1757).

Les effets transgénérationnels des suicides sont connus (Mc Goldrick & Gerson, 1990 ; Charazac-Brunel, 2009), avec des effets à la génération suivante, mais également à la troisième génération.

3.1.2 Besoins d'aide à distance

Dans quatre situations il est fait mention d'un besoin de soutien à distance du suicide, parfois même plus qu'au moment même du suicide. Ainsi pour Soizic, « moi ... un suivi comme j'ai dit j'y ai pensé beaucoup plus tard... enfin je sais pas 3-4 ans plus tard » (CR07 : 1090-1091), ou pour Julie : « moi je dirai... j'ai presque besoin plus d'aide maintenant que que à ce moment-là » (CR04 : 1137-1138). En effet, on voit que les réactions sont encore douloureuses, comme évoquées pour le frère d'Antoine (CR03) ou pour Nelly (CR06 : 1312-1313) qui pleure tout au long du récit de l'annonce du suicide de sa fille.

Parmi les réactions émotionnelles qui restent la tristesse est dite permanente (CR08 : 1441-1442) et c'est effectivement l'item qui reste constant à l'échelle de détresse péritraumatique.

3.2 Effets relationnels

Certains développent également une hypersensibilité à la souffrance existentielle des autres (CR04 : 1125-1134 / CR07 : 851-852) qui s'expriment sous la forme de « résonnance », de saisissement par rapport à un discours, de réminiscences et de souvenirs au travers de comparaison avec la personne suicidée.

Il existe également des ruptures dans les liens amicaux (CR04 : 1072-1097), avec une crainte de stigmatisation associée au vécu d'un suicide (CR07 : 1027-1028). Il y a des difficultés à parler du suicide (CR04 / CR05 / CR06). Nelly par exemple ne peut pas parler de suicide avec ses petites filles, mais de mort (CR06 : 1827-1831).

Enfin, d'un point de vue plus positif, et c'est peut-être dommage qu'il faille un suicide pour que cela change, il y a quelques modifications des relations affectives avec les autres ainsi le frère de Julie l'embrasse pour la féliciter (CR04) et elle le raconte en pleurant. Le père de Laurent devient affectueux avec petits-enfants (CR08) et Louise dit à sa fille qu'elle l'aime (CR08 : 671-672).

3.3 Effets somatiques

Pour quatre personnes sur neuf, il y a eu des effets somatiques à la suite du suicide de leur proche, dans deux cas le développement de maladies inflammatoires (CR04 et CR06 : 1890-1891) et dans deux cas des atteintes dentaires liées à des déchaussements. J'appellerai cela des « pathologies du déracinement » (CR05 : 1278-1281 / CR08). On pourrait faire des interprétations quelques peu hasardeuses entre l'archaïsme des liens avec la personne et l'affection dont elles souffrent. Les chocs psychologiques intenses sont connus pour avoir des effets psychosomatiques, dont le déclenchement de maladies chroniques inflammatoires et il est référencé que le suicide peut avoir cet effet de choc psychologique et générer des pathologies graves (Hanus, 2009).

3.4 Effets comportementaux

On peut voir apparaître parmi les signes de mal-être après un suicide, des effets comportementaux dans l'émergence des accidents de la circulation chez les frères et sœurs d'Armel (CR04 : 1471-1485). La surmortalité chez les endeuillés après suicide est une donnée connue et la mort à la suite d'accidents est décrite (Hanus, 2009). On pourrait penser qu'il s'agit donc là d'une modalité d'expression de la souffrance psychique des personnes.

3.5 Réactions à long terme évoquées à l'échelle de détresse péritraumatique

Tableau 40 : Réactions à la réactivation des souvenirs lors de l'entretien évaluées par l'échelle de détresse péritraumatique. Réactions à long terme. (Les items significatifs sont en couleurs)

Lien	Temporalité	CR02-1	CR02-2	CR03	CR04	CR05	CR06	CR07	CR08	Somme	Somme maximale
		Neveu 1 an	Père 20 ans	Frère 9 ans	Fils 2 ans	Sœur 4 ans	Fille 3 ans	Compagnon 10 ans	Fils 3 ans		
Q1		0	0	0	2	3	4	0	3	12	32
Q2		3	4	2	3	4	4	2	4	26	32
Q3		1	0	3	1	4	3	1	1	14	32
Q4		0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Q5		0	0	1	2	3	0	0	4	10	32
Q6		0	0	0	3	0	0	0	0	3	32
Q7		0	0	2	1	4	2	0	0	9	32
Q8		0	0	2	0	2	1	1	0	6	32
Q9		0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Q10		0	0	2	0	0	0	0	0	2	32
Q11		0	0	1	0	4	1	0	0	6	32
Q12		0	0	0	0	2	0	0	0	2	32
Q13		0	0	0	0	0	1	0	0	1	32
		4	4	13	12	26	16	4	12		
	Positif	Existence possible de détresse péritraumatique									

Notes à l'échelle de détresse péritraumatique au moment du récit, en fonction des liens de parenté et du délai depuis le suicide

Q1 : Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit / Q2 : Je ressentais de la tristesse et du chagrin / Q3 : Je me sentais frustré et en colère car je ne pouvais rien faire de plus / Q4 : J'avais peur pour ma propre sécurité / Q5 : Je me sentais coupable / Q6 : J'avais honte de mes réactions émotionnelles / Q7 : J'étais inquiet pour la sécurité des autres / Q8 : J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions / Q9 : J'avais envie d'arrêter et d'aller à la selle / Q10 : J'étais horrifié de ce que j'avais vu / Q11 : J'avais des réactions physiques / Q12 : J'étais sur le point de m'évanouir / Q13 : Je pensais que j'allais mourir

Le deuil après suicide est un deuil long et compliqué, pas forcément pathologique, mais qui évoluera lentement, avec des allers-retours. On voit grâce à cette échelle que le signe qui reste le plus longtemps associé est la tristesse et le chagrin, puis dans une moindre mesure la colère et la frustration, et l'effet de sidération au moment du récit. On se rend compte que pour deux personnes, trois à quatre ans après le suicide de leur proche, les réactions sont encore intenses. Elles étaient déjà très fortes au départ, avec une échelle H du MINI positive également à une majorité d'items. Cela correspond également à des profils de personnes déjà vulnérables avant le suicide de leurs proches, avec des composantes dépressives existantes. Or l'évolution du deuil après suicide est facteur de la nature des liens avec la personne perdue et des liens d'attachement dont j'ai déjà parlé précédemment et de la fragilité antérieure (Vaiva, 2009 ; Hanus 2009). Marie-Frédérique Bacqué (2003) dit que les deuils traumatogènes apparaissent chez des personnes ayant des fragilités à vivre des séparations, ce qui est le cas pour Nelly par exemple. La force de l'attachement et des liens pourraient s'illustrer dans sa réaction lorsqu'elle dit : « je suis à moitié morte » (CR06 : 1666).

« Ce type de détresse traumatique concerne des personnalités particulières, souvent identifiées comme borderline ou états-limites, et, dans tous les cas, présentant un attachement puissant, dont la rupture s'apparente à un traumatisme durable »

(Bacqué, 2003, p. 121)

4. Particularités

4.1 Le deuil après suicide, un deuil pas comme les autres

Dans les récits recueillis sur l'après-suicide, un élément revient régulièrement. Le deuil après suicide n'est pas un deuil comme les autres (CR02-2 : 1197 / CR07). Ce n'est pas un deuil ordinaire (CR03 : 777).

Le suicide est une mort différente, anormale, plus terrible que la maladie ou les accidents (CR02-1 : 851-852 ; 980-981 / CR04 : 1274-1276). Louise dit même qu'elle aurait préféré que son fils décède d'un accident que d'un suicide (CR08 : 702-703). Le suicide est une effraction à laquelle on ne se prépare pas (CR07 : 632-642 ; 732-734 ; 797-798). La comparaison avec la maladie telle que le cancer est présente également, comme si le cancer était déjà un summum de l'annonce difficile et d'un vécu difficile, mais le suicide le surpassant.

Or Michel Hanus (2006) relate que le suicide est assimilé à une mauvaise mort, anormale, inexplicable et stigmatisée. Il parle par exemple d'une étude australienne qui aurait démontré que « *la mort par suicide d'un jeune est bien plus mal vue qu'un décès par accident ou maladie* » (Hanus, 2009, p. 23). Elle est inexplicable du fait que la personne décédée ne peut plus dire ce qui l'a amené à faire ce geste.

On entend bien dans ces mots que le deuil après suicide a des spécificités tant au niveau du processus psychique à l'œuvre que dans les réactions sociales associées.

4.2 Les modalités de l'annonce

Quelques personnes ont fait part de leurs impressions et vécus quant aux recherches des personnes disparues dans le cadre de leur suicide et leur rapport aux forces de l'ordre impliquées. Sans porter de jugement sur la manière dont les choses se sont passées, j'examine cela ici dans l'idée de proposer des pistes de prévention du suicide et du mal-être après suicide en Pays COB.

4.2.1 Les recherches des personnes disparues

Les personnes adultes au moment de leur disparition ne sont pas systématiquement recherchées dans l'immédiat du signalement de leur disparition. Alban et Jessica ont d'abord été recherchés par leurs proches (CR06-CR07), et les recherches par les forces de l'ordre n'ont commencé que le lendemain, en dépit de messages inquiétants (CR06 : 1268-1285 / CR07 : 671-674). Les personnes ont été très vite retrouvées après le début des recherches organisées. Pour Pauline, les choses se sont passées différemment puisque la gendarmerie est intervenue pour des recherches immédiatement. On peut imaginer que la place sociale de son mari a pu influencer les « procédures ».

Ce délai d'attente semble important car il s'agit d'un éventuel gain de temps dans la recherche des personnes. Serait-il possible d'aménager les procédures de recherche en Pays Centre Ouest Bretagne, lorsque des signaux d'alarme sont perçus pour tenter d'intervenir avant le décès ?

4.2.2 Au moment de l'annonce

Le frère d'Antoine raconte qu'il a dû faire 35 kilomètres pour récupérer à la gendarmerie, la lettre d'adieu de son frère et qu'il a trouvé cela « pénible » dans ce moment précis (CR03 : 690-694 ; 813-821).

Concernant Alban, les forces de l'ordre ont remis la corde avec laquelle Alban s'est suicidé à son père avant de quitter les lieux (CR07 : 880-883), tandis que sa mère est restée seule sur le bord de la route pendant que gendarmes et autorités publiques faisaient les constats nécessaires (704-705).

On voit dans le récit que fait Julie de son expérience par rapport au décès de son fils (CR04) que l'accueil et l'accompagnement a été différent et vécu de manière positive. La personne a été qualifiée de « très humaine ». Quelqu'un est resté avec les parents pendant que les démarches étaient faites pour emmener le corps de leur fils au funérarium (CR04 : 1039-1051).

4.3 Recherches d'aide chez les personnes après le suicide

Béatrice a eu de l'aide à la suite de la tentative de suicide qu'elle a fait, mais pas de soutien au moment du suicide de son frère. Il a été donné au frère de Ludovic les coordonnées d'une association spécialisée sur le deuil, qu'il a gardées. Il n'y a pas eu d'aide particulière après le suicide d'Émile. La mère a été vue par son médecin traitant. Julie et son mari sont allés consulter un psychiatre et une sophrologue. Pauline a été prise en charge pour une dépression sévère. Ses neveux et nièces sont suivis par un étiope. Il n'y a pas eu d'aide proposée dans l'immédiat après le suicide. Nelly avait déjà bénéficié d'une prise en charge avant le suicide de Jessica. Elle a immédiatement été prise en soins par son médecin traitant puis par une équipe

de CMP. A la suite du suicide d'Alban, Soizic dit avoir été bien entourée par ses amis et sa famille et ne pas avoir eu besoin d'aide autre. Elle est tout de même allée à des conférences et débats publics qui dit-elle ne lui ont rien apporté. Louise n'a pas eu d'aide spécifique après le suicide de son fils. Elle a bénéficié du soutien de voisines. Elle a cherché des réponses à ses questions dans des livres et sur internet.

Pour toutes ces personnes, aucune aide n'a été proposée par les intervenants immédiats autour du suicide, que ce soient les services sanitaires, de police et gendarmerie ou les pompes funèbres.

5. Bilan

L'accompagnement péri-suicide, c'est-à-dire dans la proximité immédiate du suicide, lors des recherches et au moment de l'annonce est un temps important pour les proches des personnes disparues. Différentes catégories professionnelles interviennent dans ces temps et une sensibilisation à ce qu'est ce moment-là pour les proches et les effets que cela génère serait bienvenue voire indispensable. Il faudrait peut-être également imaginer adapter les procédures pour accompagner les proches.

C. De la crise suicidaire aux suicides, les différences entre les deux populations d'étude

Les principaux facteurs de risques se retrouvent dans les deux populations : dépression, troubles de la personnalité, vécus de violences, manque de confiance en soi, facteurs environnementaux comme des souffrances professionnelles, relationnelles ou financières. L'élément central qui rend les deux populations d'étude différente est le sexe des personnes : il y a plus de femmes dans l'échantillon de personnes suivies dans le cadre d'une crise suicidaire et il y a plus d'hommes dans les récits de vie après suicide. Cette différence est classique dans la littérature, les statistiques mettent en évidence que les hommes se suicident plus que les femmes. À la suite des analyses réalisées en Pays COB, on se rend compte que le rapport des hommes à la parole sur soi, aux émotions, à la demande d'aide et à son acceptation sont les facteurs les plus dépréciatifs dans ces histoires de vie. Les personnes que j'ai rencontrées sont majoritairement des femmes, orientées vers une consultation d'urgence de crise, après la verbalisation d'une souffrance psychique ou la réalisation d'un geste suicidaire. Elles ont été en capacité d'accepter une main tendue et ont été prises en charge dans le cadre d'un dispositif spécialisé.

D. Synthèse générale

Cette étude clinique des trajectoires de vie de personnes suicidées en Pays COB et des répercussions sur les proches est riche en données diverses, touchant aussi bien aux

vulnérabilités biologiques, qu'aux dynamiques familiales actuelles et transgénérationnelles, à la psychologie individuelle et collective etc.

Les idées principales qui en ressortent, d'un point de vue individuel est l'existence possible d'une vulnérabilité biologique (génétique et/ou épigénétique) aux troubles de santé mentale dans cette population, du fait de l'existence de violences aux générations antérieures et de psychopathologies, l'existence de troubles de santé mentale chez toutes les personnes suicidées, ainsi que celles en crise suicidaire, en particulier la dépression. Différentes formes d'addiction sont également retrouvées que ce soit à l'alcool, aux médicaments ou aux jeux en ligne. J'ai également fait l'hypothèse de l'existence de troubles de la personnalité chez certains d'entre eux. En ce sens, ces données sont congruentes avec les données de la littérature internationale.

Concernant les facteurs de risques environnementaux retrouvés majoritairement, on peut noter la souffrance professionnelle, en lien avec un positionnement par rapport au travail qui est très spécifique en Bretagne et en Pays COB, qui me fait penser aux liens des japonais au travail. Des événements de vie familiaux de type ruptures, conflits intrafamiliaux sont également présents. On note l'existence de violences intrafamiliales.

Parmi les facteurs les moins présents, il y a les difficultés financières avec harcèlement par des créanciers et de gros problèmes de santé physiques ayant des répercussions sur l'humeur.

Ce qui ressort de manière très forte dans cette étude est la difficulté des personnes à parler et à demander de l'aide. Elles ne parlent pas d'elles et ne demandent pas d'aide, parce qu'il existe une stigmatisation sociale de la demande d'aide sur le territoire. Il existe également une stigmatisation des problèmes de santé mentale et des professionnels associés. J'ai fait le lien avec les hypothèses déjà anciennes de Jean-Jacques Kress, sur la perte de la langue bretonne, comme un déracinement ayant entraîné un appauvrissement du champ lexical relatif aux émotions et à l'affection. On se rend compte effectivement dans les récits que la question de l'émotion et de l'affection dans les liens interpersonnels est pour le moins problématique. Mais au-delà du simple constat et de l'hypothèse d'un lien de cause à effet entre changement de langue et dysfonctionnement relationnel et symbolique, j'ai surtout fait le lien entre difficultés d'attachement, absence de signes et de paroles d'affection, création d'un faux-self adaptatif et développement de pathologies du lien en Centre Ouest Bretagne. Ces modalités pathologiques des liens se répètent de manière transgénérationnelle et font que les ressources psychiques des personnes s'épuisent puisque dans l'incapacité réelle ou symbolique de faire appel à l'autre pour le soutenir, et ainsi le Réel vient inter-rompre ces processus pathologiques qui se reproduisent. J'ai également mis en lumière l'existence de dynamiques incestuelles qui se répètent dans les familles, où la place des uns et des autres dans sa vie et dans son histoire n'est pas claire, où les limites de soi sont poreuses avec celles de l'autre, tout ceci en lien avec les troubles de l'attachement et les difficultés symboliques à s'inscrire dans une filiation. L'absence de parole sur les morts et les re-crétations d'affiliation dans les romans familiaux en sont des illustrations. Il y a donc en Pays COB des troubles de la parentalité, qui se répètent sur au moins trois générations, qui ont des effets psychopathologiques actuels, entres autres dans les comportements suicidaires, comme des modalités d'agir plutôt que de parler son mal-être.

Le schéma suivant fait la synthèse des éléments repérés majoritairement :

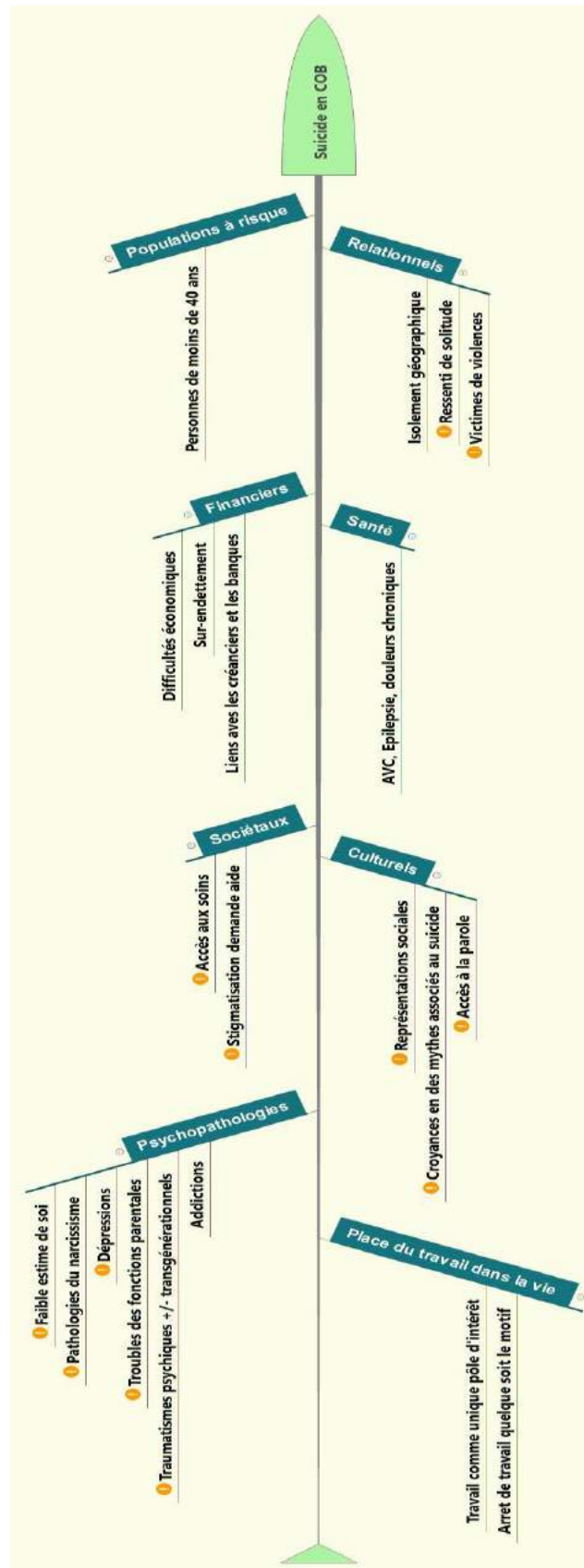


Figure 66 : Représentation des principaux facteurs de risque face au suicide repérés dans la recherche concernant les personnes en Pays COB

D'un point de vue des proches qui restent après un suicide, on voit que leurs réactions sont corrélées à leur proximité avec la personne et la qualité des liens avec cette personne. Comme précisé juste avant, une boucle peut se faire entre type d'attachement à la personne suicidée, fragilités antérieures, générationnelles et transgénérationnelles et réactions au suicide. Ces réactions peuvent aller jusqu'à l'apparition de phénomènes de dissociation psychique. Les réponses à la perte par suicide dans notre échantillon de personnes ne sont pas atypiques. Elles correspondent à ce que la littérature sur le deuil après suicide décrit : tristesse, culpabilité, incompréhension, choc etc. Elles correspondent également à ce qui est décrit dans le cadre du deuil traumatogène. Par ailleurs, les idées de complexe traumatique de filiation (Drieu, 2004) et de transmission transgénérationnelle des traumatismes (Calicis, 2006) me semblent pouvoir s'appliquer pour la population du Pays COB et peut-être également ailleurs en Bretagne.

Les effets durent longtemps et en fonction des fragilités des personnes, ils peuvent générer à leurs tours des psychopathologies et des effets sociaux, dans l'adhésion à des mythes autour du suicide. Or, comme les personnes ne demandent pas d'aide, ne savent pas où chercher de l'aide, et qu'il existe encore une forte stigmatisation du recours à l'aide et de tout le champ de la santé mentale, elles restent avec leurs difficultés et la boucle se boucle.

Enfin, pour établir un lien avec la première partie de ce travail sur les représentations sociales du suicide, on remarque que les représentations évoquées dans les récits sont comparables à celles obtenues dans le cadre de l'étude quantitative. Il y a également dans les histoires accès à d'autres représentations, comme celles de la dépression, de la psychiatrie et des professionnels de la santé mentale. Il faut constater qu'elles sont toutes majoritairement négatives et qu'elles peuvent être des freins à la demande d'aide auprès de ces professionnels. Cela va dans le sens de la petite différence qu'on a vu apparaître dans les recours à l'aide entre Pays COB, Bretagne et Alsace quant à la psychiatrie dans la première partie de la recherche. Par ailleurs, la place du médecin traitant dans les entretiens comme recours à l'aide et à l'orientation est importante, cette donnée est également congruente avec les résultats de la deuxième partie de cette étude.

La dernière partie de ce travail de recherche consistera à faire une synthèse globale des résultats issus de la recherche psychosociale et de la recherche clinique pour répondre à ma question de départ qui était : qu'est-ce que qui se passe sur ce territoire ? Ensuite, j'évoquerai les limites de cette étude. Enfin, puisqu'il n'y a jamais de réponse définitive lorsqu'on fait de la recherche, je proposerai des pistes d'exploration complémentaires et surtout pour contribuer à prévenir le suicide en Pays Centre Ouest Bretagne et ses effets, je suggérerai un plan de prévention du suicide issu de ce travail de recherche et de ce qui avait déjà été fait auparavant.

**Quatrième partie : Synthèse des résultats,
hypothèses et propositions pour une
prévention du suicide en Centre Ouest
Bretagne**

Chapitre 1 : Synthèse des résultats

Synthétiser ces données et ces résultats aurait pu sembler une tâche impossible sans avoir l'idée qui a été la mienne tout au long de ce travail de l'articulation entre différents champs de fragilités à l'œuvre dans l'émergence d'une crise suicidaire. Le sujet en souffrance suicidaire est au bout d'un cheminement qui a vu s'entremêler des événements de vie récents, des composantes personnelles, familiales et environnementales anciennes, des fragilités biologiques au sens large, le tout inscrit dans des groupes sociaux avec lesquels il a interagi toute sa vie : son réseau familial, son réseau social, les groupes d'amis, de collègues, les professionnels etc. Ainsi, pour faire une synthèse des conclusions de cette recherche, je partirai des vulnérabilités bio-psycho-sociales que j'ai pu repérer dans les traversées de crises suicidaires et dans les trajectoires de vie des personnes suicidées. Cette synthèse et les conclusions de ce travail ne sont pas une vérité. Elles esquissent des contours qui permettent de faire des hypothèses et surtout de proposer des pistes pour aller encore plus loin dans des recherches plus spécifiques. Enfin, elles permettent de mettre en relief les programmes de prévention du suicide mis en place à l'échelle du Pays COB et de la Bretagne avec les données issues de ce travail et des recherches antérieures pour proposer des idées d'actions de prévention complémentaires.

A. Les vulnérabilités bio-psycho-sociales des personnes en COB, analyse et hypothèses

Il me semble nécessaire dans un premier temps de savoir de quoi on parle lorsqu'on énonce le terme de vulnérabilité en lien avec le suicide. Le mot vulnérabilité vient du latin « *vulnus* » qui veut dire blessure et signifie ainsi le caractère de ce qui peut être blessé, touché par un mal. La vulnérabilité bio-psycho-sociale dans le suicide ne signifie pas qu'il existerait une population dite vulnérable au suicide, comme les enfants, les personnes présentant un handicap sont définies comme vulnérables au sens de la santé publique, mais il s'agit de l'état de ce qui fragilise une personne dans ses potentialités d'anticipation, de réponse, de résistance et de récupération face à un événement stressant survenant dans la vie. On se rend ainsi compte dans cette définition que ces fragilités peuvent être de différents types et surtout qu'il y a une grande variabilité interindividuelle dans les modalités de réactions aux événements de vie en fonction de ces vulnérabilités. Je les aborderai selon les trois grands axes en lien avec le risque suicidaire : la vulnérabilité biologique, pour laquelle je n'entrerais pas dans les détails, car cela relève plus des biologistes, généticiens, médecins que des psychologues, puis la vulnérabilité psychologique, à savoir dans le fonctionnement normal de l'individu et autour des psychopathologies comme facteurs de fragilisation des individus, enfin, la vulnérabilité sociale, dans les événements de vie apparaissant dans les profils des personnes rencontrées, mais également dans leurs inscriptions dans des groupes sociaux et l'impact de ces inscriptions

sociales sur l'individu et son positionnement personnel. Ces trois niveaux sont en interactions et étroitement liés.

1. La vulnérabilité biologique

J'ai abordé dans la deuxième partie de ce travail, les antécédents de violences, de suicide et de psychopathologies existant dans les générations antérieures de nos participants. Les études montrent qu'il y a des effets de ces antécédents au niveau épigénétique. L'épigénétique est « *l'étude des changements dans l'activité des gènes, n'impliquant pas de modification de la séquence d'ADN et pouvant être transmis lors des divisions cellulaires. Contrairement aux mutations qui affectent la séquence d'ADN, les modifications épigénétiques sont réversibles.* »⁴⁹ Il s'agit actuellement d'un des grands champs de recherche dans le domaine de la suicidologie. Les modifications épigénétiques apparaissent suite à un signal environnemental, qui génère par exemple un stress et implique une chaîne de réactions biologiques. Les violences dans l'enfance ont par exemple été étudiées quant à leur impact sur la régulation du stress. Il y a des effets neurobiologiques sur l'axe du stress par des modifications épigénétiques et cela peut induire le développement de certaines psychopathologies sur le long terme (Labonté & Turecki, 2012)⁵⁰. Mon propos est ici de penser que la confrontation aux violences, aux psychopathologies, depuis plusieurs générations en Pays COB et en Bretagne, a pu avoir des effets de ce type sur les personnes, d'autant plus que, les personnes restent très attachées à leurs origines et souvent trouvent conjoint, conjointe dans leur proximité géographique et que ces modifications épigénétiques sont transmissibles d'une génération à l'autre. On entend également, dans la définition de l'INSERM, que ces modifications sont réversibles, ce qui contribue à penser qu'une forme de prévention est possible. Des études faites chez les souris montrent entre autres que le type d'attachement des mères à leurs bébés a des effets : en cas de maternage dysfonctionnel apparaissent des effets de méthylation de certains gènes associés à l'axe du stress, entraînant une diminution de l'expression d'un récepteur régulateur, tandis qu'un maternage positif permettrait de faire disparaître ces méthylations et la dysrégulation, à la même génération, mais également à la génération suivante. Certaines recherches ont mis en évidence que ces modifications épigénétiques s'étaient transmises à la génération N+1, mais que sous l'effet d'un maternage positif, elles ont disparu (McGowan et al., 2009 ; Meaney & Szyf, 2005). Ces notions autour du maternage et de l'attachement m'amènent aux réflexions plus cliniques et aux résultats que

⁴⁹<http://www.inserm.fr/thematiques/genetique-genomique-et-bioinformatique/dossiers-d-information/epigenetique> (consulté le 19/04/2017)

⁵⁰ Plusieurs équipes de recherche, dont certaines francophones, explorent ces pistes (Institut Mc Gill à Montréal ou CHRU de Montpellier etc.)

la recherche clinique a permis d'obtenir sur les vulnérabilités psychologiques et psychopathologiques.

2. Les vulnérabilités psychologiques et psychopathologiques

En effet, il semble qu'il existe dans notre population d'étude, en plus des violences qui sont également très présentes, des facteurs relationnels familiaux qui interviennent précocement dans la construction de soi, de l'estime de soi, du narcissisme qui peuvent être des facteurs de fragilisation des personnes au long cours. J'aborderai les résultats cliniques s'exprimant dans les vulnérabilités psychologiques du côté de l'attachement et du côté de l'incestuel dans les familles. Ensuite, j'évoquerai les psychopathologies qui apparaissent dans les histoires de vie des personnes et les liens avec les pathologies de la modernité que sont les dépressions, les addictions, les pathologies du lien, les troubles de la personnalité.

2.1 L'attachement, l'estime de soi et la confiance en soi

La grande majorité des récits fait état de difficultés relationnelles avec les parents et d'un attachement dans la prime enfance, l'enfance et l'adolescence difficile avec l'un ou l'autre des parents. Or la qualité de l'attachement entre parents et enfant constitue le socle de la construction de soi, du narcissisme et de l'estime de soi. Dès les premiers temps de la psychanalyse, différents théoriciens se sont intéressés à ces notions, de Freud pour les interrogations sur le narcissisme (Freud, 1914, 1922), à Winnicott pour les fonctions maternelles et maternantes (1957, 1958), à Bowlby pour ce qui est de l'attachement (1956, 1967, 1970).

L'attachement est un besoin primaire comme l'alimentation et les soins selon Bowlby et il permet la construction du narcissisme par l'intériorisation d'une relation. Cela correspond à la définition du narcissisme secondaire chez Freud et cela fait également référence aux réflexions de Lacan sur le stade du miroir (Lacan, 1949). « *Le besoin d'être aimé totalement et inconditionnellement est un besoin primaire* » (Guedeney & Guedeney, 2016, p. 74). Les premiers liens structurants avec la mère, en tant que fonction maternelle, permettent une unification du moi de l'enfant et ensuite la différenciation de ce moi d'avec ses objets internes. La qualité de la relation permettra que cette différenciation se fasse de façon sécurisante. Ce qui semble important est l'idée que l'attachement permet la constitution d'une sécurité de base chez l'enfant, psychique, physique et relationnelle qui donnera à l'enfant et donc à l'adulte en devenir les capacités d'être soi avec les autres sans s'y perdre et permet de perdre sans s'effondrer.

Dans les récits recueillis, il est clairement fait mention de la dimension pratique de la relation autour de la propreté, de l'alimentation mais beaucoup plus rarement de la qualité des relations entre les parents, la mère en particulier et l'enfant. Les personnes ne nous parlent pas de comment elles ont été portées, aimées, entourées. On apprend que l'affection n'était pas présente dans les paroles, qu'elle n'est pas montrée, or montrer sous-entend voir, c'est-à-dire des comportements, des émotions.

La sécurité de base, le narcissisme et l'estime de soi donnent de la confiance en soi qui se construit à travers le support parental tout au long de l'enfance et de l'adolescence dès la naissance. Elle prend trois formes : la confiance en soi, la confiance dans les autres et la confiance dans l'avenir. Or, les personnes dans cette population d'étude n'ont pas confiance en elles. Elles ont une faible estime d'elles-mêmes, elles ont peur de la perte et du regard des autres sur elles. L'estime de soi est au carrefour du soi et des autres, dans une référence au regard d'un groupe social sur soi. L'estime de soi influence les capacités adaptatives des personnes et une de ses fonctions serait entre autres de protéger l'individu de l'adversité et là nous sommes au cœur de notre problématique (André, 2005). Elle correspond à l'autoévaluation que l'individu fait de lui quant à sa valeur, à ses capacités etc. Elle se doit d'être flexible tout en étant stable pour permettre de réagir de manière adaptée aux différents événements de la vie sans pour autant se trouver en déséquilibre psychique voire s'effondrer psychiquement. Des études récentes mettent en évidence qu'une faible estime de soi est corrélée à l'intentionnalité suicidaire quelle que soit l'intensité de la dépression associée. C'est donc un point important à repérer et à aborder dans la prévention du suicide (Perrot, Vera & Gorwood, 2016).

Les résultats obtenus dans cette étude poussent à formuler les hypothèses suivantes :

- Des modalités d'attachement et des pertes dans l'enfance et l'adolescence des personnes ont fragilisé la sécurité psychique de base et la construction de l'estime de soi chez les personnes en crise suicidaires ou suicidées.
- Les enfants devenus adultes ont intériorisé des modèles relationnels qu'ils reproduisent à l'âge adulte avec les autres autour d'eux, conjoints, collègues etc.
- Les psychopathologies ultérieures pourraient être en partie les effets des fragilités de base, du fait d'une faible confiance en soi et de modalités de relations aux autres non sécurisées.

2.2 L'incestuel et la question des limites entre soi et les autres

L'étude des génogrammes et des inscriptions transgénérationnelles dans les récits cliniques et de recherche met en évidence des mécanismes de confusion des générations, des sexes, des places dans les familles, avec entre autres des parentifications d'enfants. Ces éléments sont des signes cliniques en lien avec l'incestuel dans les familles. L'incestuel est un concept développé par Paul-Claude Racamier (2006), à partir de sa clinique des psychoses. Ce qui caractérise l'incestuel ce n'est pas l'inceste agi, mais un climat psychique et relationnel où règne la confusion, l'absence d'individuation, la confusion des générations, c'est-à-dire un mode de fonctionnement familial, actuel ou transgénérationnel, qui évite autant que possible la séparation des uns et des autres, pour ménager les angoisses d'abandon et les angoisses de mort. Ces angoisses archaïques sont en lien avec des modalités relationnelles précoces présentant des carences affectives. Il existe donc un lien avec les questions d'attachement que j'ai mentionnées juste avant. L'exemple qui paraît le plus frappant de ces dynamiques incestuelles est la façon dont est décrit le fonctionnement familial et psychique de Pauline avec un grand fourretout où toute trace distincte est impossible et un vécu de type persécutif de l'arrivée de personnes étrangères à la famille. L'absence des conjoints dans les génogrammes pourrait également en être une trace, ceux qui sont appelés des « pièces rapportées » et qui cassent les liens avec la

famille d'origine au risque de la mort. On retrouve des éléments de parentifications des enfants dans différents entretiens à la génération actuelle des personnes en crise suicidaire mais également dans les générations antérieures. On peut penser que le fonctionnement des familles dans le monde rural, plus isolé, a contribué au développement de cette modalité relationnelle intra-familiale.

Or, ce climat incestuel, où la seule limite est entre la famille et l'extérieur, en lien avec des modalités relationnelles dans l'enfance et dans l'adolescence, ne permet pas l'accès à une vision de soi séparée des autres. Ceci contribuera à ne pas avoir une conscience de soi et une confiance en soi suffisantes pour supporter la différence et l'absence, créant des fragilités narcissiques profondes et des modalités relationnelles de dépendance et/ou d'emprise, comme vues dans les récits d'Annette et de Lysiane. Par ailleurs, ce mode de fonctionnement pose la question de la possibilité à accepter la perte et à pouvoir y faire face, quelle que soit la forme qu'elle prend : deuil, travail, rupture affective... Et un lien avec la dépression et les addictions comme manifestations de ces fragilités individuelles et familiales peut s'envisager car les questions autour des pertes sont centrales dans ces deux psychopathologies.

Ainsi, à la suite de l'analyse des cas cliniques de cette recherche, les hypothèses que je fais sur les vulnérabilités structurelles des personnes sont les suivantes :

- Les modalités d'attachement dans l'enfance et l'adolescence ont fragilisé le développement sain du narcissisme, de l'estime de soi et de la confiance en soi.
- Il existe dans le mode de fonctionnement familial un climat incestuel, consécutif à des troubles relationnels transgénérationnels dans les places familiales, qui contribue à ne pas permettre l'individuation normale et stable des individus et crée des fragilités narcissiques.
- Ces fragilités altèrent les compétences personnelles et relationnelles des personnes, les entraînent dans des relations pathologiques et créent les conditions de l'éclosion de troubles de la personnalité et de psychopathologies comme les dépressions et les addictions.

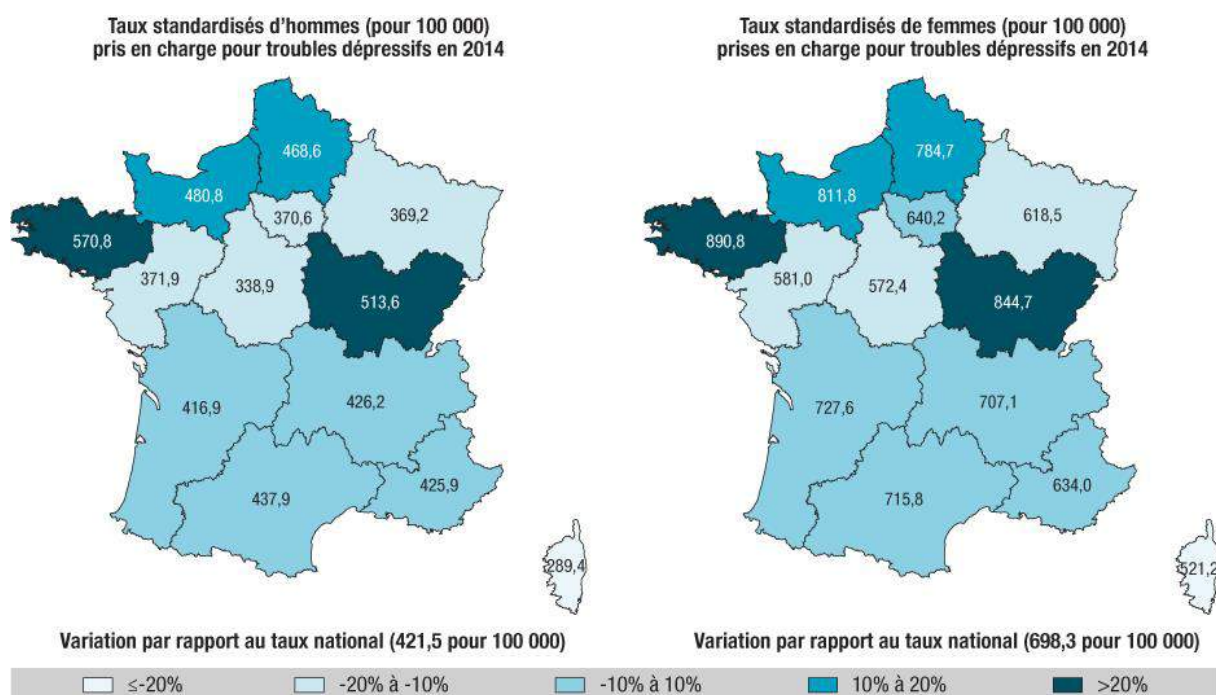
2.3 Psychopathologies de la modernité en Bretagne et ailleurs sans doute aussi...

Les résultats de ce travail montrent qu'au-delà de la structure, de type névrose, psychose ou perversion, des manifestations de souffrance psychique plus transversales se retrouvent majoritairement dans les histoires de vie des personnes. Ces manifestations sont des psychopathologies de la modernité, comme les états-limites, la dépressivité, les pathologies du narcissisme, les addictions (Ehrenberg, 2000 ; Lebrun, 2009).

2.3.1 Dépression

On retrouve principalement la dépression, ce qui est conforme aux données issues de la littérature internationale. Dans une moindre mesure des problèmes d'addiction sont retrouvés, par l'alcool, les médicaments ou les jeux en ligne. Il semble tout de même que dans ces histoires, l'addiction est associée au mal-être dépressif.

Selon les dernières données du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, la Bretagne a le plus d'hospitalisations pour dépression unipolaire et bipolaire pour les deux sexes (Badjadj & Chan Chee, 2017) comme l'indique la carte suivante :



Source : RIM-P, analyses Santé publique France.

Taux standardisés sur âge par la méthode de standardisation directe. Population de référence : Europe 2010.

Figure 67 : Taux standardisés de prises en charge pour troubles dépressifs par sexe et par région en France en 2014 (Source : Badjadj & Chan Chee, 2017)

La conclusion est univoque : il faut prévenir et intervenir le plus précocement possible dans les dépressions pour éviter les chronicisations et le risque suicidaire. La dépression n'est pas forcément bien repérée par les proches des personnes dans ma population d'étude, les signes ne sont pas perçus correctement et très souvent de manière associée au vécu de la personne concernée. On voit qu'une évocation spontanée des signes de dépression n'est pas évidente, alors qu'avec des indices on peut retrouver l'essentiel des signes. Il y a donc à mon sens à faire encore un travail sur la perception de la dépression et de ses manifestations dans la population générale, c'est-à-dire travailler sur la littératie sociale. Il faut également y associer, du fait des représentations sociales abordées sur la dépression et les traitements, un niveau plus global sur la stigmatisation associée à la maladie mentale, mais il s'agit pour moi d'une vulnérabilité psychosociale que j'évoquerai juste après. Concernant la prise en charge de la dépression, cette recherche révèle également qu'elle n'est pas toujours pluriprofessionnelle, pas toujours précoce et intensive et qu'il manque parfois de coordination inter-professionnelle.

2.3.2 Pathologies du narcissisme et troubles de la personnalité

On peut également faire l'hypothèse de troubles de la personnalité, entre autres dépendante, qui sont à mettre en lien avec les difficultés d'attachement dont j'ai parlé

précédemment. On peut se demander s'il ne s'agit pas de pathologies du narcissisme qui : « *sont représentatives d'une construction contre la rencontre et le lien, construction qui participe de l'expérience du sujet et s'alimente dans son rapport aux autres. L'équilibre public/privé qui caractérise le développement de la subjectivité y est profondément mis en cause. La notion même d'altérité en ressort transformée, puisque sa destruction devient un enjeu proprement interne de l'identité. Sans doute l'identité collective est-elle en elle-même une construction psychique produisant, selon Piera Aulagnier et René Kaes, contrats narcissiques ou pactes dénégatifs, qui garantissent le silence sur ses zones d'ombre.* » (Ménéchal, 1999, p. 570). Ces pathologies font l'articulation entre construction de soi, lien à l'autre, à la société et le silence et la confusion. Néanmoins, la méthodologie appliquée dans cette étude n'avait pas pour vocation d'étudier cet aspect spécifiquement et il paraîtrait rigoureux de se dire qu'il s'agit d'une piste à explorer plus avant, d'autant plus qu'elle avait déjà été évoquée dans le travail de Dominique Montplaisir en 2003 à Brest.

Cela fait donc plus de quinze ans que ces hypothèses existent, que ces pathologies se déploient, que les gens continuent de souffrir et on voit qu'actuellement la Bretagne est toujours « championne de France » pour la dépression et le suicide.

Je proposerai donc à l'échelle de la Bretagne et du Pays COB, les hypothèses suivantes sur les psychopathologies actuelles :

- Depuis longtemps la souffrance psychique des Bretons s'exprime au-delà des mots dans leurs symptômes psychiques, dont les manifestations les plus visibles sont l'addiction et surtout la dépression.
- Une meilleure compréhension globale de la dépression et une meilleure prise en compte de ce trouble de santé mentale est nécessaire en Bretagne et en Pays COB
- Des freins psychosociaux individuels et collectifs empêchent les prises en charge rapides de la dépression
- Une amélioration du dépistage et de la prise en charge de la dépression est possible.

3. Les vulnérabilités psychosociales en COB

3.1 Les événements de vie

Parmi les événements de vie négatifs récents qui apparaissent le plus souvent dans les récits avant les suicides ou les tentatives de suicide, il y a les difficultés relationnelles, au travail ou dans le couple, les difficultés financières et les problèmes de santé qui sont à l'origine d'un processus dépressif.

3.2 Lien social, isolement et solitude

L'étude des représentations sociales du suicide, montre chez les Bretons et les Alsaciens ayant répondu, que le suicide est associé en première périphérie avec la solitude. En Pays COB, plus spécifiquement, on voit apparaître les deux notions dans la représentation sociale du suicide en général et l'isolement est un élément qui n'apparaît que dans ce groupe.

La solitude est au cœur de la représentation sociale des causes de suicide pour les Bretons et les Alsaciens interrogés, alors qu'elle reste en première périphérie pour les personnes du COB toujours associée à l'isolement en troisième périphérie. Lorsqu'on demande aux personnes du COB quelles sont les causes du suicide en Bretagne, ils font la distinction entre isolement géographique (première périphérie), isolement relationnel (seconde périphérie) et solitude en troisième périphérie.

On peut faire ainsi l'hypothèse d'une association inconsciente collective entre isolement relationnel, isolement géographique, solitude et suicide en Bretagne et plus spécifiquement en Pays COB. On peut rapprocher cela des idées développées dans le travail de Clément Prévitali sur les conditions du suicide des professionnels agricoles (2015). Ce que je retiens de cet article concerne les conditions relationnelles à l'œuvre dans les zones rurales, comme étant des territoires où s'expriment des processus d'exclusion forts, avec des logiques de disqualification sociale majorées par les spécificités du monde rural comme « *la difficulté de mobilité, l'isolement géographique et l'isolement social, accentuant à la fois les processus de stigmatisation et de désocialisation et l'enfermement des personnes sur les territoires et dans des logiques d'assistance* » (Prévitali, 2015, p. 110). Il fait l'hypothèse de l'existence de trois effets influençant les processus d'exclusion :

- Des effets de fermeture avec des difficultés à accepter les personnes venant de l'extérieur. Ce sont effectivement des mécanismes dont il a déjà été question autour de ce qu'est l'identité bretonne et ce que veut dire être différent ou ne pas être Breton. On voit là que ces deux notions s'entrecroisent : identité bretonne et spécificités relationnelles dans les zones rurales.
- La nécessité de se conformer à des modèles comportementaux imposés qui favorise la stigmatisation lorsque pour quelque raison que ce soit une personne dévie de ce modèle.
- La précarité de la solidarité dans le milieu rural, cette dernière étant souvent mise en avant, en Bretagne et en Pays COB, dans la richesse des structures associatives par exemple. Mais « *le rural ne protège pas de l'isolement* » (idem, p. 111), car les processus de stigmatisation évoqués précédemment font que les personnes en difficulté s'anonymisent et se rendent invisibles même dans un milieu où tout le monde se connaît.

« Ainsi, les processus " classiques " de précarité – comme le cumul de difficultés, la fragilisation et la marginalisation – croisés avec des phénomènes propres aux territoires ruraux dans lesquels ils se développent – comme l'isolement et la mise à distance liés à la rareté des ressources institutionnelles et publiques aidantes, mais aussi une forte visibilité sociale, source de stigmatisation – conduisent des personnes ou des familles à se sentir comme assignées à résidence sur les territoires ruraux » (idem, p. 112)

Si l'on met ces résultats en lien avec les données issues de la clinique et les hypothèses formulées du côté d'un mode de fonctionnement familial incestuel où la question de la séparation et de la différenciation est problématique, on voit une boucle se former entre éloignement de la famille, pour quelque raison que ce soit, et isolement-solitude. Comment être seul lorsqu'on a été in-divisé dans le tout ?

3.3 Effets du collectif sur l'individu

3.3.1 Représentations sociales et fragilité sociale

Les représentations sociales véhiculées dans le Pays COB ont des effets à l'échelle du collectif et du groupe social mais également sur l'individu dans ce groupe social. De nombreux thèmes sont apparus dans les récits et des études complémentaires seraient nécessaires pour aller plus loin, mais j'aborderai dans cette synthèse trois thèmes principaux : - le suicide avec les représentations sur les personnes suicidées, - les causes associées au suicide, - la santé mentale avec des idées sur la dépression, les traitements, la folie et les professionnels de la santé mentale.

3.3.1.1 RS du suicide et effets du collectif vers l'individuel

Concernant les représentations sociales du suicide et leurs effets du collectif vers l'individuel je parlerai plus spécifiquement des risques de stigmatisation des personnes ayant des pensées ou des comportements suicidaires. En effet, j'ai mis en évidence tout au long de ce travail, que ce soit dans l'étude psychosociale des RS des personnes suicidées ou dans les récits associés aux histoires de vie, que les personnes qui se suicident sont encore assimilées en Pays COB à des lâches, à des faibles, à des fous etc. Or, puisque les personnes en crise suicidaire partagent du fait de leur appartenance à ce groupe social, le même socle de représentations, on peut penser qu'il y a un risque d'auto-stigmatisation et que les personnes puissent être moins enclines à parler de leurs souffrances de peur de vivre, en plus de la douleur qui les habite, la stigmatisation sociale. Cette stigmatisation se rajoute à d'autres formes de stigmatisation sur lesquelles je reviendrai.

3.3.1.2 RS des causes associées au suicide et effets du collectif vers l'individuel

Concernant les causes associées au suicide, on se rend compte que les personnes ont les connaissances pour accéder à une représentation consensuelle des facteurs de risque principaux associés au suicide, mais qu'elles sont parasitées par des représentations de la Bretagne et des Bretons qui modifient ces bonnes notions. Ce « parasitage » est également vrai pour les personnes ayant bénéficié d'une formation spécifique au repérage de la crise suicidaire. On peut donc penser qu'il est nécessaire sur ce territoire de travailler sur ces représentations sociales de manière encore très active, mais avec une méthodologie adaptée. La stratégie développée dans le cadre du Plan National de Prévention du Suicide par Madame la Professeure Monique Séguin et Monsieur le Professeur Jean-Louis Terra au début des années 2000, était de partir d'une liste consensuelle de 10 idées reçues sur le suicide, qui seraient débattues de la même manière où que la formation se passe. Or, d'après les résultats du groupe témoin 2, pour la Bretagne, cette façon de procéder ne suffit pas à changer certaines de ces représentations. Ce qui ressort donc de mon travail de recherche est qu'il est nécessaire de territorialiser cette étude des RS du suicide pour adapter les stratégies de communication, d'intervention et de formation à certaines réalités collectives spécifiques.

3.3.1.3 RS de la santé mentale, de la maladie mentale, de la dépression etc.

Concernant la santé mentale, je constate dans les récits que les représentations des maladies psychiques, des troubles de santé mentale, de la folie, de la psychiatrie, des traitements

psy et des professionnels de la santé mentale sont des freins majeurs à l'accès au soin sur le territoire du COB. Cette étude n'avait pas pour vocation d'étudier spécifiquement ces représentations, et il me semble là encore rigoureux de proposer d'aller plus loin sur ce thème et de développer des recherches adaptées. Cependant il apparaît dans les histoires racontées que la dépression est encore associée à la folie et à la psychiatrie, que les professionnels de la santé mentale sont encore associés au traitement de la folie et des fous, que les traitements psychotropes sont assimilés à des drogues et les patients à des drogués. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude SMPG (Roelandt et al., 2010). Concernant la dépression plus spécifiquement, l'inconscient collectif fait apparaître que si elle n'est pas traitée par médicament elle n'existe pas, qu'elle est une maladie des fainéants, de personnes manquant de volonté. Sur ce territoire du Pays COB, les personnes dépressives que j'ai pu rencontrer se sentent ostracisées, rejetées et il y a une forme de dévalorisation sociale et de culpabilisation sociale qui se rajoute au sentiment d'auto-dévalorisation du dépressif. Ainsi, là encore, une boucle se crée entre pensée collective sur la dépression et ressenti personnel allant dans le sens d'une « tabouisation » de la dépression et d'une stigmatisation des dépressifs. Et pour être caricaturale, puisque le psy c'est pour les fous, alors on ne va pas le voir puisqu'on n'est pas fou quand on est dépressif. Eventuellement cela pourrait être tolérable lorsque le médecin traitant médiatise la rencontre. Ainsi, cette dame qui me tend le mot de son médecin traitant pour une prise en charge psychologique en me regardant presque honteuse avec les larmes aux yeux et qui me dit : « mais je ne suis pas folle ».

Il y a donc possiblement sur le territoire du Pays COB, des RS à l'œuvre collectivement qui tendent à stigmatiser à la fois les personnes en souffrance psychique, dépressives et/ou en crise suicidaire, mais également à stigmatiser les professionnels de la santé mentale.

3.3.2 Modernité et progrès en Centre Bretagne depuis 40 ans

Ce travail a également mis en lumière la rapidité des changements sociétaux en Centre Bretagne depuis les années 1970, à la fois dans le domaine de l'agriculture qui est le champ professionnel le plus représenté, mais également dans les liens à la modernité et aux progrès techniques : électricité, eau courante, téléphone presque de manière concomitante avec l'apparition de l'informatique et d'internet sur deux générations pour certains. Ainsi, on peut imaginer que cette rapide évolution de la société s'est faite en décalage avec les capacités d'évolution psychique et d'adaptation des personnes et il se pourrait que ce décalage du collectif vers l'individuel ait eu également un effet dans l'apparition de psychopathologies par des difficultés d'adaptation.

3.3.3 Place du travail en Centre Ouest Bretagne et risques associés

Le travail prend une place psychique individuelle et collective tout à fait particulière dans les résultats obtenus, puisqu'il est dit que les mots qui sont appris sont « les mots du travail » (CR02-1), que la valeur de quelqu'un est déterminée par le fait qu'il soit au travail et qu'il ait réussi dans son travail (CR04), que ça procède de sa narcissisation (CR08), voire que cela aide à se reconstruire ou à réparer (CR07). La réussite au travail justifie l'appartenance à la lignée familiale (CR04) et permet de se construire une identité, parfois associée à l'identité bretonne. Les clichés disent des Bretons qu'ils sont « Têtu, Travailleurs et Taiseux ». Le travail

arrive précocement dans la vie des personnes, dès l'enfance, parfois proposé, souvent exigé avant même le travail scolaire. Il est possible de faire le lien avec ce qui a été évoqué précédemment de la poussée de la modernité en Centre Bretagne depuis 40 ans et ce qui était la réalité de la vie pour les générations des grand-parents et des arrière grand-parents des personnes les plus jeunes de notre groupe : une vie de « misère » dont il fallait sortir, un travail pour « survivre », c'est-à-dire essentiel, vital. Or, si travailler est vital, ne plus ou ne pas travailler serait-ce mortel ? On sait que la région Bretagne est la région avec le plus fort taux de réussite au baccalauréat et l'investissement des parents dans l'éducation est reconnue avec l'idée que la scolarisation est la possibilité de se sortir d'un contexte de vie de plutôt négatif⁵¹. L'article du Télégramme indique que les familles ont compris l'intérêt de l'école sur un territoire « sans industrie », comme modalité d'ascenseur social. En soi, il ne semble pas que ce soit un problème de penser que l'école et la réussite professionnelle puissent être des façons de prendre une place dans la vie sociale. Le problème qui émerge en lien avec les trajectoires de vie c'est qu'il s'agit d'un pilier presque unique de la construction personnelle. Il n'y a rien à côté comme modalité relationnelle, comme possibilité d'accomplissement, de bien-être, autre que la famille lorsqu'elle est fonctionnelle. On peut se demander alors sur quoi les personnes peuvent s'étayer lorsqu'un événement fait que la relation au travail est mise à mal, quelle qu'en soit la raison : dépression, maladie physique, souffrance professionnelle, licenciement économique, mais également retraite, etc. Les personnes se retrouvent dans un grand isolement parce que la modalité relationnelle principale, extérieure à la famille, est le travail et qu'inconsciemment il a été intégré que c'est par le travail qu'on existe et qu'on a une place dans la société.

Les hypothèses que je ferais à la suite de ce travail sur ce thème précis seraient :

- Il existe un rapport au travail et à la réussite professionnelle spécifique en Bretagne en lien avec les vécus sociétaux encore récents.
- Ce rapport étroit entre travail, survie et sentiment d'existence implique une vigilance accrue sur les risques de souffrance psychique, de perte de l'estime de soi et d'isolement lorsque des difficultés professionnelles sont en cours, peu importe le motif de ces difficultés.

3.3.4 Parler, être soi avec autrui et demander de l'aide : les « cocottes minutes » du Centre Ouest Bretagne

S'il devait n'y avoir qu'un seul point commun aux 19 situations rencontrées dans le cadre de cette recherche, ce serait l'importante difficulté d'accès au registre de la parole sur soi

⁵¹<http://www.letelegramme.fr/ig/generales/regions/bretagne/bac-premiere-de-la-classe-la-bretagne-cultive-les-ingredients-de-la-reussite-17-05-2013-2105744.php> consulté le 25/04/2017

pour les personnes en crise suicidaire ou suicidées. Parler de soi semble être compliqué parce que pas appris, parce que « être soi » est caché par le masque social réactionnel aux situations vécues dans l'enfance et l'adolescence, parce qu'on ne parlait pas dans les familles et qu'on ne parlait pas de soi, des autres, des vivants, des morts... parce que les mots de l'affection et du lien étaient peu présents... On parle de ce qui est valorisable socialement, mais on ne parle pas de soi, et surtout on ne parle pas de ses soucis. Les Bretons seraient des taiseux. Le tout génère une intériorisation de la souffrance, avec une impossibilité à l'extérioriser autrement que dans le symptôme : addiction, dépression, somatisation, passage à l'acte. Il n'y a pas d'autres moyens de lâcher la pression interne. Ces notions de « symptomatisation » sont retrouvées dans les entretiens, lorsque les personnes disent en substance : au lieu de parler de leur souffrance, ils sont tombés malades. Cela crée les « cocottes minutes » prêtes à exploser que je rencontre dans mes prises en charge. On peut penser à Magalie (C06) et au fait qu'elle n'ait pas eu d'aide plus tôt, et cela pose la question de l'accès à la parole pour soi et de manière conjointe, la reconnaissance de la souffrance et la question de la demande d'aide sur ce territoire. Comment demander de l'aide lorsqu'enfant on a entendu : « si ça va pas viens pas pleurer chez moi » (C02) ou que lorsqu'on confie à un parent l'inceste dont on a été victime rien n'est parlé ni fait (C06). Adulte, les parents peuvent être à nouveau sollicités, mais ce n'est pas leur place d'être thérapeute de leurs enfants. Ils n'ont pas eu la possibilité d'apprendre que d'autres pouvaient venir les aider, voire cette possibilité au recours à un autre a pu être stigmatisée du côté de la lâcheté et de la faiblesse. Comme mis en évidence dans l'étude des RS des suicidées, en particulier en Pays COB, la perception des personnes suicidées est très négative en périphérie : malades psychologiquement, folles, dérangées, lâches, idiotes, peureuses.... Au niveau de la centralité, les personnes suicidées sont pensées fragiles et faibles, au bout du rouleau et isolées. Il est nécessaire d'être prudent et comme je le préciserai dans les limites de la recherche, il faut aller plus loin dans l'étude des processus associatifs avec peut-être des entretiens complémentaires pour savoir ce que les personnes entendent précisément par le mot faible. Mais il faut penser que la personne en souffrance psychique partage globalement le même système représentationnel que le groupe social dans lequel elle évolue et il pourrait y avoir des formes d'auto-censure dans la demande d'aide auprès des proches et des amis de peur d'être jugés ainsi. Pour ce qu'il en est de la demande adressée à des professionnels de la santé mentale, on voit également que les préjugés sont des freins majeurs. Il reste donc, dans les possibilités d'aide les plus spontanées, le médecin traitant, qui reçoit les souffrances physiques mais également les souffrances psychiques incarnées (somatisations) ou manifestées par des troubles des habitudes de vie dont les troubles du sommeil qui ont été très présents dans les entretiens de crise suicidaire.

Pour conclure, je dirais en termes d'hypothèses que :

- L'accès à la parole sur soi est difficile en Centre Ouest Bretagne et peut-être en Bretagne.
- Cette difficulté d'accès à la parole n'est pas sans lien avec les déracinements linguistiques mais également sociétaux qui ont mis à mal le rapport subjectif à la parole au profit d'une communication opérationnelle.
- Ces difficultés se répètent de manière transgénérationnelle.

- Des marqueurs identitaires se rapprochent des définitions associées à la « bretonnité » et des stigmatisations viennent compliquer le rapport du collectif à la parole et à la demande d'aide.
- L'accès à cette demande est tout aussi compliqué en Pays Centre Ouest Bretagne, ce qui freine l'accès aux soins précocement et crée les conditions d'aggravation majeure des situations jusqu'au suicide.
- Il y a des processus collectifs de stigmatisation sociale en jeu dans cette difficulté à accepter d'être en situation de fragilité et de demander de l'aide, pour la personne concernée, mais également pour les personnes ressources. Il a été prouvé que la stigmatisation des suicides et des suicidés et de la demande d'aide est un facteur majeur de récurrence des tentatives de suicides à la suite de sentiment d'auto dévalorisation (Reynders et al., 2015).

3.4 Effets de l'individu sur le collectif

Le suicide d'un individu a des effets sur ses proches et ainsi à l'image des ondes sismiques se propage à la fois de manière transversale à l'échelle d'une génération, mais également de manière transgénérationnelle. Ainsi, l'idée d'une boucle entre collectif et individuel et réciproquement se trouve vérifiée encore une fois, comme Durkheim et Halbwachs l'évoquaient déjà. L'onde de choc apparaît dans le risque traumatique pour les autres, aperçu dans l'étude des représentations sociales, mais également dans l'étude des effets des suicides sur les proches. Il y a donc des risques psychiques individuels et collectifs d'un suicide, mais il y a aussi des effets de modifications du rapport au monde et à la société dans les comportements et dans les attitudes à l'égard du suicide. Ainsi le suicide a eu comme conséquences pour certains de penser qu'on ne pouvait rien faire pour l'empêcher, parce que ces personnes concernées n'avaient pu intervenir. Ce sentiment raconté à d'autres et à l'image du traitement médiatique du suicide participera à la transmission orale collective d'un mythe sur le suicide, ayant pour effet de freiner les actions de prévention et l'accès aux informations et aux actions.

4. Et la résilience dans tout ça ?

La place de la parole est essentielle, la capacité à demander de l'aide, à se soutenir de l'autre est au cœur du développement de la résilience comme la capacité à réagir et à vivre des événements de vie négatifs sans s'effondrer. Ainsi l'histoire que m'a racontée Francine concernant son père Marcel, ayant perdu ses deux parents par suicide, sa mère lorsqu'il avait 7 ans et son père à 20 ans. Malgré la perte précoce de sa femme, pour les enfants, le père de famille a maintenu son rôle dans la famille, a été soutenu par les grands-parents pour l'éducation de ses 3 enfants, s'est montré protecteur et prévenant, donnant à ses enfants les outils pour grandir malgré l'absence de leur mère. Et, bien que cet homme se soit par la suite suicidé, parce qu'il « avait fait ce qu'il avait à faire sur cette terre » écrit-il dans la lettre d'adieu qui a laissé, il n'y a aucun silence sur les décès des grands-parents dans les générations suivantes, des paroles ont été échangées, des photos montrées. Ils font partie de l'histoire de cette famille, eux vivants, et Francine raconte qu'il existe une réelle cohésion familiale, aucune psychopathologie, aucun accident, aucune maladie grave, aucun décès précoce dans cette famille. « Ça » s'est arrêté là, parce que la parole a permis de ne pas créer de fantômes dans l'histoire familiale,

parce qu'un attachement familial positif a rendu possible un développement narcissique positif dans les générations ultérieures... Francine est la seule personne que j'ai interviewée qui a pu nommer les prénoms de toutes les personnes sur trois générations. Cet entretien n'a pas été intégré à l'étude car il ne respectait pas le cadre méthodologique de la recherche puisque le père de Marcel s'est suicidé dans les années 1970, mais il me donnera l'occasion de travailler sur la résilience familiale après un suicide dans le cadre d'un article.

Les anciennes hypothèses, celles de Jean-Jacques Kress, de Didier Houzel, de Philippe Carrer, de Jean-Yves Broudic sont encore utilisables pour expliquer ce qui, il y a plus de deux générations, a fait rupture psychiquement en Bretagne et encore plus récemment en Centre Ouest Bretagne. Mais il semble important actuellement, à la fois de faire le point et être au clair sur cette histoire, l'intégrer dans son histoire collective et dépasser le traumatisme, pour penser le suicide et les addictions dans la Bretagne d'aujourd'hui. L'actualité de la souffrance est à voir sous l'angle des troubles de la parentalité, des troubles du lien, de l'accès à la parole, de la stigmatisation sociale et personnelle, des inhibitions, des représentations sociales erronées, du développement de psychopathologies...

B. Limites de la recherche

1. Analyse des représentations sociales du suicide

L'analyse des représentations sociales du suicide que j'ai réalisée dans ce travail est une première étude, il sera nécessaire d'approfondir, avec des outils méthodologiques plus poussés, des modalités d'analyse plus précise, et des choix populationnels différents. En effet, la méthode de diffusion du questionnaire est à l'origine d'une forme de biais de recrutement, puisque ce sont principalement des personnes touchées directement ou indirectement par la thématique qui ont répondu. Ainsi, cette étude n'a pas permis d'accéder aux représentations sociales du suicide en population générale, mais chez des personnes concernées. Les résultats sont néanmoins intéressants dans le sens de ce travail puisqu'ils permettent d'étudier l'impact du suicide dans une boucle entre collectif et individuel.

2. Analyses cliniques

2.1 Autopsies psychologiques

La méthode employée pour les autopsies psychologiques aurait pu être encore plus rigoureuse avec la possibilité d'avoir des juges extérieurs pour évaluer les trajectoires par exemple, la recherche de plusieurs participants de la famille pour confronter les récits (Séguin, Parser & Turecki, 2009). J'ai proposé aux participants de cette étude de parler de ma recherche à leurs proches également concernés pour obtenir d'autres récits, mais je n'ai jamais eu de réponses positives. On peut supposer que les difficultés de recrutement de témoins sont en lien avec les difficultés à parler du suicide dans les familles et la société. On peut également penser qu'elles ont eu peur de réactiver leur souffrance.

2.2 Entretiens cliniques

Les récits de psychothérapies ne sont pas représentatifs de l'ensemble des crises suicidaires. Les modalités d'inclusion des personnes étaient très strictes et, du coup, limitatives sur le temps imparti pour cette recherche. Il y a un biais de sélection. Par ailleurs, la qualité des retranscriptions n'était pas égale non plus en termes de contenu et de durée. Cependant, les éléments obtenus dans les récits cliniques vont dans le sens des récits obtenus dans le cadre des autopsies psychologiques.

2.3 Outils d'évaluation

Parmi les outils d'évaluation, il aurait été possible d'intégrer une échelle d'évaluation de la dépression et de l'anxiété pour compléter le tableau clinique. Cela aurait pu permettre d'objectiver les signes de dépression, mais il est possible également que les résultats aient été biaisés par les problèmes des personnes à reconnaître la dépression pour eux et pour leur proche. Elle aurait pu être utilisée avec les personnes que je recevais dans le cadre de ma consultation, mais jusqu'à présent je n'ai jamais eu recours à des échelles d'évaluation de la dépression ou de l'anxiété dans ce contexte.

Il aurait également été possible d'intégrer un outil d'évaluation du deuil, comme l'inventaire du deuil compliqué (IDC), développé par Holly Prigerson et ses collaborateurs en 1995 et adapté en France par Gana, Lesquoy, Pariset, De Tychey et Bacqué (2004), pour compléter les résultats sur les effets des suicides auprès des proches.

3. Limites

Le nombre de personnes ayant répondu à cette proposition de recherche est assez limité. On pourrait penser qu'il faudrait un effectif plus grand pour d'autres recherches à venir. Cependant, il me semble que la saturation théorique est atteinte dans le sens où les mêmes thèmes se retrouvent dans la majeure partie des entretiens.

4. Angles d'approche

Un autre angle d'abord et de compréhension aurait pu être une étude de la culture bretonne et de sa littérature pour comprendre les influences également de ce champ de la culture sur les représentations des personnes, des Bretons, de leur vie, de leurs trajectoires et l'influence sur la personnalité. En effet, comme l'écrit Goulc'han Kervella: « *Une caractéristique de la littérature bretonnante moderne est sa coloration pessimiste. Destins solitaires, déracinement, échec des différentes entreprises, repliement sur soi... Cette littérature traduit bien la détresse, le désespoir d'une civilisation sur le déclin. La mort est omniprésente dans cette littérature. Le suicide est l'issue classique de bon nombre de nouvelles et romans* » (2000, p. 176). Y aurait-il un effet Werther associés à la littérature bretonne moderne ?

L'étude des publications journalistiques en lien avec le suicide en Bretagne aurait également pu être un axe de recherche, car c'est un moyen d'accéder également aux représentations sociales véhiculées et renforcées sur le suicide.

Chapitre 2 : Perspectives pour la recherche et pour une prévention du suicide en Pays COB

A. Propositions de recherche

J'ai construit ce travail de recherche sans hypothèses de départ et je me retrouve aujourd'hui avec beaucoup de pistes d'études complémentaires. Etant donné qu'il s'agissait d'une étude exploratoire, il me paraît intéressant de proposer des pistes pour d'autres recherches complémentaires sur ce thème à la fois en Pays COB, en Bretagne et ailleurs. Je ne vais pas proposer ici des méthodologies et des hypothèses, mais juste lister ce qui me semblerait nécessaire d'aller explorer pour compléter cette étude pilote sur la sursuicidité en Pays COB.

Il m'apparaît nécessaire de compléter ce travail en direction des représentations sociales de la dépression, de la maladie mentale et des professionnels de la santé mentale. Par ailleurs, par rapport à la dépression, je trouverais intéressant d'aller étudier la perception des signes associés à la dépression en rappel spontané et indicé en population générale par rapport à d'autres grands messages de santé publique de prévention comme sur l'AVC ou sur l'infarctus du myocarde. Je pense qu'il pourrait également être nécessaire de travailler autour des troubles du sommeil comme modalité d'approche de la souffrance psychique et de la dépression par le médecin traitant, d'autant plus que des études récentes sur les liens entre sommeil et risque suicidaire vont dans le sens d'une association possible entre troubles du sommeil et idéation suicidaire après une crise suicidaire (Mirsu-Paun, Jaussent, Komar, Courtet & Lopez-Castroman, 2017). Dans une récente méta-analyse, les troubles du sommeil sont considérés comme un signe d'alarme que les cliniciens auraient à repérer en prévention du suicide quelle que soit la pathologie sous-jacente (Escobar-Cordoba, Quijano-Serrano & Clavo-Gonzalez, 2017).

Toujours dans le registre de la santé mentale, je pense qu'il pourrait être important à la suite de ce travail de vérifier si la dissociation psychique après l'annonce d'un suicide ne pourrait pas être un marqueur de gravité de l'évolution du deuil, avec nécessité d'un repérage et d'une prise en charge précoce.

D'un point de vue de la psychologie clinique, il serait évidemment essentiel d'aller voir ce qui se passe dans les modalités d'attachement parents-enfants en Pays COB et en Bretagne plus largement.

J'ai également eu l'impression dans les récits cliniques que la place du rêve dans la dépression et la crise suicidaire est particulière. Absents les premiers temps, au moment où l'individu est débordé, il me semble que la réapparition des rêves pourrait être un signe d'amélioration psychique et venir marquer un changement de positionnement dans la relation thérapeutique, dans les premiers temps du côté de l'intervention de crise et du support narcissique, puis à partir du moment où le rêve revient, glisser vers des processus thérapeutiques plus classiques. N'ayant

que quelque cas ici à partir desquels cette question s'est posée, il est nécessaire d'aller plus loin pour vérifier cette hypothèse.

« Le rêve n'est pas seulement la voie royale vers l'inconscient, c'est une voie royale pour subjectiver la pulsion de mort »

(Pommier, 2011, p. 105)

B. Propositions pour une prévention du suicide en Pays COB et en Bretagne

« Une santé mentale suffisamment bonne peut être définie comme « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte (soit la capacité de dire “non”). Il s'agit de la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, en investissant et en créant dans cet environnement, y compris des productions non normatives »

(Furtos, 2015, p. 6)

Dans cette dernière partie, je vais rendre compte de l'avis des personnes ayant participé à cette recherche concernant la prévention du suicide et la postvention et je proposerai mes pistes pratiques pour une prévention du suicide en Pays COB et peut-être plus largement. Je reprendrai les trois axes de prévention tels que définis par l'OMS : universelle, spécifique et ciblée.

La prévention universelle est une prévention qui s'adresse à l'ensemble de la population. Dans le domaine de la santé, elle a pour fonction de promouvoir la santé physique et psychique en général. La prévention spécifique s'adresse à des populations à risque de développer des pathologies. Enfin, la prévention ciblée concerne les personnes déjà touchées par une maladie ou un problème de santé physique ou mentale. En ce qui concerne cette étude, il s'agit bien sûr des personnes ayant fait des tentatives de suicides, mais également leurs proches ainsi que les proches des personnes décédées par suicide.

1. Propositions des personnes du COB

Les personnes ayant participé à cette recherche ont été amenées à répondre à cette question : « Selon vous que pourrions-nous faire pour améliorer la prévention du suicide en Pays Centre Ouest Bretagne et concernant la postvention, c'est-à-dire après un suicide, la prise en charge des proches ? ». Cette partie en fait la synthèse.

1.1 Propositions pour la prévention

1.1.1 Prévention universelle

Il y a quatre propositions faites par les participants qui relèvent du domaine de la prévention universelle. Il s'agit pour ces personnes de favoriser l'accès à la parole et à la demande d'aide (CR02 / CR06), de favoriser le développement personnel et la recherche de

multiples centres d'intérêts (CR04 : 1670-1673) alternatifs au travail et enfin de dé-stigmatiser le recours à l'aide psychologique, psychiatrique (CR06). Enfin, des actions du côté de la sensibilisation générale sont évoquées, comme le fait de ne pas banaliser le suicide (CR02). Ce travail se rapproche de ce que le programme Papageno⁵² développe, à savoir une communication juste et éthique sur le suicide pour prévenir les mythes et les fausses croyances sur le suicide (Notredame, Pauwels, Walter, Danel & Vaiva, 2015 ; Notredame, Pauwels, Vaiva, Danel & Walter, 2016).

1.1.2 Prévention spécifique

Concernant la prévention spécifique les propositions faites traitent du soutien social pour deux d'entre elles, et de la place des professionnels de la santé pour deux autres.

Du côté du lien social, de l'inquiétude et de l'isolement, il a été proposé de développer des dispositifs de veille et de soutien pour les personnes en situation de vulnérabilité (CR04 : 1511-1525 ; 1575-1591) comme les professions agricoles et de soutenir les artisans et petits patrons en brisant leur isolement professionnel. Cette idée est cohérente avec les propositions de Bah et Gaillon (2016) concernant la prévention du suicide des patrons de petites entreprises. En effet, ils évoquent l'absence de services de santé au travail pour les travailleurs non-salariés, comme les artisans, patrons, professions libérales. Ils proposent également de « lever le tabou » pour permettre aux dirigeants d'exprimer leur souffrance. *« Il est nécessaire de créer des lieux et des structures dédiées à la prise en charge de la souffrance patronale où les chefs d'entreprise peuvent trouver un appui et un soutien psychologique pour évoquer leurs difficultés, leurs préoccupations et leurs angoisses, et se libérer ainsi du stress qui accompagne leur travail »* (Bah & Gaillon, 2016, p. 97)⁵³. Or, même si j'ai mis en évidence que les familles et les amis sont les premiers recours envisagés lors de crises suicidaires, on peut penser que le microcosme rural du Pays COB limite l'accès aux proches comme ressource d'aide en lien avec les spécificités de ces territoires ruraux. En effet, *« les phénomènes d'interconnaissance et leur horizon limité dans un espace de faible densité enlèvent aux populations en situation d'échec la relative protection qu'assure en milieu urbain son anonymat. La stigmatisation est donc renforcée et les personnes concernées risquent d'entrer dans un processus de désaffiliation en chaîne : (...) mais aussi la menace de la dislocation de l'identité conférée par le travail et ses conséquences négatives sur l'image de soi donnée aux autres dans un univers où tout le monde se connaît »* (Prévitali, 2015, p. 111). Nous sommes vraiment là au cœur de ce qui au niveau psychosocial, individuel et collectif, a empêché Armel d'accéder à de l'aide selon sa mère.

⁵² <https://papageno-suicide.com/>

⁵³ Il existe depuis 2013 une structure associative dont le but est d'apporter un soutien psychologique aux patrons, entrepreneurs en souffrance psychologique. Il s'agit de l'association APESA www.apesa-france.com

Du côté du soin, les personnes pensent que les médecins traitants ont une place essentielle dans la prévention du suicide et la prise en charge de la dépression (CR05 / CR06 : 2051 ; 2082), à condition qu'ils aient la sensibilité pour aborder ces questions et qu'il y ait une confiance réciproque pour favoriser l'expression de la souffrance. Enfin, il a été question de la formation des psychiatres et des liens entre psychiatrie et familles (CR05 : 1309-1312) dans la prise en charge de la souffrance psychique et du risque suicidaire.

1.1.3 Prévention ciblée

Promouvoir une meilleure coordination de la prise en charge après tentatives de suicide (CR07 : 1063-1064) est un axe de prévention spécifique proposé dans un entretien.

1.2 Propositions pour la postvention

Toutes les personnes qui ont participé à cette recherche parlent de la nécessité de proposer de l'aide aux personnes qui ont perdu un proche par suicide, dans l'immédiat du suicide et à moyen terme également (CR07 : 1055-1056 ; 1090-1092). J'ai mis en évidence que cette aide peut être apportée de différentes façons :

- Le médecin traitant est un partenaire incontournable, qui peut favoriser l'orientation des personnes après un suicide vers des professionnels spécialisés (CR05 : 2413-2416 ; 2422-2424).
- La création de dispositifs spécifiques, comme des cellules de crise pour les endeuillés par suicide (CR05 : 1318-1321 ; 1366-1368) qui apportent un soutien physique, administratif et moral aux familles (CR03) vont en direction des personnes (CR05). Il serait intéressant de créer des groupes de parole pour personnes endeuillées par suicide (CR08 : 1602-1605), avec intervention de bénévoles « compétents » (CR04 : 1522-1525 ; 1551-1552) plutôt que des « psy » à cause de la stigmatisation associée aux « psy » (CR02).

Enfin, il semble important de communiquer sur l'existence des dispositifs locaux d'aide et de soutien (CR02).

Ces propositions sont également cohérentes avec les données de la littérature internationale sur le deuil après suicide et les expériences menées. Il a été entre autres prouvé qu'un soutien aux endeuillés diminue l'intensité des symptômes dépressifs associés (Spino et al., 2016).

2. Propositions générales pour une prévention du suicide en Pays COB

À partir des résultats obtenus dans la recherche, des expériences de prévention existantes dont celles pour lesquelles il y a des preuves d'efficacité sur la réduction des suicides et des tentatives de suicide (Arensman, 2017 ; Hogan, 2016 ; Zalsman et al., 2016, 2017), des projets actuels de prévention du suicide dans le cadre du projet CLS du Pays COB, je proposerai des suggestions complémentaires de prévention pour le Pays COB qui se déclinent également en prévention universelle, spécifique et ciblée.

Cette prévention porte sur la santé mentale en générale, sa promotion et la prévention de ses troubles, mais également des actions plus spécifiques sur la prévention du suicide. En particulier, les actions de prévention universelle et spécifiques envisagées ici relèvent plus du domaine de la prévention des troubles de santé mentale et de la promotion de la santé mentale. En ce sens, mes résultats vont dans le sens des préconisations du HCSP (2016), mais je pense également à la suite de la proposition de consensus faite par « The Task Force for the European Evidence-Base Suicide Prévention Program – EESPP » (Zalsman et al., 2017) qu'il est absolument nécessaire de maintenir de manière absolument coordonnée des stratégies nationales de prévention du suicide et des programmes nationaux de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles de la santé mentale. Le suicide est un problème multifactoriel qui implique évidemment les troubles de la santé mentale, mais également d'autres facteurs liés à la société et à son évolution. Les facteurs de risque associés au suicide changent au cours du temps en fonction des hommes et de la société dans laquelle ils vivent, et la prévention du suicide, par la recherche et par l'action de santé publique, restera une nécessité pour rester « up to date ».

Parmi les propositions faites au niveau international pour prévenir le suicide, il y a un axe lié aux professionnels de santé et un autre associé à la santé publique en général. La prise en charge efficace pluriprofessionnelle de la dépression et la coordination de la chaîne des soins ont fait leurs preuves en matière de santé. Toutefois, resteraient à développer et à prouver l'efficacité de la formation des professionnels de soins primaires et l'évaluation dans le soin primaire (Zalsman et al. 2016, 2017). Dans le domaine de la santé publique, les actions efficaces sont la restriction à l'accès aux moyens et la prévention du suicide dans le cadre de programmes de sensibilisation des élèves (Wasserman et al., 2015). Les autres actions de type déploiement de formation de sentinelles, de formations avec les médias, interventions internet et cellules de type soutien téléphonique resteraient à évaluer (Zalsman et al., 2017). On voit la nécessité de continuer la recherche et surtout la recherche appliquée à l'évaluation des actions de prévention mises en place. Or, la recherche nécessite des financements et l'investissement en direction de la recherche sur la prévention du suicide reste nécessaire en raison des coûts sociétaux du suicide et des tentatives de suicide. Aux USA, les TDS ont coûté 2.6 milliards de dollars en 2010 (Hogan, 2016 ; Hogan & Goldstein Grumet, 2016) tandis qu'en Europe, les suicides ont des coûts directs et indirects estimés à 150 milliards d'euros (Zalsman et al., 2017). On pourrait penser que la prévention du suicide devrait faire partie des priorités budgétaires de recherche en santé publique.

Un programme complet de prévention du suicide et des tentatives de suicide devrait intégrer ces différentes dimensions (Arensman, 2017). Sur le territoire du Pays COB, le Contrat Local de Santé propose sur la thématique du suicide des actions de formations au repérage et à la prévention du suicide pour les acteurs locaux et les élus, la mise en réseau et en collaboration des actions de la prise en charge de la santé mentale et du risque suicidaire et l'accompagnement des jeunes sur le territoire. En parallèle dans le même axe, il y a des actions de prévention de l'isolement pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de fragilité psychique par la création d'un Groupement d'Entraide Mutualiste (GEM).

« Les conseils locaux de santé mentale sont une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants. Ils définissent des actions de lutte contre la stigmatisation, d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, d'insertion sociale et de participation des aidants, des usagers et des habitants. » (Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016).

Ayant des fonctions visant à appliquer dans la vie de tous les jours des actions de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale, il serait nécessaire qu'en plus de la coordination entre les élus, les usagers, la psychiatrie, il y ait également une coordination avec la recherche et des experts dans le domaine. Ce travail de thèse avait comme visée également, de servir de support de réflexion pour les actions pratiques mises en place pour la prévention du suicide à l'échelle du Pays COB avec comme référentiel ce que la recherche actuelle permet de mettre en évidence.

2.1 Prévention universelle

Je proposerai dans les suites de ce travail de recherche, trois pistes complémentaires d'actions universelles sur la promotion de la santé mentale, en direction de la population générale du COB, ayant des effets indirects sur la prévention du suicide. Il me semble que ces suggestions sont valables à l'échelle du Pays COB, mais également qu'elles sont adaptables à la Bretagne et plus largement.

2.1.1 Soutien à la parentalité et prévention de l'apparition des psychopathologies du lien

« L'expérience limitée dont nous disposons indique qu'un soutien professionnel aux parents, dans la période critique entourant la naissance et les premières années de la vie de l'enfant, contribue grandement à les aider à développer avec leur bébé la relation pleine d'affection et de compréhension que tous ou presque appellent de leurs vœux »

(Bowlby, 1956, p. 49)

Cette étude a mis en évidence la nécessité de penser des actions en faveur de la parentalité et du développement de liens générationnels et intergénérationnels positifs, permettant le développement d'une confiance en soi et d'une résilience assurant des capacités d'adaptation aux difficultés de la vie. Ces actions pourraient limiter le développement de psychopathologies ultérieures et pourraient permettre de réduire les suicides de personnes jeunes, dont on sait d'après les études sur les trajectoires de vie, que se sont-elles qui ont le plus souffert d'adversité dans l'enfance et de troubles de l'attachement. Le programme santé mentale de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) a mis ce thème au cœur de son dispositif depuis 2013-2014, avec le thème de l'accompagnement à la parentalité. Néanmoins, cela ne trouve pas sa place dans le Contrat Local de Santé du Pays COB.

2.2.2 Promotion de la parole et déstigmatisation du recours à l'aide

« Lever le tabou » est un objectif avoué de plusieurs plans de prévention du suicide, mais avant même d'en arriver à la prévention du suicide, il semble absolument nécessaire à l'échelle du Pays COB de travailler sur l'accès à la parole des personnes, une parole sur soi, une parole de l'émotion et de l'affect, une parole liée et symbolique qui permette de s'inscrire

dans un processus de vie. « Il faut parler sinon c'est la mort » disait Marie-Alix (C07 : 441). Ce n'est pas être moins Breton que de parler. Ce n'est pas être moins fier que de dire que ça ne va pas, ce n'est pas être lâche. Il me semble nécessaire de faire des campagnes généralistes sur ce thème pour dé-stigmatiser la parole et la demande d'aide. On peut penser à tout ce qui a été fait dans le domaine de la dé-stigmatisation du SIDA et qui a encore lieu actuellement, avec le support par exemple de bandes dessinées, pour faire passer des informations essentielles et justes auprès du grand public.⁵⁴



On ne parle même pas encore là de dépression ou de suicide... mais juste de d'une proposition qui pourrait se résumer ainsi : « quand ça va pas on peut le dire, des personnes sont là pour écouter et aider ». Je n'ai rien trouvé sur le site de Santé Publique France qui regroupe depuis peu l'INPES, l'INVS et l'EPRUS, concernant des actions de ce type.

2.2.3 Prévention et prise en charge des violences

Cette étude, à l'image d'autres études, a mis en évidence l'existence de violences dans l'enfance des participants, mais également de violences dans les générations antérieures. Depuis de longues années la prévention des violences faites aux enfants est une priorité de santé publique. On peut donc penser que ces événements de vie devraient de moins en moins arriver et qu'une prise en charge efficace et adaptée est mise en place. Je pense néanmoins que sur le territoire du Pays COB une vigilance accrue devrait s'exercer et que des études sur ce thème spécifique pourraient se faire.

Un autre élément associé aux violences qui apparaît beaucoup dans les récits cliniques est le problème des violences conjugales comme facteur associé à l'émergence d'une dépression. Or, mes résultats montrent que certaines personnes n'avaient jamais reçu d'aide après avoir été

⁵⁴<http://france3-regions.blog.francetvinfo.fr/actu-bd-livrejeunesse/2015/11/13/journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-le-petit-spirou-icone-dune-campagne-de-prevention.html> (Consulté le 22/04/2017)

violentes. Cette absence d'aide est peut-être liée à la difficulté déjà évoquée de demander de l'aide, mais également à la difficulté à prendre en charge efficacement ces violences, à les repérer, à les dé-stigmatiser et les « dé-normaliser ». Ainsi, au 19^{ème} siècle, un adage breton disait : « *mieux vaut un mari méchant qu'un mari mort* » (Le Douguet, 2014, p. 77). La violence faisait partie de la vie et elle était acceptée. Là encore, je pense qu'un travail de prévention, de prise en charge et de coordination efficace contribuerait à diminuer les dépressions associées, voire les états de stress post-traumatiques et les risques suicidaires sur le territoire.

2.2.4 Désstigmatisation des troubles de santé mentale et de la dépression

Il apparaît important également, grâce aux récits obtenus dans cette étude, de travailler à une échelle plus grande en direction de la population générale, pour dé-stigmatiser les troubles de la santé mentale en général mais plus spécifiquement la dépression et les traitements psychiatriques de la dépression. En effet, les histoires de vie ont mis en évidence des processus de stigmatisation et des représentations sociales de la dépression et des traitements qui ne vont pas dans le sens d'une demande d'aide et d'une acceptation de la médication. Une étude japonaise récente a mis en évidence qu'un travail de formation à destination de la population générale sur la dé-stigmatisation de la dépression et des traitements pouvait avoir des effets sur les représentations négatives de la dépression et des traitements (Yakushi et al., 2017).

2.2 Prévention sélective

2.2.1 Concernant la santé psychique

2.2.1.1 La dépression : prise en charge et formation des professionnels

La prise en charge efficace de la dépression est un des thèmes centraux de la prévention du suicide, car l'association entre dépression et risque suicidaire est forte et les résultats de cette étude ne dérogent pas à la règle. Ainsi, il est important en Pays COB également de penser des actions de prévention de la dépression et d'intervention efficace sur la dépression. Or, on se rend compte que c'est un thème absent de tous les programmes de santé envisagés.

Il est nécessaire de former les professionnels de santé (OMS, 2004 ; Hogan, 2016) quel qu'ils soient sur ce thème, leur permettre de repérer précocement, de prendre en charge de manière adaptée et coordonnée, et de réactualiser leurs connaissances en fonction des avancées de la recherche.

Les études internationales mettent en évidence qu'un pourcentage non négligeable des personnes qui se sont suicidées ont consulté un médecin dans le mois précédent leur suicide (Ahmedani et al., 2014) ou étaient des usagers du système de santé mentale. Il ne s'agit pas de culpabiliser les médecins ou les professionnels qui n'auraient pas vu ou pas su aider leur patient, mais il s'agit de penser comment ces statistiques pourraient être changées par des actions de formation entre autres. Mon étude a mis en évidence que le premier professionnel sollicité en cas de souffrance psychique est le médecin traitant. Par ailleurs, les études de cas montrent effectivement que la plupart des personnes concernées étaient en contact avec des professionnels de santé de manière récente et/ou régulière. Ainsi, des actions de formation initiale et continue des professionnels de santé, médicaux, paramédicaux, psychologiques me

semblent à mettre en place tant sur la prévention du suicide que sur le repérage de la dépression et sa prise en charge, car là encore, les résultats de cette étude suggèrent que quasiment toutes les personnes étaient en dépression au moment de leur suicide. Je pense concrètement aux médecins généralistes, aux psychologues, aux médecins du travail, aux professions libérales et aux pharmaciens. Il pourrait être intéressant de se questionner sur l'intérêt de développer ces formations à destination des autres acteurs gravitants autour du soin et du bien-être comme les étioopathes, ostéopathes, naturopathes, sophrologues puisque ce sont des professionnels qui sont également sollicités par les personnes qui vont mal.

Il semble donc actuellement nécessaire de continuer à déployer des formations, mais également d'évaluer ces formations, de les adapter aux professionnels que l'on forme avec des contenus mis à jour à partir des données de recherche et de garantir une cohérence locale et territoriale dans le déploiement de ces formations et une expertise des formateurs avec des réactualisations régulières.

Il me semble qu'il s'agit d'une priorité à laquelle on pourrait intégrer les professionnels du champ social, de par leurs activités dans les domaines spécifiques associés aux facteurs de risques environnementaux évoqués par rapport au suicide : isolement, difficultés financières etc.

2.2.1.2 Les troubles de la personnalité et les psychopathologies du lien

Si un travail majeur est à faire sur le territoire du Pays COB concernant la dépression, il doit être également fait sur la prévention et de la prise en charge des troubles de la personnalité et des pathologies du narcissisme. Cela passera évidemment par tout le travail en amont sur les questions de parentalité et d'attachement, par la prévention et la prise en charge intense et efficace des violences dans l'enfance et dans l'adolescence, un accompagnement des jeunes comme le PAEJ le propose. La crèche de Carhaix propose depuis de nombreuses années des actions à destination des parents pour les aider : accueil pluri professionnel des enfants, parents et grands-parents fonctionnant sur un modèle de type « maison verte », documentaires vidéo sur les grands thèmes de la vie des parents et des enfants⁵⁵, mais ces actions bien qu'essentielles et très bien menées, sont trop anecdotiques à l'échelle du territoire.

Il faut absolument que les professionnels soient également formés à repérer les troubles de la personnalité et les pathologies narcissiques pour pouvoir intervenir et orienter en amont de la crise suicidaire, peut-être pour permettre des prises en charges psychothérapeutiques, psychodynamiques précoces avant la dépression et la crise suicidaire.

2.2.1.3 Concernant le lien entre santé et travail et catégories socio-professionnelles à risque

⁵⁵ <https://www.filmspreparonsdemain.com/products-page/>

Le dernier CLS a ajouté un axe santé au travail à ses orientations générales (Axe 4 : Promouvoir la santé au travail), avec comme actions d'accompagner les très petites entreprises (TPE) du Pays COB dans une démarche de qualité de vie au travail, ce qui va dans le sens des préconisations régionales également. L'action prévue devrait engager les ressources humaines (RH) avec un travail sur l'accompagnement et la qualité de vie au travail par la gestion des RH, sous forme d'ateliers avec possibilité d'intervention spécifiques autour de la santé au travail et des risques psychosociaux. Là encore, ces démarches vont dans le sens de ce qui émerge dans cette recherche, mais nécessite de penser les projets à plus long termes et en réseau, avec la question de l'isolement des patrons de TPE, de la stigmatisation sociale, de leur santé et de l'accès à un service de santé au travail pour eux, la place psychique du travail sur le territoire etc. Il pourrait être intéressant d'y associer un travail de recherche prospectif sur le sentiment de bien-être au travail pour voir si ces actions ont des effets dans le temps sur la qualité du travail, le bien-être physique et psychique des patrons et des salariés et la prévention des risques psychosociaux dont le suicide. Des actions complémentaires de type développement personnel des capacités de résilience, de gestion du stress professionnel, d'accès à la parole pourraient être associées à cet axe de travail qui de manière transversale avec l'axe santé psychique de la population pourrait contribuer à faire baisser les tentatives de suicide et les suicides, car j'ai montré que les conditions et événements liés au travail contribuaient à fragiliser les personnes.

La prévention du suicide devrait être un fil d'Ariane de manière transversale à tous les axes du CLS et des évaluations des impacts des actions menées devraient être faites.

2.2.1.2 Prévention de l'isolement comme un facteur associé au risque de dépression

Le CLS du Pays COB pour 2017-2020 intègre des actions de prévention de l'isolement à destination des personnes âgées. Il semble effectivement important de penser ces questions d'isolement mais à tous âges de la vie sur ce territoire et de chercher ce qui fait le sentiment d'isolement et de solitude chez les personnes. Il me paraît nécessaire de travailler les questions de mobilité sur le territoire et d'accès aux services publics administratifs et de soins parce qu'il existe effectivement, comme Clément Prévitali (2015) le souligne, des processus d'exclusion en zone rurale, qu'ils soient inter-individuels, mais également sociétaux. Plus de proximité, c'est plus de familiarisation avec les personnes, leur environnement et c'est donner l'opportunité d'accéder plus facilement aux structures.

2.2.2 Développer des dispositifs d'aide à distance connectés en zone rurale et isolée

On peut penser que les avancées actuelles sur les dispositifs d'aide à distance par le biais de support dématérialisés comme le web ou les outils connectés pourraient être des aides importantes en santé mentale pour la population générale mais également dans les territoires ruraux isolés. Ce qui prévient le suicide c'est le lien à l'autre et le soutien social. Plus quelqu'un a des ressources internes et externes plus il est en capacité à faire face aux événements de vie. « *Les liens sociaux peuvent déterminer le bien-être physique et psychologique des individus* » (Prévitali, 2015, p. 117). L'actualité du lien social c'est à la fois le lien direct et concret mais également le lien virtuel et c'est une piste de prévention intéressante dans les zones rurales. Ainsi des applications téléphoniques voient le jour dans le domaine de la santé mentale concernant à la fois la promotion du bien-être mais également sur des thèmes plus spécifiques

comme la dépression et l'anxiété, les patients ayant des addictions, ou ayant des difficultés de régulation émotionnelle comme dans les états limites et le suicide. Il me semble important de suivre ces avancées tout en restant prudent et éthique pour modifier les pratiques d'accès à l'aide et au soin dans les zones rurales isolées et moins pourvues en professionnels de santé. Dans la même ligne directrice, des consultations à distance par téléconférence pourraient également venir compléter le dispositif.

2.3 Prévention ciblée – à destination des personnes concernées directement

2.3.1 Amélioration des prises en charge après tentative de suicide sur le territoire

Parmi les expériences probantes permettant de faire baisser les taux de suicide, l'amélioration de la prise en charge après tentative de suicide est l'une de celle qui a fait ses preuves et depuis longtemps. A l'échelle du COB des actions sont déjà mises en place, par le travail de l'équipe de psychiatrie de liaison au CH de Carhaix, la formation de presque tous les professionnels de CMP à l'intervention de crise, la mise en place d'une permanence dédiée au CMP de Carhaix, le déploiement du plan Vigilans à l'échelle de la Bretagne.

On peut aller plus loin, en retravaillant la coordination avec les médecins traitants, en développant les concepts de « safety plan » que ce soit de façon concrète ou version numérique comme c'est testé actuellement aux Pays Bas avec l'application « Myplan » (Andreasson et al., 2017), qui me semble un point d'appui intéressant en zone rurale.

2.3.2 Amélioration des propositions d'aide après suicide pour les proches

Un manque notable est repéré en ce qui concerne la postvention sur le territoire du COB. Il n'existe pour le moment aucun support pour les personnes endeuillées par suicide, or les entretiens cliniques montrent bien qu'il y a une demande et un besoin, à court, moyen et long terme. Il me paraît essentiel de développer un réel réseau d'aide après un suicide avec une coordination pluriprofessionnelles, intégrant médecins traitants, psychologues, associations, élus et intervenants de premiers secours : gendarmerie, pompiers, SAMU. Une sensibilisation de ces intervenants de premier recours est nécessaire, et il existe déjà des propositions de sensibilisations sur le territoire à destination de ces professionnels, mais je pense qu'il faudrait les rendre plus coordonnées et systématiques. Une information est nécessaire auprès des médecins traitants sur les spécificités du deuil après suicide et les possibilités d'orientation des personnes avec la création de lieux dédiés.

Les manques concernant la postvention sont clairement identifiés à l'échelle nationale dans le dernier rapport du HCSP, c'est le cas également en Pays Centre Ouest Bretagne.

C. Synthèse

Il y a une absolue nécessité de continuer la recherche et de s'y référer, à la fois au niveau international, national mais également local pour adapter les actions aux données de la recherche, réactualiser les connaissances et continuer à avancer de manière conjointe entre chercheurs et préventeurs. Le suicide et les tentatives de suicide représentent des coûts

financiers immenses pour la société et des coûts psychiques incalculables sur plusieurs générations. Il faut se mettre ensemble dans différents champs de compétences pour penser cette problématique et confronter les connaissances expertales à la réalité locale et adapter les stratégies de prévention du suicide. Je pense qu'il est également important de s'appuyer sur des expériences innovantes et probantes expérimentées ailleurs, comme le programme Vigilans de rappel téléphonique après tentative de suicide qui de la région Lilloise est maintenant testé dans plusieurs régions dont la Bretagne, mais également s'inspirer des expériences de vigiles développés dans le Pays de Guingamp et du Trégor et par la MSA, ou la création d'un réseau comme le « Réseau Territorial de Prévention du Suicide (Rets) Nouvelle Aquitaine » qui a pour fonction de coordonner les actions à l'échelle d'un territoire et de rassembler les acteurs. Enfin, l'exemple du développement de l'action SOS Kriz à la Martinique avec une plateforme d'écoute à destination des personnes en crise, en général, animée par des bénévoles formés à l'écoute et à l'intervention de crise, en association avec des médecins et des psychologues experts donne des résultats plutôt encourageants et permettrait d'avoir une structure locale d'écoute, clairement identifiée pour la prévention mais également la postvention. L'expérience Supranet (Gilissen et al., 2017) qui se tient actuellement aux Pays Bas est un bel exemple d'intégration multidimensionnelle de la prévention du suicide vers lequel le territoire du COB pourrait aller : 1- des actions à destination des médias, 2- la formation des sentinelles, dont les forces de l'ordre et les enseignants, 3- la prévention à destination des personnes à haut risque de suicide, 4- la formation des professionnels de santé de première ligne.

Les conclusions de cette recherche s'appliquent au Pays COB, mais il n'est pas impossible de penser que certaines propositions puissent également trouver une place dans des protocoles de prévention du suicide à l'échelle d'autres territoires car elles sont à la fois spécifiques de la problématique de ce territoire, mais également conformes aux données de la littérature internationale sur les questions de dépression, d'isolement, de lien social, de stigmatisation et d'attachement.

Conclusion

Comment conclure un travail qui fondamentalement se voulait être une ouverture vers un avenir, un espoir pour un changement, une amélioration ? Il ne me semble pas possible de faire une conclusion à une recherche qui propose de nouvelles hypothèses de travail et propose des pistes de recherches complémentaires, et qui par ailleurs se poursuit actuellement au travers de nouveaux protocoles de recherche comme le protocole ReSCU⁵⁶ qui se déploie à la Martinique depuis 2016... Il s'agit d'un début, d'un projet, d'une étude exploratoire. Il s'agit de curiosité, de recherche, de questionnement. La curiosité pour le monde qui nous entoure est le début de tout dès nos origines. C'est elle qui, soutenue de nos parents, nous permet enfants, d'aller à la rencontre de notre environnement et des autres. L'émission « La marche des sciences » sur France Culture du 18/4/2017 sur le thème « Faut-il revoir l'éducation scientifique en France ? » concluait par la remarque d'une des invitées : les chercheurs sont des enfants qui n'ont pas oublié d'être curieux de ce qui les entoure⁵⁷. Ainsi je suis curieuse et c'est cette curiosité qui a pris forme dans ce travail de recherche. Parce que la recherche n'est autre que la mise en forme de cette curiosité. Je suis également une philanthrope sinon je ne pourrais pas exercer mon métier. Une philanthrope curieuse donc. Mais, puisqu'active dans la prévention du suicide, je suis également une grande utopiste et je le revendique. Car l'utopie c'est « *un système de conceptions idéalistes des rapports entre l'homme et la société, qui s'oppose à la réalité présente et travaille à sa modification* » (Source : CNRTL). Ce travail de recherche est donc une utopie dont l'auteure est une psychologue philanthrope curieuse. Il propose de changer les rapports de l'homme centre-breton avec la société actuelle et sa souffrance.

Mais plus globalement, parce que le travail que j'ai mené n'est qu'un maillon possible de la chaîne de prévention, portée par de nombreux chercheurs et préventeurs, j'aimerais dire que nous sommes tous, acteurs de la prévention du suicide, des idéalistes, des utopistes... Ainsi, je propose que nous continuions tous ensemble à penser que nous pouvons ensemble faire bouger les lignes et agir pour que nos concitoyens puissent trouver de l'aide sans en arriver à penser au suicide.

⁵⁶ Représentations du Suicide dans les Communautés Ultra-marines

⁵⁷<https://www.franceculture.fr/emissions/la-methode-scientifique/faut-il-revoir-leducation-scientifique-en-france> (consulté le 22/4/2017)

Bibliographie

Ouvrages et articles

- ABRAHAM, N. & TOROK, M. (1978) *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion, 1987
- ABRIC, J-C. (1987) *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset : Del Val
- ABRIC, J-C. (2011) *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France
- ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE. La prévention du suicide. Revue du Haut Comité de la Santé Publique, 2003, 45
- AHMEDANI, B-K., SIMON, G-E., STEWART, C., BECK, A., WAITZFELDER, B-E., ROSSOM, R., LYNCH, F., OWEN-SMITH, A., HUNKELER, E-M., WHITESIDE, U., OPERSKALSKI, B-H, COFFEY, M-J. & SOLBERG, L-I. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*, 2014, 29(6), 870-7, DOI : 10.1007/s11606-014-2767-3
- AJDACIC-GROSS, V., BOPP, M., EICH, D., GOSTYNSKI, M., ROSSLER, W. & GUTZWILLER, F. Historical Change of Suicide Seasonality in the Canton of Zurich, Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, April 2005, 35(2), 217-226
- AJDACIC-GROSS, V., BOPP, M., RING, M., GUTZWILLER, F. & ROSSLER, W. Seasonality in suicide. A review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena. *Social Science & Medecine*, 2010, 71, 657-666, DOI : 10.1016/j.socscimed.2010.05.030
- AGERBO, E., QUIN, P. & MORTENSEN, P-B. Psychiatric illness, socioeconomic status, and marital status in people committing suicide : a matched cas-sibling-control study. *J Epidemiol Community Health*, 2006, 60(9), 776-81
- AGNEW, R. The approval of suicide : a social-psychological model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28(2), 205-225
- ALTAMURA, C., VANGASTEL, A., PIOLI, R., MANNI, P. & MAES, M. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. *Journal of Affective Disorders*, 1999, 53, 77-85
- ANCELIN-SCHUTZENBERGER, A. (1993) *Aïe mes aïeux !* Paris : Desclée de Brouwer
- ANDERSEN, G., VESTERGAARD, K., RIIS, J. & LAURITZEN, L. Incidence of post-stroke depression during the first year in a large unselected stroke population determined using a valid standardized rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 90, 190-5.
- ANDERSON, M. & STANDEN, P-J., Attitudes toward suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007, 14(5):470-7, PMID : 17635255
- ANDERSON, A.L., LESTER, D. & ROGERS, J.R., A psychometric investigation of the Suicide Opinion Questionnaire. *Death Studies*, 2008, 32 : 924-936

ANDRÉ, C. L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 2005/3, 82, 26-30, DOI : 10.3917/rsi.082.0026

ANDREASSON, K., KROGH, J., BECH, P., FRANDSEN, H., BUUS, N., STANLEY, B., KERKHOF, A., NORDENTOFT, M. & ERLANGSEN, A. MYPLAN -Mobile phone application to manage crisis of persons at risk of suicide : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2017, 18(1), 171, DOI : 10.1186/s13063-017-1876-9

ANGUIS, M, CASES, C & SURAUT, P. L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. *Etudes et résultats*, 2002, 185, DREES

ARENSMAN, E. Suicide Prevention in an International Context. Progress and Challenges. *Crisis*, 2017, 38(1), 1-6, DOI: 10.1027/0227-5910/a000461

ARIÈS, P. (1975) *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*. Paris : Seuil, Collection Points Histoire, 1977

ARIÈS, P. (1977) *L'homme devant la mort, Tome 1 : Le temps des gisants, Tome 2 : La mort ensauvagée*. Paris : Seuil, Collection Points Histoire, 1985

ARIÈS, P. (1983) *Images de l'homme devant la mort*. Paris : Seuil

AUDIBERT, A. (1984) *Le matriarcat breton*. Paris : Presses Universitaires de France

BACQUÉ, M-F. Deuil post-traumatique et catastrophes naturelles. *Études sur la mort*, 2003, 123, 111-130, DOI : 10.3917/eslm.123.0111

BADJADJ, L. & CHAN CHEE, C. Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-P. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2017, 10, 177-184

BADONE, E. La Bretagne depuis 30 ans : le regard d'une ethnologue canadienne. *Ethnologie française*, 2012, 42(4), 635-645

BAH, T. & GAILLON, D. Processus suicidaires des dirigeants de petites entreprises : état des lieux et mesures de prévention. *Management & Avenir*, 2016/3, 85, 79-105, DOI : 10.3917/mav.085.0079

BAJAJ, P., BORREANI, E., GHOSH, P., METHUEN, C., PATEL, M. & JOSEPH M. Screening for suicidal thoughts in primary care : the view of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med*, 2008, 5(4), 229-35

BARBANÇON, Y. (Dir) (2002) *La sursuicidité en Bretagne, contribution à une explication socioculturelle*. Mutualité Française des Côtes d'Armor. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drass35/2002/sursuicidite.pdf>

BARR, B., TAYLOR-ROBINSON, D., SCOTT-SAMUEL, A., Mc KEE, M. & STUCKLER D. Suicide associated with the 2008-2010 economic recession in England : time trend analysis. *British Medical Journal*, 2012, 345, 1-7, DOI : 10.1136/bmj.e5142

- BATTERHAM, P-J., CALEAR, A-L. & CHRISTENSEN, H. 2013, The stigma of Suicide Scale : Psychometric Properties and Correlates of the Stigma of Suicide, *Crisis*, 2013, 34(1), 13-21, DOI : 10.1027/0227-5910/a000156
- BAUDELLOT, C. & ESTABLET, R. 1984, Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social. *Economie et Statistique*, Juillet-Aout 1984, 168, 59-70
- BAUDELLOT, C. & ESTABLET, R. (2006) *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris : Seuil
- BAUDELLOT, C. & GOLLAC, M. Que peuvent dire les suicides au travail ? *Sociologie*, 2015/2, 6, 195-206, DOI : 10.3917/socio.062.0195
- BAUDRY, P. (1999) *La place des morts*. Paris : Armand Colin
- BAUDRY, P. Travail du deuil, travail de deuil. *Études*, 2003/11, 399, 475-482
- BEAUSOLEIL, L. *La semaine de prévention du suicide : la modification des connaissances et des attitudes sur le suicide*, Mémoire de Maîtrise de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 2001
- BEAUTRAIS, A-L., HORWOOD, L-J. & FERGUSON, D-M. Knowledge and attitudes about Suicide in 25-Year-Olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38, 260-265
- BELLAMY, V., ROELANDT, J-L, CARIA, A. 2004, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale. Premiers résultats de l'enquête SMPG. *Études et Résultats*, 2004, 347, DRESS, 1-12
- BENHAMOU, M. Considérations générales sur l'inscription traumatique dans la psyché. *Perspectives psy*, 2012, 51, 22-41, DOI : 10.1051/ppsy/2012511022
- BENJANKHAR, L. *Santé mentale et territoires : Étude sur la sursuicidité et les conduites addictives en Pays Centre Ouest Bretagne*. Mémoire de Master 2 Sciences Humaines et sociales, mention Ingénierie et gestion territoriales, spécialité santé et territoires, Université Paul Valéry - Montpellier 3, 2014
- BENRAIS, F. Mise en conformité... *Journal français de psychiatrie*, 2006/4, 27, 24-27, DOI 10.3917/jfp.027.0024
- BERGAMASCHI, A. Attitudes et représentations sociales. Les adolescents français et italiens face à la diversité. *Revue Européenne des sciences sociales*, 2011, 49, 2, 93-122
- BERLIM, M-T., PERIZZOLO, J., LEJDERMAN, F., FLECK, M-P & JOINER, T.E. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior ?, *Journal of Affective Disorders*, 2007, 100, 233-239
- BERNUS, D. (2013) *Suicide : Plaidoyer pour une prévention active. Avis du Conseil économique, social et environnemental*. Journal Officiel de la République Française, NOR : CESL1100008X

BERROUIGUET, S., ALAVI, Z., VAIVA, G., COURTET, P., BACA-GARCIA, E., VIDAILHET, P., GRAVEY, M., GUILLODO, E., BRANDT, S. & WALTER, M. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry*, 2014, 18, 14, 294, DOI : 10.1186/s12888-014-0294-8

BESSELES, P., Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques. Contribution à une théorisation du défusing et du débriefing psychologique. *L'information psychiatrique*, 2006, 82, 231-237, DOI : 10.3917/inpsy.8203.0231

BHAR, S., GHABRAMANLOU-HOLLOWAY, M., BROWN, G. & BECK A-T. Self-esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide & Life -Threatening Behavior*, Oct 2008, 38, 5, 511

BLANCHET, A. & GOTMAN, A. (2002) *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan Université

BOILEAU, N. (1674) *L'art poétique. Chant Premier. V. 171-174*. Consulté le 20/06/2017 sur : <http://www.poesie-francaise.fr/nicolas-boileau/poeme-l-art-poetique-chant-I.php>

BOLZMAN, C. Travail social auprès des populations migrantes et interculturalité. Une analyse critique. *Les Cahiers Dynamiques*, 2012, 4, 57, 29-39

BOSSARD, C. SANTI, G & GUSEVA CANU, I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats. St Maurice : INVS, 2013, 26p. Consulté le 22/6/2017. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2013/Surveillance-de-la-mortalite-par-suicide-des-agriculteurs-exploitants>

BOTEGA, N-J., SILVA, S-V., REGINATO, D-G., RAPELI, C-B., CAIS, C-F-S., MAURO, M-L-F., STEFANELLO, S. & CECCONI, J-P. Maintained Attitudinal changes in Nursing Personnel After a Brief Training on Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, 37(2), 145-515

BOUHLAL, A. Le suicide : des actes pour le dire ou l'enjeu de la négativité (Fort ou Da ?). *La clinique lacanienne*, 2011/2, 20, 75-96

BOWLBY, J. (1956) La psychanalyse et l'éducation des enfants. In : BOWLBY, J. *Amours et rupture : les destins du lien affectif*. Paris : Albin Michel, 2014

BOWLBY, J. (1967) Conséquences comportementales de la perturbation du lien affectif. In : BOWLBY, J. *Amours et rupture : les destins du lien affectif*. Paris : Albin Michel, 2014

BOWLBY, J. (1970) Confiance en soi, autonomie et ce qui y contribue. In : BOWLBY, J. *Amours et rupture : les destins du lien affectif*. Paris : Albin Michel, 2014

BRADVIK, L. & BERGLUND, M., A suicide peak after weekends and holidays in patients with alcohol dependence. *Suicide & Life -Threatening Behavior*, Summer 2003, 33, 2; 186

BRADVIK, L. Suicide after suicide attempt in severe depression : a long-term follow-up. *Suicide & Life -Threatening Behavior*, Winter 2003, 33, 4; 381

BRENT, D-A., MELHEM, N-M., OQUENDO, M., BURKE, A., BIRMAHER, B., STANLEY, B., BIERNESSER, C., KEILP, J., KOLKO, D., ELLIS, S., PORTA, G., ZELAZNY, J., IYENGAR, S. & MANN J. Familial pathways to early-onset suicide attempt. A 5.6 year prospective study. *JAMA Psychiatry*, 2014, 72(2), 160-168, DOI : 10.1001/jamapsychiatry.2014.2141

BRESLAU, N., KESSLER, R-C., CHILCOAT, H-D., SCHULTZ, L-R., DAVIS, G-C. & ANDRESKI, P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community : the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, 55(7), 626-632

BRODIER, P. Quand on se suicide au travail. Le management à l'épreuve du sens. *Revue Internationale de psychosociologie*, 2011/43, XVII, 173-182, DOI : 10.3917/rips.043.0173

BROUDIC, F. (1995) *La pratique du breton de l'ancien régime à nos jours*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes - CRBC

BROUDIC, J-Y. (2008) *Suicide et alcoolisme en Bretagne au XX^e siècle. Sociologie-Histoire-Psychanalyse*. Rennes : Apogée

BRUNERO, S., SMITH, J., BATES, E. & FAIRBROTHER, G. Health's professional's attitudes toward suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15(7), 588-94

BRUNET, A., WEISS, D-S., METZLER, T-J., et al. The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, 1480-1485

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Numéro thématique. 2011, 47-48

BURNAY, N. Gestion des fins de carrière et exclusion sociale. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2002/3, XLI, 87-96, DOI 10.3917/rpve.413.0087

CAILLARD, V. & CHASTANG, F. (2010) *Le geste suicidaire*. Paris : Masson

CALICIS, F. La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite. *Médecine et Hygiène - Thérapie Familiale*, 2006/3, 27, 229-242

CANKOVIC, D., CANKOVIC, S., UKROPINA, S., SURKOVIC, O-N., HARHAJI, S. & RADIC, I. Attitudes towards suicide among adolescents. *Med Pregl*, 2013, 66(5-6), 240-4, PMID : 23888733

CANETTO, S-S & SAKINOFISKY, I. The gender paradox in suicide. *Suicide & Life -Threatening Behavior*, Spring 1998, 28, 1, 1

CAPLAN, R. The Elephant in the Room : Suicide in Patients with Epilepsy. *Epilepsy Current*, 2016, May/June, Vol. 16, n°3, 137-138, DOI : 10.5698/1535-7511-16.3.137

CARRER, P., HOUZEL, D., LE BECHENNEC, G., MEYER, N., VEDEILHIE, C., VIOLETTE, P. (1986a) *L'enfant breton et ses images parentales. Études ethno-psychologiques*. Vannes : Institut Culturel de Bretagne, Collection Anthropologie médicale

CARRER, P., DAUMER, Y., DENEZ, P., KRESS, J-J., ELEGOET, F. & VIOLETTE, P. (1986b) *Permanence de la langue bretonne. De la linguistique à la psychanalyse*. Vannes : Institut Culturel de Bretagne, Collection Anthropologie médicale

CARRER, P. (2007) *Ethnopsychiatrie en Bretagne, Nouvelles études*. Spezet : Coop Breizh

CASTELLVI, P, MIRANDA-MENDIZABAL, A, PARES-BADELL, O, ALMENARA, J., ALONSO, I., BLASCO, M-J., CEBRIA, A., GABILONDO, A., GILI, M., LAGARES, C., PIQUERAS, J-A., ROCA, M., RODRIGUEZ-MARIN, J., RODRIGUEZ-JIMENEZ, T., SOTO-SANZ, V. & ALONSO, J. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2017, 135(3), 195-211, DOI : 10.1111/acps.12679

CASTORIADIS, C. (1990) *Le monde morcelé*. Paris : Seuil

CHAMBERS, D-A, PEARSON, J-L., LUBELL, K, BRANDON, S. et al. The science of public messages for suicide prevention : a workshop summary. *Suicide & Life -Threatening Behavior*, Apr 2005, 35, 2, 134

CHAN, S-W., CHIEN, W-T & TSO S. Evaluations nurses' knowledge, attitude and competency after education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 2009, 29(7), 763-9, DOI: 10.1016/j.nedt.2009.03.013

CHARAZAC-BRUNEL, M. Autour des traumatismes. *Santé Mentale*, 134, 54-58

CHAPMAN, E-L., SPECHT, M-W & CELLUCI, T. Factors associated with suicide attempts in female inmates : the hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35(5), 558-569

CHAVAGNAT, J-J. (2006) *La prévention du suicide*. Montrouge : John Libbey

CHEMAMA, R. & VANDERMERSCH, B. (1995) *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Larousse/Bordas, 1998

CHILAND, C. (1999) *L'entretien clinique*. Paris : Presses Universitaires de France

CHIRITA, C., TORDEURS, D., JANNE, P., ZDANOWICZ, N., GILLET, J-B., REYNAERT, C. & ROUSSAUX, J-P. La dimension familiale du processus suicidaire, une étude empirique. *Evolution Psychiatrique*, 2000, 65, 719-726

CHUNG, K-H. & LIN, H-C. Methods of suicide among cancer patients : a nationwide population-based study. *Suicide & Life -Threatening Behavior*, Apr 2010; 40, 2, 107

- CICCONI, A. (2000) *La transmission psychique inconsciente*. Paris : Dunod
- COHIDON, C., GEOFFROY-PEREZ, B., FOUQUET, A., LE NAOUR, C., GOLDBERG, M. & IMBERNON, E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. *Institut de Veille Sanitaire*, 2010, consulté le 20/06/2017 sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2010/Suicide-et-activite-professionnelle-en-France-premieres-exploitations-de-donnees-disponibles>
- COHIDON, C., RABET, G., CAILLET, E. & IMBERNON, E. Risque suicidaire et activité professionnelle. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2011, 47-48, 502-504
- COLOMBO, E. L'inconscient érotisme de la mort. *Topique Revue Freudienne*, 1991, 48
- COMPAGNONE, P., Le génogramme : et si on le remettait à l'endroit... *Le journal des psychologues*, 2010/8, 281
- COPPENS, E., VAN AUDENHOVE, C., IDDI, S., ARENSMAN, E., GOTTLEBE, K., KOBURGER, N., COFFEY, C., GUSMAO, R., QUINTAO, S., COSTA, S., SZEKELY, A. & HEGERL, U. Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes and confidence in relation to depression and suicidal behavior : Results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *Journal of Affective Disorders*, 2014, 165, 142-150
- COUM, D. (2010) *Avons-nous besoin de père et de mère ?* Toulouse : Eres
- COURTET, P. (2010) *Suicide et tentatives de suicide*. Paris : Flammarion
- CROCQ, L. (1999) *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob
- CUYNET, P. & MARIAGE, A. Le dessin de l'arbre généalogique comme épreuve projective. 2004/2, *Le Divan familial*, 13
- CYRULNIK, B. Le jeu des comédiens. *Communication présentée au colloque Art, Jeu et Cerveau, Mouans-Sartoux*, 1995
- DAGENAIS, D. Le suicide des jeunes : une pathologie du devenir adulte contemporain. *Recherche sociographiques*, 2011, 11, 1, 71-104
- DAHLEN, E.-R. & CANETTO, S. The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behavior. *Death Studies*, 2002, 26:99-116
- DANET, F. Généalogie de la problématique suicidaire. Des mythes de la création du monde et de la topographie corporelle à l'approche psychanalytique du suicide. *L'Evolution Psychiatrique*, 2008, 73, 273-294
- DARIC, J. L'évolution de la mortalité par suicide en France et à l'étranger. *Population*, 1956, 11^e année, 4, 673-700

DAUMER, Y. Quand les Bretons s'en vont en piste... L'émergence de l'autre langue. In : CARRER, P. (éd.) *Permanence de la langue bretonne. De la linguistique à la psychanalyse*. Vannes : Institut Culturel de Bretagne, 1986b.

DAVENPORT PARKER, L., CANTRELL, C. & DEMI, A-S. Older adult's attitudes toward suicide : are there race and gender differences ? *Death Studies*, 1997, 21, 289-298

DEBOUT, M. (1998) *Le guide de l'entretien avec un patient suicidaire*. Lundbeck

DEBOUT, M. Perdre un proche par suicide. *Études sur la mort*, 2005/1, 127, 45-48

DEFONTAINE, J. L'incestuel dans les familles. *Revue française de psychanalyse*, 2002/1 66, 179-196, DOI : 10.3917/rfp.661.0179

DEISHAMMER, E-A. Weather and suicide : the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behaviours. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 108, 402-409

DEISHAMMER, E-A, KEMMLER, G. & PARSON, P. Association of meteorological factors with suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003, 108, 455-459

DEJOURS, C. & BEGUE, F. (2009) *Suicide et travail : que faire ?* Paris : Presses Universitaires des France

DEMYTTENAERE, K., BONNEWYN, A., BRUFFAERTS, R., BRUGHA, T., DE GRAAF, R. & ALONSO, J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord*, 2006, 92(2-3), 185-93, DOI :10.1016/j.jad.2006.01.007

DEVEREUX, G. (2012) *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion

DIEKSTRA, R-F-W & KERKHOF, A-J-F-M. Attitudes toward suicide : development of a suicide attitude questionnaire (SUIATT). *Current Issues of Suicidology*, 1988, 462-476, DOI: 10.1007/978-3-642-73358-1_63

DIWO, R., THOMASSIN, L., KABUTH, B. & MESSAOUDI, M. Pulsion de vie, pulsion de mort : une intrication à mieux évaluer dans une démarche de prévention de l'agir suicidaire à l'adolescence. *Psychologie clinique et projective*, 2004, 10, 57-88

DOMINO, G., MOORE, D., WESTLAKE, L. & GIBSON L. Attitudes toward suicide : a factor analytic approach. *Journal of clinical psychology*, 1982, 38, 257-262

DOMINO, G. & LEENARS, A.A. Attitudes toward Suicide : A comparison of Canadian and U.S College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1989, 19(2), 160-172

DOUBLET, J-M. France Telecom ou comment s'en débarrasser. *Revue Française de Gestion*, 2009/7, 197, 7-8

DRIEU, D. Les empreintes traumatiques en jeu dans les tentatives de suicide à l'adolescence. *Perspectives Psy*, 2004/2, 43, 130-136

- DUBOULOY, M. Les « hauts potentiels » et le « faux-self » *Le Journal des psychologues*, 2006/3, 236, 22-26, DOI 10.3917/jdp.236.0022
- DUCROCQ, F., VAIVA, G., MOLEND, S. & ROSENSTRAUCH, C. Dépression et état de stress post-traumatique : complication ou comorbidité ? *Stress et Trauma*, 2004, 4(2), 113-120
- DUCROCQ, F., VAIVA, G. Syndrome de stress post-traumatique et risque suicidaire. In : COURTET, P. (éd.), *Suicides et tentatives de suicide*. Paris : Flammarion, 2010
- DUPONT, S. La solitude, condition de l'individu contemporain. *Le Débat*, 2013/2, 174, 130-145, DOI : 10.3917/deba.174.0130
- DURKHEIM, E. (1897) *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1960
- EHRENBERG, A. (2000) *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob
- ELIACHEFF, C. (1993) *A corps et à cris. Etre psychanalyste avec les tout-petits*. Paris : Odile Jacob
- EISENBACH, C., LAVINUS UNGUUR, A., UNGER, J., STREMMEL, W. & ENCKE, J. Admission to intensive care for parasuicide by self-poisoning : Variation by time cycle, climate and the lunar cycle. *Psychiatry Research*, 2008, 161, 177-184, DOI : 10.1016/j.psychres.2007.09.008
- ESCOBAR-CORDOBA, F., QUIJANO-SERRANO, M. & CALVO-GONZALEZ, J-M. Evaluation of insomnia as a risk factor for suicide. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*, 2017, 74(1), 37-45.
- FARBEROW, N. & SCHNEIDMAN, E. (1961) *The cry for help*. New York : Mc Grow-Hill
- Fédération Française de Psychiatrie. *La crise suicidaire : reconnaître et prise en charge. Conférence de consensus*. John Libbey Eurotext, 2000
- FENG, L., DANJUN, H., YE, T. & ZONGLI, J., 2013, Mapping the central structure core in social representation of pain. *Journal of applied social psychology*, 2013, 43, 1931-1945, DOI: 10.1111/jasp.12135
- FERENCZI, S. (1932) *Confusion des langues entre les adultes et les enfants*. Paris : Payot, 2004
- FESTINGER, L. (1957) *A theory of cognitive dissonance*. Stanford : Stanford University Press
- FILHON, A. Appartenances régionales et sentiments nationaux. Le rôle de la langue. *Ethnologie Française*, 2001/1, 41, 141-149
- FIRDION, J-M., BECK, F. & SCHILTZ M-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire en -France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2011, 47-48, 508-510
- FLAMENT, C. Structure et dynamique des représentations sociales. In : JODELET, D. (éd.), *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989

FLAMENT, C. & ROUQUETTE, M-L. (2003) *Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales*. Paris : Armand Colin.

FLAMENT, C., GUIMELLI, C. & ABRIC, J-C. Effet de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2006, 69, 15-31, DOI : 10.3917/cips.069.0015

FLOREA, R. & COURTET, P. Schizophrénie et risque suicidaire. In : COURTET, P. (éd.), *Suicides et tentatives de suicide*. Paris : Flammarion, 2010

FONTAINE, S. & HAMON, J-F. Les représentations sociales de l'école des parents et des enseignants à La Réunion. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2010, 1, 85, 69-109, DOI : 10.3917/cips.085.0069

FORESTIER, T. G. *Attitudes of college students toward suicide*. A dissertation Submitted to the Faculty of the Department of Psychology, in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, University of Arizona, 1983

FOUNTOULAKIS, K.N., SAVOPOULOS, C., APOSTOLOPOULOU, M., DAMPALI, R., ZAGGELIDOU, E., KARLAFTI, E., FOUNTOUKIDIS, I., KOUNTIS, P., LIMENOPOULOS, V., PLOMARITIS, E., THEODORAKIS, P. & HATZITOLIOS A.I. Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000-2012). *Journal of Affective Disorders*, 2015, 174, 131-136

FREUD, S. (1901) *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Lausanne : Petite Bibliothèque Payot, 1997

FREUD, S. (1914) *Pour introduire le narcissisme*. Paris : Payot, 2012

FREUD, S. (1913) *Totem et Tabou*. Lausanne : Petite Bibliothèque Payot, 2004

FREUD, S. (1915a) Deuil et mélancolie. In : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 1978

FREUD, S. (1915b) Pulsions et destin des pulsions. In : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, 1978

FREUD, S. (1919) L'inquiétante étrangeté. In : *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris : Gallimard, 1985

FREUD, S. (1920a) Au-delà du principe de plaisir. In : *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1981

FREUD, S. (1920b) Sur la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine. In : *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris : Presses Universitaires de France, 2010

FREUD, S. (1921) Psychologie des foules et analyse du Moi. In : *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1981

- FREUD, S. (1922) Théorie générale des névroses. In : *Introduction à la psychanalyse*, Paris : Payot, 2001
- FREUD, S. (1923) Le Moi et le Ça. In : *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1981
- FREUD, S. (1926) *Inhibition, symptôme, angoisse*, Paris : Presses Universitaires de France, 1971
- FREUD, S. (1929) *Malaise dans la civilisation*. Paris : Presses Universitaires de France, 1981
- FREUD, S. (1933) Angoisse et vie pulsionnelle, conférence 32. In : *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris : Gallimard, 1984
- FREUD, S. (1938) De la nature du psychisme. In : *Abrégé de psychanalyse*, Paris : Presses Universitaires de France, 2001
- FURTOS, J. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*, 2015/2, 98, 55-59, DOI : 10.3917/empa.098.0055
- GAGNON, J. & HASKING, P-A. Australian psychologist's attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology*, 2012, 64, 75-82
- GANNA, K., LESQUOY, A., PARISSET, C., DE TYCHEY, C. & BACQUE, M-F. L'échelle de Prigerson et al. : un dispositif préventif d'évaluation des complications du seuil ? In : DE TYCHEY, C. (éd.) *La prévention des dépressions*. Paris : L'Harmattan, 2004
- GELUGNE, F., ABIVEN, O. & VENISSE, J-L. Expression de l'incestuel. Intérêt et éléments de repérage de l'incestuel dans la pratique clinique. *Le divan familial*, 2006/1, 16, 183-196, DOI : 10.3917/difa.016.0183
- GIBB, B-E., ANDOVER, M-S. & BEACH R-H. Suicidal ideation and attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, 36(1), 12-18
- GILISSEN, R., DE BEURS, D., MOKKENSTORM, J., MERELLE, S., DONKER, G., TERPSTRA S. & DERIJCK, C. The Supranet Suicide Prevention Action Network Research Group, & Franx G, Improving suicide prevention in dutch regions by creating local suicide prevention action networks (SUPRANET) : a study Protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017, 14(4), DOI : 10.3390/ijerph14040349
- GRADUS, J-L., QIN, P., LINCOLN, A-K., MILLER, M., LAWLER, E., SORENSEN, H-T. & LASH, T-L. Acute stress reaction and completed suicide. *Int. J. Epidem*, 2010, 39(6), 1478-84, DOI : 10.1093/ije/dyq112
- GREEN, A. (2007) *Pourquoi les pulsions de destruction et de mort ?* Paris : Panama
- GREEN, A. (1983) *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Les Editions de Minuit, Collection Critique

GRIMALDI-BENSOUDA, L., NORDON, C., ROSSIGNOL, M., JARDON, V., BOSS, V., WAREMBOURG, F., REYNOLDS, R., KURZ, X., ROUILLON, F., ABENHAÏM, L., for the PROTECT-WP6 study group. Antiepileptic drugs and risk of suicide attempts: a case-control study exploring the impact of underlying medical conditions. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2017, 26(3), 239-247, DOI : 10.1002/pds.4160

GUEDENEY, N. & GUEDENEY, A. (2016) L'attachement : approche théorique. Paris : Elsevier Masson, 4^e Edition

GUEGAN, J., MOLINER, P. & VIDAL, J. Enquête en ligne et masquage/démasquage des opinions sensibles : une autre approche des effets de contexte. *Revue internationale de psychologie sociale*, 2013, (26)1, 101-124

GUILLOU, A. (2007) *Pour en finir avec le matriarcat breton. Essai sur la condition féminine*. Morlaix : Editions Skol Vreizh

GUIMELLI, C. Location the central core of social representations : toward a method. *European Journal of social psychology*, 1993, (23), 555-559

HALBWACHS, M. (1930) *Les causes du suicide*. Paris : Presses Universitaires de France, Collection Le Lien Social, 2002

HANUS, M. Les particularités du deuil après suicide. *Études sur la mort*, 2005/1, 127, 49-58

HANUS, M. Le deuil après un suicide. *Santé Mentale*, 134, 21-23

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (2016) *Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011/2014*. Consulté le 24/6/2017. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>

HERFRAY, C. (1993) *La psychanalyse hors les murs*. Paris : Desclée de Brouwer

HILTUNEN, L., HAUKKA, J., RUUHELA, R., SUOMINEN, K. & PARTONEN, T. Local daily temperatures, thermal seasons, and suicide rates in Finland from 1974 to 2010. *Environ Health Prev Med*, 2014, 19, 286-294, DOI : 10.1007/s/2199-014-0391-9

HJELMELAND, H. & KNIZEK B. The general public's view on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study on attitudes toward suicide. *Archives of Suicide Research*, 2004, 8, 345-359

HOGAN, M. Better Suicide Screening and Prevention Are Possible. *JAMA Psychiatry*, 2016, 73, 11

HOGAN, M. & GOLDSTEIN GRUMET, J. Suicide prevention : an emerging priority for health care. *Health Affairs*, 2016, 35, 6, 1084-1090, DOI : 10.1377/hlthaff.2015.1672

HUH, J-T., WEAVER, C-M., MARTIN, J-L., CASKEY, N-H., O'RILEY, A. & KRAMER, B-J. Effects of a Late-Life Suicide Risk-Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers. *J Am Geriatr Soc.*, 2012, 60(4), 775-80.

HUON, M.E. Le sujet endeuillé du suicide : du traumatisme à l'élaboration psychique de la perte. *Études sur la mort*, 2005/1, 127, 91-100

INSERM (2008) *Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées*. Consulté le 26/06/2017. <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/suicide-autopsie-psychologique-et-prevention>

ISRAEL, L. (1977-1978) *Pulsions de mort. Séminaire 1977-1978*. Strasbourg : Arcanes / Eres, 1998

JACOBI, D. *Evolution des représentations sociales et régulation : la représentation du rôle propre chez les cadres infirmiers*. Mémoire de DEA, Université de Provence, 1988

JACOBSON, J-M., OSTEEN, P., JONES, A. & BERMAN, A. Evaluation of the recognizing and responding to suicide risk training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2012, 42(5), 471-85

JACQUES-JOUVENOT, D. Une hypothèse inattendue à propos du suicide des éleveurs : leur rapport aux savoirs professionnels. *Études rurales*, 2014, 193, 45-60

JANKÉLEVITCH, V. (1977) *La mort*. Paris : Flammarion, Collection Champs, 1999

JEHEL, L., BRUNET, A., PATERNITI, S., et al. Validation of the French version of the Peritraumatic Distress Inventory. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2005, 50, 67-71.

JEHEL, L., PATERNITI, S., BRUNET, A., LOUVILLE P. & GUELF, J-D. L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *L'Encéphale*, 2006 ; 32, 953-956

JENNER, J-A. & NIESING, J. The construction of the SEDAS : a new suicide-attitude questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102, 139-146

JIAO, Y., PHILIPPS, M-R., SHENG, Y., WU, G., LI, X., XIONG, W. & WANG, L. Cross-sectional study of attitudes about suicide among psychiatrists in Shanghai. *BMC Psychiatry*, 2014, 14, 87

JODELET, D. (1989) *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, Collection Sociologie d'Aujourd'hui, 2012

JOUGLA, E., PEQUIGNOT, F., LE TOULLEC, A., BOVET, M. & MELLAH, M., Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, 2003, 45

JULIEN, M. *Faire diminuer la tolérance et la banalisation face au suicide, éléments de réflexion*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006, ISBN : 2-89342-364-1

KAES, R., FAIMBERG, H., ENRIQUEZ, M. & BARANES, J-J. (1993) *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris : Dunod

KATO, T-A., SUZUKI, Y., SATA, R., FUJISAWA, D., UEHARA, K., HASHIMOTO, N., SAWAYAMA, Y., HAYASHI, J., KANBA, S. & OTSUKA K. Development of 2-jour suicide intervention program among medical residents: First pilot trial. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2010, 64, 531-540, DOI: 10.1111/j.1440-1819.2010.02114.x

KATZ-SHEIBEN, B. & ESHET, Y. Facts and myths about suicide: a study of Jewish and Arab students in Israel. *Omega*, 2008, 57(3), 279-98, PMID : 18837175

KELLER, P-H. (2013) *Lettre ouverte au déprimé*. Paris : DUNOD

De KERNIER, N., CANOUI, P. & THOUVENIN B. Geste suicidaire, expression agie d'une violence familiale tacite ? *L'Evolution psychiatrique*, 2010, 75, 123-137

KERVELLA, G. (2000) *Médecine et littérature en langue bretonne aux XIXe et XXe siècle*. Brest : Editions du Liogan

KHIRREDINE-MEDOUNI, I., BREUILLARD, E. & BOSSARD, C. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. *Santé Publique France*. Consulté le 30/6/2017. [http://www.lafranceagricole.fr/r/Publie/FA/p1/Infographies/Web/2016-10-05/rapport_surveillance_mortalite_suicide_agriculteurs_exploitants%20\(6\).pdf](http://www.lafranceagricole.fr/r/Publie/FA/p1/Infographies/Web/2016-10-05/rapport_surveillance_mortalite_suicide_agriculteurs_exploitants%20(6).pdf)

KIM, S-N., LEE, K-S., LEE, S-Y. YU, J-H. & HONG A-R. Awareness and attitude toward suicide in community mental health professionals and hospital workers. *Journal Prev Med Public Health*, 2009, 42(3), 183-9, DOI : 10.3961/jpmph.2009.42.3.183

KOCMUR, M. & DERNOVSEK, M-Z. Attitudes Towards Suicide in Slovenia : A cross-sectional Survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 2003, 49, 8-16

KODAKA, M., POSTUVAN, V., INAGAKI, M. & YAMADA, M. A systematic Review of Scales That Measure Attitudes Toward Suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 2011, 57, 338-361

KODAKA, M., INAGAKI, M., POSTUVAN, V. & YAMADA, M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013, 59, 452-459

KODAKA, M., INAGAKI, M. & YAMADA, M. Factors associated with attitudes toward suicide among japanese pharmacists participating in the board certified psychiatric pharmacy specialist seminar. *Crisis*, 2013, 34(6), 420-427, DOI : 10.1027/0227-5910/a000219

KOK T., De HAAN, H-A., Van der VELDEN, H-J-W., Van der MEER, M, NAJAVITS, L-M. & De JONG, C-A-J. Validation of two screening instruments for PTSD in Dutch substance use disorder inpatients. *Addictive Behaviors*, 2013, 38, 1726–1731, DOI : 10.1016/j.addbeh.2012.10.011

KOPP-BIGAULT, C., WALTER, M. & THEVENOT, A. The Social Representations of Suicide : An inter-regional study in Alsace and Brittany. *International Journal of Social Psychiatry*, 2016, 62(8), DOI : 10.1177/0020764016675652

- KOSKY, R. Perspectives in suicidology. Families, Mental Illness, and Suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, Spring 2000; 30,1
- KRESS, J-J. Changement de langue et traumatisme psychique. *Psychologie médicale*, 1984, 16,8, 1369-1373
- KRESS, J-J. Incidences subjectives des changements de langue régionale. In : CARRER, P. (éd.), *Permanence de la langue bretonne. De la linguistique à la psychanalyse*. Vannes : Institut Culturel de Bretagne, 1986b
- LAANANI, M., GOSHIN, W., JOUGLA, E. & REY, G. Association entre taux de chômage et suicide par sexe et par classe d'âge, en France métropolitaine 2000-2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2015, 1-2, 2-6
- LABELLE, R-I., LACHANCE, L., & MORVAL, M. Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement*. 1996, 24(3), 237-248
- LABONTÉ, B. & TURECKI, G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effects of early life environmental adversity. *Arch Suicide Res*, 2010, 14(4), 291-310. DOI : 10.1080/13811118.2010.524025.
- LABONTÉ, B. & TURECKI, G. Epigenetic Effects of Childhood Adversity in the Brain and Suicide Risk. In : DWIVEDI, Y. (éd). *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press / Taylor & Francis; 2012
- LACAN, J. (1957-1958) *Séminaire V "Les formations de l'inconscient"*. Paris : Seuil, 1988
- LACAN, J. (1949) Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Consulté le 29/06/2017. <http://espace.freud.pagesperso-orange.fr/topos/psych/psysem/miroir.htm>
- LAFLEUR, C. & SÉGUIN, M. (2008) *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Laval – Canada : Les Presses de l'Université de Laval
- LALANDE, A. (1926) *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1991
- LANDA, H. & GIMENEZ, G. Le trauma et l'émotion : apports de la théorie janetienne et perspectives nouvelles. *Evolution psychiatrique*, 2009, 74.
- LE BAUT, L. De 1900 à 1954, l'arrivée de l'électricité dans les campagnes. *Côtes d'Armor Magazine*, 2017, 155, 30-31
- LEBRUN, J-P. (2009) *Un monde sans limite*. Toulouse : Eres
- LE COADIC, R. Le fruit défendu : force de l'identité culturelle bretonne et faiblesse de son expression politique. *Cahiers internationaux de sociologie*, 2001/2, 319-339
- LE COADIC, R. Les contrastes bretons. *Ethnologie française*, 2003/3, 33, 373-379

LE COADIC, R. Les nouveaux « Bonnets rouges » de Basse-Bretagne. *Etudes rurales*, 2004, 171-172, 93-101

LECRUBIER, Y., SHEEHAN, D-V., WEILLER, E., AMORIM, P., BONORA, I., SHEEHAN, K-H., JANAVS, I. & DUNBAR, G-C. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*, 1997, 12, 224-231, DOI : 10.1016/S0924-9338(97)83296-8

LE DOUGUET, A. (2014) *Violence au village. La société rurale finistérienne face à la justice (1815-1914)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes

LEE, S., TSANG, A., LI, X-Y., PHILIPPS, M.R.& KLEINMAN, A. Attitudes toward suicide among Chinese people in Hong Kong. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2007, 37(5), 565-575

LEE, H-C., LIN, H-C., TSAI, S-Y., LI, C-Y., CHEN, C-C. & HUANG, C-C. Suicide rates and association with climate : A population-based study. *Journal of Affective Disorders*. 2006, 92, 221-226, DOI : 10.1016/j.jad.2006.01.026

LE GUEN, A. *Du déclin de la névrose à l'avènement des pathologies narcissiques : approche psychopathologique de la clinique d'aujourd'hui à partir de trois cas cliniques de jeunes adultes suicidants et suicidaires*. Thèse de doctorat de médecine, Université de Bretagne Occidentale, 2010

LESTER, D. An attempt to improve the Suicide Opinion Questionnaire (SOQ). *Omega*, 2009-2010, 60(4), 383-395

LINEHAN, M-M., GOOSTEIN, J-L, NIELSEN, S-L & CHILES, J-A. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself : the Reasons For Living Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1983, 51, 276-286

LINKOWSKI, P., MARTIN, F. & DE MAERTELAER, V. Effect of some climatic factors on violent and non-violent suicides in Belgium. *Journal of Affective Disorders*, 1992, 25, 161-166

LIU, J., FANG, Y., GONG, J., CUI, X., MENG, T., XIAO, B., HE, Y., SHEN, Y. & LUO, X. Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect : A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 2017, 220 ; 147-155, DOI : 10.1016/j.jad.2017.03.060

MAES, M., DE MEYER, F., THOMPSON, P., PEETERS, D. & COSYNS, P. Synchronized annual rhythms in violent suicide rate, ambient temperature and the light-dark span. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 90, 391-396

Mc GOLDRICK, M. & GERSON, R. (1990) *Génogrammes et entretien familial*. Paris : ESF

Mc GOWAN, P-O., SASAKI, D'ALESSIO, A-C., DYMOV, S., LABONTE, B., SZYF, M., TURECKI, G. & MEANEY, M-J. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 2009, 12, 342 – 348, DOI :10.1038/nn.2270

- Mc INTOSH, J-L., HUBBARD, R-W. & SANTOS, J-F. Suicide Facts and Myths : A study of Prevalence. *Death Studies*, 1985, 9, 267-281
- MAINE, S., SHUTE, R. & MARTIN, G. Educating Parents about Youth Suicide : Knowledge, Response to Suicidal Statements, Attitudes, and Intention to Help. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31(3), 320-332
- MANNONI, O. (1969) *Clefs pour l'Imaginaire ou l'Autre scène*. Paris : Seuil
- MANNONI, P. (1998) *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que Sais-je ? 2012
- MARTIELLO, M-A & GIACCHI, M-V. Ecological study of isolation and suicide in Tuscany (Italy). *Psychiatry Research*, 2012, 30, 198(1), 68-73, DOI : 10.1016/j.psychres.2011.11.013
- MARTINEZ, L. & BERKHOUT, C. Poser une question de recherche. *Exercer*, 2009, (89), 143-146
- MEANEY, M-J. & SZYF, M. Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity? *Trends in neurosciences*, 2005, 28, DOI : 10.1016/j.tins.2005.07.006
- MELTZER, H-Y. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Ann. NY Acad Sci*, 2001, 932, 44-58, PMID : 11411190
- MELTZER, H-Y. Suicidality in schizophrenia : a review for risk factors and treatment options. *Current Psychiatry Rep.*, 2002, 4(4), 279-283, PMID : 12126596
- MERIGOT, D. & OLLIER-DRESSAYRE, J. Du génogramme filiatif au génogramme imaginaire. *Thérapie familiale*, 2005/3, 26, 259-269, DOI : 10.3917/tf.053.0271
- METZ, C. Réflexions sur la construction de l'arbre généalogique avec des enfants ou des adolescents, *Dialogue*, 2005/3, 169
- MILLER, M., AZRAEL, D. & HEMENWAY, D. Belief in the inevitability of suicide : results from a national survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, 36(1), 1-11, PMID : 16676620
- MILLET, P. Epidémiologie du deuil après suicide. *Études sur la mort*, 2005/1, 127, 9-43
- MINOIS, G. (1995) *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*. Paris : Fayard
- MIRSU-PAUN, A., JAUSSENT, I., KOMAR, G., COURTET, P. & LOPEZ-CASTROMAN, J. Sleep complaints associated with wish to die after a suicide crisis-an exploratory study. *J Sleep Research*, 2017, DOI : 10.1111/jsr.12537
- MOLINER, P. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In GUIMELLI, C. (éd.) *Structures et transformation des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1994, 199-232

MOLINER, P. & TAFANI, E. Attitudes and social representations : a theoretical and experimental approach. *European Journal of Social Psychology*, 1997, 27, 687-702

MOLINIER, P. (2008) *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Payot

MONTPLAISIR, D. *Spécificité socio-culturelles dans la prévalence du suicide des personnes âgées de plus de 65 ans dans le Finistère (comparativement au reste de la France) à partir d'une étude qualitative, directive et semi-directive menée au CHU de Brest sur 20 patients suicidants de plus de 65 ans*. Thèse de doctorat de médecine, Université de Bretagne Occidentale, 2003

MOREL, G. « Elle ne savait pas me voir » Genèse d'un désir de mourir. *Psychanalyse*, 2005/1, 2, 85-94

MOREL, G. (2010) *Clinique du suicide*. Toulouse : Eres

MORISS, R., GASK, L., BATTERSBY, L., FRANCHESCHINI, A. & ROBSON, M. Teaching front-line health and voluntary workers to assess and manage suicidal patients. *Journal of Affective Disorders*, 1999, 52, 77-83

MORMONT, C. Deuil et traumatisme. *Stress & Trauma*, 2009, 9(4), 218-223

MOSCOVICI, S., Préface. In : C. HERZLICH, C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton, 1969

MOSCOVICI, S. (2013) *Le scandale de la pensée sociale*. Paris : Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales

MUCCHIELLI, L. & RENNEVILLE, M. Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930). *Déviance et Société*, 1998, 22, 1, 3-36

MULA, M. Depression in epilepsy. *Curr Opin Neurol*, 2017, 30, 180–186
DOI:10.1097/WCO.0000000000000431

NEBHINANI, N., MAMTA, GAIKWAD, A-D. & TAMPHASANA, L., Nursing students' attitude toward suicide prevention. *Ind Psychiatry J.*, 2013, 22(2), 114-117, DOI: 10.4103/0972-6748.132922

NEBHINANI, M., NEBHINANI, N., TAMPHASANA, L. & GAIKWAD, A-D. Nursing students' attitude towards suicide attempters : a study from rural part of Northern India. *J. Neurosci Rural Pract.*, 2013, 4(4), 400-407, DOI: 10.4103/0976-3147.120240

De NEUTER, P. Qu'est-ce donc qu'un père ? In : COUM, D. (éd.) *Avons-nous besoin de père et de mère ?* Toulouse : Eres, 2016

NICOLAS C., SEGUIN, M., DESRUMAUX, P. & BAUGNE, L. Étude exploratoire de facteurs psychologiques et professionnels associés à un environnement organisationnel concerné par des suicides dans le secteur tertiaire. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2015/2, 106, 167-189, DOI 10.3917/cips.106.0167

NICOLI, M., BOUCHEZ, S., NIETO, I., GASQUET, I., KOVESS, V. & LEPINE, J-P. Idéation suicidaire et conduites suicidaire en France : prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD. *L'Encéphale*, 2012, 38(4), 296-303

NORMAN, R-E., BYAMBAA, M., DE, R., BUTCHART, A., SCOTT, J. & VOS, T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 2012, 9(11), DOI : 10.1371/journal.pmed.1001349. Epub 2012 Nov 27.

NORTON, J. & VILLEBRUN, D. Plaidoyer pour une continuité des soins. In : COURTET, P. (éd.). *Suicides et tentatives de suicide*. Paris : Flammarion, 2010

NOTREDAME, C-E., PAUWELS, N., WALTER, M., DANIEL, T. & VAIVA, G. Media coverage of suicide : From epidemiological observations to prevention avenues. *La Presse Médicale*, 2015, 44, 1243-1250, DOI : 10.1016/j.lpm.2015.07.018

NOTREDAME, C-E., PAUWELS, N., VAIVA, G., DANIEL, T. & WALTER, M. Can we consider the journalist an actor in suicide prevention. *L'Encéphale*, 2016, 42(5), 448-452, DOI : 10.1016/j.encep.2015.12.024

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE. *Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1^{er} rapport*. DREES, 2014.

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE. *Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2^{ème} rapport*. DREES, 2016. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE BRETAGNE (2014) *Étude en relation avec les addictions, le suicide et la souffrance psychique à l'échelle du Pays Centre Ouest Bretagne*. Étude réalisée à la demande du Pays Centre Ouest Bretagne [non publiée]

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE BRETAGNE (2005) *La santé dans le Pays du Centre-Ouest-Bretagne*. Contrat de Plan Etat-Région, ISBN : 2-905796-37-5

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE BRETAGNE (2010) *La santé dans le Pays du Centre-Ouest-Bretagne*. ISBN : 978-2-905796-60-8. Consulté le 24/6/2017. http://orsbretagne.typepad.fr/2010/Pays_COB_leger.pdf

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE BRETAGNE (2011) *Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les Pays de Guingamp et du Tregor Goëlo. Étude qualitative réalisée par l'ORS Bretagne*. ARS, ORS Bretagne, Région Bretagne. Consulté le 24/6/2017 : http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2011/02/inline-gestion-du-risque-suicidaire-par-les-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-lib%C3%A9raux-dans-les-pays-de-guingamp.html

O'CARROLL, P-W., CROSBY, A., MERCY, J-A., LEE, R-K & SIMON, T-R. Interviewing suicide “decedents” : a fourth strategy for risk factor assessment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Dec 2001, 32, 3

- OCTANT (2006) *Le Pays du Centre Ouest Bretagne*. Les dossiers, n°49, INSEE Bretagne
- OCTANT (2008) *L'évolution de la population des 21 Pays Bretons de 1999-2005*. n°49, INSEE Bretagne
- OCTANT ANALYSE (2010) *La population bretonne depuis deux siècles*. Population Démographie, n°9, INSEE Bretagne
- OLLIE-DRESSAYRE, J. & MERIGOT, D. (2001) *Le génogramme imaginaire - Liens du sang, liens du cœur*. Paris : ESF
- ORAVECZ, R., SISTI, D., ROCCHI, M-B-L. & PRETI, A. Changes in the seasonality of suicides over time in Slovenia, 1971 to 2002. Amplitude is only positively related to suicide rates among female. *Journal of Affective Disorders*, 2007, 104, 211-215, DOI: 10.1016/j.jad.2007.03.009
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2002) *La prévention du suicide. Indications pour professions de santé primaire*. Consulté le 24/6/2017. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67418/1/WHO_MNH_MBD_004_fre.pdf
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2014) *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. ISBN : 978-92-4-256477-8
- ORTIGUES, C. & ORTIGUES, E. (1986) *Comment se décide une psychothérapie d'enfant ?* Paris : Heures de France, 2005
- OSTEEN, P-J., JACOBSON, J-M. & SHARPE, T-L. Suicide prevention in social work education : how prepared are social work student ? *Journal of social work education*, 2014, 50(2), 349-364
- PAIN, J. Apprendre à vivre en société multiple. *Enfances & Psy*, 2009/2, 43, 66-76, DOI 10.3917
- De PARSEVAL, C. De Ferenczi à Winnicott : le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-héron*, 2007/2, 189, 122-141, DOI 10.3917/cohe.189.0122
- PARTONEN, T., HAUKKA, J., PIRKOLA, S., ISOMELSA, E. & LONNQVIST, J. Time patterns and seasonal mismatch in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109, 110-115
- PAUGAM, S. L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux ? *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://ress.revues.org/248>. DOI : 10.4000/ress.248
- PÉDINIELLI, J-L. (1994) *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Nathan Université
- PEREZ, R. & NONO. (2014) *T'es Breton si...* Brest : Emgleo Breizh
- PERLMAN, C., NEUFELD, E., MARTIN, L., GOY, M. & HIRDES J. (2011) *Guide d'évaluation du risque de suicide. Une ressource pour les organismes de santé*. Ontario

Hospital Association, Toronto. Consultable sur : http://www.info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/synthese_echelles_evaluation_risque_suicide_quebec.pdf

PERROT, C., VERA, L. & GORWOOD, P. La faible estime de soi est corrélée à l'intentionnalité suicidaire, indépendamment de la sévérité de la dépression. *L'Encéphale*, 2016. DOI : 10.1016/j.encep.2016.10.003

PERUCCA, P. & GILLIAM, F-G. Adverse effects of antiepileptic drugs. *Lancet Neurol*, 2012, 11, 792–802, DOI :10.1016/S1474-4422(12)70153-9.

PHILIPPIN, Y. Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *InfoKara*, 2006/4, 21, 163-166, DOI 10.3917/inka.064.0163

PINNINTI, N-R., MADISON, R., MUSSER, E. & RISSMILLER, D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry*, 2003, 18, 7, 361-364, DOI : 10.1016/j.eurpsy.2003.03.004

PINOIT, J-M., BEJOT, Y., ROUAUD, O., BENATRU, I., OSSEBY, G-V., BONIN, B., GISSELMANN, A. & GIROUD, M. Dépression après un accident vasculaire cérébral, un handicap supplémentaire. *Presse Med*, 2006, 35, 1789-93

POMMIER, G. Spécificité du « Passage à l'acte » suicidaire. *La clinique lacanienne*, 2011/2, 20, 97-112

POMPILI, M. Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, June 2010; 40, 3, 234

POTTER, L-B, KRESNOW, M-J., POWELL, K-E., SIMON, T., et al. The influence of geographic mobility on nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Dec 2001; 32, 42

POWELL, K-E, KRESNOW, M-J., MERCY, J-A., POTTER, L-B., SWANN, A-C., FRANKOWSKI, R-F., LEE, R-K. & BAYER, T-L. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life -Threatening Behavior*, Dec 2001; 32, 30-41

PRETI, A. The influence of seasonal change on suicidal behaviour in Italy. *Journal of Affective Disorders*, 1997, 44, 123-130

PRÉVITALI, C. Les conditions du suicide des professionnels agricoles. *Pensée plurielle*, 2015/1, 38, 105-121, DOI : 10.3917/pp.038.0105

PREVOST, C-M. (1997) *La psychologie clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que Sais-je ?

PRIGERSON, H-G., SHEAR, M-K et al. Consensus criteria of Traumatic Grief. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 174, 67-73

QUENTEL, J-C. Des géniteurs aux parents. Quelle place pour le père et la mère. In : COUM, D. (éd.) *Avons-nous besoin de père et de mère ?* Toulouse : Eres, 2016

- QUIVIGER, A. (2008) *Ne meurs pas. Suicide Action Montréal*. Montréal : Bayard Canada
- RACAMIER, P-C. L'incestuel. *Empan*, 2006/2, 62, 39-46, DOI : 10.3917/empan.062.0039
- RAOUL, A. *Le sursuicide des jeunes en Bretagne*. Thèse de doctorat de sociologie, Université de Rennes 2, 2006
- RAJALIN, M, HIRVIKOSKI, T, SALANDER RENBERG, E, ÅSBERG M & JOKINEN J. Family history of suicide and interpersonal functioning in suicide attempters. *Psychiatry Research*, 2017, 247, 310-314, DOI : 10.1016/j.psychres.2016.11.029
- RENNBERG SALANDER, E. & JACOBSSON, L. Development of a questionnaire on Attitudes Toward Suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Spring 2003; 33, 1, 52
- RENNBERG SALANDER, E., HJELMELAND, H. & KOPOSOV, R. Building Models for Relationship Between Attitudes Toward Suicide and Suicidal Behavior : Based on Data from General Population Surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, 38(6), 661-675
- RENOU, G. Les laboratoires de l'antipathie. A propos des suicides à France Telecom. *La revue du MAUSS*, 2010/1, 35, 151-162, DOI : 10.3917/rdm.035.0151
- REYNDERS, A., KERKHOF, Ad J-F-M., MOLENBERGHS, G. & VAN AUDENHOVE, C., Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *Journal of Affective Disorders*, 2015, 178, 5-11
- RIBAULT, V., *Assistance à la mise en place d'une expérimentation pour la prévention du suicide sur les Pays du Guingamp et du Tregor-Goëlo. Du diagnostic partagé aux propositions d'actions. La parole des acteurs de Belle Isle en Terre*. PRISMA Conseil & Formation, 2010
- ROCCHI, M-B-L., SISTI, D., CASCIO, M-T. & PRETI, A. Seasonality and suicide in Italy : Amplitude is positively related to suicide rates. *Journal of Affective Disorders*, 2007, 100, 129-136. DOI : 10.1016/j.jad.2006.10.003
- ROELAND, J-L, CARIA, A., DEFROMONT, L., VANDEBORRE, A. & DAUMERIE, N. Représentation sociale du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 2010, (3)1, 7-13, DOI : 10.1016/S0013-7006(10)70012-9
- ROGERS, J-R., DeSHON, R-P. A Reliability Investigation of the Eight Clinical Scales of the Suicide Opinion Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1992, 22(4), 428-441
- ROGERS, J-R. & DeSHON, R-P. Cross-validation of the Five-Factor Interpretive Model of the Suicide Opinion Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(2), 305-309
- ROGERS, J-R., GUEULETTE, C-M., ABBEY-HINES, J., CARNEY, J-V. & WERTH, J-L. Rational suicide : An empirical investigation of counselor attitudes. *Journal of counselling & development*, 2001, 79, 365-372

ROGINSKI, M. L'accompagnement thérapeutique du deuil après un suicide. *Études sur la mort*, 2005-1, 127, 157-171

RODANTE, D., ROJAS, S-M., FELDNER, M-T., DUTTON, C., REBOK, F., TETI, G-L., GRENDAS, L., FOGOLA, A. & DARAY, F-M. Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide. , 2016, 70, 25-31, DOI : 10.1016/j.comppsy.2016.06.006

RUSS, T-C., HAMER, M., STAMATAKIS, E., STARR, J-M., & BATTY, G-D. Psychological distress as a risk factor for dementia death. *Archives of Internal Medicine*, 2011, 171, 1858-1849.

RUTZ, W., Von KNORRING, L. & WALINDER, J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 80(2), 151-4

RUTZ, W., Von KNORRING, L. & WALINDER, J ,1992, Long term effects of an educational program for general practionners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85, 83-88

SALES-WUILLEMIN, E., GALAND, C., CABELLO, S. & FOLCHER, V. Validation d'un modèle tri-componentiel pour l'étude des représentation sociale à partir de mesures issues d'une tâche d'association verbale. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2011 (91)3, 231-252, DOI : 10.3917/cips.091.0231

SEGAL, D. Levels of knowledge about suicide facts and myths among younger and older adultes. *Clinical Gerontologist*, 2000, (22)2, 71-80

SEGAL, D., MINCIC, M-S., COOLIDGE, F-L. & O'RILEY, A. Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death studies*, 2004, 28, 671-678, DOI : 10.1080/0781180490476524

SÉGUIN, M., LESAGE, A., TURECKI, G., BOUCHARD, M., CHAWKY, N., TREMBLAY, N., DAIGLE, F. & GUY, A. Life trajectories and burden of adversity : mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medecine*, 2007, 37, 1575-1583, DOI : 10.1017/S003329107000955

SÉGUIN, M., PARSER, M. & TURECKI, G. L'autopsie psychologique : pour quoi faire ? *Santé Mentale*, 2009, 134, 24-30

SÉGUIN, M., RENAUD, J., LESAGE, A., ROBERT, M. & TURECKI, G. Youth and young adult suicide : A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 2011, 1-8, DOI : 10.1016/j.psychires.2011.05.005

SÉGUIN, M., Di MEMBRO, M. & DESGRANGES, A. L'apport de la recherche en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. *Santé Mentale au Québec*, 2012, XXXVII, 2, 95-105, DOI : 10.7202/1014946ar

- SÉGUIN, M., BEAUCHAMP, G., ROBERT, M., Di MEMBRO, M. & TURECKI, G., Developmental model of suicide trajectories, *British Journal of Psychiatry*, 2014, 205, 120-126, DOI : 10.1192/bjp.bp.113.139949
- SÉGUIN, M., ROBERT, M. & BEAUCHAMP, G. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733061> Temperament and Character Profiles of Group-Based Suicide Cases. *Crisis*, 2016, 12, 1-9
- SHEA, S-C. (2008) *Évaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir ?* Paris : Elsevier
- SHEEHAN, D-V., LECRUBIER, Y., SHEEHAN, K-H., JANAUS, I., WEILLER, E., KESKINER, A., SCHINKA, J., KNAPP, E., SHEEHAN, M-F & DUNBAR, G-C. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*, 1997, 12, 232-241, DOI : 10.1016/S0924-9338(97)83297-X
- SIMON, P-J. Réflexions sur la bretonnité. *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 2004, 111-114, 141-149
- SIMON, J-F & LE GALL, L. La Bretagne par intérêt. *Ethnologie Française*, 2012/4, 42, 771-786
- SPINO, E., KAMEG, K-M., CLINE, T-W., TERHORST, L. & MITCHELL, A-M. Impact of Social Support on Symptoms of Depression and Loneliness in Survivors Bereaved by Suicide. *Arch Psychiatr Nurs*, 2016, 30(5), 602-606, DOI : 10.1016/j.apnu.2016.02.001
- SRIVASTAVA, M. & TIWARI, R. A comparative study of attitude of mental health versus nonmental professionals toward suicide. *Indian Journal Psychol Med*, 2012, 34(1), 66-9, DOI : 10.4103/0253-7176.96163
- STUCKLER, D., BASU, S., SUHRCKE, M., COUTTS, A. & Mc KEE, M. Effects on the 2008 recession on health : a first look at European data. *The Lancet*, 2011, vol. 378, Issue 9786, 124-125, DOI : 10.1016/S0140-6736(11)61079-9
- SUSANSZKY, E., HAJNAL, A. & KOPP M. Knowledge about and attitudes toward suicide in the Hungarian general population and in the helping professions. *Psychiatr Hung*, 2008, 23(5), 376-84, PMID : 19129554
- SWAN, M-H. & POTTER, L-B. Factors associated with medical severity of suicide attempts in youths and young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 32, 21-29
- SZEPIELAK, D. Le debriefing psychologique. *Le journal des psychologues*, 2010, 274, 69-72, DOI : 10.3917/jdp.274.0069
- TANG, N-K. & CRANE, C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*, 2006, 36(5), 575-86, DOI: 10.1017/S0033291705006859
- TERRA, J-L. & PACAUT TRONCIN, M. Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités. *Perspectives psy*, 2008, 47, 4

TEYSSIER, J. & DENOUX, P., Les réactions psychologiques transitoires : interculturalité et personnalité interculturelle. *Bulletin de psychologie*, 2013/3, 525, 257-265

THOMAS, L-V. (1998) *La mort*. Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que Sais-je ? 1991

TISSERON, S. L'héritage insu : les secrets de famille. *Communications*, 1994, 59

TRIBOLET, S. & SHAHIDI, M. (2005) *Nouveau précis de sémiologie psychiatrique*. Paris : Heures de France

TROUT, D. The role of social isolation in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1980, 10(1), PMID : 7361340

TSUKAHARA, T, ARAI, H., KAMIJO, T, KOBAYASHI, Y., WASHIZUKA, S., ARITO, H. & NOMIYAMA, T. The Relationship between Attitudes toward Suicide and Family History of Suicide in Nagano Prefecture. *Japan. Int J Environ Res Public Health*. 2016, 22, 13(6), DOI : 10.3390/ijerph13060623

TUIL, S. De l'emploi du génogramme libre en entretiens familiaux à visée thérapeutique. *Dialogue*, 2005/2, 168, 142, DOI : 10.3917/dia.168.0115

VANDEVOORDE, J. L'évaluation du potentiel suicidaire. *Le journal des psychologues*, 2014/5, 318, 60-63

VAN ORDEN, K-A, JOINER, T-E, HOLLAR, D., RUDD, M-D. et al. A test of the effectiveness of a list of suicide warning signs for the public. *Suicide and Life -Threatening Behavior*, June 2006; 36, 3, 272

VAN VYVE, M. La notion de suicide. *Revue philosophique de Louvain*, 1954, 3^e série, Tome 52, n° 36, 593-618

VAIVA, G. Décès par suicide : ceux qui restent. *Santé Mentale*, 2009, 134, 16-20

VAIVA, G., JARDON, V., VAILLANT, A. & DUCROCQ F. What can we do to prevent the suicide re-attempts? *Revue du Praticien*, 2011, 61(2), 202-3, 206-207. PMID: 21618769

VAIVA, G., WALTER, M., AL ARAB, A-S., COURTET, P., BELLIVIER, F., DEMARTY, A-L., DUHEM, S., DUCROCQ, F., GOLDSTEIN, P. & LIBERSA, C. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 2011, 11:1, DOI : 10.1186/1471-244X-11-1

VAIVA, G., WALTER, M., AL ARAB, A-S., COURTET, P., BELLIVIER, F., DEMARTY, A-L., DUHEM, S., DUCROCQ, F., GOLDSTEIN, P. & LIBERSA C. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 2011, 11:1, DOI : 10.1186/1471-244X-11-1

VALABREGA, J.P. Représentations de mort. *Topique Revue Freudienne*, 1991, 48

VALABREGA, J-P. (1992) *Phantasme, mythe, corps et sens. Une théorie psychanalytique de la connaissance*. Paris : Payot

VALENCE, A. (2010) *Les représentations sociales*. Bruxelles : De Boeck

VEILLEUX, C., St-CYR-TRIBBLE, D. & PAUL, D. Conceptions et attitudes des parents d'adolescents par rapport au suicide. *Santé Mentale au Québec*, 1993, XVIII, 1, 269-286, DOI : 10.7202/032259ar

VERGÈS, P. L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, 1992, 405, XLV, 203-209

VERMETTE, S. *Les représentations sociales du suicide des aînés chez des intervenants psychosociaux engagés dans la livraison de service de soutien à domicile en centre de santé et de services sociaux*. Mémoire en vue de l'obtention du grade de Maitre en Service Social, Ecole de service Social, Faculté des sciences sociales, Université LAVAL, Québec, 2012

VINDREAU, C., SLAMA, M-F. & GINESTET, D. 1987, Les équivalents suicidaires. *Revue du praticien*, 1987, 37, 13, 737-743

VYSSOKI, B., GLEISS, A., ROCKETT, I-R-H., HACKL, M., LEITNER, B., SONNECK, G. & KAPUSTA, N-D. Suicide among 915303 Austrian cancer patients : Who is at risk ? *Journal of Affective Disorders*, 2015, 175, 287-291

WAGNER, W., VALENCIA, J. & ELEJABARRIETA, F. Relevance, discourse and the “hot” stable core of social representations - A structural analysis of word associations. *British Journal of Social Psychology*, 1996, 35, 331-351

WALCHELKE, J. Relationship between response evocation rank in social representations associative tasks and personal symbolic value. *Revue internationale de psychologie sociale*, 2008, 21, 3, 113-126

WALTER, M. & THOMAS, G. Dépressions sévères : facteurs culturels et sociaux. *L'Encéphale*, 2009, 35(7), 286-290

WALTER, M. La prévention du suicide. Le souci de l'autre. *La revue du praticien*, 2011, 61

WANG, Y-G., CHEN, S., XU, Z-M., SHEN, Z-H., WANG, Y-Q., HE, X-Y., CAO, R-F., ROBERTS, D-L., SHI, J-F. & WANG, Y-Q. Family history of suicide and high motor impulsivity distinguish suicide attempters from suicide ideators among college students. *J Psychiatr Res*, 2017, 8, 90, 21-25, DOI : 10.1016/j.jpsychires.2017.02.006

WASSERMAN, D., HOVEN, C-W., WASSERMAN, C. WALL, M. EISENBERG, R. ... & CARLI, V. School-based suicide prevention programmes : the SEYLE cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2015, 385, 9977, 1536-1544, DOI : 10.1016/S0140-6736(14)61213-7

WELLMAN, M-M & WELLMAN, R-J. Sex differences in peer responsiveness to suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1986, 16, 360-378

- WERTH, J-L. & LIDDLE, B-J. Psychotherapist's attitudes toward suicide. *Psychotherapy*, 1994, 31(3), 440-448
- WESTEFELD, J-S., SIKES, C., ANSLEY, T. & YI, H-S. Attitudes toward rational suicide. *Journal of Loss and Trauma*, 2004, 9, 359-370
- WINGATE, L-R., JOINER, T-E., WALKER, R-L., RUDD, M-D. & JOBES, D-A. Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment. *Behavioral Sciences & Law*, 2004, 22, 651-665
- WINNICOTT, D-W. (1957) *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot, 1975
- WINNICOTT, D-W; (1958) *La capacité d'être seul*. Paris : Payot, 2012
- WINNICOTT, D-W. (1999) *L'enfant, la psyché et le corps*. Paris : Payot
- WINTERROWD, E., CANETTO, S-S. & BENOIT, K. Permissive beliefs and attitudes about older adult suicide : a suicide enabling script ? *Aging Mental Health*, 2015, 23, 1-9, PMID : 26496424
- WOLF, M. (1998) *La psychopathologie et ses méthodes*. Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que Sais-je ?
- YAFFE, K., VITTINGHOFF, E., LINDQUIST, K., BARNES, D., COVINSKY, K-E., NEYLAN, T-H., KLUSE, M., & MARMAR, C. Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US Veterans. *Archives of General Psychiatry*. 2010, 67, 608-617
- YAKUSHI, T., KUBA, T., NAKAMOTO, Y., FUKUHARA, H., KODA, M., TANAKA & KONDO, T. Usefulness of an educational lecture focusins on improvement in public awareness of and attitudes toward depression ant its treatments. *BMC Health Services Research*, 2017, 17, 126, DOI : 10.1186/s12913-017-2071-0
- ZADJE, N ; (1995) *Les enfants de survivants*. Paris : Odile Jacob
- ZALSMAN, G., HAWTON, K., WASSERMAN, D., VAN HEERINGEN, K., ARENSMAN, E., SARCHIAPONE, M., ... ZOHAR, J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 2016, 3(7), 646–659. DOI :10.1016/S2215-0366(16)30030-X
- ZALSMAN, G., HAWTON, K., WASSERMAN, D., Van HEERINGEN, K., ARENSMAN, E. et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe : A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology*, 2017, 27(4), 418-421, DOI : 10.1016/j.euroneuro.2017.01.012

Sites web consultés

Agence Régionale de Santé Bretagne (ARS). Consulté le 24/6/2017. www.ars.bretagne.sante.fr

ARS Bretagne. Consulté le 24/6/2017. <http://www.ars.bretagne.sante.fr/8-territoires-de-sante-en-Bret.123372.0.html>

Centre National de ressources textuelles et lexicales. Consulté le 24/6/2017. www.cnrtl.fr

Collège de psychanalyse groupale et familiale. Consulté le 11/04/2017. <http://www.cpgf.fr/Vocabulaire/Items/incestuel.pdf>

France Culture. Consulté le 23/06/2017. https://www.franceculture.fr/conferences/palais-de-la-decouverte-et-cite-des-sciences-et-de-lindustrie/peut-souffrir-des?utm_campaign=Echobox&utm_medium=Social&utm_source=Facebook#link_time=1493973915

France 3 Régions. Consulté le 22/04/2017. <http://france3-regions.blog.francetvinfo.fr/actu-bd-livrejeunesse/2015/11/13/journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-le-petit-spirou-icone-dune-campagne-de-prevention.html>

France 3 Régions. Consulté le 22/4/2017. <http://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/2013/03/14/y-t-il-encore-beaucoup-de-catholiques-en-bretagne-216381.html>

France Culture. Consulté le 22/4/2017. <https://www.franceculture.fr/emissions/la-methode-scientifique/faut-il-revoir-leducation-scientifique-en-france>

Groupe d'Études et de Prévention du Suicide. Consulté le 24/6/2017. <http://www.geps.asso.fr/>

Haut Conseil de la Santé Publique. Consulté le 24/6/2017. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>

Infosuicide. Consulté le 24/06/2017. www.infosuicide.org

INSEE. Consulté le 24/6/2017. www.insee.fr/fr/regions/bretagne

INSEE. Consulté le 24/6/2017. http://www.statistiques-locales.insee.fr/carto/ESL_CT_cartethematique.asp?nivgeo=REG&submit=Ok - Portrait de territoire du pays COB, publication de l'INSEE, du 16/10/2012 sur des données de 2009

INSEE. Consulté le 24/6/2017. <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=COM-29024>

INSERM. Consulté le 19/04/2017. <http://www.inserm.fr/thematiques/genetique-genomique-et-bioinformatique/dossiers-d-information/epigenetique>

INSERM. Consulté le 19/04/2017. www.certdc.inserm.fr

Mam Goudig :

https://www.google.fr/search?q=mam+goudig+religion&rlz=1C1PRFI_enFR726FR726&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwiftvOI5OfUAhXiLMAKHcr5ANAQsAQIKA&biw=1366&bih=638#imgsrc=sbCAgrl6eEbxDM:

Ministère de la santé et des solidarités. Consulté le 24/6/2017. <http://www.drees.sante.gouv.fr>

Ministère de la santé et des solidarités. Consulté le 24/6/2017. Observatoire National du Suicide. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf

Mutualité Sociale Agricole (MSA). Consulté le 24/6/2017. http://references-sante-securite.msa.fr/files/SST/SST_1248423065923_EVALUATION_DU_STRESS.pdf

Observatoire Régional de la Santé Alsace. Consulté le 24/6/2017. www.orsal.org / Les suicides en Alsace. Fiche 9.5. [Http://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/fiche_9.5_Les_suicides_en_Alsace_07-2008.pdf](http://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/fiche_9.5_Les_suicides_en_Alsace_07-2008.pdf)

Observatoire Régional de la Santé Bretagne (ORSB). Consulté le 24/6/2017. www.orsbretagne.typepad.fr

ORSB. Consulté le 24/6/2017. <http://www.santepays.bzh/pages/tableau-de-bord-sante-focus-22CEOB.html#a2>

Office Publique de la langue Bretonne. Consulté le 24/6/2017. <http://www.fr.brezhoneg.bzh/>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Consulté le 24/6/2017. http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/

Pays Centre Ouest Bretagne. Consulté le 24/6/2017. www.centre-ouest-bretagne.org

Préparons demain. Consulté le 01/07/2017. <https://www.filmspreparonsdemain.com/>

Programme Papageno. Consulté le 01/07/2017. <https://papageno-suicide.com/>

Psychologie du travail : <http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/la-pyramide-des-besoins-de-maslow/>

Région Bretagne. Consulté le 24/6/2017. <http://www.bretagne.bzh/>

Rapports consultés sous format web

Programme National d'actions contre le suicide 2011-2014. Consulté le 24/06/2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014-2.pdf

Index des premiers auteurs

A.	Baudry 232
Abraham 232	Beautrais 91
Abric 89-96-98-99-117-127	Bègue 241
Actualité et Dossier en Sante Publique 51	Bellamy 36
Ahmedani 300	Benhamou 165
Ajdacic-Gross 131	Benjankhar 70-71-72
Agerbo 37	Benrais 245
Agnew 91	Bergamaschi 95
Altamura 131	Berlim 92
Ancelin-Schutzenberger 163-164	Berrouiguet 231
Andersen 246	Bhar 113
Anderson 92	Blanchet 48-154-161-162
André 281	Boileau 80
Andreasson 303	Bolzman 62-138
Anguis 33-36-37-53	Bossard 38
Arensman 227-296-297	Botega 92
Ariès 26-27-89	Bouhlal 45
Audibert 189	Bowen 163
B.	Bowlby 202-204-205-206-212-280-298
Bacqué 232-260-267-271-292	Bradvik 113
Badjadj 283	Breslau 261
Badone 61	Brodier 241
Bah 295	Broudic 55-56-60-95-235-292
Bajaj 92	Brunero 92
Barbançon 55-57-58-59-60-63-64-65-95-177-210-236	Brunet 166-169
Barr 37	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 34-283
Baudelot 82-152-241	

Burnay 215-241

C.

Calicis 46

Cankovic 92

Canetto 91

Carrer 56-57-59-60-95-189-236-291

Castellvi 175

Castoriadis 233

Chan 92

Chan Chee 283

Charazac-Brunel 182-269

Chapman 113

Chavagnat 29-159

Chemama 27

Chiland 23-150-156-158

Chirita 45-46

Cohidon 37-39

Compagnone 163-164-404

Coppens 92

Courtet 39-293

Crocq 268

Cyrulnik 88

D.

Dagenais 43-56-208

Dahlen 91

Daric 32-37-53

Daumer 263

Davenport Parker 91

Defontaine 193-194

Deishammer 131

Dejours 241

Demyttenaere 246

Denoux 63

Dernovsek 91

Diwo 45-46

Domino 91

Doublet 241

Drieu 45-276

Dubouloy 199

Ducrocq 39-231

Dupont 216

Durkheim 28-52-78-290

E.

Ehrenberg 282

Eisenbach 131

Escobar-Cordoba 293

Estabiet 82-152

F.

Farberow 158

Fédération Française De Psychiatrie 35

Feng 111-113-117

Festinger 89	Guillou 189
Filhon 62	Guimelli 96-117
Firdion 39	
Flament 89-96	H.
Florea 39	Halbwachs 28-42-52-79-93-113-152-290
Fontaine 95	Hamon 95
Forestier 91	Hanus 159-260-269-270-271
Fountoulakis 37	Hasking 91
Freud 44-45-46-55-60-78-163-166-280	Haut Conseil De La Sante Publique 77-80-297-303
Furtos 294	Henderson 239
	Herfray 82-83-84
G.	Hiltunen 131
Gagnon 91-92	Hjelmeland 91-93
Gaillon 295	Hogan 296-297-300
Gana 292	Houzel 56-60-64-65-208-291
Gerson 45-164-269	Huh 92
Giacchi 215	
Gibb 91	I.
Gilissen 304	INSERM 34-49-50-51-52-150-151-159-279
Gimenez 262	
Goldstein-Grumet 297	
Gollac 241	J.
Gotman 48-154-161-162	Jacobi 111
Gradus 39	Jacobson 92
Grimaldi-Bensouda 246	Jacques-Jouvenot 38
Guedeney 205-280	Jankélevitch 27
Guegan 96	Jehel 140-166-169

Jodelet 88-90-114

Jouglà 36-37

K.

Kaes 163-284

Kato 92

De Kernier 45-208

Kervella 245-246-292

Khirredine-Medouni 38

Kim 92

Knizek 91-93

Kocmur 91

Kodaka 91-92

Kok 167

Kopp-Bigault 58-86

Kress 60-61-64-208-235-236-274-291

L.

Laanani 37

Labonté 39-279

Lacan 32-56-78-280

Landa 262

Lebrun 282

Le Coadic 61-63

Lecrubier 167

Le Douguet 173-300

Lee 91-92-113-131

Leenars 91

Lewin 89

Linehan 43-165-257-410

Linkowski 131

M.

Maes 131

Mc Goldrick 45-164-269

Mc Intosh 86

Maine 92

Mannoni, O. 194

Mannoni, P. 88-89-90

Martiello 215

Maslow 239-240-241

Meaney 279

Meltzer 39

Miller 91

Millet 159

Minois 26-29-34-93-152

Mirsu-Paun 293

Moliner 93-96-109

Molinier 238

Montplaisir 64-284

Morel 45-57

Moriss 92

Mormont 262

Moscovici 88

Mucchielli 28-32

Mula 246

N.

Nebhinani 92

De Neuter 189

Nicolas 241

Nicoli 36-104-105

Nono 64-131-139

Norman 175

Norton 231

Notredame 295

O.

Observatoire National du Suicide 32-33-34-35-36-39-79-93-165

Observatoire Régional de Sante Bretagne 48-49-50-51-52-54-70-73-77-244-248

Oravec 131

Organisation Mondiale de la Santé 28-31-32-35-36-37-39-40-41-42-43-76-91-105-117-165-175-215-231-235-294-300

Ortigue 45

Osteen 92

P.

Pain 239

De Parseval 200

Partonen 131

Paugam 196-215-216

Pédinielli 48-83-158

Perez 64-131-139

Perrot 281

Perucca 246

Philippin 232

Pinninti 167

Pinoit 246

Pommier 44-45-46-294

Potter 113

Preti 131

Prévitali 285-295-302

Prigerson 260-292

Q.

Quentel 190

R.

Racamier 192-281

Rajalin 179

Renberg Salander 91-92-179

Renneville 28-32

Renou 241

Reynders 91-97-290

Rocchi 131

Roeland 36-92-113-167-287

Rogers 92

Rodante 179

Russ 264

Rutz 224

S.	Valabrega 23
Salès-Wuillemin 96-99	Valence 98-113
Schneidman 158	Veilleux 91
Segal 91	Vergès 99
Séguin 24-162-246-247-286-291	Vermette 91
Shahidi 205	Villebrun 231
Simon 62-63-152-239	Vindreau 30
Srivastava 92	Vyssoki 39
Standen 92	
Stuckler 37	W.
Susanszky 91	Wagner 98
Szyf 279	Walchelke 95-99
	Wang 179
T.	Wasserman 297
Tang 246	Wellman 91
Terra 97-286	Werth 92
Teyssier 63	Westefeld 91
Torok 232	Wingate 40
Tribolet 205	Winnicott 199-200-216-280
Trout 215	Winterrowd 91
Tsukahara 179	Wolf 23-24-159
Tuil 163-164	
Turecki 39-279	Y.
	Yaffe 264
V.	Yakushi 300
Vandermersch 27	
Van Vyve 28-29	Z.
Vaiva 39-231-260-264-271-295	Zalsman 227-296-297

Annexes

Partie 1 : Documents réglementaires

Annexe 1 : Accord CCTIRS



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 14-585Ter

Intitulé de la demande : Le suicide et les tentatives de suicide en pays Centre Ouest Bretagne : analyse quantitative et qualitative des facteurs intervenant dans les phénomènes suicidaires en Centre Bretagne.

Responsable scientifique : Anne THEVENOT
Faculté de Psychologie et Psychopathologie Cliniques
12 rue Goethe
67000 STRASBOURG

Demandeur : Marie-Frédérique BACQUÉ
Université de Strasbourg
EA 3071 : SULISOM - Faculté de Psychologie
12 rue Goethe
67000 STRASBOURG

Dossier reçu le : 10 juin 2016

Dossier examiné le : 7 juillet 2016

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

La dernière version du projet répond à la plupart des remarques faites en janvier. Toutefois, une dernière relecture est nécessaire, avec encore des modifications :

1.- La présentation du questionnaire « Alsace » comporte un paragraphe où il est demandé au sujet de consentir expressément à la collecte et à l'utilisation de ses données de santé. On ne voit pas à quoi ceci correspond, puisque le questionnaire ne porte (presque) plus que sur les opinions concernant le suicide.

2.- Questionnaires Alsace et Bretagne :

Le questionnaire « Alsace » serait rempli sur Internet, et celui « Bretagne » sur papier ? La présentation de l'enquête aux bretons comporte en effet comme instruction d'insérer le questionnaire dans l'enveloppe fournie, puis de laisser le questionnaire au secrétariat (de quel secrétariat s'agit-il ?). Ceci n'est pas cohérent avec la présentation en II.5 et II.6.

Si ces questionnaires ne sont pas remplis sur Internet, la question de l'attribution d'un code se pose, à moins que les questionnaires ne soient complètement anonymes.

Il serait préférable de ne pas demander de façon explicite aux sujets, quelle(s) personne(s) ils connaissent dans leur environnement qui se sont suicidées ou qui ont fait une tentative de suicide. Distinguer environnement de travail, environnement familial, amis ou connaissances, serait suffisant.

Indiquer aux personnes qui répondent qu'elles pourront avoir accès aux résultats globaux de l'étude, leur indiquer la marche à suivre pour cela.

3.- Etude qualitative menée auprès des patients suivis au CMP de Carhaix : indiquer dès le début du formulaire d'information que la personne peut décider de participer ou non, et que ne pas participer n'aura aucune conséquence sur la prise en charge médicale.

4.- Code attribué aux personnes incluses, préciser comment ce code est construit : un numéro d'ordre ? Code incluant initiale du nom et du prénom... ?

Fait à Paris, le 12 juillet 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif

1, rue Descartes - 75231 Paris Cedex 05
<http://www.recherche.gouv.fr>

Annexe 2 : Autorisation CNIL

Impression - RETIL - UNISTRA-

http://cil.unistra.fr/index.php?page=retil_traitement_show_page&infid...

Warning: Creating default object from empty value in /www/cil.unistra.fr/docs/application/retil_system/integration_chasse/traitement_edit.class.php on line 1961
Impression Fiche

FINALITÉ Ce champ est le titre de la fiche État de la fiche : Actif		Thèse en psychologie-Etude du suicide et des tentatives de suicide en pays Centre Ouest Bretagne (COB), Bretagne et Alsace	
DESCRIPTION ET OBJECTIFS (DÉTAILS DES FINALITÉS) Décrire les principaux Objectifs du Traitement		Etude des représentations sociales du suicide et des suicidants entre le pays Centre Ouest Bretagne (COB), la Bretagne et l'Alsace. Etude de prévalence des suicides, des tentatives de suicide et des idées suicidaires en population générale entre le pays COB, la Bretagne et l'Alsace. Etude des taux de transmission des langues régionales entre l'Alsace et la Bretagne, dans la population générale.	
CIL DÉSIGNÉ		Piquette Sarah	
UNIVERSITÉ		Université de Strasbourg	
RESPONSABLE DE TRAITEMENT (Entité) Université de Strasbourg (représenté par)		[Entité] Université de Strasbourg	
FACULTÉ OU SERVICE RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE Unité parente : Présidence		Faculté de médecine	
FACULTÉ OU SERVICE GÉRANT LE DROIT D'ACCÈS Unité parente : Présidence		Agent chargé de la mise en œuvre	
DATE DE MISE EN ŒUVRE		29/06/2015	
CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES Personnes concernées par le Traitement		Personnes dans la population générale (personnes de plus de 18 ans (pas de majeur protégé)) résidant en Bretagne et en Alsace ayant répondu au questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux de journaux et de radios, dans la presse écrite (URL pour les 2 régions) et par mailing (URL) par la structure Pays Centre Ouest Bretagne, Les conférences de territoires de santé 1 et 2 du Finistère. Puis dans le cadre d'entretiens individuels.	
CATÉGORIES DE DONNÉES ET CATÉGORIES DE DESTINATAIRES Décrire le Traitement (Un : vous pouvez coller depuis Word)			
Données personnelles concernées:		Destinataires des données	Durée de conservation
Sexe, âge, structure familiale, profession, lieu de résidence, lieu de naissance, langue régionale parlée.		La doctorante et ses directeurs de thèse	Durée de la thèse jusqu'à la soutenance et publications nécessaires dans le cadre de celle-ci.
Données de santé (Informations en lien avec le suicide et la tentative de suicide)		La doctorante et ses directeurs de thèse.	Durée de la thèse jusqu'à la soutenance et publications nécessaires dans le cadre de celle-ci.
DATE D'INSCRIPTION AU REGISTRE Vous pouvez modifier cette date si nécessaire. Si la date d'horodatage existe, cette dernière l'écrit (Cliquez dans le champ pour afficher le calendrier)			
		29/06/2015	
NOTES Saisissez les motifs de la version en préparation. Par défaut le motif de la première version peut être : <u>Première activation.</u>			
		Nouvelle fiche	
Résumé Traitement			
Nom de l'application Nom interne de la ou des applications concourant au Traitement.			
Exploitant Service chargé de l'exploitation technique (DSI ou autre)			
Type de formalité Pour info (ou si reprise): type de formalité applicable en mode "déclaration classique"		DN - Déclaration	
Type de formalité - Compléments (reprendre) Précisions : n° de NS ou d'ALL...		Déclaration normale- inscription au registre	
N° Déclaration CNIL En cas de reprise d'un Traitement déjà déclaré à la CNIL : Indiquer le n° de déclaration.			
Mesures de sécurité			
Modalités d'informations		- pour le questionnaire: « Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à une étude de doctorat de psychologie et psychopathologie clinique sur les tentatives et les suicides en pays Centre Ouest Bretagne, dont les objectifs sont de comprendre la problématique suicidaire en Centre Bretagne et de proposer des pistes d'actions de prévention adaptées; Les destinataires des données sont : exclusivement l'opérateur de la recherche : Mme NGDP ISSAULT. Les données seront stockées sur clé USB indépendante de tout réseau, dans un local fermé à clé. Si vous prenez contact avec moi dans le cadre de cette recherche, les mails échangés pour recevoir ces informations seront effacés dès réception des coordonnées suffisantes pour réaliser un entretien en face à face. -pour les entretiens: demande de signature d'un formulaire de consentement de participation où figurent	
Technologies utilisées Champ privé		Questionnaire en ligne et au format papier. Entretiens avec des personnes volontaires.	
Lieu de traitement Indiquez le lieu du traitement En standard :		Strasbourg	
pièce jointe PDF			
CIL désigné		Piquette Sarah	
Assistant(x) du CIL		Administrateur RETIL, Vogel Beatrix	
Responsable de Traitement		[Entité] Université de Strasbourg (représenté par)	
VERSION DE LA FICHE		1	
STATUT		Actif	
Détails et commentaires sur le changement de statut		Fiche activée le lundi 29 juin 2015 - 10:07	
Date de modification de l'état		29/06/2015	
AUTEUR ORIGINAL DE LA FICHE		Piquette Sarah	
Id		609	
Id de la version précédente			
Id de la version suivante			
Historique			
Date de soumission au serveur d'horodatage (heure locale)		29/06/2015 10:07:12	
Clé MD5 Clé MD5 soumise - calculable à partir du champ ci-dessous.		880b7e65e085418143004e4fb3e33ac	

Annexe 3 : Avis du comité d'éthique du CHPM



Pôle des prestations
administratives, techniques
et logistiques

Directeur adjoint
André-Dominique ZARRELLA
azarrella@ch-morlaix.fr
02 98 62 80 02

Secrétariat
Fabienne GUILLERM
guillerm@ch-morlaix.fr
02 98 62 89 11
02 98 62 89 18

Nos réf :
Avis CE 2015 1

DIRECTION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

MORLAIX, le 1^{er} décembre 2015

**Le Directeur de la Qualité
Gestion des Risques
Le Président du Comité d'éthique**

À

**Madame BIGAULT-KOPP
Psychologue clinicienne
Secteur 29 G 07**

Objet : Avis du Comité d'éthique sur le Projet de Thèse de psychologie et psychopathologie clinique de Madame Céline BIGAULT-KOPP, psychologue clinicienne sur secteur 7 de psychiatrie adulte

Une étude publiée en 2014, portant sur le nombre de tentatives de suicide (TS) a montré une surmortalité de 116 % pour les hommes et 143 % pour les femmes en pays du Centre et de l'Ouest de la Bretagne (pays COB), en comparaison aux chiffres nationaux.

Objectif de l'étude : comprendre les raisons de ce taux élevé de tentatives de suicides dans le pays COB et mettre en place une prévention ciblée localement.

Méthode : protocole de suivi des patients ayant fait une tentative de suicide et ayant signé le formulaire de consentement éclairé pour cette étude.

Support : l'étude sera déroulée lors des consultations programmées de suivi du patient en tenant compte de son état et de sa capacité à adhérer à l'étude au moment de l'entretien.

Après présentation de la partie clinique et discussion sur le protocole proposé à la lecture, le Comité éthique donne un avis positif à cette étude.

Pour faire et valoir ce que de droit, le 1^{er} décembre 2015,

Le Directeur-Adjoint,


André-Dominique ZARRELLA

Le Président du Comité d'éthique,

Docteur Guy LE GALL



Copie : Service Qualité

Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement à la recherche

Evolutions personnelles et familiales impliquées dans les suicides en Pays Centre Ouest Bretagne, Bretagne et Alsace

PROMOTEUR : Université de Strasbourg, EA 3071

Investigatrice : C. KOPP BIGAULT, doctorante

FORMULAIRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer. Il résume les informations actuellement disponibles en répondant à différentes questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche.

PRESENTATION

Cette recherche est réalisée dans le cadre d'un doctorat de psychologie et de psychopathologie cliniques effectué par Mme Céline KOPP BIGAULT, à l'université de Strasbourg, sous la direction de Mme Anne THEVENOT, professeure de psychologie et psychopathologie cliniques et sous la direction de Mr Michel WALTER, professeur de psychiatrie, à l'université de Bretagne Occidentale à Brest.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de bien comprendre le but de ce travail, ses procédures, ses avantages et inconvénients. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaiterez à l'investigateur de la recherche.

NATURE DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour vocation de comprendre l'histoire et la trajectoire de vie de la personne décédée par suicide à travers le récit d'un membre de sa famille. En comparant les différents récits ainsi obtenus, nous espérons pouvoir déterminer quels sont les facteurs et profils les plus fréquemment retrouvés et proposer des actions de prévention spécifiquement basées sur ces éléments.

POURQUOI ME PROPOSE-T-ON DE PARTICIPER ?

Un appel à témoignage a été diffusé au moyen de différents supports : brochure, enquête internet, journaux, mailing aux associations sur le deuil etc. Dans ce cadre-là, il vous a été proposé de contacter Mme KOPP BIGAULT, investigatrice principale, doctorante en psychologie et psychopathologie, si vous avez perdu un proche par suicide. Après l'avoir contactée, Mme KOPP BIGAULT vous a proposé de vous rencontrer pour un entretien de recherche et vous avez accepté une première rencontre.

DEROULEMENT DE LA PARTICIPATION

Dans le cadre de cette étude, vous serez amenés, au cours d'un entretien enregistré sur un dictaphone, entretien de type semi-directif, c'est à dire avec le support de questions, à raconter l'histoire de votre proche qui s'est suicidé. Par ailleurs, il vous sera demandé de dessiner un arbre généalogique de cette personne. Nous aurons aussi l'occasion de parler de votre perception de ce suicide et de la prévention du suicide. Il ne devrait y avoir besoin que d'un entretien.

BENEFICES ATTENDUS, EFFETS INDESIRABLES, CONTRAINTES

1. Bénéfices attendus :

Votre participation permettra d'ouvrir des pistes de prévention à l'égard du suicide en Pays Centre Ouest Bretagne. La prévention du suicide concerne chaque citoyen et ainsi vous participez à la compréhension de cette problématique et à sa meilleure prise en charge.

2. CONTRAINTES :

Cette participation vous demandera du temps, les entretiens pouvant prendre jusqu'à 1h30. Pour faciliter les rencontres, l'entretien sera réalisé au moment et à l'endroit qui vous conviendra le mieux.

3. EFFETS INDESIRABLES :

Raconter ces histoires de vie autour du suicide peut dans certaines situations raviver des souvenirs, des émotions, des sensations désagréables. Si cela se produit pendant l'entretien, parlez-en à votre interlocutrice. Elle saura, de par sa formation de psychologue et de formatrice en situation de crise suicidaire, évaluer la situation et vous accompagner de manière adaptée dans ce moment.

Il pourra parfois être nécessaire d'interrompre l'entretien. Il sera dans ce cas-là nécessaire de réfléchir à la possibilité ou non de reprendre date pour continuer ce travail. Elle pourra être amenée, si la situation le nécessite à vous proposer un accompagnement professionnel par une personne compétente à proximité de votre domicile.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Vous êtes libre de participer à ce projet.

Conformément à la loi, vous êtes en droit de vous retirer de cette étude à n'importe quel moment du déroulement de l'étude, que vous ayez ou non déjà participé à un entretien. Aucune justification ne vous sera demandée.

Pour ce faire, il vous suffit de contacter : Mme KOPP BIGAULT Céline, dont les coordonnées détaillées figurent dans ce document dont il vous est remis une copie.

En cas de retrait, tous les renseignements personnels et vos données d'identification seront immédiatement détruits.

CONFIDENTIALITE ET GESTION DES DONNEES

Les données récoltées au moment des entretiens ne serviront qu'à cette étude menée par Mme KOPP BIGAULT dans le cadre de sa thèse de doctorat. En aucun cas, vos données ne seront cédées ou vendues à des tiers. Mis à part les directeurs de thèse, personne n'aura accès aux entretiens dans leur intégralité.

Même dans ce cas précis, dans l'écrit de thèse, lors de la soutenance publique de la thèse, lors d'éventuelles communications ou publications, les précautions suivantes seront prises :

- votre nom et toute information pouvant vous identifier n'apparaîtront nulle part
- Un code sera associé à votre formulaire de consentement, et c'est ce code qui figurera dans les écrits. Seule Mme KOPP BIGAULT aura accès à la liste permettant la correspondance du code et du nom. La liste sera conservée dans une armoire fermée à clé. Seule Mme KOPP BIGAULT possède la clé.
- Les entretiens enregistrés seront tapés et enregistrés sur un support informatisé indépendant (disque dur externe dédié), dans un fichier référencé selon le code de la lettre de consentement, clos par un mot de passe que seule l'investigatrice sera dépositaire. Les fichiers seront dupliqués sur clé USB comme copie de sauvegarde. Le disque dur et la clé USB lorsqu'ils ne sont pas utilisés pour la recherche seront conservés dans une armoire fermée à clé. Seule Mme KOPP BIGAULT possède la clé. Vos données seront conservées pendant toute la durée de la thèse, puis seront détruites par l'investigatrice.
- Le fichier contenant les données de la recherche et vos coordonnées a donné lieu à une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'investigatrice principale dont les coordonnées figurent ci-dessous.

RESULTATS

Si vous le souhaitez, vous pourrez obtenir communication des résultats généraux de l'étude par demande écrite auprès de l'investigatrice principale dont les coordonnées figurent ci-dessous.

COORDONNEES DE L'INVESTIGATRICE PRINCIPALE

Si vous avez des questions, avant, pendant et après l'étude ou si vous souhaitez exercer votre droit de retrait, vous pouvez contacter :

Céline KOPP BIGAULT, doctorante en psychologie et psychopathologie cliniques

Laboratoire SULISOM / EA 3071

12 rue Goethe

67000 STRASBOURG

Téléphone : 06.51.22.63.67

Courriel : etude_suicide_COB@yahoo.fr

Nous vous remercions de bien vouloir parapher chaque page de ce document (réalisé en 3 exemplaires) afin d'attester que vous l'avez bien lu et compris.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous remercions également de bien vouloir donner votre consentement écrit en signant le formulaire ci-après, préparé à cet effet.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Dynamiques psychiques personnelles et familiales impliqués dans les suicides en Pays Centre Ouest Bretagne, Bretagne et Alsace

Promoteur : Université de Strasbourg, EA 3071

Investigatrice : C. KOPP BIGAULT, doctorante

Je soussigné(e)

Madame - Monsieur (rayer les mentions inutiles) (Nom, Prénom) :

Accepte librement à participer à la recherche intitulée : « Dynamiques psychiques personnelles et familiales impliqués dans les suicides en Pays Centre Ouest Bretagne » dans le cadre de la thèse de Mme KOPP BIGAULT portant sur la sur-suicidité en Pays Centre Ouest Bretagne.

Etant entendu que :

- J'ai reçu la note d'information, je l'ai lu attentivement et j'ai compris le but, la nature, les bénéfices attendus, les contraintes et les effets indésirables possibles de la recherche.
- L'investigatrice a répondu à mes questions et j'ai compris les réponses données :
- J'ai bien compris que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche sans avoir à me justifier.
- J'ai bien compris que les entretiens étaient susceptibles de raviver des moments d'inconfort étant donné le sujet de l'étude
- Je peux compter sur de l'aide dans la suite de cet entretien si nécessaire et j'accepte de solliciter les connaissances de l'investigatrice pour trouver des lieux d'écoute si nécessaire
- Si je le souhaite je pourrai être informé(e) des résultats globaux de cette recherche selon les modalités figurant dans la note d'information qui m'a été remise.

Fait à : Le :

Signature du participant, de la participante

Je soussigné Céline KOPP BIGAULT, doctorante en psychologie et psychopathologie cliniques à l'Université de Strasbourg, certifie par la présente avoir explicité le but, la nature, les avantages, inconvénients et risque du projet de recherche au participant. J'ai répondu, en l'état de mes connaissances, aux questions posées et je me suis assurée de la bonne compréhension des réponses apportées. J'ai proposé en cours ou à la suite de l'entretien, en cas de difficultés psychiques, une aide adaptée.

A: Le

Signature :

Le présent formulaire ainsi que la note d'information sont réalisés en deux exemplaires, dont un est remis à l'intéressé. L'autre exemplaire est conservé par l'investigateur, conformément à la Loi.

Annexe 5 : Lettre d'information et de consentement à la recherche clinique

Evolutions personnelles et familiales impliquées dans les moments de crise suicidaire de personnes résidant en Pays Centre Ouest Bretagne

PROMOTEUR : Université de Strasbourg, EA 3071

Investigatrice : C. KOPP BIGAULT, doctorante

FORMULAIRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer. Il résume les informations actuellement disponibles en répondant à différentes questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche.

PRESENTATION

Cette recherche est réalisée dans le cadre d'un doctorat de psychologie et de psychopathologie cliniques effectué par Mme Céline KOPP BIGAULT, à l'université de Strasbourg, sous la direction de Mme Anne THEVENOT, professeure de psychologie et psychopathologie cliniques et sous la direction de Mr Michel Walter, professeur de psychiatrie, à l'université de Bretagne Occidentale à Brest.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de bien comprendre le but de ce travail, ses procédures, ses avantages et inconvénients. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur de la recherche.

NATURE DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour vocation de comprendre les origines d'une fragilité psychique particulière caractérisée par l'apparition d'idées de suicide voire de tentatives de suicide à travers l'analyse de d'un ensemble des facteurs entrant en ligne de compte dans l'histoire de vie d'une personne énoncé travers son récit. En comparant les différents récits ainsi obtenus, nous espérons pouvoir déterminer quels sont les facteurs et profils les plus fréquemment retrouvés et proposer des actions de prévention spécifiquement basées sur ces éléments.

POURQUOI ME PROPOSE-T-ON DE PARTICIPER ?

A un moment de votre vie, vous avez été concerné par cette fragilité suicidaire et vous avez bénéficié d'une prise en charge thérapeutique au Centre Médico-Psychologique de Carhaix, avec Mme BIGAULT KOPP. Cette prise en charge est terminée depuis plus de 6 mois. Votre récit et vécu travaillé dans le cadre de cette psychothérapie peut permettre de faire avancer la compréhension de la crise suicidaire en Centre Ouest Bretagne.

DEROULEMENT DE LA PARTICIPATION

Dans le cadre de cette étude, il ne vous est rien demandé de spécifique, hormis l'autorisation faite à l'investigatrice, d'utiliser, sous couvert d'anonymat, les récits construits en psychothérapie.

BENEFICES ATTENDUS, EFFETS INDESIRABLES, CONTRAINTES

1. Bénéfices attendus :

Votre participation permettra d'ouvrir des pistes de prévention à l'égard du suicide en Pays Centre Ouest Bretagne. La prévention du suicide concerne chaque citoyen et ainsi vous participez à la compréhension de cette problématique et à sa meilleure prise en charge.

Par ailleurs, cette rencontre permet de faire le point sur votre état actuel et permet de faire de la prévention individualisée.

2. CONTRAINTES :

Cette recherche ne présente à priori aucune contrainte pour vous.

Quelque soit votre réponse, en cas de besoin, vous bénéficierez dans tous les cas d'une prise en charge appropriée à votre situation qui sera celle habituellement proposée par le Centre Médico-Psychologique dans lequel vous avez auparavant été accueillie.

3. EFFETS INDESIRABLES :

Votre accord ne présente à priori aucun effet indésirable, le travail psychothérapeutique étant achevé au moment de l'étude.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Vous êtes libre de participer ou non à ce projet.

Conformément à la loi, vous êtes en droit de vous retirer de cette étude à n'importe quel moment du déroulement de l'étude. Aucune justification ne vous sera demandée et cela n'entraînera aucun frein à une éventuelle nouvelle prise en charge en soin au CMP avec Mme BIGAULT KOPP.

Pour ce faire, il vous suffit de contacter : Mme BIGAULT KOPP Céline, dont les coordonnées détaillées figurent dans ce document dont il vous est remis une copie.

En cas de retrait, tous les renseignements personnels et vos données d'identification seront immédiatement détruits.

CONFIDENTIALITE ET GESTION DES DONNEES

Les données récoltées au moment des entretiens ne serviront qu'à cette étude menée par Mme KOPP BIGAULT dans le cadre de sa thèse de doctorat. En aucun cas, vos données ne seront cédées ou vendues à des tiers. Mis à part les directeurs de thèse, personne n'aura accès aux entretiens dans leur intégralité.

Même dans ce cas précis, dans l'écrit de thèse, lors de la soutenance publique de la thèse, lors d'éventuelles communications ou publications, les précautions suivantes seront prises :

- votre nom et toute information pouvant vous identifier n'apparaîtront nulle part
- Un code sera associé à votre formulaire de consentement, et c'est ce code qui figurera dans les écrits. Seule Mme KOPP BIGAULT aura accès à la liste permettant la correspondance du code et du nom. La liste sera conservée dans une armoire fermée à clé. Seule Mme KOPP BIGAULT possède la clé.
- Les entretiens seront tapés et enregistrés sur un support informatisé indépendant (disque dur externe dédié), dans un fichier référencé selon le code de la lettre de consentement, clos par un mot de passe dont seule l'investigatrice sera dépositaire. Les fichiers seront dupliqués sur clé USB comme copie de sauvegarde. Le disque dur et la clé USB lorsqu'ils ne sont pas utilisés pour la recherche seront conservés dans une armoire fermée à clé. Seule Mme KOPP BIGAULT possède la clé. Vos données seront conservées pendant toute la durée de la thèse, puis seront détruites par l'investigatrice.
- Le fichier contenant les données de la recherche et vos coordonnées a donné lieu à une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'investigatrice principale dont les coordonnées figurent ci-dessous.
- Cette étude, dans les conditions préalablement détaillées, a reçu le 29/04/2015, un avis favorable du Comité d'Ethique du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix.

RESULTATS

Si vous le souhaitez, vous pourrez obtenir communication des résultats généraux de l'étude par demande écrite auprès de l'investigatrice principale dont les coordonnées figurent ci-dessous.

COORDONNEES DE L'INVESTIGATRICE PRINCIPALE

Si vous avez des questions, avant, pendant et après l'étude ou si vous souhaitez exercer votre droit de retrait, vous pouvez contacter :

Céline KOPP BIGAULT, doctorante en psychologie et psychopathologie cliniques,
Psychologue clinicienne

Laboratoire SULISOM / EA 3071

12 rue Goethe

67000 STRASBOURG

Téléphone : 06.51.22.63.67

Courriel : etude_suicide_COB@yahoo.fr

Ou au

Centre Médico-Psychologique de Carhaix

14 Ter rue du Docteur Menguy

29270 Carhaix

02.98.99.18.81

Nous vous remercions de bien vouloir parapher chaque page de ce document (réalisé en 3 exemplaires) afin d'attester que vous l'avez bien lu et compris.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous remercions également de bien vouloir donner votre consentement écrit en signant le formulaire ci-après, préparé à cet effet.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Dynamiques psychiques personnelles et familiales impliqués dans les moments de crise suicidaire de personnes résidant en Pays Centre Ouest Bretagne

Promoteur : Université de Strasbourg, EA 3071

Investigatrice : C. BIGAULT KOPP, doctorante, psychologue

Je soussigné(e), Madame - Monsieur (rayer les mentions inutiles) (Nom, Prénom) :

Accepte librement à participer à la recherche intitulée : « Dynamiques psychiques personnelles et familiales impliqués dans les moments de crise suicidaire de personnes résidant en Pays Centre Ouest Bretagne » dans le cadre de la thèse de Mme KOPP BIGAULT portant sur la sur-suicidité en Pays Centre Ouest Bretagne.

« Je reconnais qu'en acceptant de participer, je vais divulguer mes données de santé à caractère personnel. Je consens expressément à leur collecte et leur utilisation dans le cadre de l'étude menée par l'Université de Strasbourg portant sur la sur-suicidité en Pays Centre Ouest Bretagne ».

OUI - NON (Rayer la mention inutile)

Etant entendu que :

- J'ai reçu la note d'information, je l'ai lu attentivement et j'ai compris le but, la nature, les bénéfices attendus, les contraintes et les effets indésirables possibles de la recherche.

- Fait à : _____ Le : _____
- Signature du participant, de la participante _____

A : _____ Le _____

Signature : _____

357

Partie 2 : Représentations sociales du suicide, des causes de suicide et des personnes suicidées

Annexe 1 : Questionnaire d'étude des RS du suicide en Bretagne



RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE

Etude interrégionale sur les représentations sociales du suicide - BRETAGNE

Cette enquête, dans le cadre d'une recherche universitaire de doctorat, a pour but de comprendre quelles sont les représentations sociales des individus concernant le suicide et ses causes.

Cette version ne s'adresse qu'aux personnes habitant en BRETAGNE.

A partir de vos réponses, nous déterminerons des pistes de réflexions et des propositions d'actions de prévention du suicide. Les réponses seront traitées anonymement. Elles donneront lieu à un travail d'analyse qui préservera l'anonymat des personnes enquêtées lors des communications et publications. Vous pouvez demander une synthèse des résultats aux coordonnées ci-dessous.

Essayez de remplir ce questionnaire le plus spontanément possible, telles que les idées vous viennent sans essayer de les changer.

Merci de ne remplir qu'un questionnaire par personne.

Temps de passation moyen : 15 minutes

Ce travail ne peut se faire qu'avec votre participation.

Alors, d'ores et déjà, je vous remercie pour votre participation !

C. KOPP BIGAULT

Psychologue clinicienne

Doctorante en psychologie et psychopathologie cliniques - Université de Strasbourg

Pour me joindre par rapport à cette recherche uniquement :

Email : etude_suicide_COB@yahoo.fr / Portable : 06.51.22.63.67

« Je reconnais qu'en répondant à ce questionnaire, je vais divulguer mes données de santé à caractère personnel. Je consens expressément à leur collecte et leur utilisation dans le cadre de l'étude menée par l'Université de Strasbourg portant sur les représentations inter-régionales du suicide »

Oui ☐ Non ☐

I / Parlons de vous

Vous êtes : un homme ☐ une femme ☐

Votre âge :

18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ 65-74 ☐ 75-84 ☐ 85-94 ☐ 95 et + ☐

Votre code postal de résidence : _____

Votre code postal de naissance : _____

Statut familial : (Plusieurs réponses peuvent vous concerner)

Seul(e) ☐ Actuellement seul(e) ☐

Seul(e) n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) ☐

Veuf / Veuve ☐

Divorcé(e) ☐

En cours de séparation ☐

En couple ☐ Marié(e) ☐ Union libre ☐ PACS ☐ Famille recomposée ☐

Avez vous des enfants : Oui ☐ Non ☐

Combien vivent-encore avec vous ?

Habitat :

Etes-vous propriétaire ? Oui ☐ Non ☐

Logement : maison ☐ appartement ☐ gîte ☐ Pas de logement fixe ☐

Votre habitation est-elle isolée (voisins > 100 m) ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous de la famille à proximité de chez vous ?

Pas du tout proche ☐ pas proche ☐ moyennement proche ☐ proche ☐
très proche ☐

A quelle distance ? _____ Km (approximativement)

Qui _____ ?

Langue et famille :

Parlez-vous breton ? Oui ☐

Où l'avez-vous appris ? _____

Qui le parlait avec vous ? _____

Non ☐

Le comprenez-vous ? Oui ☐ Bases ☐ Couramment ☐ Où l'avez-vous appris ? _____

Qui le parlait avec vous ? _____

Non ☐

Vos parents parlent-ils ou comprennent-ils le breton ? Oui ☐ Compris et parlé ☐

Compris ☐

Non ☐

Vos grands-parents le parlent(aient)-ils ? Oui ☐ Compris et parlé ☐

Compris ☐

Non ☐

D'où sont originaires vos parents (région - ville) ?

D'où sont originaires vos grands-parents maternels (région-ville) ?

D'où sont originaires vos grands-parents paternels (région-ville) ?

Quel est votre niveau d'étude maximum atteint ?

Collège ☐ CAP/BEP ☐ Bac ☐ Bac +2 /+3 ☐ Bac +4 ☐ Bac + 5 et + ☐

Etes-vous en situation d'emploi ? Oui ☐ Non ☐ Quelle est/était votre profession ? :

Si **non**, quel est votre statut ?

Invalidité ☐ AAH ☐ Chômage ☐ Indemnités journalières d'arrêt de travail ☐

Depuis quand ? _____

Autre : ☐ Précisez : _____

Avez-vous déjà été sensibilisé au problème du suicide ? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, par quel biais ? Télévision ☐ Radio ☐ Conférences/journées à thème ☐

Expérience personnelle /Familiale ☐ Internet ☐ Journaux / revues ☐

Formation professionnelle ☐ (Précisez : _____)

II / Parlons du suicide en général

1. Spontanément, citez 3 mots qui vous viennent à l'esprit concernant le suicide en général.

Pour vous le suicide c'est : -

-

-

Pour vous les personnes qui se suicident sont : -

-

-

Pour vous les causes du suicide sont : -

-

-

2. Pour vous, les personnes qui se suicident :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Sont impulsives					
Sont désespérées					
Sont déprimées					
Souffrent psychologiquement					
Hésitent à demander de l'aide					
Ont des problèmes psychiatriques					
Sont lâches					
Sont isolées familialement et/ou socialement					
Ont des problèmes avec l'alcool					
Ne montrent pas qu'elles vont mal					
Sont courageuses					

3. Veuillez indiquer si, pour vous, certaines des propositions suivantes peuvent être des causes possibles de suicide :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Avoir des problèmes familiaux					
Avoir des problèmes au travail (stress, conflit...)					

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Se retrouver sans emploi (chômage, invalidité...)					
Avoir des problèmes avec la justice					
Avoir été victime d'agression (physique, psychique, sexuelle...)					
Avoir des problèmes financiers					
Avoir une maladie grave et incurable					
Avoir une perte d'autonomie					
Le climat					
Avoir été victime de violences dans l'enfance					
Etre en deuil d'un être cher					
La vieillesse					
Se sentir un poids pour la société					
Se sentir un poids pour les familles					
Sentiment / Vécu d'isolement					

4. Pour vous, quels sont les 3 facteurs les + impliqués dans le suicide d'une personne parmi les causes citées précédemment :

-

-
-

5. Lequel de ces facteurs vous semble justifier à lui seul un suicide ?

-

6. De manière générale, par rapport au suicide, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ça peut arriver à tout le monde					
Le suicide est un choix					
On retrouve dans l'histoire des familles plusieurs suicides					
Le suicide est généralement sous-estimé					
La population est peu informée sur le problème du suicide					
Les personnes ne donnent pas de signes avant de passer à l'acte					
Les personnes sont décidées à mourir					
La population est peu informée des moyens de prévention du suicide					
Les personnes ont des raisons valables de le faire					

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Suicidaire un jour, suicidaire toujours					
Parler du suicide peut inciter à le faire					
Le suicide fait partie de l'histoire de la Bretagne et des bretons					
La religion permettait de limiter le suicide					
Le suicide est souvent associé à une maladie psychiatrique					
Les personnes suicidaires veulent juste attirer l'attention					
Il ne faut pas parler de ce sujet à des personnes qui ont été touchées par un suicide					
Le suicide est inévitable					
Le suicide est un tabou					
Le suicide est un droit					
Le suicide est culturel					
Le suicide est une honte					
Le suicide est un gâchis					
Le suicide est imprévisible					

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le suicide est lié au climat					
Le suicide est une liberté					
Le suicide est une délivrance					
Le suicide est lié aux saisons					

7. Pensez vous qu'il faut tout faire pour éviter le suicide d'une personne ?

Oui ☐ Non ☐

8. Vous sentiriez vous capable d'empêcher un suicide ? Oui ☐ Non ☐

9. Sauriez-vous à qui demander de l'aide si vous même, ou une connaissance, était en souffrance suicidaire ? Oui ☐ Non ☐

10. Parmi les propositions suivantes cochez les 3 aides que vous solliciteriez prioritairement pour demander de l'aide dans le cadre d'un moment suicidaire :

- ☐ Assistantes sociales
- ☐ Famille
- ☐ Mairie / Centre Communal d'Action Sociale
- ☐ Médecin Traitant
- ☐ Numéro vert type SOS Amitié, SOS Suicide...
- ☐ Numéro d'urgence type 15 (SAMU) ou 18 (Pompiers)
- ☐ Psychiatrie (Hôpital ou libéral)
- ☐ Psychologue
- ☐ Service d'urgence hospitalière
- ☐ Autre : (précisez)

11. Saviez-vous que la Bretagne était l'un des territoires les plus touchés par le suicide ?

Oui ☐ Non ☐

Citez 3 raisons possibles qui expliqueraient ces taux selon vous? -

-

-

12. Saviez-vous qu'en Bretagne, le Centre Ouest Bretagne (secteur Carhaix-Rostrenen-Gourin- Châteauneuf du Faou- Callac- Le Faouët...) était un des territoires les plus touchés par le suicide ?

Oui ☐ Non ☐

Citez 3 raisons possibles qui expliqueraient ces taux selon vous? -

-

-

III /Parlons du suicide en particulier

1. Connaissez-vous personnellement, directement des personnes ayant tenté de se suicider

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

Combien de personnes ? _____

Qui ? (par exemple : collègue , oncle paternel, cousin germain...)

-

Code postal ou région de résidence de (des) la personne(s) :

2. Connaissez-vous personnellement, directement des personnes qui se sont suicidées ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

Combien de personnes ? _____

Qui ? (par exemple : collègue , oncle paternel, cousin germain...)

-

Code postal ou région de résidence de(s) la personne(s) :

3. Vous même avez-vous déjà eu à un moment de votre vie des idées suicidaires ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

A _____ quel _____ âge _____ ?

Dans quel contexte ? _____

Si non : Pensez-vous que cela pourrait vous arriver ? Oui ☐ Non ☐

Donnez-moi en quelques mots votre définition d' : « idées suicidaires » :

4. Vous même avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? Oui ☐ Non ☐

Si oui :

A quel âge ? _____

Dans quel contexte ? _____

5. Avez-vous eu de l'aide dans ce cadre-là ?

Oui ☐ Non ☐

MESSAGE DE PREVENTION

Si vous présentez en ce moment des idées suicidaires, demandez de l'aide.

Des personnes compétentes sont disponibles et à votre écoute pour vous soutenir dans la période difficile que vous vivez et pour vous aider à soulager de votre souffrance.

Vous pouvez contacter le centre 15, votre médecin traitant ou SOS médecin, un psychologue ou un psychiatre, mais aussi des associations comme SOS Suicide, SOS amitié, SOS Suicide Phoenix.

Annexe 2 : Questionnaire d'étude des RS du suicide en Alsace



RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE

Étude interrégionale sur les représentations sociales du suicide - ALSACE

Cette enquête, dans le cadre d'une recherche universitaire de doctorat, a pour but de comprendre quelles sont les représentations sociales des individus concernant le suicide et ses causes.

Cette version ne s'adresse qu'aux personnes habitant en ALSACE.

A partir de vos réponses, nous déterminerons des pistes de réflexions et des propositions d'actions de prévention du suicide. Les réponses seront traitées anonymement. Elles donneront lieu à un travail d'analyse qui préservera l'anonymat des personnes enquêtées lors des communications et publications. Vous pouvez demander une synthèse des résultats aux coordonnées ci-dessous

Essayez de remplir ce questionnaire le plus spontanément possible, telles que les idées vous viennent sans essayer de les changer.

Merci de ne remplir qu'un questionnaire par personne.

Temps de passation moyen : 15 minutes

Ce travail ne peut se faire qu'avec votre participation.

Alors, d'ores et déjà, je vous remercie pour votre participation !

C. KOPP BIGAULT

Psychologue clinicienne

Doctorante en psychologie et psychopathologie cliniques - Université de Strasbourg

Pour me joindre par rapport à cette recherche uniquement :

Email : etude_suicide_COB@yahoo.fr / Portable : 06.51.22.63.67

« Je reconnais qu'en répondant à ce questionnaire, je vais divulguer mes données de santé à caractère personnel. Je consens expressément à leur collecte et leur utilisation dans le cadre de l'étude menée par l'Université de Strasbourg portant sur les représentations inter-régionales du suicide »

Oui ☐ Non ☐

I / Parlons de vous

Vous êtes : un homme ☐ une femme ☐

Votre âge :

18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ 65-74 ☐ 75-84 ☐ 85-94 ☐ 95 et + ☐

Votre code postal de résidence : _____

Votre code postal de naissance : _____

Statut familial : (Plusieurs réponses peuvent vous concerner)

Seul(e) ☐ Actuellement seul(e) ☐

Seul(e) n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) ☐

Veuf / Veuve ☐

Divorcé(e) ☐

En cours de séparation ☐

En couple ☐ Marié(e) ☐ Union libre ☐ PACS ☐ Famille recomposée ☐

Avez-vous des enfants : Oui ☐ Non ☐

Combien vivent-encore avec vous ?

Habitat :

Etes-vous propriétaire ? Oui ☐ Non ☐

Logement : maison ☐ appartement ☐ gîte ☐ Pas de logement fixe ☐

Votre habitation est-elle isolée (voisins > 100 m) ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous de la famille à proximité de chez vous ?

Pas du tout proche ☐ pas proche ☐ moyennement proche ☐ proche ☐
très proche ☐

A quelle distance ? _____ Km (approximativement)

Qui _____ ?

Langue et famille :

Parlez-vous alsacien ? Oui ☐

Où l'avez vous appris ? _____

Qui le parlait avec vous ? _____

Non ☐

Le comprenez-vous ? Oui ☐ Bases ☐ Couramment ☐ Où l'avez vous appris ? _____

Qui le parlait avec vous ? _____

Non ☐

Vos parents parlent-ils ou comprennent-ils l'alsacien ? Oui ☐ Compris et parlé ☐

Compris ☐

Non ☐

Vos grands-parents le parlent(aient)-ils ? Oui ☐ Compris et parlé ☐

Compris ☐

Non ☐

D'où sont originaires vos parents (région - ville)?

D'où sont originaires vos grands-parents maternels (région-ville) ?

D'où sont originaires vos grands-parents paternels (région-ville) ?

Quel est votre niveau d'étude maximum atteint ?

College ☐ CAP/BEP ☐ Bac ☐ Bac +2 /+3 ☐ Bac +4 ☐ Bac
+ 5 et + ☐

Etes-vous en situation d'emploi ? Oui ☐ Non ☐ Quelle est/était votre profession ? :

Si **non**, quel est votre statut ?

Invalidité ☐ AAH ☐ Chômage ☐ Indemnités journalières d'arrêt de travail ☐

Depuis quand ? _____

Autre : ☐ Précisez : _____

Avez-vous déjà été sensibilisé au problème du suicide ? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, par quel biais ? Télévision ☐ Radio ☐ Conférences/journées à thème ☐

Expérience personnelle /Familiale ☐ Internet ☐ Journaux / revues ☐

Formation _____ professionnelle ☐ _____ (Précisez _____ : _____)

II / Parlons du suicide en général

1. Spontanément, citez 3 mots qui vous viennent à l'esprit concernant le suicide en général.

Pour vous le suicide c'est : -

-

-

Pour vous les personnes qui se suicident sont : -

-

-

Pour vous les causes du suicide sont : -

-

-

2. Pour vous, les personnes qui se suicident :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Sont impulsives	☐	☐	☐	☐	☐
Sont désespérées	☐	☐	☐	☐	☐
Sont déprimées	☐	☐	☐	☐	☐
Souffrent psychologiquement	☐	☐	☐	☐	☐
Hésitent à demander de l'aide	☐	☐	☐	☐	☐
Ont des problèmes psychiatriques	☐	☐	☐	☐	☐
Sont lâches	☐	☐	☐	☐	☐
Sont isolées familialement et/ou socialement	☐	☐	☐	☐	☐
Ont des problèmes avec l'alcool	☐	☐	☐	☐	☐
Ne montrent pas qu'elles vont mal	☐	☐	☐	☐	☐
Sont courageuses	☐	☐	☐	☐	☐

3. Veuillez indiquer si, pour vous, certaines des propositions suivantes peuvent être des causes possibles de suicide :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Avoir des problèmes familiaux					
Avoir des problèmes au travail (stress, conflit...)					
Se retrouver sans emploi (chômage, invalidité...)					
Avoir des problèmes avec la justice					
Avoir été victime d'agression (physique, psychique, sexuelle...)					
Avoir des problèmes financiers					
Avoir une maladie grave et incurable					
Avoir une perte d'autonomie					
Le climat					
Avoir été victime de violences dans l'enfance					
Etre en deuil d'un être cher					
La vieillesse					
Se sentir un poids pour la société					
Se sentir un poids pour les familles					
Sentiment / Vécu d'isolement					

4. Pour vous, quels sont les 3 facteurs les + impliqués dans le suicide d'une personne parmi les causes citées précédemment :

-
-
-

5. Lequel de ces facteurs vous semble justifier à lui seul un suicide ?

-

6. De manière générale, par rapport au suicide, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ça peut arriver à tout le monde					
Le suicide est un choix					
On retrouve dans l'histoire des familles plusieurs suicides					
Le suicide est généralement sous estimé					
La population est peu informée sur le problème du suicide					
Les personnes ne donnent pas de signes avant de passer à l'acte					
Les personnes sont décidées à mourir					
La population est peu informée des moyens					

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
de prévention du suicide					
Les personnes ont des raisons valables de le faire					
Suicidaire un jour, suicidaire toujours					
Parler du suicide peut inciter à le faire					
Le suicide fait partie de l'histoire de l'Alsace et des alsaciens					
La religion permettait de limiter le suicide					
Le suicide est souvent associé à une maladie psychiatrique					
Les personnes suicidaires veulent juste attirer l'attention					
Il ne faut pas parler de ce sujet à des personnes qui ont été touchées par un suicide					
Le suicide est inévitable					
Le suicide est un tabou					
Le suicide est un droit					
Le suicide est culturel					
Le suicide est une honte					
Le suicide est un gâchis					

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le suicide est imprévisible					
Le suicide est lié au climat					
Le suicide est une liberté					
Le suicide est une délivrance					
Le suicide est lié aux saisons					

6. Pensez-vous qu'il faut tout faire pour éviter le suicide d'une personne ?

Oui ☐ Non ☐

8. Vous sentiriez-vous capable d'empêcher un suicide ? Oui ☐ Non ☐

9. Sauriez-vous à qui demander de l'aide si vous même, ou une connaissance, était en souffrance suicidaire ? Oui ☐ Non ☐

10. Parmi les propositions suivantes cochez les 3 aides que vous solliciteriez prioritairement pour demander de l'aide dans le cadre d'un moment suicidaire :

- ☐ Assistantes sociales
- ☐ Famille
- ☐ Mairie / Centre Communal d'Action Sociale
- ☐ Médecin Traitant
- ☐ Numéro vert type SOS Amitié, SOS Suicide...
- ☐ Numéro d'urgence type 15 (SAMU) ou 18 (Pompiers)
- ☐ Psychiatrie (Hôpital ou libéral)
- ☐ Psychologue
- ☐ Service d'urgence hospitalière

☐ Autre : (précisez)

11. Saviez-vous que la Bretagne était l'un des territoires les plus touchés par le suicide ?

Oui ☐ Non ☐

Citez 3 raisons possibles qui expliqueraient ces taux selon vous ? -

-

-

III / Parlons du suicide en particulier

1. Connaissez-vous personnellement, directement des personnes ayant tenté de se suicider

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

Combien de personnes ? _____

Qui ? (Par exemple : collègue, oncle paternel, cousin germain...)

-

Code postal ou région de résidence de (des) la personne(s) :

2. Connaissez-vous personnellement, directement des personnes qui se sont suicidées ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

Combien de personnes ? _____

Qui ? (Par exemple : collègue, oncle paternel, cousin germain...)

-

Code postal ou région de résidence de(s) la personne(s) :

3. Vous même avez-vous déjà eu à un moment de votre vie des idées suicidaires ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

A _____ quel _____ âge _____ ?

Dans quel contexte ? _____

Si non : Pensez-vous que cela pourrait vous arriver ? Oui ☐ Non ☐

Donnez-moi en quelques mots votre définition d' : « idées suicidaires » :

4. Vous même avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? Oui ☐ Non ☐

Si oui :

A quel âge ? _____

Dans quel contexte ? _____

5. Avez-vous eu de l'aide dans ce cadre-là ?

Oui ☐ Non ☐

MESSAGE DE PREVENTION

Si vous présentez en ce moment des idées suicidaires, demandez de l'aide.

Des personnes compétentes sont disponibles et à votre écoute pour vous soutenir dans la période difficile que vous vivez et pour vous aider à soulager de votre souffrance.

Vous pouvez contacter le centre 15, votre médecin traitant ou SOS médecin, un psychologue ou un psychiatre, mais aussi des associations comme SOS Suicide, SOS amitié, SOS Suicide Phoenix.

Annexe 3 : Questionnaire d'étude des RS du suicide du personnel formé au repérage et à l'intervention de crise suicidaire



RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE

Étude interrégionale sur les représentations sociales du suicide -

Personnel formé

Cette enquête, dans le cadre d'une recherche universitaire de doctorat, a pour but de comprendre quelles sont les représentations sociales des individus concernant le suicide et ses causes.

Cette version ne s'adresse qu'aux personnes ayant été formé au repérage et à l'intervention en situation de crise suicidaire au CHPM.

A partir de vos réponses, je serais en mesure de comparer les personnes ayant été formées à la population générale, pour permettre de définir des stratégies de formation et de prévention plus adaptées sur le territoire. Cette enquête est anonyme. Vous pouvez demander une synthèse des résultats aux coordonnées ci-dessous.

Essayez de remplir ce questionnaire le plus spontanément possible, telles que les idées vous viennent sans essayer de les changer.

Vous pourrez me renvoyer le questionnaire dans l'enveloppe jointe au secteur 7.

Merci de ne remplir qu'un questionnaire par personne.

Temps de passation moyen : 15 minutes

Ce travail ne peut se faire qu'avec votre participation.

Alors, d'ores et déjà, je vous remercie pour votre participation !

C. KOPP BIGAULT

Psychologue clinicienne

Doctorante en psychologie et psychopathologie cliniques - Université de Strasbourg

Pour me joindre par rapport à cette recherche uniquement :

Email : etude_suicide_COB@yahoo.fr / Portable : 06.51.22.63.67

« Je reconnais qu'en répondant à ce questionnaire, je vais divulguer mes données de santé à caractère personnel. Je consens expressément à leur collecte et leur utilisation dans le cadre de l'étude menée par l'Université de Strasbourg portant sur les représentations inter-régionales du suicide »

Oui ☐ Non ☐

I / Parlons de vous

Vous êtes : un homme ☐ une femme ☐

Votre âge :

18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ 65-74 ☐ 75-84 ☐ 85-94 ☐

95 et + ☐

Votre code postal de résidence : _____

Votre code postal de naissance : _____

Statut familial : (Plusieurs réponses peuvent vous concerner)

Seul(e) ☐ Actuellement seul(e) ☐

Seul(e) n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) ☐

Veuf / Veuve ☐

Divorcé(e) ☐

En cours de séparation ☐

En couple ☐ Marié(e) ☐ Union libre ☐ PACS ☐ Famille recomposée ☐

Avez-vous des enfants : Oui ☐ Non ☐

Combien vivent-encore avec vous ?

Habitat :

Etes-vous propriétaire ? Oui ☐ Non ☐

Logement : maison ☐ appartement ☐ gîte ☐ Pas de logement fixe ☐

Votre habitation est-elle isolée (voisins > 100 m) ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous de la famille à proximité de chez vous ?

Pas du tout proche ☐ pas proche ☐ moyennement proche ☐ proche ☐
très proche ☐

A quelle distance ? _____ Km (approximativement)

Qui _____ ?

Langue et famille :

Parlez-vous breton ? Oui ☐

Où l'avez-vous appris ? _____

Qui le parlait avec vous ? _____

Non ☐

Le comprenez-vous ? Oui ☐ Bases ☐ Couramment ☐ Où l'avez-vous appris ? _____

Qui le parlait avec vous ? _____

Non ☐

Vos parents parlent-ils ou comprennent-ils le breton ? Oui ☐ Compris et parlé ☐

Compris ☐

Non ☐

Vos grands-parents le parlent(aient)-ils ? Oui ☐ Compris et parlé ☐

Compris ☐

Non ☐

D'où sont originaires vos parents (région - ville) ?

D'où sont originaires vos grands-parents maternels (région-ville) ?

D'où sont originaires vos grands-parents paternels (région-ville) ?

Quel est votre niveau d'étude maximum atteint ?

College ☐ CAP/BEP ☐ Bac ☐ Bac +2 /+3 ☐ Bac +4 ☐ Bac + 5 et + ☐

Etes-vous en situation d'emploi ? Oui ☐ Non ☐ Quelle est/était votre profession ? :

Si **non**, quel est votre statut ?

Invalidité ☐ AAH ☐ Chômage ☐ Indemnités journalières d'arrêt de travail ☐

Depuis quand ? _____

Autre : ☐ Précisez : _____

Avez-vous déjà été sensibilisé au problème du suicide ? Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, par quel biais ? Télévision ☐ Radio ☐ Conférences/journées à thème ☐

Expérience personnelle /Familiale ☐ Internet ☐ Journaux / revues ☐

En quelle année avez-vous été formés au repérage et à l'intervention de crise suicidaire au CHPM ? _____

II / Parlons du suicide en général

1. Spontanément, citez 3 mots qui vous viennent à l'esprit concernant le suicide en général.

Pour vous le suicide c'est : -

-

-

Pour vous les personnes qui se suicident sont : -

-

-

Pour vous les causes du suicide sont : -

-

2. Pour vous, les personnes qui se suicident :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Sont impulsives	☐	☐	☐	☐	☐
Sont désespérées	☐	☐	☐	☐	☐
Sont déprimées	☐	☐	☐	☐	☐
Souffrent psychologiquement	☐	☐	☐	☐	☐
Hésitent à demander de l'aide	☐	☐	☐	☐	☐
Ont des problèmes psychiatriques	☐	☐	☐	☐	☐
Sont lâches	☐	☐	☐	☐	☐
Sont isolées familialement et/ou socialement	☐	☐	☐	☐	☐
Ont des problèmes avec l'alcool	☐	☐	☐	☐	☐
Ne montrent pas qu'elles vont mal	☐	☐	☐	☐	☐
Sont courageuses	☐	☐	☐	☐	☐

3. Veuillez indiquer si, pour vous, certaines des propositions suivantes peuvent être des causes possibles de suicide :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Avoir des problèmes familiaux					
Avoir des problèmes au travail (stress, conflit...)					
Se retrouver sans emploi (chômage, invalidité...)					
Avoir des problèmes avec la justice					
Avoir été victime d'agression (physique, psychique, sexuelle...)					
Avoir des problèmes financiers					
Avoir une maladie grave et incurable					
Avoir une perte d'autonomie					
Le climat					
Avoir été victime de violences dans l'enfance					
Etre en deuil d'un être cher					
La vieillesse					
Se sentir un poids pour la société					
Se sentir un poids pour les familles					
Sentiment / Vécu d'isolement					

4. Pour vous, quels sont les 3 facteurs les + impliqués dans le suicide d'une personne parmi les causes citées précédemment :

-
-
-

5. Lequel de ces facteurs vous semble justifier à lui seul un suicide ?

-

6. De manière générale, par rapport au suicide, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ça peut arriver à tout le monde					
Le suicide est un choix					
On retrouve dans l'histoire des familles plusieurs suicides					
Le suicide est généralement sous-estimé				C	
La population est peu informée sur le problème du suicide					
Les personnes ne donnent pas de signes avant de passer à l'acte					
Les personnes sont décidées à mourir					
La population est peu informée des moyens de prévention du suicide					

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les personnes ont des raisons valables de le faire					
Suicidaire un jour, suicidaire toujours					
Parler du suicide peut inciter à le faire					
Le suicide fait partie de l'histoire de la Bretagne et des bretons					
La religion permettait de limiter le suicide					
Le suicide est souvent associé à une maladie psychiatrique					
Les personnes suicidaires veulent juste attirer l'attention					
Il ne faut pas parler de ce sujet à des personnes qui ont été touchées par un suicide					
Le suicide est inévitable					
Le suicide est un tabou					
Le suicide est un droit					
Le suicide est culturel					
Le suicide est une honte					
Le suicide est un gâchis					
Le suicide est imprévisible					

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le suicide est lié au climat					
Le suicide est une liberté					
Le suicide est une délivrance					
Le suicide est lié aux saisons					

7. Pensez-vous qu'il faut tout faire pour éviter le suicide d'une personne ?

Oui ☐ Non ☐

8. Vous sentiriez vous capable d'empêcher un suicide ? Oui ☐ Non ☐

9. Sauriez-vous à qui demander de l'aide si vous même, ou une connaissance, était en souffrance suicidaire ? Oui ☐ Non ☐

10. Parmi les propositions suivantes cochez les 3 aides que vous solliciteriez prioritairement pour demander de l'aide dans le cadre d'un moment suicidaire :

- ☐ Assistantes sociales
- ☐ Famille
- ☐ Mairie / Centre Communal d'Action Sociale
- ☐ Médecin Traitant
- ☐ Numéro vert type SOS Amitié, SOS Suicide...
- ☐ Numéro d'urgence type 15 (SAMU) ou 18 (Pompiers)
- ☐ Psychiatrie (Hôpital ou libéral)
- ☐ Psychologue
- ☐ Service d'urgence hospitalière
- ☐ Autre : (précisez)

11. Saviez-vous que la Bretagne était l'un des territoires les plus touchés par le suicide ?

Oui ☐ Non ☐

Citez 3 raisons possibles qui expliqueraient ces taux selon vous ? -

-

-

12. Saviez-vous qu'en Bretagne, le Centre Ouest Bretagne (secteur Carhaix-Rostrenen-Gourin- Châteauneuf du Faou- Callac- Le Faouët...) était un des territoires les plus touchés par le suicide ?

Oui ☐ Non ☐

Citez 3 raisons possibles qui expliqueraient ces taux selon vous ? -

-

-

III /Parlons du suicide en particulier

1. Connaissez-vous personnellement, directement des personnes ayant tenté de se suicider

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

Combien de personnes ? _____

Qui ? (Par exemple : collègue, oncle paternel, cousin germain...)

-

Code postal ou région de résidence de (des) la personne(s) :

2. Connaissez-vous personnellement, directement des personnes qui se sont suicidées ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

Combien de personnes ? _____

Qui ? (Par exemple : collègue, oncle paternel, cousin germain...)

-

Code postal ou région de résidence de(s) la personne(s) :

3. Vous même avez-vous déjà eu à un moment de votre vie des idées suicidaires ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

A _____ quel _____ âge _____ ?

Dans quel contexte ? _____

Si non : Pensez-vous que cela pourrait vous arriver ? Oui ☐ Non ☐

Donnez-moi en quelques mots votre définition d' : « idées suicidaires » :

4. Vous même avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? Oui ☐ Non ☐

Si oui :

A quel âge ? _____

Dans quel contexte ? _____

5. Avez-vous eu de l'aide dans ce cadre-là ?

Oui ☐ Non ☐

MESSAGE DE PREVENTION

Si vous présentez en ce moment des idées suicidaires, demandez de l'aide.

Des personnes compétentes sont disponibles et à votre écoute pour vous soutenir dans la période difficile que vous vivez et pour vous aider à soulager de votre souffrance.

Vous pouvez contacter le centre 15, votre médecin traitant ou SOS médecin, un psychologue ou un psychiatre, mais aussi des associations comme SOS Suicide, SOS amitié, SOS Suicide Phoenix.

Annexe 4 : Tableau d'association de mots : RS du suicide

Éléments de la RS	Termes évoqués associés en Bretagne	Termes évoqués associés en Alsace si différents de la Bretagne
Souffrance	Souffrance, détresse, douleur	
Traumatisme collectif	Tragédie, choc, drame, stupeur, impact, fardeau, fléau, tsunami, apocalypse, dramatique, anéantissement, destructeur, désesparant, effrayant, effroyable, horrible, atroce, insupportable, cruel, horreur, déroutant, attristant, frustrant, culpabilisant, traumatisant, catastrophe etc.	
Désespoir	Désespoir, désespéré, découragement, absence d'espoir, plus d'espoir, découragement	
Mort	Mort, décès brutal, décès prématuré, mettre fin à sa vie, autolyse, se tuer, disparaître	+ mourir
Solitude	Solitude, seul	
Mal-être	Mal-être, mal dans sa peau, désarroi, malaise, manque d'estime de soi, manque de confiance	
Tristesse	Tristesse, triste, chagrin, peine, désolation, larmes	
Dépression	Dépression, déprime, déprimé	
Incompréhension	Incompréhension, énigmatique, incompréhensible, indescriptible, sans réponse, souvent inexplicable, interrogation, mystère, question	
Abandon	Abandon, renoncement, ne plus se battre avec la vie, plus envie de vivre, lâcher prise	
Soulagement	Soulagement, arrêt de la souffrance, délivrance, libération, apaisement, libérateur, sérénité, paix, repos, ne plus souffrir, arrêter de souffrir	
Lâcheté	Lâcheté, lâche	
Solution	Solution, dernier recours, réponse possible, issue de secours, issue à la souffrance, aboutissement, échappatoire, moyen d'échapper, ultime solution, moyen de fuite, issue, sortie, but	
Fin	Fin, finir, final, stop, arrêt, non-retour	
Impasse	Impasse, pas d'issue, impasse psychique, absence de solution, acculer, point de non-retour	
Isolement	Isolement, isolé	

Annexe 5 : Tableau d'association de mots : RS des causes

Thèmes retenus pour la RS des causes générales de suicide	Mots évoqués en Bretagne	Mots évoqués en Alsace si différents
Problèmes relationnels, affectifs : couple/famille	Divorce, séparation, problème de couple, rupture familiale, sentimentale, amour, problèmes affectifs, amoureuse, douleur sentimentale, chagrin d'amour, difficulté en famille, famille, problèmes familiaux, situation familiale, vie privée	Déception amoureuse, raison sentimentale, manque d'amour, rupture difficile
Souffrance professionnelle	Souffrance au travail, professionnelle, problème travail, pression au travail, épuisement moral dû au travail, travail, emploi, pression de la hiérarchie, mauvaise orientation, échecs professionnels, pression, harcèlement, surmenage, burn out	Stress
Solitude	Solitude, célibat	Seul
Difficultés financières	Argent, problème d'argent, instabilité financière, endettement, ne gagnent pas assez pour vivre, décevant, faillite, dettes, sans ressources, pauvreté, misère, crise économique personnelle, causes économiques	Situation financière catastrophique
Dépression	Dépression, dépression uni ou bipolaire, déprime, souffrance psychique, détresse psychologique, douleur morale	
Maladie somatique et douleurs	Maladie, peur de la maladie, maladie physique, maladie somatique, santé, problème de santé, maladies incurables, incurabilité	Malade, maladie grave, souffrance physique, peur de la douleur, douleur

Isolement	Isolement, pas de liens sociaux, enfermement, manque de vie sociale, intégration sociale, manque de centres d'intérêts et d'occupations, repli, désocialisation, manque d'amis, manque d'entourage et de connaissances	
Désespoir	Désespoir, perte d'espoir, plus d'espoir, absence de désir, arrêt du désir, ras le bol généralisé de la vie, ne plus rien attendre de la vie, plus de vie, dégoût de la vie, perte de sens, plus d'envie, découragement, abandon, démotivation, démission, marasme	Plus de raisons de vivre, abandon, manque d'envie, vie fade, ennui, épuisement de la vie, plus de passion, dégoût de la vie, ne plus croire en l'avenir

Mal-être	Mal être, mal de vivre	Se sentir nul, mauvaise image de soi, malaise, mal être adolescent
Manque de soutien	Manque de soutien, incompréhension, personne à qui en parler, mépris des autres, que rien ni personne ne puisse comprendre, incompréhension de l'entourage, se sentir incompris, manque de considération, manque de reconnaissance, entourage pas préparé, dévalorisation de la part d'autrui, mal aimé	Manque d'aide, pas d'accès aux soins, manque de dialogue
Chômage	Chômage, pas d'emploi, perte emploi, licenciement	Licencié
Alcool, addictions	Alcool, addictions, drogues, toxiques	
Pertes, deuil	Perte d'un proche, perte d'un enfant, les pertes, les ruptures (familiales, professionnelles, amoureuses), le manque de quelque chose.	Perte d'un être cher, décès, deuil
Maladie mentale		Maladie psychiatrique, tourments psychologiques, maladies psychologiques, maladies mentales, souffrance mentale, détresse psychologique, psychologique, psychogène, mélancolie, neuroleptique
Souffrance		Détresse, souffrance extrême, douleur psychologique et physique
Situation insurmontable	Sentiment d'être acculé, plus de solution, impasse	Situation inextricable, impression de ne pas pouvoir s'en sortir, pas d'autres options, incapacité à surmonter une épreuve, incapacité à changer leur vie, sans solution, goutte d'eau qui fait déborder le vase, situation non acceptée, situation de trop, problèmes quotidiens

Annexe 6 : Tableau des réponses pour les causes associées au suicide en Bretagne

Thèmes retenus RS des causes de suicide en Bretagne	Mots évoqués en Bretagne	Mots évoqués en Alsace si différent
Météo, Climat	Météo, saison, climat, air Saisons grises, temps pluvieux	Temps, grisaille, le vent, peu de soleil, manque de soleil, mauvais temps, temps maussade, événements de la nature
Classe professionnelle et pénibilité du travail	Classes professionnelles (ouvriers), peu de travail qualifié, chômage, emploi précaire, manque d'emploi, absence d'avenir pro, licenciement, difficultés d'insertion pro, inactivité, non diversification du type d'emploi, problèmes au travail, malaise professionnel, échec professionnel, travail peu valorisant	
Solitude	Solitude	Seul
Pauvreté, misère	Pauvreté, misère, population défavorisée, finance, salaires inférieurs à la moyenne nationale, difficultés financières des agriculteurs, endettement, faillites, précarité, précarité des conditions de vie, niveau de vie, cout de la vie	
Ruralité, paysannerie	Région agricole, agriculteurs, ruralité, pression sur l'agriculture, crise agricole, culture paysanne, agriculture en déclin	Pourcentage de paysans
Isolement géographique	Isolement géographique, stigmatisation géographique, région excentrée, position géographique, loin de tout, région isolée	
Isolement sans précision	Isolement	Eloignement, éloignement familial, isolement social
Acculturation	Négation acculturation/langue, traumatisme guerre 14-18 (pères), perte langue maternelle, transition culturelle rapide, génocide de la langue, héritage de la guerre, histoire sociologie région, histoire, anthropologie, histoire bretonne (brimades), modifications socio-économiques de la région depuis 60 ans, évolution de la vie, évolution des modes de vie, évolution sociétale depuis les années 1960, crise	

	sociétale, modèle économique à bout de souffle, climat social, perte de repères culturels, rupture culturelle, perte identité culturelle, régionalisme déchu, mise à l'écart par la France, décalage culturel avec la France, décideurs parisiens, oppression de la France	
Alcoolisme, addictions	Alcool, lien breton-alcool, drogue, comportements addictifs, comportements à risque	
Caractère breton	Caractère dur, détermination du breton, esprit obtus, mentalité et caractère fort du breton, caractère jusqu'au boutiste, rudesse, impulsivité des bretons, détermination, la force des bretons, identité bretonne, mentalité bretonne, identité forte, fierté, orgueil, prouver qu'ils ne sont pas plus faibles que les autres, honneur de ne pas être un poids pour ses proches, amour propre	
Pudeur, honte	Cacher ses difficultés, honte d'être mal, ne pas demander d'aide, se débrouiller seul, culpabilité, honte de consulter, honte, estime de soi, pudeur, difficultés à communiquer, n'exprime pas ses sentiments, dévalorisation, dénigrement, peur du jugement des autres, minorisation, manque de reconnaissance	
Crise économique		Situation économique, crise économique, difficultés de reconversion économique, perspectives économiques, déclin économique, manque de perspectives, conjoncture actuelle, région économiquement sinistrée.
Chômage		Chômage, manque de travail, manque d'emploi, sinistralité du bassin d'emploi, pas de travail, bassin d'emploi peu favorable, précarité de l'emploi
Isolement de l'habitat, désertification		Isolement des villages, enclavement de certaines zones, isolement de l'habitat, faible densité de population, désertification
Problèmes relationnels : couples/famille		Famille, problème familial, relations familiales conflictuelles, séparations, histoires familiales, secrets de famille
La mer, la pêche		La mer, les pêcheurs, nombre de disparus en mer, histoire maritime, l'océan, proche de la mer

Annexe 7 : Tableau des réponses pour les RS des personnes suicidées

Thèmes retenus pour la RS des personnes suicidées	Bretagne	COB	Alsace (si différent)
Malheureuses	Malheureux, malheureuses		
Désespérées	Désespérée, sans espoir, découragée, sans raison de vivre, sans avenir, sans projet, désabusé, dégoûté, désenchantée		Qui n'ont plus rien à attendre de la vie, n'ont plus de goût à la vie
En souffrance	En souffrance extrême, dans la douleur, douloureux, dans une souffrance morale intense, en détresse		
Dépressives	Déprimée, dépressif, bipolaire		
Courageuses et valeurs positives	Courageuse, forte, fort, fières, intelligente, dévouée, active et engagée, responsable, conscient, lucide, libres		
Perdues	Perdue, sans repères, en manque de repères, désorientée, déboussolé, désemparée, déconcertée, démunie		
Seules, isolées	Esseulée, seule, solitaire, sans famille, sans amis, célibataire, isolée, personne isolée, moralement isolée, des laisser pour compte, exclues, délaissée, abandonnée		Solitaire, se sentent seules
Au bout du rouleau	À bout, au bout du rouleau, au fond du gouffre, dans la nuit, au fond du trou, sans issue, sans solution, sans possibilité de résoudre leurs problème seules, sans échappatoire		Acculées, qui n'ont pas trouvé les ressources, submergées, dépassées

Lâches et valeurs négatives	Lâches, démissionnaires, résignée, irresponsable, irréfléchis, idiot, peureuse, feignantes		Sans estime pour eux, pas courageuse, capon, stupide, naïves
Fragiles et faibles	Fragile, vulnérable, faible, impuissant, désarmée		Fragilisées, démuni, précaires, affaiblies
En mal-être	En mal être, mal dans leur peau, des gens qui ne vont pas bien		Super mal, en manque de confiance en soi, malaise
Malades	Malade		
Fatiguées, usées	Fatiguée, épuisée, usée, sans énergie, blasé, lasse		À bout de forces, vidées, lassées, anéantie, accablée
Egoïstes, nombrilistes	Égoïste, égocentrique, individualiste, nombriliste		
Incomprises	Dans un sentiment d'incompréhension, pas comprises, mal comprises, pas assez écouté, pas assez épaulé, non aidé, sans écoute attentive, pas prise au sérieux, inentendue, peu écouté		Non reconnues, pas entendue
Tristes			Tristes
Malades psychologiquement	Mentalement malade, détraquée, borderline, mentalement destructuré, perturbée, troublée, déstabilisée, pas dans leur état normal, mentalement bloqué, pas bien mentalement, dissociée, déconnectée, émotionnellement atteinte, en déséquilibre, plus en possession de leur faculté, dépossédées d'elle-même, psychotraumatisée, en surmenage, en burn out,	En burn out, surmenée, folie, émotionnellement atteintes, stressée	

Partie 3 : Documents cliniques consultables

Précautions :

Les prénoms qui apparaissent dans les annexes sont fictifs. Les années ainsi que les âges ont été modifiés, tout en restant dans les tranches d'âges correspondant aux tranches épidémiologiques. Les lieux ont été modifiés et n'apparaissent qu'en initiale. Lorsque les lieux étaient en Pays COB, les villes choisies étaient également en COB. Dans certains cas, seules les distances ont été précisées, les lieux étant trop typiques ou trop petits pour être anonymisés.

Dans cette partie des annexes, ne sont consultables que les documents suffisamment anonymes pour ne pas donner d'informations permettant d'identifier les personnes. Les autres documents figurent dans un volume d'annexes confidentiel (Volume 2), auquel seuls les membres du jury ont accès. Les analyses détaillées ne sont également consultables que dans la partie confidentielle des annexes (Volume 2).

Documents généraux relatifs à la recherche clinique

Annexe 1 : Grille d'entretien

Grille d'entretiens de recherche

Temps 1 : La personne qui s'est suicidée

- Question 1 :

Nous nous rencontrons aujourd'hui car un de vos proches s'est suicidé. Pouvez-vous me parler de cette personne ?

(Age, sexe et situation familiale ? Relations avec ses parents ? Scolarisation ? Orientation sexuelle ? Comportements à risque ? Psychopathologie ? État de santé physique et psychique)

- Question 2 : Voici une frise historique, nous allons retracer ensemble des éléments qui vous semblent important dans l'histoire de vie de cette personne ? (**Calendrier des étapes de vie**)
- Question 3 : Génogramme

- Nous avons resitué cette personne dans son histoire de vie, je souhaiterai maintenant que vous fassiez une représentation graphique de la famille autour de cette personne en vous y incluant. Vous pouvez faire le dessin que vous souhaitez, il faut juste qu'y figurent au moins 3 générations.

- Y a-t-il eu dans cette famille que vous avez représentée des événements marquants ou qui se sont répétés ? Si non, propositions : accidents, maladies, addictions, hospitalisations, suicide, tentatives de suicide ?

- Pouvez-vous faire figurer sur ce dessin, dans une autre couleur les liens entre la personne suicidée et les membres de la famille. (**Code génogramme : trait plein, trait zigzag, pointillés etc**)

- Question 4 : Selon vous, y avait-il eu des signes qui auraient pu laisser entendre que cette personne allait se suicider ?

Si oui, lesquels ?

- Question 5 : Voici **une grille à cocher** citant les principaux facteurs de risque et de protection face au suicide. Lisez-les et cochez ceux qui vous semble avoir été ceux de votre proche avant son suicide ou au cours de sa vie.
- Question 6 : Pouvez-vous m'en dire plus et ce que cela vous évoque ? Connaissiez-vous ces éléments avant que je vous les montre ?

Temps 2 : De l'acte singulier aux traces collectives

A. EN POST-IMMEDIAT

- Question 1 : Comment ce suicide a-t-il été annoncé à la famille ? À vous ? Par qui ? Comment ? Vous rappelez vous les paroles qui ont été dites à ce moment-là ?
- Question 2 : Quelles ont été les réactions :

- la vôtre : émotions, comportements, relation au temps

- Au niveau familial

-Au niveau amical

- Au niveau professionnel

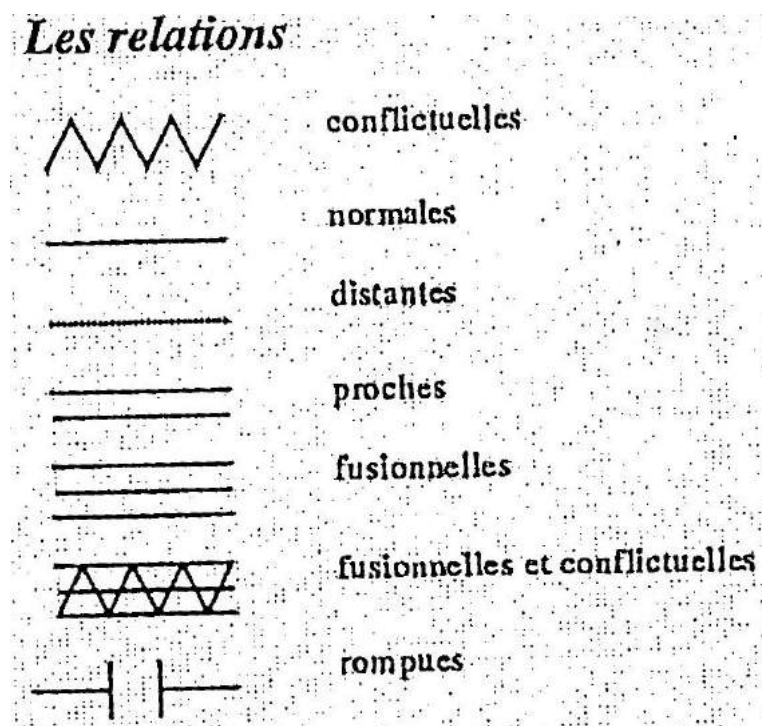
- Question 3 : Etait-il possible de parler de ce suicide parmi vos proches ? Si oui, comment et qu'est-ce qu'il se disait ? Si non, pourquoi ?
- Question 4 : Auriez-vous eu besoin d'aide dans ce moment-là ? De quel type ? Vous a-t-on proposé de l'aide ?
- Voici un **questionnaire à remplir**. Il évoque des sentiments, sensations, réactions que vous auriez pu avoir au moment du suicide de votre proche. Cochez ceux qui ont été les vôtres à ce moment-là, et dans la seconde colonne ceux qui sont encore présents actuellement lorsque vous y repensez.

B. Actuellement

- Question 1 : Pour vous quelles sont les traces encore visibles de ce suicide, personnellement et familialement ?
- Depuis ce suicide, diriez-vous que votre état de santé physique : s'est amélioré, est resté stable, est un peu moins bon, est beaucoup moins bon, ne sait pas
Depuis ce suicide, diriez-vous que votre état de santé psychique : s'est amélioré, est resté stable, est un peu moins bon, est beaucoup moins bon, ne sait pas
Depuis ce suicide, avez-vous éprouvé des problèmes de santé que vous n'aviez pas éprouvé avant ? oui - lesquels / non / Si oui traitement
Avez-vous consulté par rapport à ce suicide et à ses conséquences physiques et psychiques ? Oui - Qui ? (Médecin traitant, psychiatre, psychologue, naturopathe, magnétiseur etc.)
Avez-vous eu besoin à la suite de ce suicide de médicaments, (quels types)
- pour dormir ?
- contre l'anxiété ?
- contre la dépression ?
-autre ?
- Question 2 : Parle-t-on toujours de cette personne et de cet acte ?
- Question 3 : Y a-t-il eu depuis des événements marquants pour vous ou dans la famille (TDS, suicide, accidents, décès précoces...) ?
- Question 4 : Pensez-vous que les personnes sont suffisamment accompagnées après un suicide ?
- Question 5 : Selon vous, que faudrait-il améliorer tant du point de vue de la prévention, c'est à dire avant un suicide, et en postvention, après un suicide ?

Annexe 2 : Codes utilisés pour les génogrammes et les arbres généalogiques

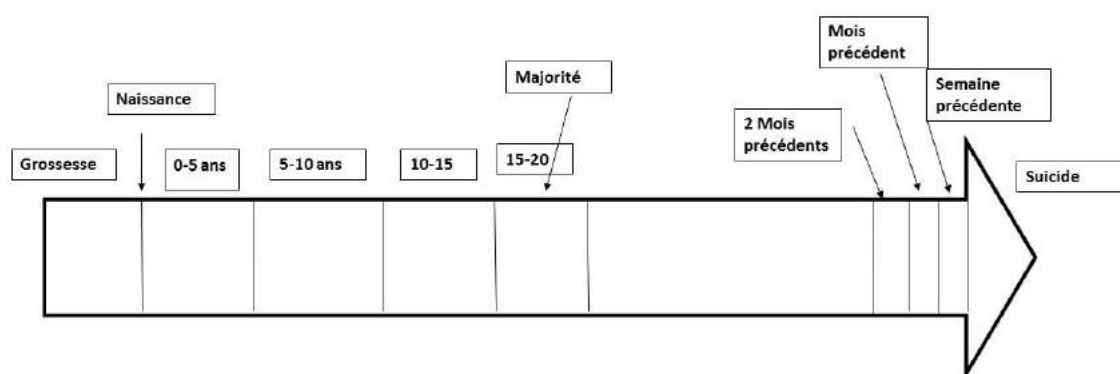
Symboles à utiliser dans la représentation des liens entre les personnes dans l'arbre généalogique (Compagnone, 2010)



Parmi les abréviations que l'on pourra retrouver dans les génogrammes, DN signifie Date de Naissance, DC : date de décès, K : cancer, OH : Alcool

Annexe 3 : Frise Historique

Cette frise a servi de support pour retracer les grandes périodes de la vie des personnes qui se sont suicidées.



Les frises sont situées dans le volume confidentiel des annexes (Volume 2).

Annexe 4 : Grille d'analyse des facteurs de risque et de protection et échelle RFL à remplir par les proches

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de suicide			
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose			
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)			
	Dépression			
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent			
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
	Anxiété importante			
En lien avec les addictions	Alcool			
	Drogue			
	Jeux			
	Autres			
	Addiction d'un ou plusieurs parent			
	Impulsif			

En lien avec les comportements	Violent			
En lien avec les relations aux autres	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance			
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence			
	Relations fusionnelles avec un/des parents			
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs			
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)			
	Difficultés relationnelles avec ses enfants			
	Difficultés relationnelles avec les beaux-parents / la belle famille			
	Séparation précoce avec les parents			
	Séparation avec le/la conjoint(e)			
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent			
	Deuil récent/ancien d'un membre de la fratrie			
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial			
	Isolement social / amical			
	Perte du travail récente			

En lien avec le travail / l'école	Chômage			
	Menace de perte du travail			
	Difficultés à l'école ou dans les études			
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel			
	Epuisement professionnel			
	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
	Ouvrier peu qualifié			
En lien avec des événements de vie	Victime de violence physique subie (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence psychologique (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence sexuelle (Adulte ou enfant)			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité			
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)			
	Difficultés financières passagères			

	Surendettement			
En lien avec le cadre de vie	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour les autres	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent			
	Annonce récente d'une maladie grave (pour soi)			
	Annonce de la maladie d'un proche			
	Démence en cours (Alzheimer)			
En lien avec le moral	Mauvaise estime de soi			
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi			
	Tristesse depuis quelques semaines			
	Désespoir depuis quelques semaines			
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines			
	Arrêt d'activités plaisantes			
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines			

	Propos pessimistes sur l'avenir			
	Formulation d'idées suicidaires			
Autres	Homme			
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans			
Facteurs de protection (Votre proche avait-il ?)				
Un soutien familial de bonne qualité				
Un lien fort avec les enfants / Petits enfants				
Un lien fort avec un/ des animaux de compagnie				
Un réseau amical diversifié et de bonne qualité				
Des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie				
Une croyance en une religion qui sanctionne le suicide				
La capacité à demander de l'aide				
A partir de l'Échelle de LINEHAN (RFL) : Votre proche, dans sa vie,				
		OUI	NON	
Avait-il peur de la mort ?				
Arrivait-il à se projeter dans l'avenir ?				
Imaginait-il que sa mort puisse faire souffrir ses proches ?				
Était-il sensible à ce que les autres pouvaient penser de lui ?				
Si enfants : Avait-il envie de voir ses enfants grandir ?				
Se sentait-il concerné par l'avenir de ses enfants et sa place auprès d'eux lui semblait-elle importante ?				
Avait-il la joie et l'envie de vivre ?				
Avait-il peur du suicide ?				
Était-il quelqu'un qui trouvait facilement des solutions pour résoudre des difficultés dans sa vie ?				
Prenait-il soin de lui ?				

Annexe 5 : Échelle de détresse péri-traumatique (Jehel et al., 2005)

Questionnaire / Échelle de détresse péri-traumatique

Consigne :

Complétez, s'il vous plait, les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai.

0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai

Date du suicide :

Date actuelle :

Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit		
Je ressentais de la tristesse et du chagrin		
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus		
J'avais peur pour ma propre sécurité		
Je me sentais coupable		
J'avais honte de mes réactions émotionnelles		
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres		
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions		
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle		
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu		
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations		
J'étais sur le point de m'évanouir		
Je pensais que j'allais mourir		

Annexe 6 : Échelle H du MINI

**fondation
fondaMental**

Réseau de
coopération scientifique
en santé mentale

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

H1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes physique ? → NON OUI

EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBIE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...

H2 Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ? → NON OUI

H3 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) en d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ? → NON OUI

H4 Au cours du mois écoulé :

a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ?	NON	OUI
b) Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ?	NON	OUI
c) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI
d) Avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ?	NON	OUI
e) Vous sentirez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(e) vis-à-vis des autres ?	NON	OUI
f) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ?	NON	OUI
g) Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que prévu ?	NON	OUI

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ? → NON OUI

Au cours du mois écoulé :

H5 a) Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	NON	OUI
b) Étiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?	NON	OUI
c) Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI
d) Étiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ?	NON	OUI
e) Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI

2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTÉES OUI ? → NON OUI

H6 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gênés dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?

NON OUI
ETAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL

Documents relatifs aux entretiens de recherche

La synthèse des annexes disponibles pour la partie entretiens cliniques après crise suicidaire est la suivante :

Tableau 41 : Synthèse des annexes disponibles pour la partie entretiens cliniques après crise suicidaire

Identification	Identification	Annexes	Type
Béatrice	C01	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection repérés
Joseph	C02	Annexe 1 Annexe 2	Génogramme Facteurs de risque et de protection repérés
Marie-Madeleine	C03	Annexe 1	Facteurs de risque et de protection repérés
Annette	C04	Annexe 1	Facteurs de risque et de protection repérés
Lysiane	C05	Annexe 1 Annexe 2	Génogramme Facteurs de risque et de protection repérés
Magalie	C06	Annexe1 Annexe 2	Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection repérés
Marie-Alix	C07	Annexe 1	Facteurs de risque et de protection repérés
Mélanie	C08	Annexe 1	Facteurs de risque et de protection repérés
Alexia	C09	Annexe 1	Facteurs de risque et de protection repérés
Aurélié	C10	Annexe 1	Facteurs de risque et de protection repérés

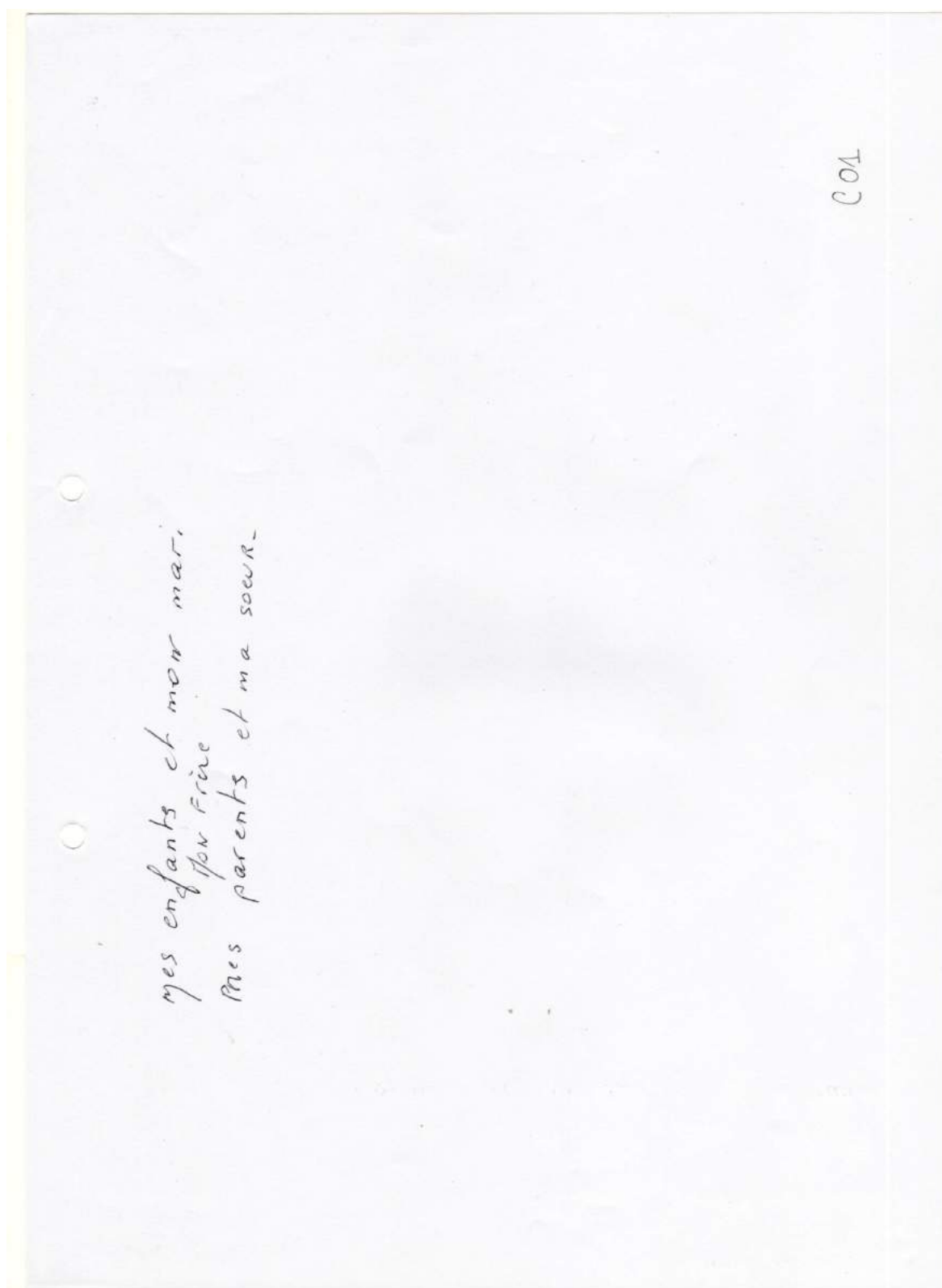
La liste des annexes consultables dans cette partie de la thèse, pour les entretiens associés aux autopsies psychologiques et aux effets des suicide est synthétisée dans le tableau 41 :

Tableau 42 : Annexes consultables associées aux entretiens de recherche (autopsies psychologiques et impact du suicide)

Identification	Identification	Annexe	Type
Gilbert	CR01	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit
Ludovic	CR02-1	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4 Annexe 5	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Échelle de détresse péri-traumatique Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit
Émile	CR02-2	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4 Annexe 5 Annexe 6	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Échelle de détresse péri-traumatique Échelle H du MINI Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

Antoine	CR03	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4 Annexe 5 Annexe 6	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Échelle de détresse péri-traumatique Échelle H du MINI Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit
Armel	CR04	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4 Annexe 5 Annexe 6	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Échelle de détresse péri-traumatique Échelle H du MINI Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit
Pauline	CR05	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4 Annexe 5 Annexe 6	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Échelle de détresse péri-traumatique Échelle H du MINI Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit
Jessica	CR06	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4 Annexe 5 Annexe 6	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Échelle de détresse péri-traumatique Échelle H du MINI Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit
Alban	CR07	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4 Annexe 5 Annexe 6	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Échelle de détresse péri-traumatique Échelle H du MINI Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit
Laurent	CR08	Annexe 1 Annexe 2 Annexe 3 Annexe 4 Annexe 5 Annexe 6	Génogramme Arbre reconstitué Facteurs de risque et de protection perçus par le proche Échelle de détresse péri-traumatique Échelle H du MINI Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

Béatrice (C01), Annexe 1 : Génomogramme



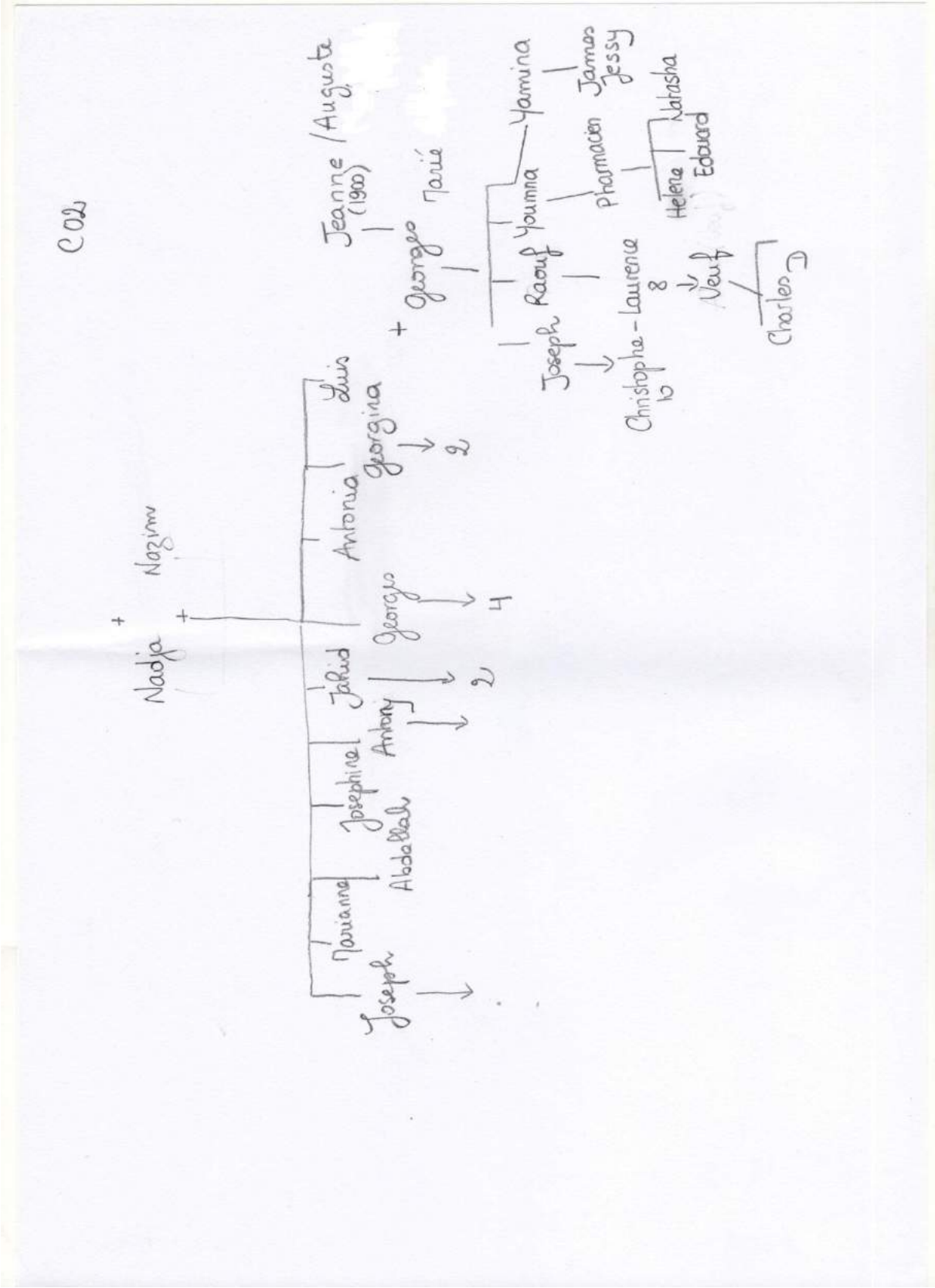
Car / Croix

Victorine (deceased) and Beau-père (deceased) are the parents of Anna (deceased), Joseph (deceased), and Celine (40 years old). Anna is married to a man (deceased). Joseph is married to a woman (deceased). Celine is married to a man (deceased). The children of Anna and her husband are Victorine (deceased) and Marc (15 years old). The children of Joseph and his wife are Sabine and Béatrice. The children of Celine and her husband are Stéphane, Élénore (22 years old), and Fabien (18 years old). The children of Victorine and Marc are Stéphane, Élénore (22 years old), and Fabien (18 years old). The children of Sabine and Béatrice are Stéphane, Élénore (22 years old), and Fabien (18 years old). The children of Stéphane, Élénore, and Fabien are Stéphane, Élénore (22 years old), and Fabien (18 years old).

Béatrice (C01), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection repérés

RECUEIL		
Facteurs de risque Primaires	Antécédents de suicides Antécédents personnels de tentatives de suicide Dépression	ATCD familiaux de TDS
Facteurs de risque Secondaires	Traumatismes psychiques Deuil après suicide ATCD de violences dans la famille Rupture / Divorce compliqué	ATCD psychiatriques dans la famille Problèmes relationnels dans la famille Problèmes de santé chez proches
Facteurs de risque Tertiaires	Age en COB	
Autres facteurs de risques (OMS)	Accessibilité au moyen (TTT) Facteurs génétiques (Epigénétique : violences à N-1)	Sentiment d'abandon
Autres éléments significatifs repérés	Difficultés dans la demande d'aide Question de la parole dans la famille Secrets de famille Faible estime de soi	Troubles du sommeil RS spécifiques
Facteurs de protection	Mari Enfants Travail	
Urgence	Faible à moyenne	
Dangerosité	Moyenne (médicaments)	

Joseph (C02), Annexe 1 : Génogramme



Joseph (C02), Annexe 2 : Facteurs de risque et de protection repérés

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	ATCD TDS <1 an Dépression Impulsivité Intentionnalité suicidaire	Equivalent suicidaire chez le père ? Personnalité
Facteurs de risque Secondaires	Problèmes financiers Rupture / Divorce Problèmes professionnels Vécus traumatiques dans la famille	Problèmes de santé Déménagements Problèmes de logement
Facteurs de risque Tertiaires	Homme Entre 55 et 65 ans	
Autres facteurs de risques (OMS)	Désespoir Déracinement Discrimination liée à l'âge	Accès au moyen
Autres éléments significatifs repérés	Mauvaise estime de soi Difficulté à demander de l'aide Faire semblant / se cacher	Troubles du sommeil RS de la dépression RS des personnes âgées RS des personnes qui se suicident
Facteurs de protection	Enfants	Soins et personnes ressources dans le soin
Urgence	Élevée	
Dangerosité	Élevée (précipitation ou arme à feu)	

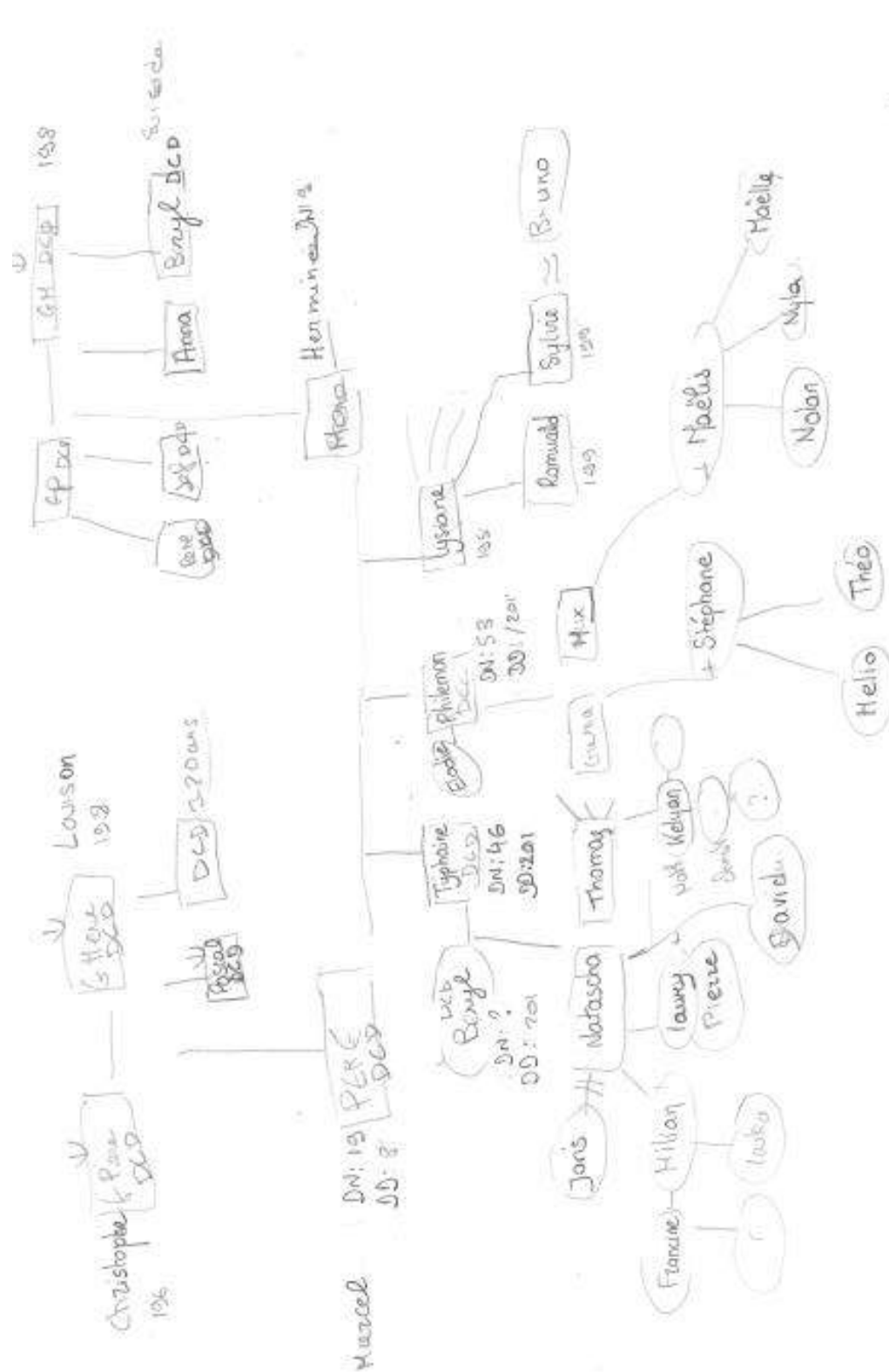
Marie-Madeleine (C03), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression	
Facteurs de risque Secondaires	Deuil Pertes précoces Déménagement Rupture des liens avec les enfants Ruptures précoces avec vécu de violence	ATCD de problèmes psychiatriques dans la famille Isolement géographique Sentiment d'isolement
Facteurs de risque Tertiaires	Age	
Autres facteurs de risques (OMS)	Sentiment d'abandon Privation de liberté	
Autres éléments significatifs repérés	Difficulté à parler de ses difficultés psychologiques	Place de la parole et du non-dit dans la famille
Facteurs de protection	Petits-enfants Sport Religion	
Urgence	Non évaluable	
Dangerosité	Non Evaluable	

Annette (C04), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression ATCD TDS <1 ans ATCD suicide dans famille	
Facteurs de risque Secondaires	Relations difficiles dans l'enfance Expérience traumatisante dans l'enfance Divorce des parents Psychopathologie chez le conjoint	Addiction chez le conjoint Problèmes de santé
Facteurs de risque Tertiaires	Age	
Autres facteurs de risques (OMS)	Sentiment d'abandon Accès au moyen	
Autres éléments significatifs repérés	Estime de soi Troubles du sommeil Dynamique familiale Dimension abandonnique : trouble de la personnalité ?	
Facteurs de protection		
Urgence		
Dangerosité		

Lysiane (C05), Annexe 1 : Génomogramme



COS
Annexe A

Lysiane (C05), Annexe 2 : Facteurs de risque et de protection repérés

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	ATCD TDS ATCD Suicide dans famille Intentionnalité suicidaire	Dépression
Facteurs de risque Secondaires	Climat de violences psychologiques dans l'enfance Deuils multiples Victime de harcèlement sexuel Problème de santé d'un proche Difficultés relationnelles avec les parents	Violences dans le couple Divorce / rupture Déménagement Psychotrauma Psychopathologie d'un proche Addiction d'un proche Isolement Difficultés relationnelles avec les enfants
Facteurs de risque Tertiaires	Age en Pays COB	
Autres facteurs de risques (OMS)	Dévalorisation Stigmatisation Accès aux moyens	Désespoir
Autres éléments significatifs repérés	Estime de soi Sommeil Représentations sociales	
Facteurs de protection	Enfants Loisirs Ambivalence	Animaux de compagnie La maladie de son compagnon
Urgence	Faible à moyenne (en début de prise en charge) Élevée au moment de l'équivalent suicidaire en voiture et de l'hospitalisation	
Dangerosité	Moyenne	

8

Hand-drawn genealogical chart showing three generations of a family. The chart includes names, birth dates, professions, and relationships. Key individuals include Arthur, Sanitaire, and various commercial and artisan roles. The chart is annotated with handwritten notes in French, including "DN inconnue", "Artisan", "Sanitaire", "Suicide", "Savaite qu'elle faisait", "Exploitation", "HP", "Commercial", "Fonctionnaire", "TDS", "grossesse 1", and "2001".

Magalie (C06), Annexe 2 : Facteurs de risque et de protection repérés

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression ATCD de suicides dans la famille	Equivalent suicidaire chez la GMM ?
Facteurs de risque Secondaires	Violences sexuelles dans l'enfance Difficultés relationnelles avec la mère Séparation dans l'enfance	Violences conjugales ATCD psychiatriques dans la famille Divorce Déménagement
Facteurs de risque Tertiaires	Catégorie socioprofessionnelle	
Autres facteurs de risques (OMS)	Dévalorisation	Sentiment de stigmatisation
Autres éléments significatifs repérés	Estime de soi basse Faire-Semblant	Difficultés à dire son mal-être
Facteurs de protection	Travail Conjoint Enfants	
Urgence	Actuelle : moyenne	
Dangerosité	Moyenne	

Marie-Alix (C07), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression Suicides dans la famille ATCD TDS	
Facteurs de risque Secondaires	Epuisement professionnel Harcèlement professionnel Victime d'agression récente Deuil après suicide Deuil inhibé Traumatismes anciens et récents Violence dans le couple Difficultés relationnelles dans l'adolescence	Psychopathologie dans la famille Problème de santé physique Divorce Violences et carences affectives dans l'adolescence Violences intrafamiliales dans l'enfance Isolement familial Harcèlement sexuel
Facteurs de risque Tertiaires		
Autres facteurs de risques (OMS)	Sentiment d'abandon dans l'adolescence Accès au moyen	
Autres éléments significatifs repérés	Sommeil et rêve Estime de soi Place de la parole	Epigénétique ?
Facteurs de protection	Amie Résilience 2d fils	
Urgence		Élevée
Dangerosité		Élevée

Mélanie (C08), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression ATCD de TDS	
Facteurs de risque Secondaires	Difficultés relationnelles dans l'enfance ATCD de violences intra-conjugales Addiction dans la famille Deuil	Difficultés dans le couple Déménagement Psychopathologie familiale
Facteurs de risque Tertiaires		
Autres facteurs de risques (OMS)	Sentiment de dévalorisation	
Autres éléments significatifs repérés	Place de la parole / secret RS de la dépression RS de la demande d'aide	Estime de soi Existence d'une fragilité génétique ?
Facteurs de protection	Travail Lecture Marche	
Urgence		Faible
Dangerosité		Moyenne à élevée

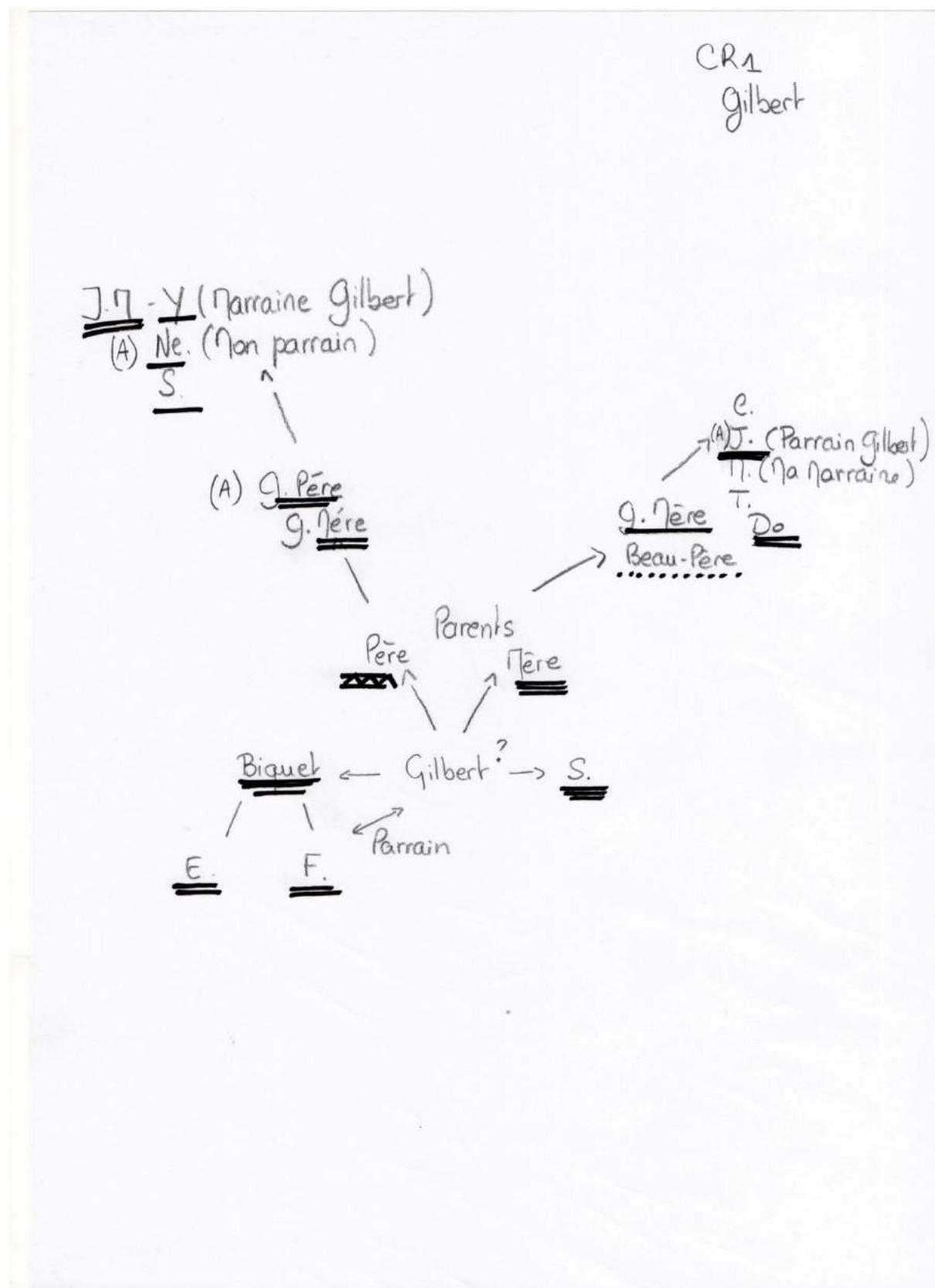
Alexia (C09), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression ATCD de TDS dans la famille <1 an	
Facteurs de risque Secondaires	Problèmes professionnels Victime de violences dans l'enfance Difficultés relationnelles avec la mère	Addiction du père et du beau-père Addiction du compagnon Psychopathologie maternelle
Facteurs de risque Tertiaires	Catégorie socioprofessionnelle	
Autres facteurs de risques (OMS)	Dévalorisation	
Autres éléments significatifs repérés	Estime de soi	
Facteurs de protection		
Urgence	Élevée	
Dangerosité	Élevée	

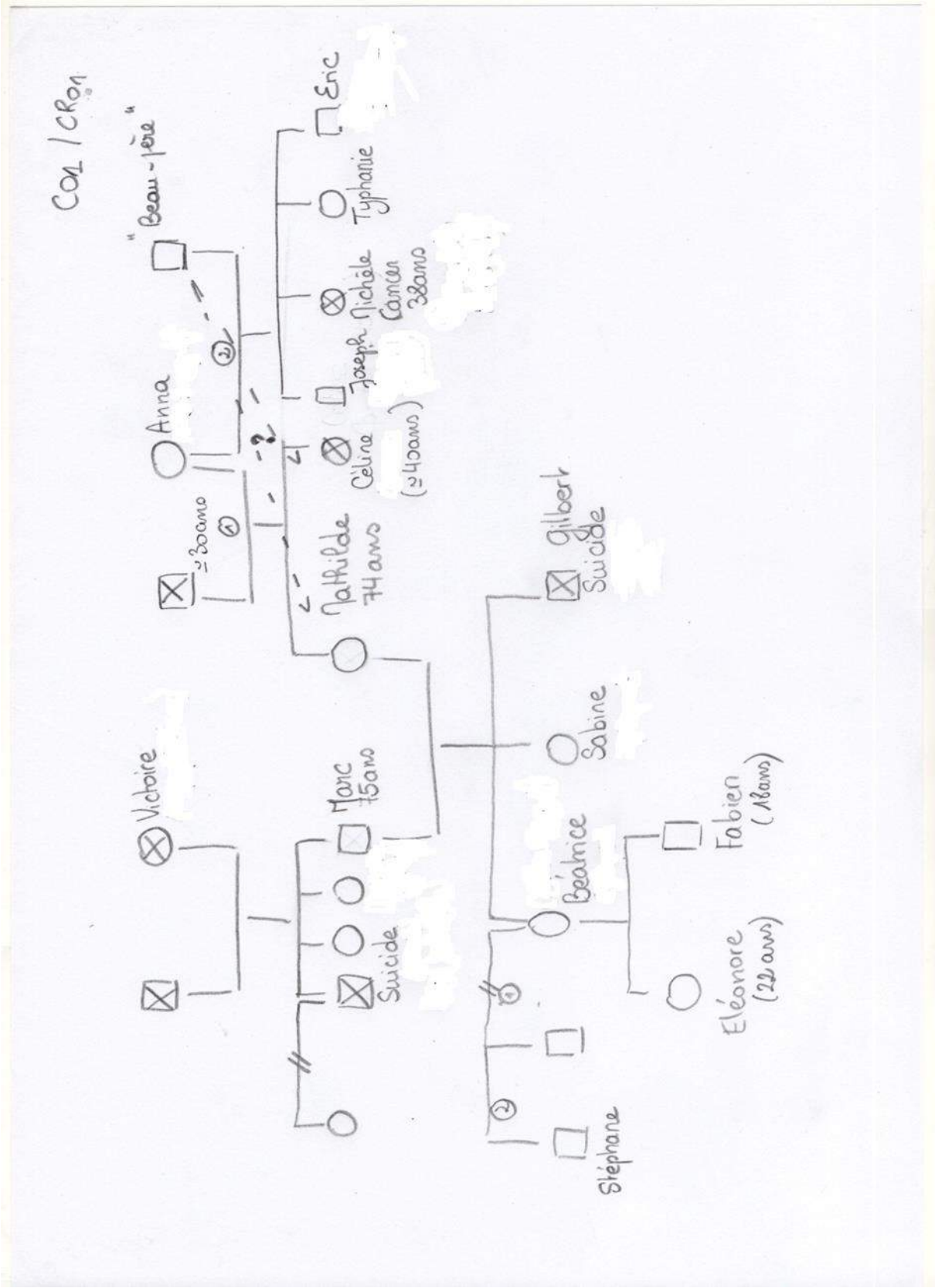
Aurélie (C10), Annexe 1 : Facteurs de risque et de protection repérés

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression Alcoolisme	
Facteurs de risque Secondaires	Difficultés relationnelles dans l'enfance Difficultés professionnelles Surmenage professionnel	Isolement psychique Difficultés familiales actuelles
Facteurs de risque Tertiaires	Age en COB	Catégorie socioprofessionnelle
Autres facteurs de risques (OMS)	Accès au moyen Sentiment de dévalorisation	
Autres éléments significatifs repérés	Estime de soi Place de la parole Sommeil difficile	Cacher / faire semblant
Facteurs de protection		
Urgence	Moyenne	
Dangerosité	Moyenne	

Gilbert (CR01), Annexe 1 : Génogramme



Gilbert (CR01), Annexe 2 : Arbre généalogique reconstitué



Gilbert (CR01), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche

Numéro d'anonymat : CR₁ Année Suicide : 201 Année en cours : 2015

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide	X		
	Antécédents familiaux de suicide	X		
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose			
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)			
	Dépression	X		
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent			
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
	Anxiété importante	X		
En lien avec les addictions	Alcool	X		
	Drogue			
	Jeux	X		
	Autres			
	Addiction d'un ou plusieurs parent			
En lien avec les comportements	Impulsif	X		
	Violent			
En lien avec les relations aux autres	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance			
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence			
	Relations fusionnelles avec un/des parents	X		
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs			
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)			
	Difficultés relationnelles avec ses enfants			
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille			
	Séparation précoce avec les parents			
	Séparation avec le/la conjoint(e)	X		
	Séparation/éloignement amical / social	X		
	Deuil récent/ancien d'un parent			
Deuil récent/ancien d'un membre				

1

Numéro d'anonymat :

CR₁

Année Suicide :

201

Année en cours :

2015

En lien avec le travail / l'école	de la fratrie			
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial	X		
	Isolement social / amical	X		
	Perte du travail récente	X		
	Chômage			
	Menace de perte du travail	X		
	Difficultés à l'école ou dans les études			
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel			
	Epuisement professionnel			
En lien avec des événements de vie	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
	Ouvrier peu qualifié			
	Victime de violence physique subie			
	Victime de violence psychologique			
	Victime de violence sexuelle			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité	X		
	Perte du moyen de locomotion	X		
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)	X		
En lien avec le cadre de vie	Difficultés financières passagères			
	Surendettement			
	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent	X		

Numéro d'anonymat :

CR₁

Année Suicide :

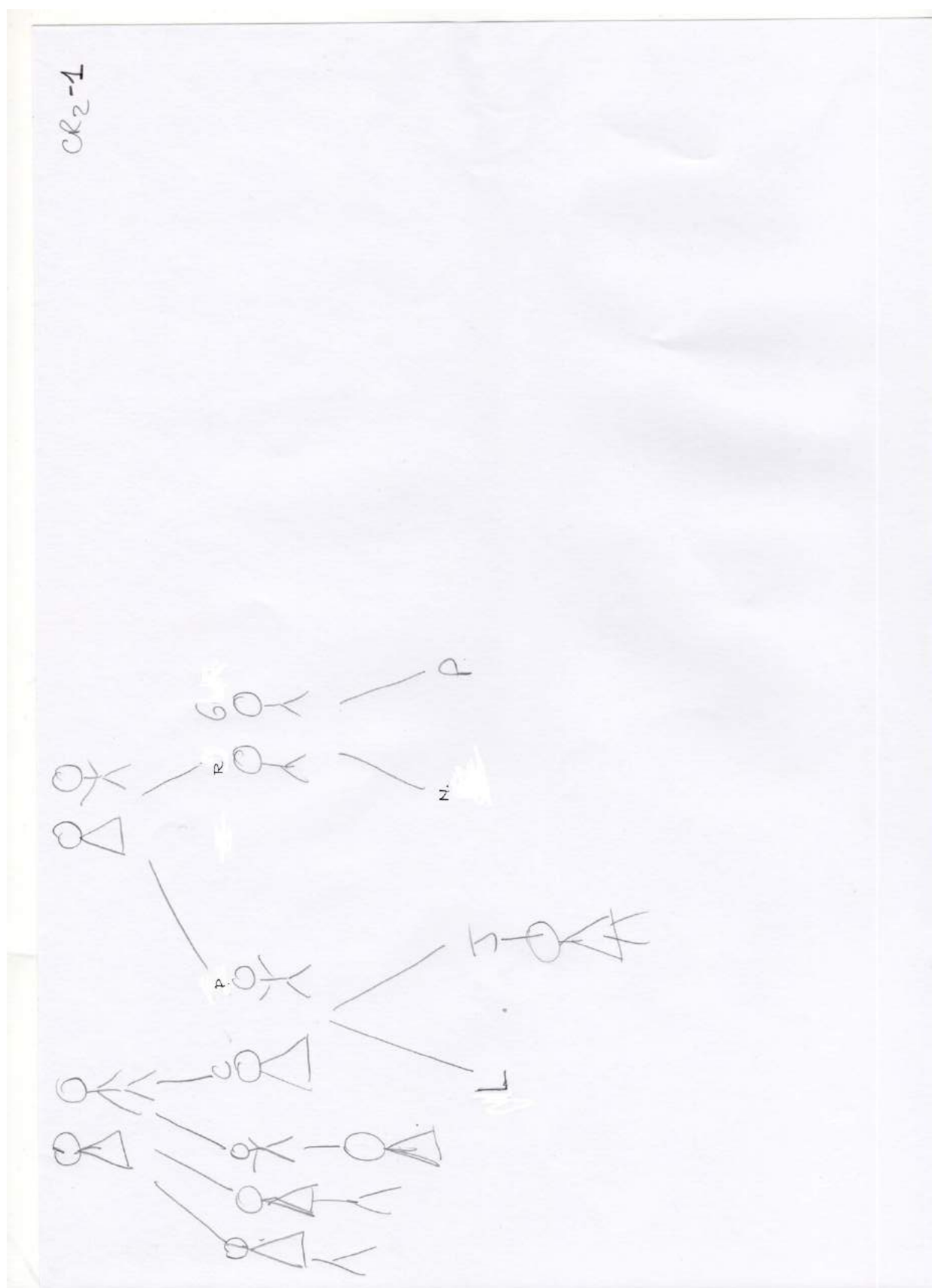
Année en cours :

les autres	Annonce récente d'une maladie grave	X		
	Annonce de la maladie d'un proche			
	Démence en cours (Alzheimer)			
En lien avec le moral	Mauvaise estime de soi	X		
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi	X		
	Tristesse depuis quelques semaines	X		
	Désespoir depuis quelques semaines	X		
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines	X		
	Arrêt d'activités plaisantes	X		
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines	X		
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Propos pessimistes sur l'avenir	X		
	Formulation d'idées suicidaires	X		
Autres	Homme	X		
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans	X		
Facteurs de protection				
Soutien familiale de bonne qualité		X		
Lien fort avec les enfants / Petits enfants		X		
Lien fort avec un/ des animaux de compagnie		X		
Réseau amical diversifié et de bonne qualité				
Capacités personnelle à faire face aux difficultés de la vie				
Religion				

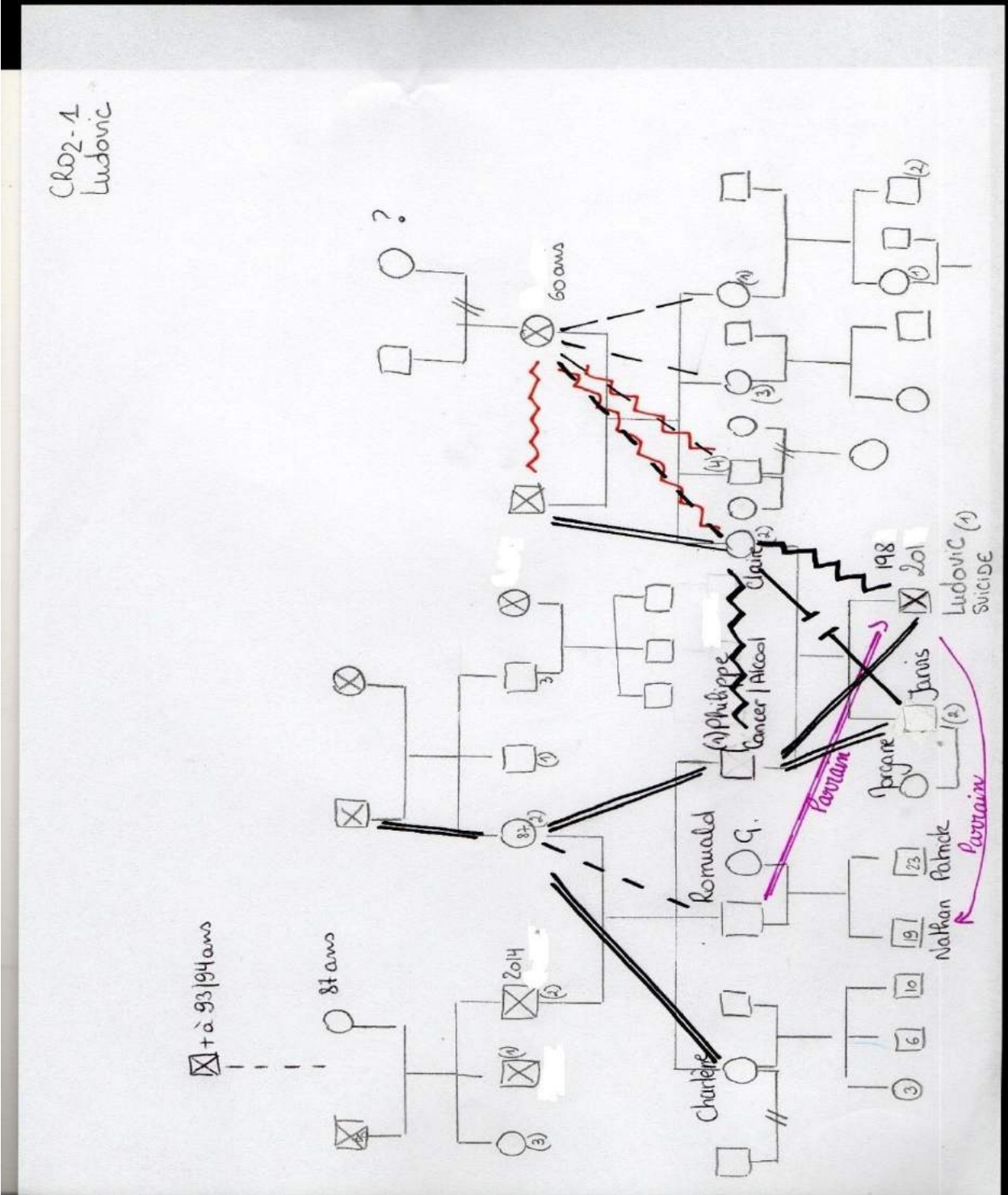
Gilbert (CR01), Annexe 4 : Facteurs de risques et de protection repérés dans le récit

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression ATCD Fx Suicide ACTD Fx de TDS Addiction aux jeux Intentionnalité suicidaire	Impulsivité Addiction Alcool Trouble de la personnalité
Facteurs de risque Secondaires	Rupture sentimentale Isolement social Isolement sensitif Risque de perte du travail / invalidité Eloignement géographique avec sœur	Pb de santé physique Handicaps sensoriels récents Perte de mobilité Difficultés relationnelles avec père
Facteurs de risque Tertiaires	Homme	Entre 45 et 55 ans
Autres facteurs de risques (OMS)	Mauvaise estime de soi Accès au moyen Difficulté / Stigmatisation demande d'aide	Perte de place / sentiment d'abandon
Autres éléments significatifs repérés	Suicide dans boîte à outil familial	Introduction récente ATD
Facteurs de protection	Sœur	
Urgence	Élevée (verbalisation)	
Dangerosité	Élevée	

Ludovic (CR02-1), Annexe 1 : Génogramme



Ludovic (CR02-1), Annexe 2 : Arbre généalogique reconstitué



Ludovic (CR02-1), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche

Numéro d'anonymat : CR02-1 Année Suicide : Année en cours : 2015 CR2-1

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide	X		
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de suicide			
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose			
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)			
	Dépression	X		
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent	X		
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
	Anxiété importante	X		
En lien avec les addictions	Alcool			
	Drogue			
	Jeux			
	Autres			
	Addiction d'un ou plusieurs parent	X		
En lien avec les comportements	Impulsif			
	Violent			
En lien avec les relations aux autres	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance	X		
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence	X		
	Relations fusionnelles avec un/des parents			
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs			
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)			
	Difficultés relationnelles avec ses enfants			
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille			
	Séparation précoce avec les parents			
	Séparation avec le/la conjoint(e)			
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent			
	Deuil récent/ancien d'un membre			

1

Numéro d'anonymat : CRO2-1

Année Suicide : 201

Année en cours : 2015

En lien avec le travail / l'école	de la fratrie			
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial			
	Isolement social / amical			
	Perte du travail récente			
	Chômage			
	Menace de perte du travail			
	Difficultés à l'école ou dans les études			
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel			
En lien avec des événements de vie	Epuisement professionnel	?		
	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
	Ouvrier peu qualifié			
	Victime de violence physique subie			
	Victime de violence psychologique			
	Victime de violence sexuelle			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité			
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)			
En lien avec le cadre de vie	Difficultés financières passagères			
	Surendettement			
	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent			

Numéro d'anonymat : CR02-1

Année Suicide : 201

Année en cours : 2015

les autres	Annonce récente d'une maladie grave			
	Annonce de la maladie d'un proche	X		
	Démence en cours (Alzheimer)			
En lien avec le moral	Mauvaise estime de soi			
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi	X		
	Tristesse depuis quelques semaines	X		
	Désespoir depuis quelques semaines			
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines	X		
	Arrêt d'activités plaisantes			
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines	X		
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Propos pessimistes sur l'avenir	X		
	Formulation d'idées suicidaires			
Autres	Homme	X		
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans	X		
Facteurs de protection				
Soutien familiale de bonne qualité				
Lien fort avec les enfants / Petits enfants				
Lien fort avec un/ des animaux de compagnie				
Réseau amical diversifié et de bonne qualité				
Capacités personnelle à faire face aux difficultés de la vie				
Religion				

Ludovic (CR02-1), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique

CR2-1

Questionnaire / Echelle de stress péri-traumatique

Consigne :

Complétez s'il vous plait les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai.

0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai

Date du suicide :

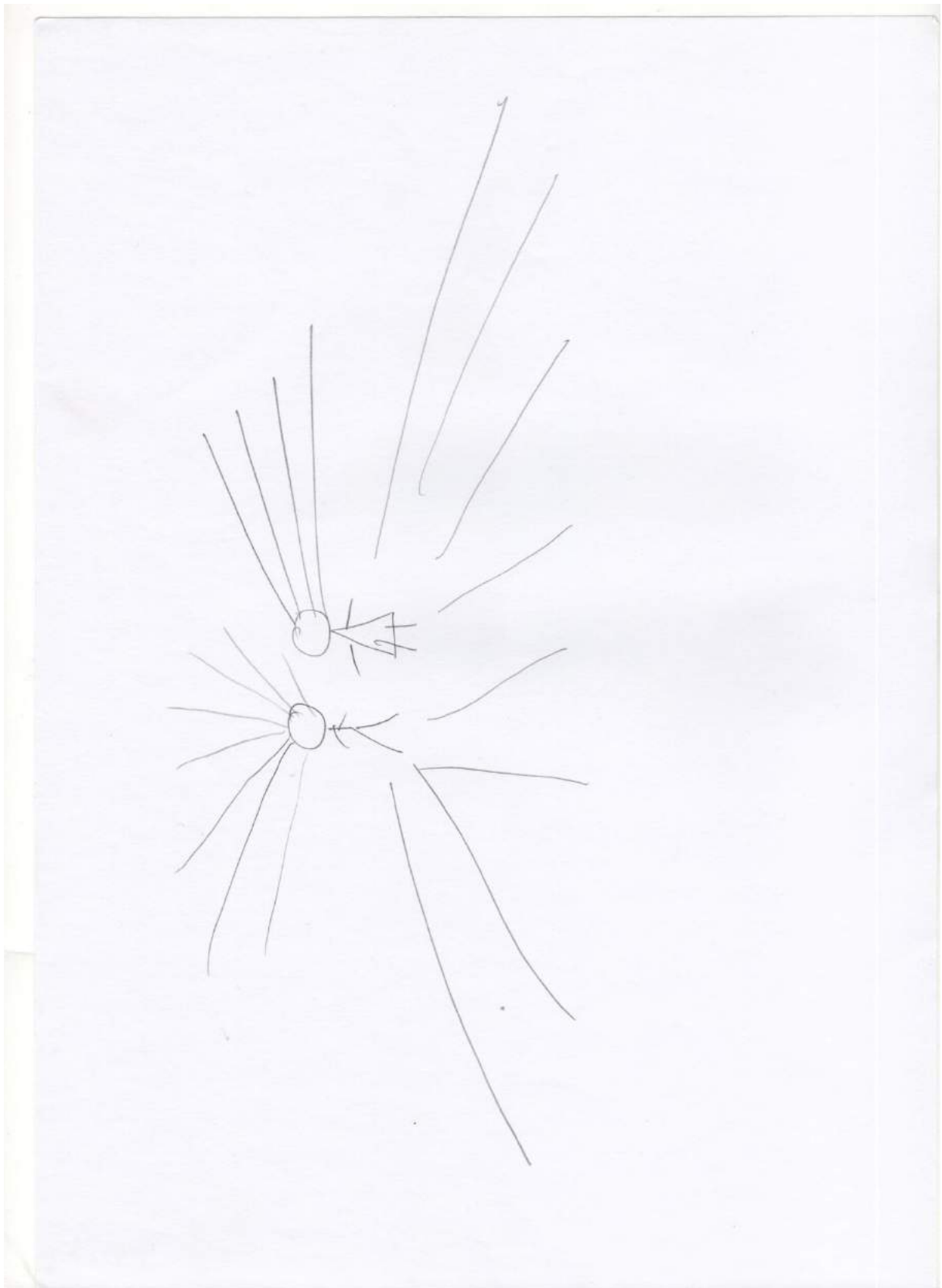
Date actuelle : 2015

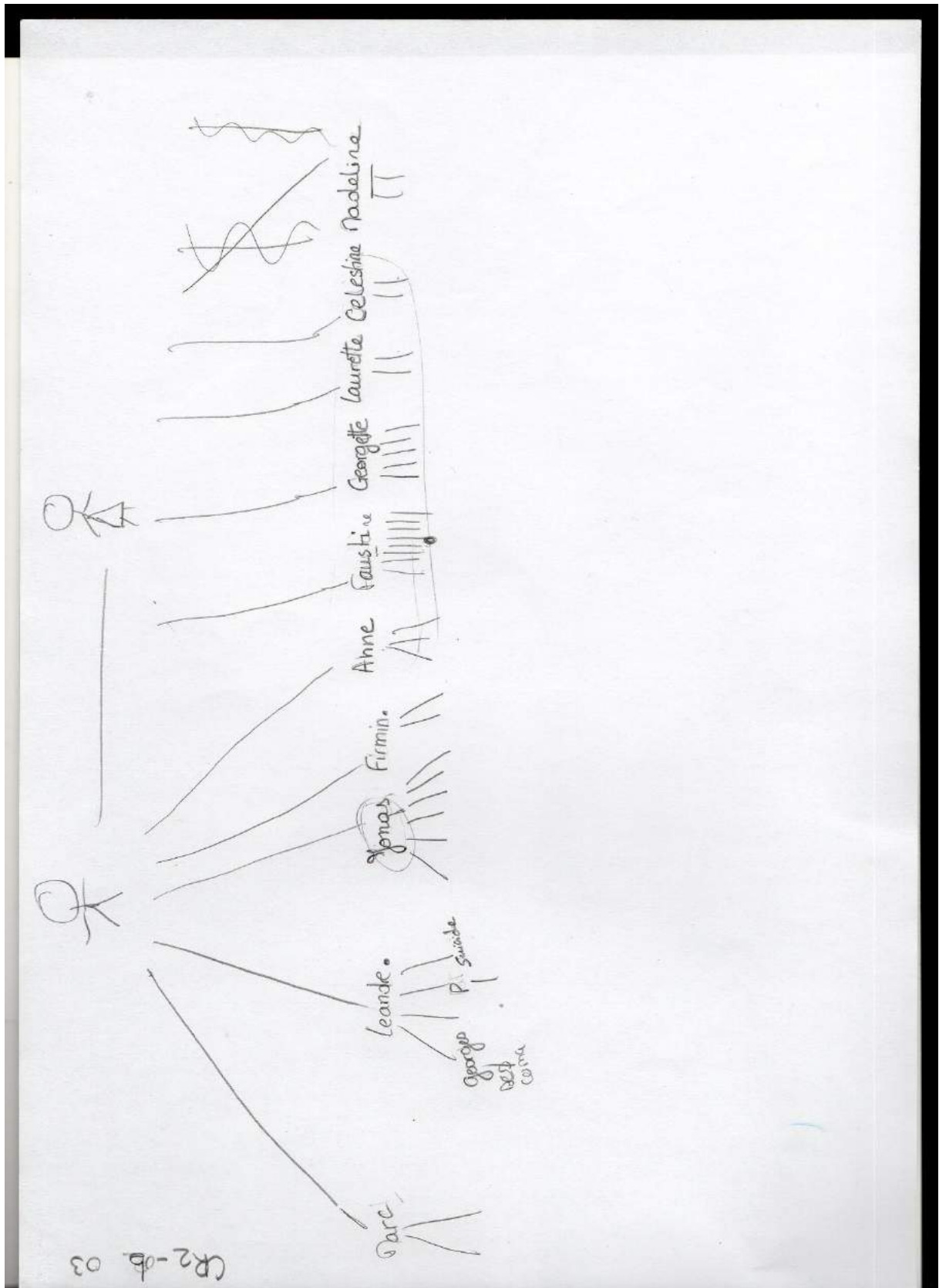
Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit		
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	3	3
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	3	1
J'avais peur pour ma propre sécurité		
Je me sentais coupable	2	
J'avais honte de mes réactions émotionnelles		
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	2	
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions		
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle		
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu		
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations		
J'étais sur le point de m'évanouir		
Je pensais que j'allais mourir		

Ludovic (CR02-1), Annexe 5 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression Intention suicidaire	Antécédent récent de TDS
Facteurs de risque Secondaires	Troubles relationnels avec mère dans enfance / ado et adulte Divorce des parents en cours Addiction père Dépression père Déménagement frère Craintes financières	Difficultés relationnelles récentes avec père Difficultés professionnelles Maladie grave du père Psychopathologie mère Victime de carences affectives maternelles dans l'enfance
Facteurs de risque Tertiaires	Homme	Age en COB
Autres facteurs de risques (OMS)	Accès au moyen	
Autres éléments significatifs repérés	Arrêt de travail récent Troubles du sommeil Masque	Faible estime de soi Difficulté à demander de l'aide
Facteurs de protection	Amis / activité / frère	
Urgence		Élevée
Dangerosité		Élevée

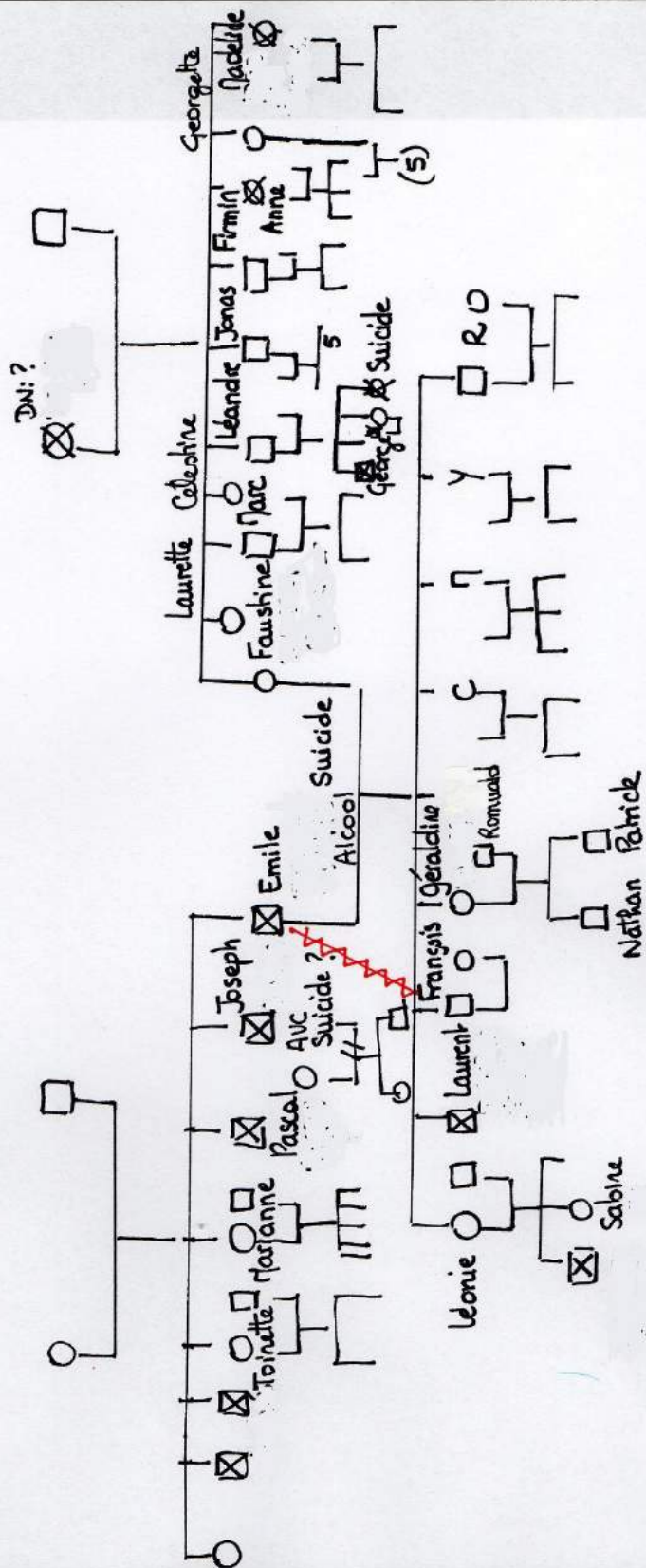
Émile (CR02-2), Annexe 1 : Génogramme (1-2-3)





Émile (CR02-2), Annexe 2 : Arbre reconstitué

CR02-6
Arbre reconstitué



Émile (CR02-2), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus

Numéro d'anonymat : CR02-02 Année Suicide : 199 Année en cours : 2015

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de suicide	?		
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose			
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)			
	Dépression	oui		
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent			
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
	Anxiété importante	X		
En lien avec les addictions	Alcool	X		
	Drogue			
	Jeux			
	Autres			
	Addiction d'un ou plusieurs parent			
En lien avec les comportements	Impulsif			
	Violent			
En lien avec les relations aux autres	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance			
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence			
	Relations fusionnelles avec un/des parents			
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs			
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)	X		
	Difficultés relationnelles avec ses enfants	X		
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille	X		
	Séparation précoce avec les parents			

Numéro d'anonymat : *CR02-02*Année Suicide : *199*Année en cours : *2015*

	Séparation avec le/la conjoint(e)			
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent	X		
	Deuil récent/ancien d'un membre de la fratrie	X		
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant	X		
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial			
	Isolement social / amical			
En lien avec le travail / l'école	Perte du travail récente	<i>Récente</i>		
	Chômage			
	Menace de perte du travail			
	Difficultés à l'école ou dans les études	<i>Tres peu de scolarisation</i>		
	Déscolarisation / arrêt des études	X		
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel	X		
	Epuisement professionnel	X		
	Cadre supérieur			
	Agriculteur	X		
	Ouvrier peu qualifié			
En lien avec des événements de vie	Victime de violence physique subie (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence psychologique (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence sexuelle (Adulte ou enfant)			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant	X		
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité			
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)			
	Difficultés financières passagères	X		

Numéro d'anonymat : C02-02

Année Suicide : 199

Année en cours : 2015

	Surendettement			
En lien avec le cadre de vie	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour les autres	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent			
	Annonce récente d'une maladie grave (pour soi)			
	Annonce de la maladie d'un proche			
	Démence en cours (Alzheimer)			
En lien avec le moral	Mauvaise estime de soi			
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi	X		
	Tristesse depuis quelques semaines			
	Désespoir depuis quelques semaines			
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines			
	Arrêt d'activités plaisantes			
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Propos pessimistes sur l'avenir	X		
	Formulation d'idées suicidaires			
Autres	Homme	X		
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans			
Facteurs de protection (Votre proche avait-il ?)				
Un soutien familial de bonne qualité		X		
Un lien fort avec les enfants / Petits enfants		X		
Un lien fort avec un/ des animaux de compagnie		X		
Un réseau amical diversifié et de bonne qualité				
Des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie				

Numéro d'anonymat : 0202-21

Année Suicide : 199

Année en cours : 2015

Une croyance en une religion qui sanctionne le suicide			
La capacité à demander de l'aide			
A partir de l'Echelle de LINEHAN (RFL) : Votre proche, dans sa vie,			
	OUI	NON	
Avait-il peur de la mort ?			
Arrivait-il à se projeter dans l'avenir ?		X	
Imaginait-il que sa mort puisse faire souffrir ses proches ?			
Etait-il sensible à ce que les autres pouvaient penser de lui ?	X		
Si enfants : Avait-il envie de voir ses enfants grandir ?	X		
Se sentait-il concerné par l'avenir de ses enfants et sa place auprès d'eux lui semblait-elle importante ?	X		
Avait-il la joie et l'envie de vivre ?	X		
Avait-il peur du suicide ?			
Etait-il quelqu'un qui trouvait facilement des solutions pour résoudre des difficultés dans sa vie ?		X	
Prenait-il soin de lui ?		X	

Émile (CR02-2), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique

CR02-02

Questionnaire / Echelle de stress péri-traumatique

Consigne :

Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai.

0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai

Date du suicide :

Date actuelle : 2015

Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit	3	
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	2	4
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	~~2~~ 3	
J'avais peur pour ma propre sécurité	0	0
Je me sentais coupable	0	0
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	0
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	1	
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	1	
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	0
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	1	
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations	0	0
J'étais sur le point de m'évanouir	0	0
Je pensais que j'allais mourir	0	0

Émile (CR02-2), Annexe 5 : Échelle H du MINI

CR02-02

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

- H1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes physique ? → NON ☒ OUI
- EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBIE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...
- H2 Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ? → NON ☐ OUI ☒
- H3 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) en d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ? → ☒ NON ☐ OUI

H4 Au cours du mois écoulé :

Pour information

- a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ? NON ☐ OUI ☒
- b) Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ? ☒ NON ☐ OUI
- c) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ? NON ☐ OUI ☒
- d) Avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ? ☒ NON ☐ OUI
- e) Vous sentirez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(e) vis-à-vis des autres ? ☒ NON ☐ OUI
- f) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ? NON ☐ OUI ☒
- g) Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que prévu ? ☒ NON ☐ OUI

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ?

→ NON ☐ OUI ☐

Au cours du mois écoulé :

- H5 a) Avez-vous eu des difficultés à dormir ? NON ☐ OUI ☒
- b) Étiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ? ☒ NON ☐ OUI
- c) Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? NON ☐ OUI ☒
- d) Étiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ? NON ☐ OUI ☒
- e) Un rien vous faisait-il sursauter ? ☒ NON ☐ OUI

2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTÉES OUI ?

→ NON ☐ OUI ☐

H6

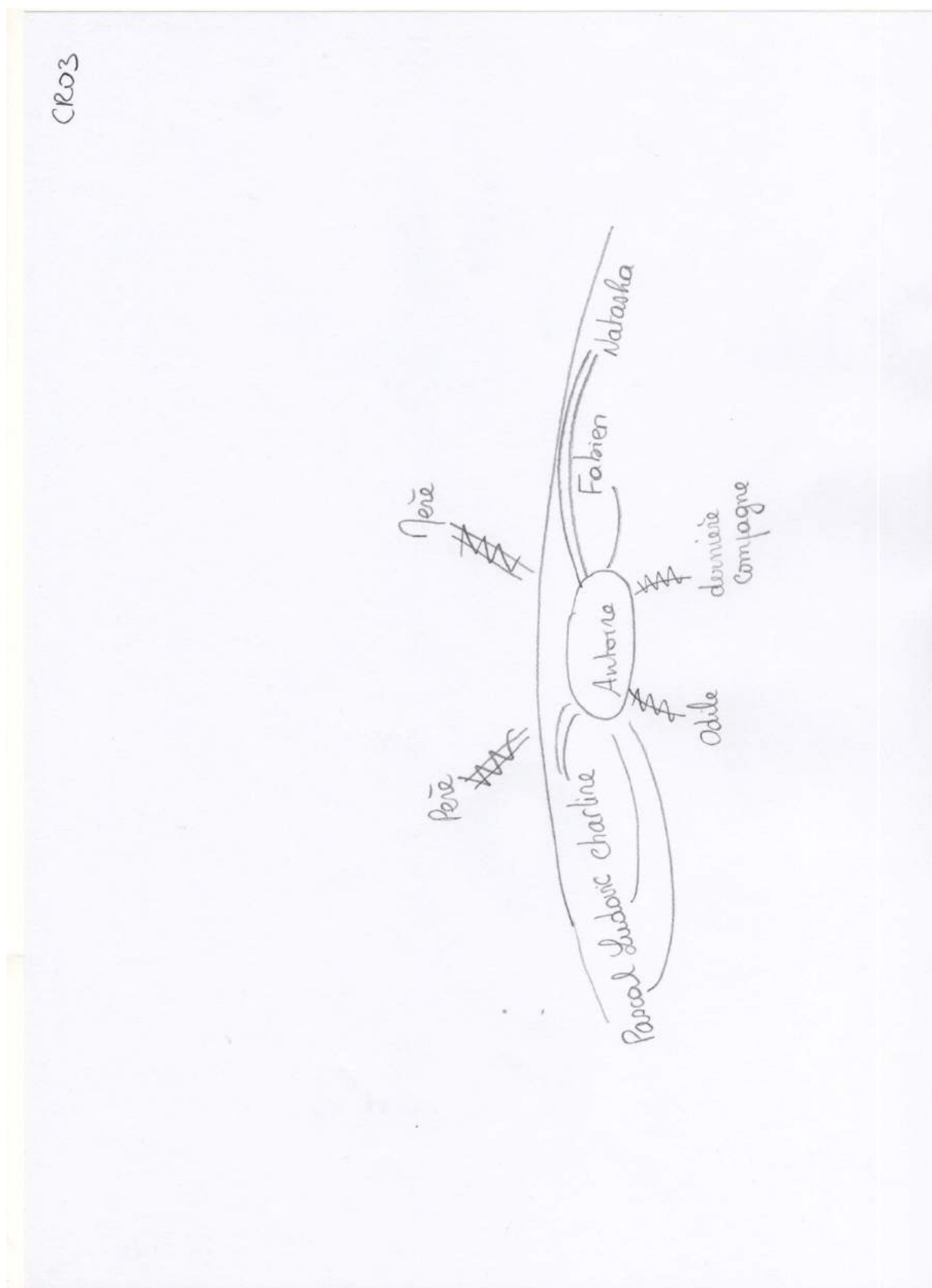
Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gênés dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?

NON ☐ OUI ☐
**ETAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL**

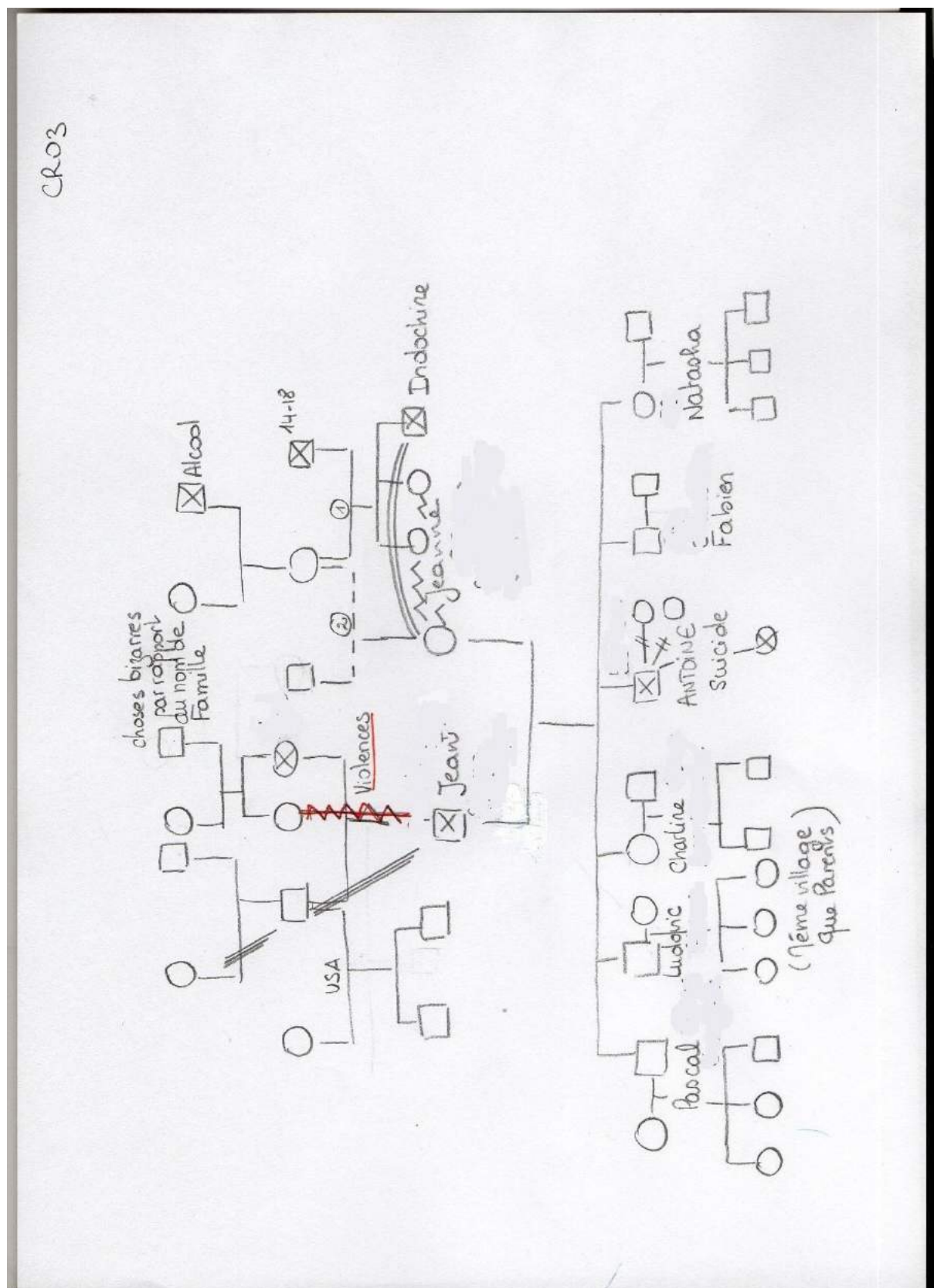
Émile (CR02-2), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

Annexe 6		Recueil
Facteurs de risque Primaires	Alcoolisme	Dépression ? PTSD ?
Facteurs de risque Secondaires	Deuils multiples anciens et récents Retraite Victime de violences psychologiques dans l'enfance	Conflits avec son fils Départ des enfants de la maison
Facteurs de risque Tertiaires	Homme 65-75 ans	Agriculteur
Autres facteurs de risques (OMS)	Accès au moyen Vécu d'humiliations	Vécu de guerre
Autres éléments significatifs repérés	Pas de demande d'aide Sentiment de perte de place	Pression à l'adaptation en peu de temps / Changement des modèles sociaux
Facteurs de protection		
Urgence		
Dangerosité		Élevée

Antoine (CR03), Annexe 1 : Génogramme



Antoine (CR03), Annexe 2 : Arbre généalogique reconstitué



Antoine (CR03), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus

Numéro d'anonymat : CR03

Année Suicide : 200

Année en cours : 2015

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide	X		
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de suicide			
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose			
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)			
	Dépression	X		
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent			
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
En lien avec les addictions	Anxiété importante			
	Alcool			
	Drogue			
	Jeux			
	Autres	X		
En lien avec les comportements	Addiction d'un ou plusieurs parent			
	Impulsif			
En lien avec les relations aux autres	Violent			
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance	X		
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence	X		
	Relations fusionnelles avec un/des parents			
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs			
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)	X		
	Difficultés relationnelles avec ses enfants			
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille			
	Séparation précoce avec les parents			

Numéro d'anonymat : C203

Année Suicide : 200

Année en cours : 2015

	Séparation avec le/la conjoint(e)	X		
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent			
	Deuil récent/ancien d'un membre de la fratrie			
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial	X		
	Isolement social / amical	X		
En lien avec le travail / l'école	Perte du travail récente / arrêt	X		
	Chômage			
	Menace de perte du travail			
	Difficultés à l'école ou dans les études			
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire	X		
	Surinvestissement professionnel	X		
	Epuisement professionnel	X		
	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
	Ouvrier peu qualifié			
En lien avec des événements de vie	Victime de violence physique subie (Adulte ou enfant)	X		
	Victime de violence psychologique (Adulte ou enfant)	X		
	Victime de violence sexuelle (Adulte ou enfant)			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité	X		
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)	X		
	Difficultés financières passagères			

Numéro d'anonymat : 0603

Année Suicide : 2000

Année en cours : 2015

En lien avec le cadre de vie	Surendettement	X		
	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour les autres	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent	X		
	Annonce récente d'une maladie grave (pour soi)			
	Annonce de la maladie d'un proche			
	Démence en cours (Alzheimer)			
En lien avec le moral	Mauvaise estime de soi			
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi	X		
	Tristesse depuis quelques semaines			
	Désespoir depuis quelques semaines	X		
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines	X		
	Arrêt d'activités plaisantes			
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Propos pessimistes sur l'avenir	X		
	Formulation d'idées suicidaires	X		
Autres	Homme	X		
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans			
Facteurs de protection (Votre proche avait-il ?)				
Un soutien familial de bonne qualité	X			
Un lien fort avec les enfants / Petits enfants				
Un lien fort avec un/ des animaux de compagnie				
Un réseau amical diversifié et de bonne qualité				
Des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie	X			

Année en cours : 2015

Une croyance en une religion qui sanctionne le suicide			
La capacité à demander de l'aide			
A partir de l'Echelle de LINEHAN (RFL) : Votre proche, dans sa vie,			
	OUI	NON	
Avait-il peur de la mort ?		X	
Arrivait-il à se projeter dans l'avenir ?		X	
Imaginait-il que sa mort puisse faire souffrir ses proches ?	X		
Etait-il sensible à ce que les autres pouvaient penser de lui ?	X		
Si enfants : Avait-il envie de voir ses enfants grandir ?			
Se sentait-il concerné par l'avenir de ses enfants et sa place auprès d'eux lui semblait-elle importante ?			
Avait-il la joie et l'envie de vivre ?	X		
Avait-il peur du suicide ?			
Etait-il quelqu'un qui trouvait facilement des solutions pour résoudre des difficultés dans sa vie ?		X	
Prenait-il soin de lui ?		X	

C203

Questionnaire / Echelle de stress péri-traumatique

Consigne :

Complétez s'il vous plait les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai.

0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai

Date du suicide :

Date actuelle :

15

Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit	2	
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	4	2
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	4	3
J'avais peur pour ma propre sécurité	1	1
Je me sentais coupable	2	1
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	0
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	3	2
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	2	2
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle		
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	3	2
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations	2	1
J'étais sur le point de m'évanouir	0	1
Je pensais que j'allais mourir	0	1

Antoine (CR03), Annexe 5 : Échelle H du MINI

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

H1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes physique ?	→ NON ☒ OUI
EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBIE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...		
H2	Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ?	→ NON ☒ OUI
H3	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) en d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ?	→ NON ☒ OUI

H4 Au cours du mois écoulé :

a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ?	NON ☒ OUI
b) Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ?	NON ☒ OUI
c) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON ☒ OUI
d) Avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ?	NON ☒ OUI
e) Vous sentirez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(e) vis-à-vis des autres ?	NON ☒ OUI
f) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ?	NON ☒ OUI
g) Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que prévu ?	NON ☒ OUI

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ?

→
NON ☒ OUI

Au cours du mois écoulé :

H5	a) Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	NON ☒ OUI
	b) Étiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?	NON ☒ OUI
	c) Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON ☒ OUI
	d) Étiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ?	NON ☒ OUI
	e) Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON ☒ OUI

2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTÉES OUI ?

→
NON ☒ OUI

Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gênés dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?

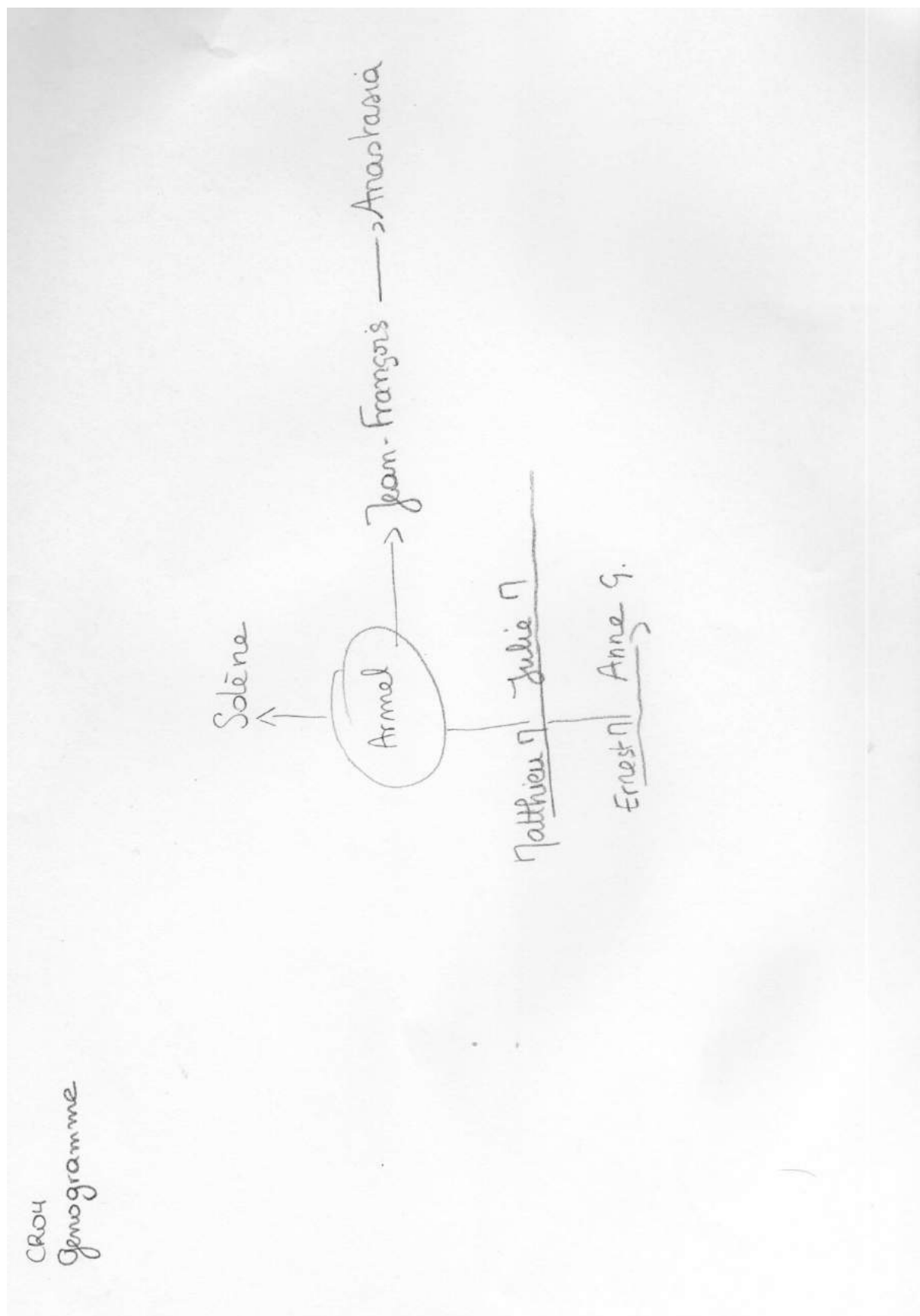
H6

NON ☒ OUI
ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL

Antoine (CR03), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression uni ou bipolaire Formulation d'idées suicidaire	Addiction médicamenteuse ATCD de troubles du comportement
Facteurs de risque Secondaires	Violences dans l'enfance / ado Harcèlement scolaire Douleurs chroniques Décès conjoint Isolement familial Harcèlement financier	Violences dans l'enfance génération n-1 Surendettement Invalidité Conflits avec père Déménagement
Facteurs de risque Tertiaires	Homme	Age
Autres facteurs de risques (OMS)	Accès au moyen Désespoir	Victime de harcèlement
Autres éléments significatifs repérés	Arrêt de travail juste avant Difficile de parler Tabagisme Agriculteurs N-2	Pas demande d'aide Masque Estime de soi basse Prématurité Léger retard développement propreté
Facteurs de protection		
Urgence	Élevée	
Dangerosité	Élevée	

Armel (CR04), Annexe 1 : Génogramme



CLO4 Arbre généalogique
 C07 Complément selon récit Paris-Alix

The chart is a hand-drawn genealogical tree for the 'Paris-Alix' project. It is organized into three generations (Génération I, II, and III).
 - **Génération I:** Anne G and Louis G (marked as deceased with an 'X'). Elsa and Ernest (marked as deceased with an 'X') are also shown.
 - **Génération II:** Antoine (marked as deceased with an 'X'), Julie (1), Nathan (2), and Paul (3).
 - **Génération III:** Includes Armel (4), Solène, and others. A red line traces a path through the chart, and a green line highlights a specific branch.
 - **Annotations:** 'Suicide' is written near Armel and Solène. 'Accident' is written near Herve. 'TDS' is written near Nathan. 'PACS' is written near Jean-François. 'Suicide 104' is written near Paul (3).
 - **Other names:** Tante Yvonne, Herve, Heloise, Anastasia, Alicia, Anne-Alix, Dominica, Adrien, Stéphanie, and Solène.

(Née par Ann. DC GPP)

Armel (CR04), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche

Numéro d'anonymat : CR04 Année Suicide : 201 Année en cours : 2015

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide	X	201	
	Antécédents familiaux de suicide	X		
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose			
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)			
	Dépression			
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent			
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
	Anxiété importante	X		
En lien avec les addictions	Alcool			
	Drogue			
	Jeux			
	Autres			
	Addiction d'un ou plusieurs parent			
En lien avec les comportements	Impulsif			
	Violent			
En lien avec les relations aux autres	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance	X		
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence			
	Relations fusionnelles avec un/des parents			
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs			
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)			
	Difficultés relationnelles avec ses enfants			
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille	X		
	Séparation précoce avec les parents			

1

Numéro d'anonymat : CROY

Année Suicide : 201

Année en cours : 2015

	Séparation avec le/la conjoint(e)			
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent			
	Deuil récent/ancien d'un membre de la fratrie			
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial			
	Isolement social / amical			
En lien avec le travail / l'école	Perte du travail récente			
	Chômage			
	Menace de perte du travail			
	Difficultés à l'école ou dans les études			
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel			
	Epuisement professionnel			
	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
	Ouvrier peu qualifié			
En lien avec des événements de vie	Victime de violence physique subie (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence psychologique (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence sexuelle (Adulte ou enfant)			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité			
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)			
	Difficultés financières passagères	X		

Numéro d'anonymat : CRO4

Année Suicide : 2014

Année en cours : 2015

	Surendettement			
En lien avec le cadre de vie	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour les autres	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent			
	Annonce récente d'une maladie grave (pour soi)			
	Annonce de la maladie d'un proche			
En lien avec le moral	Démence en cours (Alzheimer)			
	Mauvaise estime de soi	X		
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi			
	Tristesse depuis quelques semaines	X		
	Désespoir depuis quelques semaines			
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines			
	Arrêt d'activités plaisantes	X		
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines			
Autres	Propos pessimistes sur l'avenir			
	Formulation d'idées suicidaires			
	Homme			
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans			
Facteurs de protection (Votre proche avait-il ?)				
Un soutien familial de bonne qualité		X		
Un lien fort avec les enfants / Petits enfants		X		
Un lien fort avec un/ des animaux de compagnie		X		
Un réseau amical diversifié et de bonne qualité		X		
Des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie				non

Numéro d'anonymat :

Année Suicide :

Année en cours :

Une croyance en une religion qui sanctionne le suicide		Non	
La capacité à demander de l'aide		Non	
A partir de l'Echelle de LINEHAN (RFL) : Votre proche, dans sa vie,			
	OUI	NON	?
Avait-il peur de la mort ?			?
Arrivait-il à se projeter dans l'avenir ?	oui		
Imaginait-il que sa mort puisse faire souffrir ses proches ?		Non	
Etait-il sensible à ce que les autres pouvaient penser de lui ?	oui	?	
Si enfants : Avait-il envie de voir ses enfants grandir ?		?	
Se sentait-il concerné par l'avenir de ses enfants et sa place auprès d'eux lui semblait-elle importante ?		Non	
Avait-il la joie et l'envie de vivre ?		Non depuis 2 ans	
Avait-il peur du suicide ?		?	
Etait-il quelqu'un qui trouvait facilement des solutions pour résoudre des difficultés dans sa vie ?		Non	
Prenait-il soin de lui ?		Non	

Armel (CR04), Annexe 4 : échelle de détresse péri-traumatique

CR4

Questionnaire / Echelle de stress péri-traumatique

Consigne :

Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai.

0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai

Date du suicide : 201

Date actuelle : 2015

Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit	0	2
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	4	3
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	3	1
J'avais peur pour ma propre sécurité	0	
Je me sentais coupable	4	2
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	1	3
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	4	1
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations	0	
J'étais sur le point de m'évanouir	0	
Je pensais que j'allais mourir	0	

Armel (CR04), Annexe 5 : Échelle H du MINI

**fondation
fondaMental**
Réseau de
coopération scientifique
en santé mentale

C84

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

H1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes physique ? → NON OUI

EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBIE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...

H2 Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ? → NON OUI

H3 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) en d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ? → NON OUI

H4 Au cours du mois écoulé :

a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ?	NON	<u>OUI</u>
b) Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ?	NON	<u>OUI</u>
c) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON	<u>OUI</u>
d) Avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ?	<u>NON</u>	<u>OUI</u>
e) Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(e) vis-à-vis des autres ?	NON	<u>OUI</u>
f) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ? <i>Anesthésié</i>	NON	<u>OUI</u>
g) Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que prévu ?	NON	<u>OUI</u>

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ? → NON OUI

Au cours du mois écoulé :

H5

a) Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	NON	<u>OUI</u>
b) Etiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?	NON	<u>OUI</u>
c) Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	<u>OUI</u>
d) Etiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ?	NON	<u>OUI</u>
e) Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	<u>OUI</u>

2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTÉES OUI ? → NON OUI

NON OUI

**ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL**

H6 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gênés dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ? *faut cō*

Armél (CR04), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

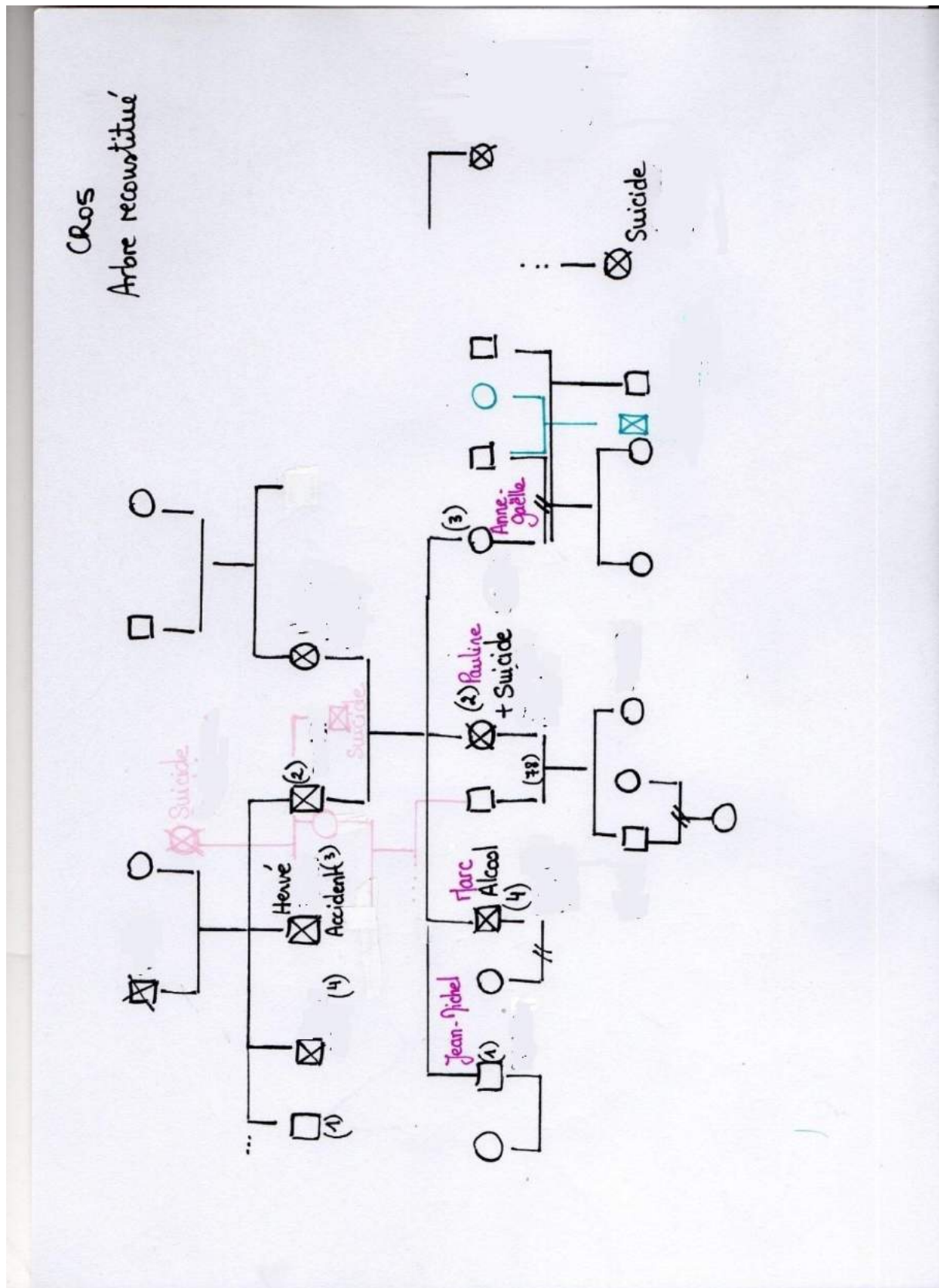
Recueil		
Facteurs de risque Primaires	ATCD suicide dans famille ATCD TDS dans famille	Dépression Personnalité rigide ?
Facteurs de risque Secondaires	Difficultés relationnelles au travail Difficultés relationnelles dans le couple Difficultés relationnelles avec belle-famille Trouble bipolaire chez père Climat de violences N-2/N-1	Surendettement Huissiers Isolement amical Isolement familial Surinvestissement professionnel Alcool chez GPP Climat de violences intra-familiales Perte précoce GPM Arrêt activités plaisantes
Facteurs de risque Tertiaires	Homme	Age
Autres facteurs de risques (OMS)		
Autres éléments significatifs repérés	Place du travail et fierté en COB Anxiété pendant grossesse	Mauvaise estime de soi Ne parle pas / difficultés à demander de l'aide
Facteurs de protection	Famille soutenante	
Urgence	Élevée	
Dangerosité	Élevée	

Pauline (CR05), Annexe 1 : Génogramme

Il n'a pas été possible pour la personne participant à la recherche de réaliser le génogramme.



Pauline (CR05), Annexe 2 : Arbre reconstitué



Pauline (CR05), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche

Numéro d'anonymat : CR05 Année Suicide : 201 Année en cours : 2016

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide	X		
	Antécédents familiaux de suicide	X		
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose	X		
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)			
	Dépression	X		
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent			
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
	Anxiété importante	X		
En lien avec les addictions	Alcool			
	Drogue			
	Jeux			
	Autres			
	Addiction d'un ou plusieurs parent	X		
En lien avec les comportements	Impulsif			
	Violent			
En lien avec les relations aux autres	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance			
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence			
	Relations fusionnelles avec un/des parents			
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs			
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)	X		
	Difficultés relationnelles avec ses enfants			
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille	X		
	Séparation précoce avec les parents			

Numéro d'anonymat : CROS

Année Suicide : 201

Année en cours : 2016

	Séparation avec le/la conjoint(e)			
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent	X		
	Deuil récent/ancien d'un membre de la fratrie	X		
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial			
	Isolement social / amical			
En lien avec le travail / l'école	Perte du travail récente			
	Chômage			
	Menace de perte du travail			
	Difficultés à l'école ou dans les études			
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel			
	Epuisement professionnel			
	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
En lien avec des événements de vie	Ouvrier peu qualifié			
	Victime de violence physique subie (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence psychologique (Adulte ou enfant)	X		
	Victime de violence sexuelle (Adulte ou enfant)			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité			
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)			
	Difficultés financières passagères			

Numéro d'anonymat : CR05Année Suicide : 201Année en cours : 2016

	Surendettement			
En lien avec le cadre de vie	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour les autres	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent			
	Annonce récente d'une maladie grave (pour soi)			
	Annonce de la maladie d'un proche			
En lien avec le moral	Démence en cours (Alzheimer)			
	Mauvaise estime de soi			
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi	X		
	Tristesse depuis quelques semaines	X		
	Désespoir depuis quelques semaines	X		
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines	X		
	Arrêt d'activités plaisantes	X		
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines	X		
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines	X		
	Propos pessimistes sur l'avenir	X		
	Formulation d'idées suicidaires			
Autres	Homme			
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans	X		
Facteurs de protection (Votre proche avait-il ?)				
Un soutien familial de bonne qualité				
Un lien fort avec les enfants / Petits enfants		X		
Un lien fort avec un/ des animaux de compagnie				
Un réseau amical diversifié et de bonne qualité		X		
Des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie		X		

Numéro d'anonymat : **CR05**

Année Suicide : **201**

Année en cours : **2016**

Une croyance en une religion qui sanctionne le suicide			
La capacité à demander de l'aide	X		
A partir de l'Echelle de LINEHAN (RFL) : Votre proche, dans sa vie,			
	OUI	NON	
Avait-il peur de la mort ?			
Arrivait-il à se projeter dans l'avenir ?			
Imaginait-il que sa mort puisse faire souffrir ses proches ?	X		
Etait-il sensible à ce que les autres pouvaient penser de lui ?	X		
Si enfants : Avait-il envie de voir ses enfants grandir ?	X		
Se sentait-il concerné par l'avenir de ses enfants et sa place auprès d'eux lui semblait-elle importante ?	X		
Avait-il la joie et l'envie de vivre ?			
Avait-il peur du suicide ?			
Etait-il quelqu'un qui trouvait facilement des solutions pour résoudre des difficultés dans sa vie ?			
Prenait-il soin de lui ?			

Pauline (CR05), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique

Questionnaire / Echelle de stress péri-traumatique		
Consigne : CR05		
Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai.		
0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai		
Date du suicide : 201		
Date actuelle : 2016		
Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit	4	3
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	4	4
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	4	4
J'avais peur pour ma propre sécurité	4	0
Je me sentais coupable	4	3
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	0
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	4	4
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	2
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	0
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu		
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations	4	4
J'étais sur le point de m'évanouir	0	2
Je pensais que j'allais mourir	0	0

Pauline (CR05), Annexe 5 : Échelle H du MINI

**fondation
fondaMental**
Réseau de
coopération scientifique
en santé mentale

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CR05

(→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

H1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes physique ? → NON OUI

EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBIE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...

H2 Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ? → NON OUI

H3 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) en d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ? → NON OUI

H4 Au cours du mois écoulé :

a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ? NON OUI

b) Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ? NON OUI

c) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ? NON OUI

d) Avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ? NON OUI

e) Vous sentirez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(e) vis-à-vis des autres ? NON OUI

f) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ? NON OUI

g) Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que prévu ? NON OUI

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ? → NON OUI

Au cours du mois écoulé :

H5 a) Avez-vous eu des difficultés à dormir ? NON OUI

b) Étiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ? NON OUI

c) Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? NON OUI

d) Étiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ? NON OUI

e) Un rien vous faisait-il sursauter ? NON OUI

2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTÉES OUI ? → NON OUI

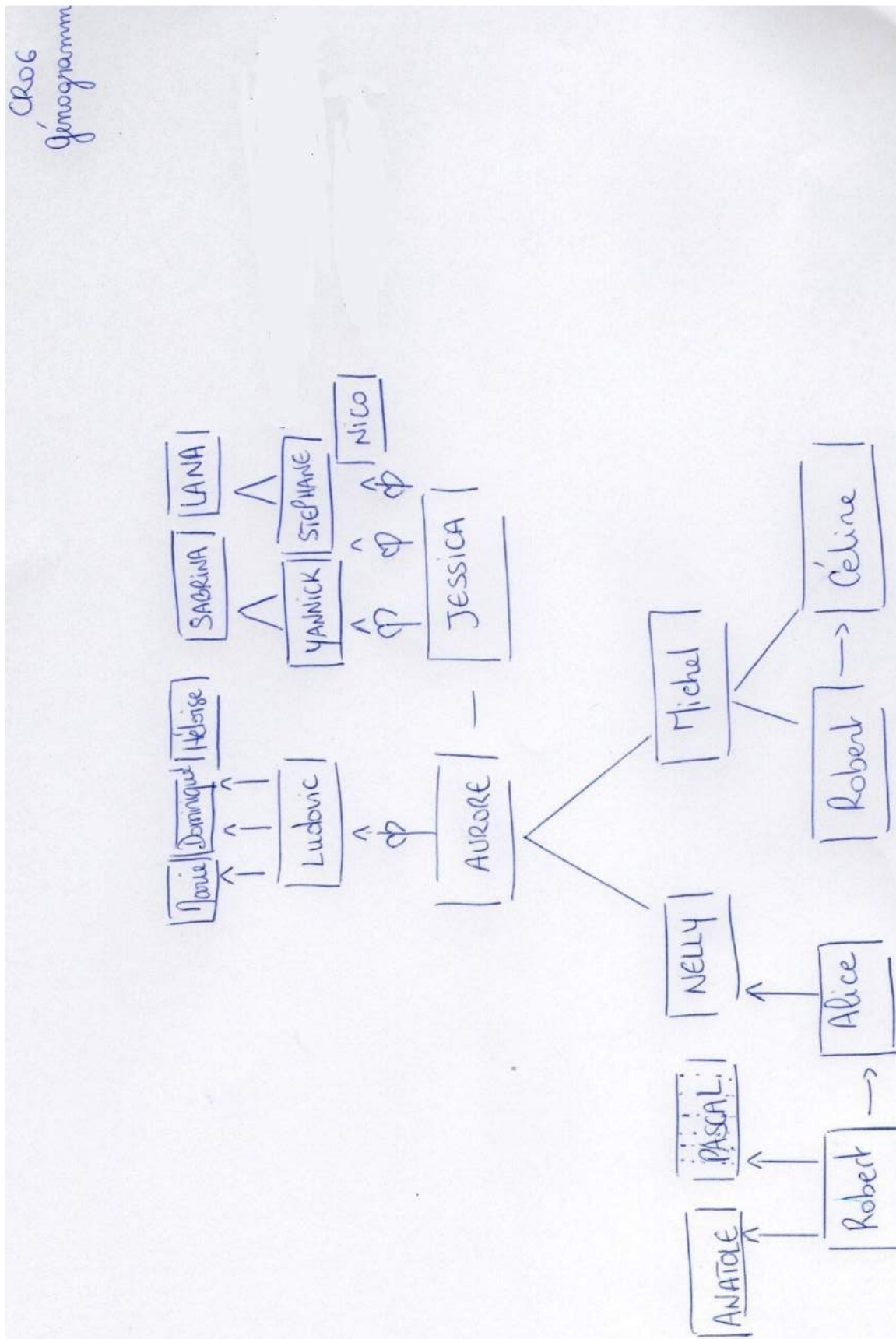
H6 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gênés dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ? oui

NON OUI
ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL

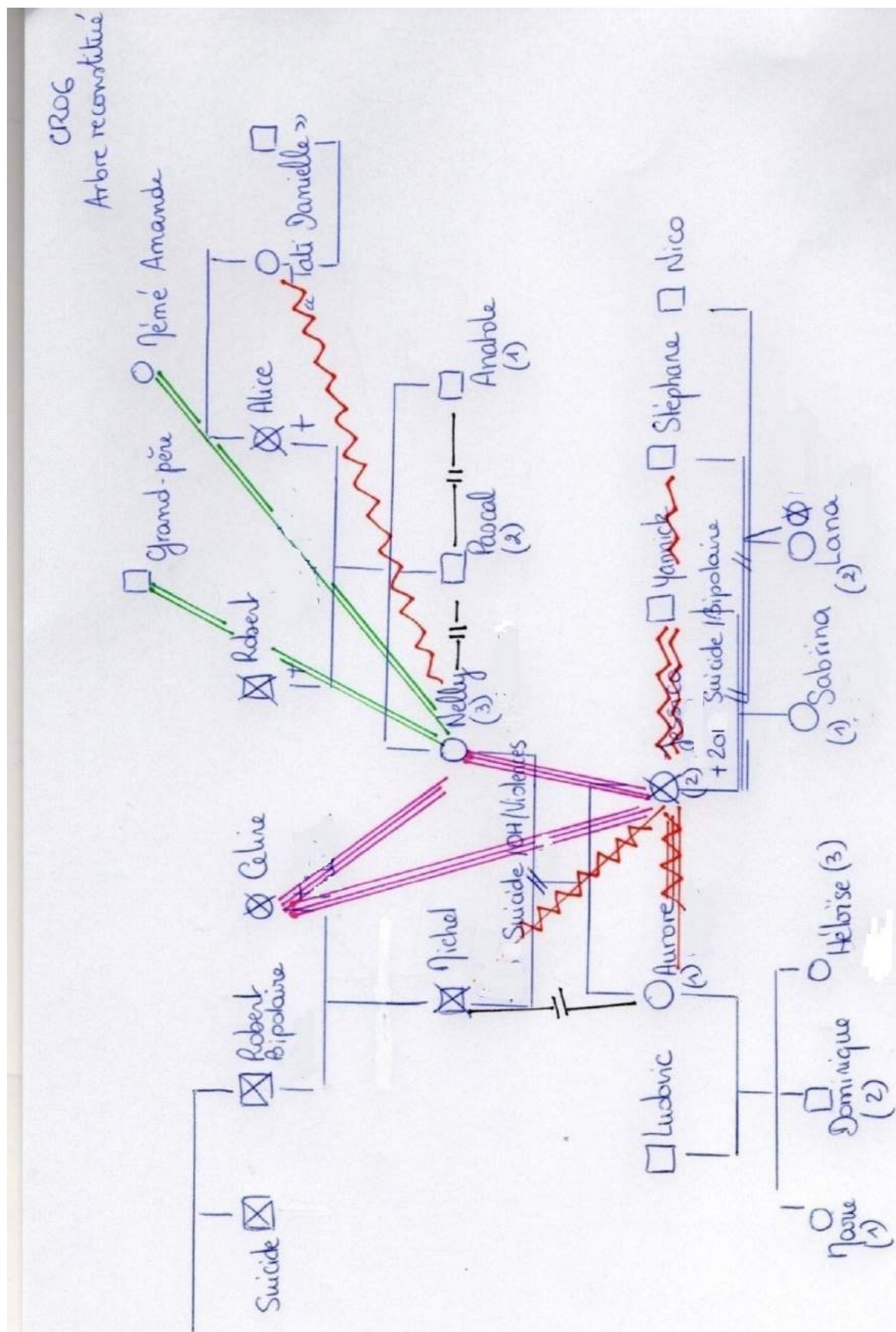
Pauline (CR05), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	ATCD Familiaux de S Psychopathologie en cours Trouble de la personnalité (?)	ATCD Familiaux de TDS
Facteurs de risque Secondaires	Addiction d'un parent (Père)	Décès du frère Décès de la mère Retraite (Isolement)
Facteurs de risque Tertiaires	Age	
Autres facteurs de risques (OMS)	Accès aisé au moyen de suicide	Stigmatisation du recours à la psychiatrie dans milieu familial
Autres éléments significatifs repérés	Mauvaise estime de soi Difficulté à parler et à montrer ses émotions	Ne prenait pas soin d'elle Arrêt récent TTT
Facteurs de protection	Enfants	
Urgence		
Dangerosité	Élevée	

Jessica (CR06), Annexe 1 : Génogramme



Jessica (CR06), Annexe 2 : Arbre reconstitué



Jessica (CR06), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection

Numéro d'anonymat : **CR06** Année Suicide : **2011** Année en cours : **2016**

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide	☒		
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de suicide	☒		
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose			
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)	☒		
	Dépression	☒		
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent	☒		
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
	Anxiété importante	☒		
En lien avec les addictions	Alcool	☒		
	Drogue			
	Jeux			
	Autres			
	Addiction d'un ou plusieurs parent	☒		
En lien avec les comportements	Impulsif			
	Violent			
En lien avec les relations aux autres	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance	☒		
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence			
	Relations fusionnelles avec un/des parents	☒		
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs	☒		
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)	☒		
	Difficultés relationnelles avec ses enfants			
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille			
	Séparation précoce avec les parents			

Numéro d'anonymat :

Année Suicide :

Année en cours :

	Séparation avec le/la conjoint(e)			
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent	X		
	Deuil récent/ancien d'un membre de la fratrie			
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial			
	Isolement social / amical			
En lien avec le travail / l'école	Perte du travail récente			
	Chômage			
	Menace de perte du travail			
	Difficultés à l'école ou dans les études			
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel			
	Epuisement professionnel			
	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
	Ouvrier peu qualifié			
En lien avec des évènements de vie	Victime de violence physique subie (Adulte ou enfant)	Un des ex.		
	Victime de violence psychologique (Adulte ou enfant)	Avec les ex.		
	Victime de violence sexuelle (Adulte ou enfant)			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité			
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)	X		
	Difficultés financières passagères			

Numéro d'anonymat : C206

Année Suicide : 201

Année en cours : 2016

	Surendettement			
En lien avec le cadre de vie	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour les autres	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent			
	Annonce récente d'une maladie grave (pour soi)	?		
	Annonce de la maladie d'un proche			
	Démence en cours (Alzheimer)			
En lien avec le moral	Mauvaise estime de soi	✗		
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi	X		
	Tristesse depuis quelques semaines			
	Désespoir depuis quelques semaines			
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines	Due à la Maladie		
	Arrêt d'activités plaisantes			
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Propos pessimistes sur l'avenir			
	Formulation d'idées suicidaires			
Autres	Homme			
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans	30 et 59 ans		
Facteurs de protection (Votre proche avait-il ?)				
Un soutien familial de bonne qualité		X		
Un lien fort avec les enfants / ~~Petits-enfants~~		X		
Un lien fort avec un/ des animaux de compagnie				
Un réseau amical diversifié et de bonne qualité				
Des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie				

Numéro d'anonymat : 0206

Année Suicide : 201

Année en cours : 2016

Une croyance en une religion qui sanctionne le suicide			
La capacité à demander de l'aide	X		
A partir de l'Echelle de LINEHAN (RFL) : Votre proche, dans sa vie,			
	OUI	NON	
Avait-il peur de la mort ?			?
Arrivait-il à se projeter dans l'avenir ?	X		
Imaginait-il que sa mort puisse faire souffrir ses proches ?		X	
Etait-il sensible à ce que les autres pouvaient penser de lui ?	X		
Si enfants : Avait-il envie de voir ses enfants grandir ?	X		
Se sentait-il concerné par l'avenir de ses enfants et sa place auprès d'eux lui semblait-elle importante ?	X		
Avait-il la joie et l'envie de vivre ?	?		?
Avait-il peur du suicide ?			
Etait-il quelqu'un qui trouvait facilement des solutions pour résoudre des difficultés dans sa vie ?	X		
Prenait-il soin de lui ?	X		

Jessica (CR06), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique

CR06

Questionnaire / Echelle de stress péri-traumatique		
Consigne : Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai. 0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai <u>Date du suicide :</u> 2011 <u>Date actuelle :</u> 2016		
Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit	4	4
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	4	4
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	4	3
J'avais peur pour ma propre sécurité	0	0
Je me sentais coupable	2	0
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	0
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	2
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	4 +	1
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	0
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	0
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations	4	1
J'étais sur le point de m'évanouir	4	0
Je pensais que j'allais mourir	4	1

Jessica (CR06), Annexe 5 : Échelle H du MINI

**fondation
fondaMental**

Réseau de
coopération scientifique
en santé mentale

CR06

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

H1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes physique ? → NON OUI

EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBIE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...

H2 Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ? → NON OUI

H3 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) en d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ? → NON OUI

H4 Au cours du mois écoulé :

a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ?	NON	OUI
b) Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ?	NON	OUI
c) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI
d) Avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ?	NON	OUI
e) Vous sentirez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(e) vis-à-vis des autres ?	NON	OUI
f) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ?	NON	OUI
g) Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que prévu ?	NON	OUI

→

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ? NON OUI

Au cours du mois écoulé :

H5

a) Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	NON	OUI
b) Etiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?	NON	OUI
c) Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI
d) Etiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ?	NON	OUI
e) Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI

→

2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTÉES OUI ? NON OUI

NON OUI
ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL

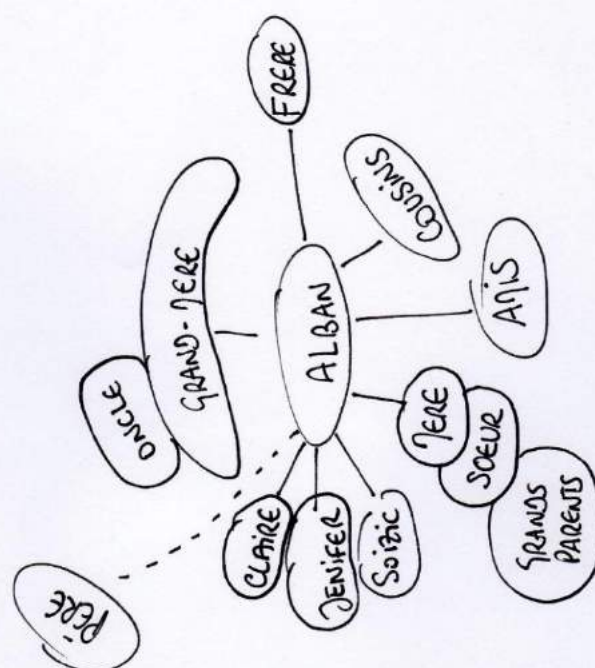
H6 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gênés dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?

Jessica (CR06), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

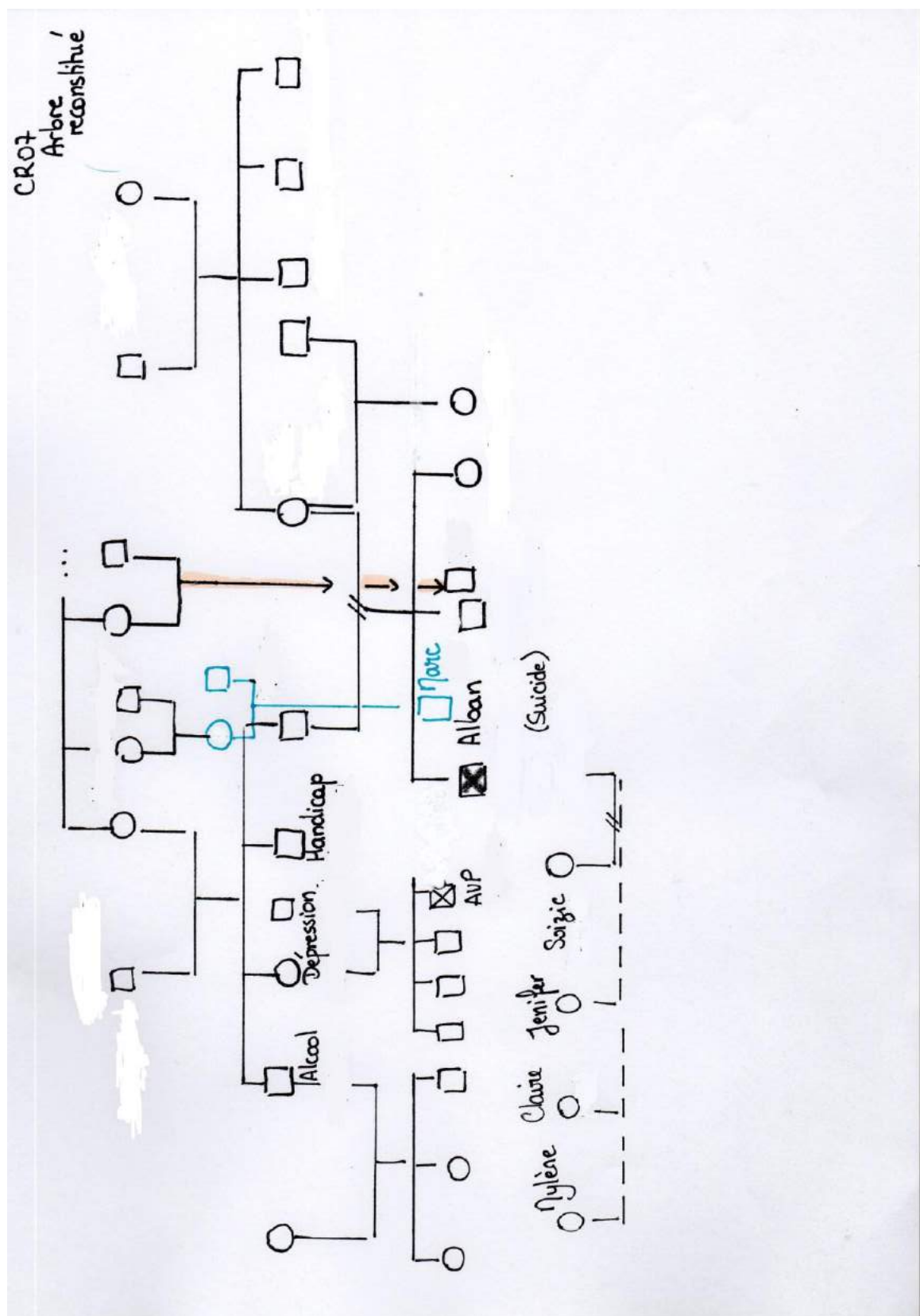
Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Antécédent personnel de TDS ATCD de suicide dans la famille Pathologie addictive en cours de traitement	Trouble bipolaire Impulsivité Trouble de la personnalité ?
Facteurs de risque Secondaires	Problème de santé physique invalidant et dépressogène (Epilepsie) Pathologie addictive du père Témoin de violences intra-familiales dans l'enfance et l'adolescence	Eloignement familial Conflit avec sœur Conflits avec ex conjoints Victime de violence scolaire à l'adolescence Victime de violences intra-familiales
Facteurs de risque Tertiaires		
Autres facteurs de risques (OMS)	Vulnérabilité génétique	Accès au moyen
Autres éléments significatifs repérés	Arrêt de travail récent	Anxiété maternelle TTT anti-épileptique récent
Facteurs de protection	Enfants Mère Conjoint actuel	Sœur Capacités personnelles à demander de l'aide
Urgence		
Dangerosité		

Alban (CR07), Annexe 1 : Génogramme

CR07
Génogramme



Alban (CR07), Annexe 2 : Arbre reconstitué



Alban (CR07), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par le proche

Numéro d'anonymat : CR07 Année Suicide : 201 Année en cours : 2016

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide	☒		
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide	☐		
	Antécédents familiaux de suicide	☐		
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie	☐	peur de l'être	
	Autre psychose	☐		
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)	☐		
	Dépression	☒		
	Obsession / TOC	☐		
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent	☐		
	Anorexie mentale en cours ou ancienne	☐		
En lien avec les addictions	Anxiété importante	☐		
	Alcool	☐		
	Drogue	☐		
	Jeux	☐		
En lien avec les comportements	Autres	☐		
	Addiction d'un ou plusieurs parent	☐		
	Impulsif	☒		
En lien avec les relations aux autres	Violent	☐		
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance	☐		
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence	☒		
	Relations fusionnelles avec un/des parents	☐		
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs	☐	éloignement	
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)	☐		
	Difficultés relationnelles avec ses enfants	☐		
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille	☐		
	Séparation précoce avec les parents	☐	avec la mère	

Numéro d'anonymat : CRO7

Année Suicide : 201

Année en cours : 2016

	Séparation avec le/la conjoint(e)			
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent			
	Deuil récent/ancien d'un membre de la fratrie			
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial			
	Isolement social / amical			
En lien avec le travail / l'école	Perte du travail récente			
	Chômage			
	Menace de perte du travail			
	Difficultés à l'école ou dans les études			
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel			
	Epuisement professionnel			
	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
En lien avec des évènements de vie	Ouvrier peu qualifié			
	Victime de violence physique subie (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence psychologique (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence sexuelle (Adulte ou enfant)			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité			
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)			
	Difficultés financières passagères			

Numéro d'anonymat : CR07Année Suicide : 201Année en cours : 2016

	Surendettement			
En lien avec le cadre de vie	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour les autres	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent			
	Annonce récente d'une maladie grave (pour soi)			
	Annonce de la maladie d'un proche			
En lien avec le moral	Démence en cours (Alzheimer)			
	Mauvaise estime de soi	X		
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi			
	Tristesse depuis quelques semaines	X		
	Désespoir depuis quelques semaines	X		
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines	X		
	Arrêt d'activités plaisantes			
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines	X		
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines	X		
	Propos pessimistes sur l'avenir	X		
	Formulation d'idées suicidaires	X		
Autres	Homme	X		
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans	X		
Facteurs de protection (Votre proche avait-il ?)				
Un soutien familial de bonne qualité				
Un lien fort avec les enfants / Petits enfants				
Un lien fort avec un/ des animaux de compagnie				
Un réseau amical diversifié et de bonne qualité		X		
Des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie				

Numéro d'anonymat : CRO7

Année Suicide : 201

Année en cours : 2016

Une croyance en une religion qui sanctionne le suicide			
La capacité à demander de l'aide	X	sans y croire	
A partir de l'Echelle de LINEHAN (RFL) : Votre proche, dans sa vie,			
	OUI	NON	
Avait-il peur de la mort ?		X	
Arrivait-il à se projeter dans l'avenir ?		X	
Imaginait-il que sa mort puisse faire souffrir ses proches ?	X		
Etait-il sensible à ce que les autres pouvaient penser de lui ?			
Si enfants : Avait-il envie de voir ses enfants grandir ?			
Se sentait-il concerné par l'avenir de ses enfants et sa place auprès d'eux lui semblait-elle importante ?			
Avait-il la joie et l'envie de vivre ?		X	
Avait-il peur du suicide ?		X	
Etait-il quelqu'un qui trouvait facilement des solutions pour résoudre des difficultés dans sa vie ?		X	
Prenait-il soin de lui ?	avant		

Alban (CR07), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique

Questionnaire / Echelle de stress péri-traumatique		
Consigne : CR07 Complétez s'il vous plait les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai. 0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai <u>Date du suicide :</u> 201 <u>Date actuelle :</u> 2016		
Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit	3	0
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	4	2
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	2	1
J'avais peur pour ma propre sécurité	0	0
Je me sentais coupable	0	0
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	0
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	1	0
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	0
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu		
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations	0	0
J'étais sur le point de m'évanouir	0	0
Je pensais que j'allais mourir	0	0

Alban (CR07), Annexe 5 : Échelle H du MINI

**fondation
fondamental**
Réseau de
coopération scientifique
en santé mentale

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE *CR07*

(→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

H1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes physique ? →
NON OUI

EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBIE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...

H2 Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ? →
NON OUI

H3 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) en d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ? →
NON OUI

H4 Au cours du mois écoulé :

a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ? ↓
NON OUI

b) Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ? NON OUI

c) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ? NON OUI

d) Avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ? NON OUI

e) Vous sentirez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(e) vis-à-vis des autres ? NON OUI

f) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ? NON OUI

g) Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que prévu ? NON OUI

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ? →
NON OUI

Au cours du mois écoulé :

H5 a) Avez-vous eu des difficultés à dormir ? NON OUI

b) Étiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ? NON OUI

c) Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? NON OUI

d) Étiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ? NON OUI

e) Un rien vous faisait-il sursauter ? NON OUI

2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTÉES OUI ? →
NON OUI

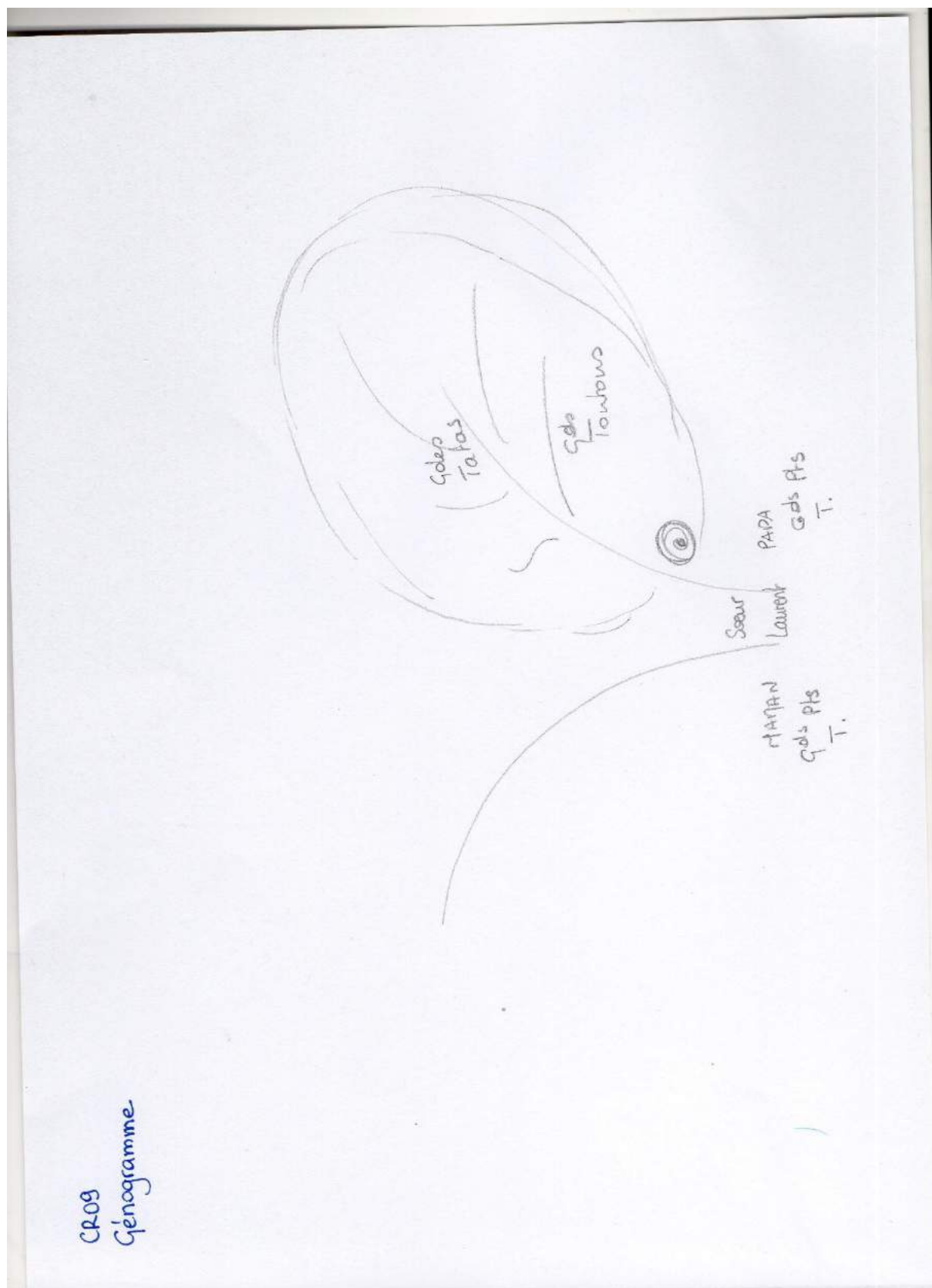
H6 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gênés dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?

NON OUI
ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL

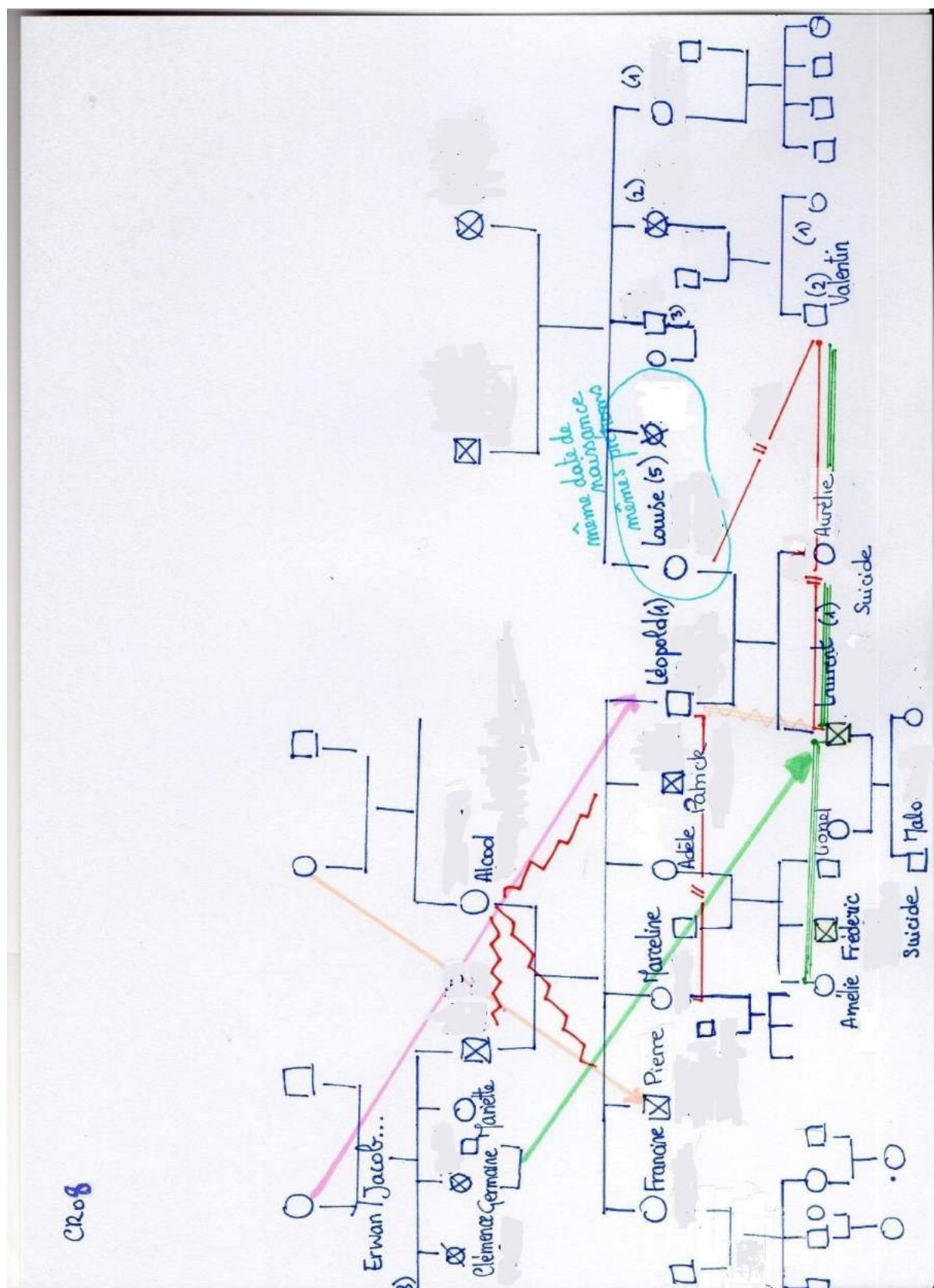
Alban (CR07), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Multiples antécédents de TDS Psychopathologie (Psychose / État Limite) Comorbidité dépressive ? Intention suicidaire	Addiction aux jeux en ligne Impulsivité
Facteurs de risque Secondaires	Séparation conflictuelle dans l'adolescence des parents	Contexte de violences avec le GPP Décès cousin AVP Conflit récent avec amie virtuelle
Facteurs de risque Tertiaires	Homme	Tranche d'âge en COB
Autres facteurs de risques (OMS)	Désespoir / Pessimisme	Estime de soi basse Accessibilité aux moyens
Autres éléments significatifs repérés	Prise en charge médicale chaotique	
Facteurs de protection	Proches	
Urgence	Élevée	
Dangerosité	Élevée	

Laurent (CR08), Annexe 1 : Génogramme



Laurent (CR08), Annexe 2 : Arbre reconstitué



Laurent (CR08), Annexe 3 : Facteurs de risque et de protection perçus par les proches

Numéro d'anonymat : CR08

Année Suicide : 201

Année en cours : 2017

Facteurs de risques / Facteurs de protection				
Facteurs de risque		Cochez la case si vous pensez que votre proche présentait ce facteur de risque	Précisions (Dates, quoi, qui ...)	NOTE
En lien avec le suicide	Antécédents personnels de tentatives de suicide			
	Antécédents familiaux de tentatives de suicide	X		
	Antécédents familiaux de suicide	X		
En lien avec une maladie mentale	Schizophrénie			
	Autre psychose			
	Trouble bipolaire (Maniaco-dépressif)			
	Dépression			
	Obsession / TOC			
	Maladie mentale d'un ou plusieurs parent			
	Anorexie mentale en cours ou ancienne			
En lien avec les addictions	Anxiété importante			
	Alcool	X		
	Drogue			
	Jeux			
	Autres			
En lien avec les comportements	Addiction d'un ou plusieurs parent			
	Impulsif			
En lien avec les relations aux autres	Violent			
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'enfance			
	Difficultés relationnelles avec les parents dans l'adolescence			
	Relations fusionnelles avec un/des parents			
	Difficultés relationnelles avec les frères et sœurs			
	Difficultés relationnelles avec son conjoint(e)			
	Difficultés relationnelles avec ses enfants			
	Difficultés relationnelles avec les beaux parents / la belle famille	X		
	Séparation précoce avec les parents			

Numéro d'anonymat : **CR08**Année Suicide : **201**Année en cours : **2017**

	Séparation avec le/la conjoint(e)	X		
	Séparation/éloignement amical / social			
	Deuil récent/ancien d'un parent	X X		
	Deuil récent/ancien d'un membre de la fratrie			
	Deuil récent/ancien d'un conjoint			
	Deuil récent/ancien d'un enfant			
	Perte récente d'un animal de compagnie			
	Isolement familial			
	Isolement social / amical			
En lien avec le travail / l'école	Perte du travail récente			
	Chômage			
	Menace de perte du travail	X		
	Difficultés à l'école ou dans les études	X		
	Déscolarisation / arrêt des études			
	Examen raté			
	Victime de harcèlement professionnel			
	Victime de harcèlement scolaire			
	Surinvestissement professionnel			
	Epuisement professionnel			
	Cadre supérieur			
	Agriculteur			
	Ouvrier peu qualifié			
En lien avec des événements de vie	Victime de violence physique subie (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence psychologique (Adulte ou enfant)			
	Victime de violence sexuelle (Adulte ou enfant)			
	Témoin d'événement catastrophique, grave, traumatisant			
	Perte de permis récente			
	Perte de mobilité			
	Perte du moyen de locomotion			
	Difficultés avec la loi (condamnation, jugement, audition)			
	Difficultés financières passagères			

Numéro d'anonymat : CRO8

Année Suicide : 201

Année en cours : 2017

	Surendettement			
En lien avec le cadre de vie	Isolement géographique par rapport à la famille			
	Isolement de l'habitat			
	Déménagement récent			
	Arrivée en institution (foyer de vie, EPHAD etc)			
	Sans domicile fixe			
	Habitat insalubre			
	Menace de perte de son logement (expulsion etc)			
En lien avec l'état de santé physique pour soi et pour les autres	Handicap acquis (ancien)			
	Handicap récent			
	Annonce récente d'une maladie grave (pour soi)			
	Annonce de la maladie d'un proche			
	Démence en cours (Alzheimer)			
En lien avec le moral	Mauvaise estime de soi			
	Baisse récente de l'estime de soi, de la confiance en soi	X		
	Tristesse depuis quelques semaines			
	Désespoir depuis quelques semaines			
	Manque d'énergie, fatigue depuis quelques semaines	X		
	Arrêt d'activités plaisantes			
	Modification du sommeil (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Modification de l'alimentation (+ ou -) depuis quelques semaines			
	Propos pessimistes sur l'avenir			
	Formulation d'idées suicidaires	X		
Autres	Homme	X		
	Entre 30 et 59 ans ou + de 75 ans	X		
Facteurs de protection (Votre proche avait-il ?)				
Un soutien familial de bonne qualité				
Un lien fort avec les enfants / Petits enfants		X		
Un lien fort avec un/ des animaux de compagnie				
Un réseau amical diversifié et de bonne qualité		X		
Des capacités personnelles à faire face aux difficultés de la vie				

Laurent (CR08), Annexe 4 : Échelle de détresse péri-traumatique

Questionnaire / Echelle de stress péri-traumatique

Consigne : CR08

Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'évènement, alors entourez la réponse : pas du tout vrai.

0 : Pas du tout vrai / 1 : un peu vrai / 2 : assez vrai / 3 : très vrai / 4 : extrêmement vrai

Date du suicide : 201

Date actuelle : 2017

Proposition	Tout de suite après le suicide	Actuellement en repensant à ce suicide
Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit	X 4	3
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	X 4	4
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	X 4	1
J'avais peur pour ma propre sécurité	0	
Je me sentais coupable	4	4
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations	X 4	0
J'étais sur le point de m'évanouir	0	
Je pensais que j'allais mourir	0	

Laurent (CR08), Annexe 5 : Échelle H du MINI

**fondation
fondaMental**

Réseau de
coopération scientifique
en santé mentale

CR08

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODUL SUIVANT)

H1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de, ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-mêmes et/ou d'autres personnes physique ?

→ NON ☒ OUI

EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBIE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...

H2 Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ?

→ NON ☒ OUI

H3 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) en d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ?

→ NON ☒ OUI

H4 Au cours du mois écoulé :

- a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ? NON ☒ OUI
- b) Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ? NON ☒ OUI *Actual*
- c) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ? NON ☒ OUI
- d) Avez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ? NON ☒ OUI
- e) Vous sentirez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(e) vis-à-vis des autres ? NON ☒ OUI
- f) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ? NON ☒ OUI
- g) Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt que prévu ? NON ☒ OUI

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ? → NON ☒ OUI

Au cours du mois écoulé :

H5

- a) Avez-vous eu des difficultés à dormir ? NON ☒ OUI
- b) Étiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ? NON ☒ OUI
- c) Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? NON ☒ OUI
- d) Étiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ? NON ☒ OUI
- e) Un rien vous faisait-il sursauter ? NON ☒ OUI

2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTÉES OUI ? → NON ☒ OUI

NON ☒ OUI

**ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL**

H6 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gênés dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?

18

Laurent (CR08), Annexe 6 : Facteurs de risque et de protection repérés dans le récit

Recueil		
Facteurs de risque Primaires	Dépression ATCD Familiaux de Suicide	Alcool Formulation d'idées suicidaires
Facteurs de risque Secondaires	Difficultés professionnelles Deuils récents et anciens Conflit avec belle-famille	Difficultés conjugales Victime de harcèlement scolaire Vécu enfant peu structurant
Facteurs de risque Tertiaires	Homme	Age en COB
Autres facteurs de risques (OMS)	Accès au moyen	
Autres éléments significatifs repérés	Profil : parlait peu / se confiait peu	
Facteurs de protection	Parents / enfants	
Urgence		Élevée
Dangerosité		Élevée

Céline KOPP-BIGAULT

Étude exploratoire des déterminants psychosociaux et psychopathologiques à l'œuvre dans les phénomènes suicidaires en Pays Centre Ouest Bretagne. Perspectives pour une prévention du suicide et des tentatives de suicide en Pays COB et en Bretagne.

Résumé

Cette thèse analyse la surmortalité par suicide sur le territoire du Pays COB au travers des facteurs psychosociaux et psychopathologiques et repose sur l'hypothèse d'interactions entre les conceptions sociales du suicide et les trajectoires personnelles des individus, freinant sa prévention. Une étude des représentations sociales du suicide montre qu'il existe des RS spécifiques en Bretagne et en Pays COB. L'étude des trajectoires de vie met en évidence une sur-représentation de la dépression et les troubles de la personnalité. On trouve aussi une faible estime de soi, une difficulté d'accès à la parole et à la demande d'aide, des violences transgénérationnelles et actuelles, un climat incestuel et une stigmatisation (auto et hétéro) liée aux RS du suicide, de la dépression et des « psy ». L'étude de l'effet d'un suicide montre qu'il a un impact sur les proches : traumatisme psychique individuel et familial, deuils traumatogènes. À la suite de ces résultats, des actions spécifiques pourront être menées sur ce territoire pour améliorer la prévention du suicide et des tentatives de suicide.

Mots clés : Suicide – Tentatives de suicide – Pays COB – Bretagne – Prévention – Représentations sociales – Autopsies psychologiques – Trajectoires de vie - Impact traumatique – Deuil - Santé publique

Abstract

The present thesis analyzes the role of psychosocial and psychopathological factors in the abnormally high rate of deaths by suicide in the “Pays COB” territory. It is based on the hypothesis according to which the interactions between the social conceptions of suicide and the personal trajectories hinders suicide prevention. We studied the structure of social representations of suicide (SR) with Vergès' method (double analysis of the evocation rank) and uncover specific SR in Brittany and in “Pays COB”. A study of the life trajectories highlighted the excessive rate of depressions and personality disorders. We also found among suicide victims a weak self-esteem, a difficulty to talk and to ask for help, transgenerational and current violent tendencies, an incestual climate and (self-) stigmatization related to the SR of suicide, depression and psychiatric services. A study about the effect of a suicide showed that it has an impact on the close relatives: individual and family psychic trauma, traumatic grief. Following these results, specific actions can be carried out in this territory to improve the prevention of suicide and of suicide attempts.

Keywords: Suicide – Suicide Attempt - Pays COB – Brittany – Prevention - Social Representations – Psychological Autopsy – Life trajectories -Traumatic Impact – Bereavement - Public Health