

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA DEMANDE D'AIDE, LE SOUTIEN SOCIAL ET LE RÔLE MASCULIN
CHEZ DES HOMMES QUI ONT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
JANIE HOULE

AVRIL 2005

REMERCIEMENTS

Cette thèse constitue l'aboutissement d'un cheminement doctoral extrêmement formateur, tant au plan professionnel que personnel. Ce fut une longue route, parsemée d'embûches, et c'est grâce au soutien de nombreuses personnes que je suis parvenue à destination.

J'ai eu le privilège d'être formée par l'un des chercheurs les plus influents en prévention du suicide au pays, Brian Mishara. Avec une méthode bien personnelle et qui a déjà fait ses preuves auprès de mes nombreux prédécesseurs, il a aiguisé mon esprit critique et m'a aidé à développer ma créativité, à devenir autonome et à avoir confiance en moi. Ce sont des acquis précieux qui me seront utiles tout au long de ma carrière. Brian, je voudrais te remercier pour avoir toujours voulu le meilleur pour moi et pour m'avoir amené à dépasser mes limites.

François Chagnon a contribué d'une manière considérable à ma formation de chercheuse. Au cours des nombreux projets auxquels nous avons collaboré et dont ma thèse ne fut pas le moindre, il m'a enseigné l'ABC de la recherche : de l'écriture scientifique aux analyses statistiques en passant par la construction d'instruments de mesure et la concertation avec les partenaires. Toutes ces habiletés, c'est à François que je les dois. Très cher collègue, je voudrais t'exprimer toute ma gratitude pour ta grande générosité, ta rigueur et ton intelligence.

La collecte de données de cette thèse fut extrêmement ardue et il m'aurait été impossible de la mener à terme sans le soutien indéfectible du Dr Marie-Carmen Plante. Merci pour votre écoute après les entrevues les plus bouleversantes, votre appui dans mes moments de découragement et la richesse de votre expérience clinique. Vous avez été mon ange gardien.

Je voudrais remercier tous les participants à cette recherche, ainsi que le personnel médical et infirmier qui ont rendu mon recrutement possible. Je souhaiterais, à cet égard, souligner l'apport considérable de Mme Bernadette Derrameaux, infirmière de liaison à l'urgence de l'hôpital Notre-Dame, de Mme Hélène Duval, infirmière de liaison à l'urgence de l'hôpital Jean-Talon et de Mme Karine Allaire, préposée aux bénéficiaires de l'unité d'hospitalisation d'un jour de l'hôpital Saint-Luc. Merci également au Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) ainsi qu'au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) pour leur soutien financier.

À mes amis du CRISE et de Suicide Action Montréal, merci pour les échanges inspirants sur le suicide et sa prévention. Pour les précieux conseils statistiques, merci à Michel Fournier. Pour la révision linguistique de cette thèse, mais surtout pour sa générosité, son intensité et ses efforts soutenus pour m'assurer un bel avenir après mon doctorat, je voudrais remercier ma collègue et amie Carole Poulin.

À mon irremplaçable coloc Isabelle, merci pour ta complicité, ton authenticité et tes judicieux conseils tant au plan professionnel... que personnel! Pour sa fidélité amitié, merci à Catherine, ma moitié. Toute ma gratitude à mon mentor, Alain, dont la sagesse m'aide à mieux me connaître et à apprivoiser mes peurs. À ma très chère amie Sarah qui m'a tellement soutenue dans cette épreuve, merci de veiller sur moi et de m'aider à devenir une meilleure personne.

Merci à ma famille pour ses encouragements et plus particulièrement à ma mère qui m'a donné le goût d'apprendre et l'exemple du courage et de la persévérance. À Martin, l'amour de ma vie, qui m'a accompagné sans faillir tout au long de cette longue route, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance. Martin, je te remercie pour ta compréhension, ton soutien indéfectible et ton immense générosité, et merci aussi pour avoir toujours su garder dans ton regard, cette petite étincelle de fierté qui me donnait la force de continuer.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
RÉSUMÉ	xii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
1.1 Problématique	3
1.2 Suicide : ampleur du phénomène	4
1.3 Incidence du suicide selon le sexe à travers le monde	5
1.4 Tentatives de suicide selon le sexe	9
1.4.1 Enquêtes	9
1.4.2 Soins médicaux suite à une tentative de suicide	12
1.5 Explications possibles du taux de suicide plus élevé des hommes	15
1.5.1 Létalité des moyens	15
1.5.2 Troubles mentaux	23
1.5.3 Agressivité et biologie	32
1.5.4 Acceptabilité du suicide	36
1.5.5 Demande d'aide et utilisation des ressources formelles	43
1.5.6 Soutien social	48
1.5.7 Intégration sociale	58
1.5.8 Sentiment de solitude	74
1.5.9 Rôle masculin	78
1.6 Hypothèses de recherche	94

CHAPITRE II	
MÉTHODOLOGIE	100
2.1 Participants	100
2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	100
2.1.2 Recrutement	102
2.1.3 Échantillon initial	104
2.1.4 Échantillon final	105
2.2 Mesures	107
2.2.1 Variables socio-démographiques	107
2.2.2 Événements difficiles	108
2.2.3 Tentative de suicide	109
2.2.4 Idéations suicidaires sérieuses avec plan	109
2.2.5 Intentionnalité de la tentative de suicide	110
2.2.6 Impulsivité de la tentative de suicide	111
2.2.7 Motifs de la tentative de suicide	111
2.2.8 Acceptabilité du suicide	112
2.2.9 Scénario culturel	112
2.2.10 Demande d'aide	112
2.2.11 Intégration sociale	113
2.2.12 Soutien social perçu	114
2.2.13 Soutien social reçu	115
2.2.14 Sentiment de solitude	115
2.2.15 Adhésion au rôle masculin traditionnel	116
2.2.16 Réticence à exprimer ses émotions de vulnérabilité	118
2.2.17 Valorisation de l'indépendance dans la résolution de problèmes	119
2.2.18 Épisode de dépression majeure au cours de la dernière année	120
2.2.19 Trouble d'abus ou de dépendance aux drogues au cours de la dernière année	121
2.2.20 Trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool au cours de la dernière année	121

2.2.21	Traitement pharmacologique	122	
2.3	Procédure	122	
2.4	Considérations éthiques	124	
2.5	Plan d'analyses statistiques	125	
CHAPITRE III			
RÉSULTATS			126
3.1	Événements difficiles et troubles mentaux	126	
3.1.1	Événements difficiles au cours de la dernière année	126	
3.1.2	Troubles mentaux au cours de la dernière année	127	
3.2	Antécédents suicidaires et description de la tentative de suicide la plus récente.....	129	
3.3	Vérification de la première hypothèse	134	
3.4	Vérification de la deuxième hypothèse	143	
3.5	Vérification de la troisième hypothèse	153	
3.6	Vérification de la quatrième hypothèse	157	
3.7	Vérification de la cinquième hypothèse	158	
3.8	Analyses secondaires	164	
CHAPITRE IV			
DISCUSSION			169
4.1	Intégration sociale	170	
4.2	Sentiment de solitude, soutien social et demande d'aide	175	
4.3	Adhésion au rôle masculin traditionnel	181	
4.4	Acceptabilité du suicide et scénario culturel	184	
4.5	Implications pour la recherche	188	
4.6	Implications pour la pratique	189	

	vii
4.7 Limites de l'étude	192
CONCLUSION	194
APPENDICE A : Entrevue de présélection pour les participants sans tentative de suicide	196
APPENDICE B : Première partie de l'entrevue en profondeur	198
APPENDICE C : Deuxième partie de l'entrevue en profondeur	201
APPENDICE D : Formulaires de consentement	230
APPENDICE E : Matrice de corrélations entre le sentiment de solitude, le soutien social et la demande d'aide	239
BIBLIOGRAPHIE	241

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1	Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1976-1978 à 1999-2001.....	3
1.2	Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2001	5
1.3	Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe, Québec, 1997-1999	14
1.4	Taux de mortalité par suicide chez les femmes et pourcentage d'utilisation de la pendaison, de l'arme à feu et des médicaments comme méthode de suicide par les femmes, Québec, 1987-1998 .	18
1.5	Modèle initial de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes	99
3.1	Modèle initial de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes	159
3.2	Modèle final de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes	162

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1.1	Taux de suicide par 100 000 selon le sexe et ratios homme-femme en Amérique latine.....	6
1.2	Taux de suicide par 100 000 selon le sexe et ratios homme-femme en Europe de l'Est	7
1.3	Taux de suicide par 100 000 selon le sexe et ratios homme-femme en Asie	7
1.4	Taux de suicide par 100 000 selon le sexe et ratios homme-femme en Amérique du Nord, en Océanie et en Europe occidentale	8
1.5	Prévalence des tentatives de suicide à vie dans divers pays du monde, selon le sexe.....	10
1.6	Prévalence des tentatives de suicide selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998	10
1.7	Prévalence des tentatives de suicide au cours de la dernière année, selon l'âge et le sexe, Québec, 1998	11
1.8	Prévalence des tentatives de suicide selon le sexe dans 16 régions de l'étude multi-centre, population de 15 ans et plus, 1989-1992 ..	13
1.9	Répartition des méthodes utilisées pour se suicider selon le sexe, Québec, 1999-2001	17
1.10	Fréquence des troubles mentaux chez les suicides complétés : données issues d'études par autopsies psychologiques (n = 16)	24
1.11	Prévalence des troubles mentaux selon le sexe	26
2.1	Description des participants selon le groupe	106
3.1	Comparaison des événements vécus au cours de la dernière année, selon le groupe	127

LISTE DES TABLEAUX (SUITE)

Tableau	Page
3.2 Comparaison des troubles mentaux au cours de la dernière année, selon le groupe	128
3.3 Antécédents suicidaires et description de la tentative de suicide la plus récente	130
3.4 Intentionnalité de la tentative de suicide la plus récente	132
3.5 Motifs qui ont joué un rôle dans la décision de s'enlever la vie des participants du groupe avec tentative de suicide (n = 40)	133
3.6 Comparaison des variables liées à l'intégration sociale selon le groupe	134
3.7 Comparaison des variables liées à la paternité selon le groupe	137
3.8 Lien entre la relation père-enfant et la tentative de suicide la plus récente	139
3.9 Régression logistique sur les prédicteurs liés à l'intégration sociale	142
3.10 Comparaison du sentiment de solitude, du soutien social et de la demande d'aide selon le groupe	145
3.11 Comparaison des participants avec tentative de suicide selon qu'ils rapportent avoir un confident et s'être confié suite à l'événement difficile (n = 40)	148
3.12 Corrélations entre le groupe et les caractéristiques du soutien reçu après l'événement	149
3.13 Régression logistique sur les sous-échelles de soutien social perçu	151
3.14 Régression logistique séquentielle pour le soutien social et la demande d'aide	152
3.15 Comparaison des variables liées au rôle masculin selon le groupe .	154

LISTE DES TABLEAUX (SUITE)

Tableau		Page
3.16	Régression logistique sur les dimensions du rôle masculin traditionnel	156
3.17	Régression logistique séquentielle sur l'adhésion au rôle masculin traditionnel	156
3.18	Niveau d'accord à l'affirmation « <i>Dans certaines circonstances, le suicide est un choix acceptable</i> » selon le groupe	157
3.19	Régression logistique séquentielle pour vérifier le modèle de médiation	163
3.20	Régression logistique pour la vérification du modèle intégrateur ...	163
3.21	Comparaison du soutien social, du sentiment de solitude et de l'étendue du réseau social selon le groupe et le fait d'avoir un partenaire amoureux	165
3.22	Prédiction de la tentative de suicide à partir du sentiment de solitude, du fait de vivre seul, de ne pas avoir d'ami et du nombre de personnes dans le réseau social	168
3.23	Prédiction de la tentative de suicide à partir du soutien social perçu et du sentiment de solitude	168

RÉSUMÉ

Dans la plupart des pays du monde, les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à s'enlever la vie par suicide. Alors que sur le plan épidémiologique, la plus forte incidence de suicide chez les hommes est bien documentée, les connaissances actuelles apportent peu d'explications sur les causes du phénomène.

Cette étude vise à mieux comprendre les causes de la vulnérabilité des hommes au suicide. Elle examine des hypothèses fréquemment invoquées pour expliquer la surmortalité masculine par suicide, mais qui n'ont jamais fait l'objet d'une vérification empirique. Plus spécifiquement, elle vérifie si le manque d'intégration sociale, le recours moins fréquent à la demande d'aide, la disponibilité moins grande de soutien social, l'acceptabilité du suicide et l'adhésion au rôle masculin traditionnel augmentent le risque de faire une tentative de suicide chez un échantillon d'hommes âgés de 20 à 59 ans.

L'étude compare 40 hommes admis à l'urgence d'un hôpital suite à une tentative de suicide à 40 hommes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide. Une entrevue semi-structurée est utilisée pour mesurer l'intégration sociale des participants, le sentiment de solitude (Échelle de solitude de l'UCLA), le soutien social perçu (Échelle de provisions sociales), les comportements de demande d'aide et le soutien reçu suite à un événement difficile, l'acceptabilité du suicide et l'adhésion au rôle masculin traditionnel (Échelle de conflits de rôle). Des instruments standardisés sont également utilisés pour mesurer la présence d'un épisode de dépression majeure (SCID) ou d'un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool (AUDIT) ou aux drogues (DAST) chez les participants.

Au plan de l'intégration sociale, les résultats montrent que les hommes qui ont tenté de se suicider sont plus nombreux à ne pas avoir de partenaire amoureux et que cette situation entraîne chez eux des effets négatifs plus importants, se traduisant notamment par des niveaux de solitude plus élevés et une moins grande disponibilité de soutien social. Ces résultats suggèrent que les hommes qui tentent de s'enlever la vie seraient plus dépendants à l'égard de leur partenaire amoureux et que cela pourrait accroître leur vulnérabilité aux comportements suicidaires lorsqu'ils sont privés de partenaire. L'étude révèle également que les hommes qui ont tenté de se suicider entretiennent une relation moins soutenue et engagée auprès de leurs enfants et qu'ils sont moins nombreux à occuper un emploi.

Cette étude confirme également le rôle crucial du soutien social dans la prévention des conduites suicidaires des hommes : malgré un réseau social de taille comparable, les participants qui ont tenté de se suicider perçoivent moins de soutien disponible

dans leur entourage que les participants qui n'ont jamais fait de tentative de suicide. Ils sont également moins nombreux à demander de l'aide à leur entourage suite à l'événement le plus difficile vécu au cours de la dernière année et ils sont moins satisfaits de l'aide obtenue. Ces résultats suggèrent que le réseau social des hommes qui ont tenté de se suicider était possiblement épuisé, de sorte qu'il lui était plus difficile d'assurer son rôle de soutien et de frein au suicide.

Enfin, cette recherche trouve que l'adhésion au rôle masculin traditionnel est associée à un risque accru de faire une tentative de suicide. Les résultats suggèrent toutefois que son influence sur les comportements suicidaires n'est pas directe, mais s'exerce plutôt à travers les variables médiatrices que sont l'état mental, la demande d'aide et le soutien social. Des analyses de régression montrent que les hommes qui adhèrent au rôle masculin traditionnel perçoivent moins de soutien social dans leur entourage et sont davantage susceptibles de souffrir d'un trouble mental et de ne pas demander d'aide suite à un événement difficile. Le fait de ne pas demander d'aide, de percevoir une moins grande disponibilité de soutien social et de souffrir d'un trouble mental augmentent ensuite le risque de faire une tentative de suicide.

Diverses implications pour la pratique se dégagent de cette étude. Tout d'abord, les proches des personnes suicidaires ou souffrant de troubles mentaux devraient pouvoir bénéficier de programmes d'accompagnement et de soutien afin de prévenir leur épuisement et leur éventuel désengagement. L'entourage des personnes en détresse peut jouer un rôle crucial dans la prévention des comportements suicidaires des hommes et, à ce titre, devrait être systématiquement considéré dans les interventions. D'autre part, la demande d'aide à l'entourage est une stratégie d'adaptation qui semble diminuer le risque de comportement suicidaire. Il serait important d'atténuer les barrières à l'utilisation de cette stratégie chez les hommes, dont notamment les sentiments de honte générés par l'adhésion au rôle masculin traditionnel.

Cette étude souligne également les effets bénéfiques de l'engagement paternel et suggère, par conséquent, l'importance d'en faire davantage la promotion et d'assurer une meilleure protection de la relation père-enfant dans les cas de rupture d'union. À cet égard, des modifications aux processus judiciaires et légaux entourant la garde des enfants devraient être envisagés, dont un accès plus facile à l'aide juridique. Enfin, les résultats tendent à démontrer que certains hommes seraient dépendants de leur partenaire amoureux pour l'obtention de soutien et que cela pourrait contribuer à accroître leur risque de poser un geste suicidaire. Certaines stratégies devraient être envisagées afin de faciliter, chez ces hommes, l'obtention de soutien à l'extérieur du couple, comme par exemple, l'implantation de réseaux de pairs aidants dans les milieux masculins ou la création de groupe de soutien pour hommes séparés.

INTRODUCTION

Au Québec, comme dans la plupart des pays du monde, les hommes sont beaucoup plus nombreux à s'enlever la vie par suicide que les femmes. Malgré le caractère quasi-universel du phénomène, les causes de cette surmortalité masculine demeurent mal comprises parce que peu investiguées sur le plan scientifique. Parmi les hypothèses formulées pour expliquer la plus forte incidence de suicide chez les hommes, on retrouve celles relatives à la létalité des moyens, à l'impulsivité, à la demande d'aide, au soutien social et au rôle masculin.

Il a été maintes fois suggéré que les hommes sont plus réticents que les femmes à demander de l'aide à leur entourage et à faire appel aux ressources professionnelles lorsqu'ils vivent des difficultés. De surcroît, les hommes présenteraient certaines fragilités au plan de l'intégration et du soutien social: ils disposeraient notamment d'un réseau familial moins étendu, souffriraient davantage de l'absence d'un partenaire amoureux et du manque d'emploi, tout en percevant moins de soutien disponible dans leur entourage que les femmes. Certains sont d'avis que les exigences de stoïcisme et d'invulnérabilité du rôle masculin traditionnel seraient à l'origine de cette réticence à demander de l'aide et de ce manque de soutien social et contribuerait ainsi à expliquer la plus grande vulnérabilité des hommes au suicide (Moeller-Leimkuehler, 2003; Murphy, 1998 ; Sanborn, 1990 ; Wilson, 1981). Cette hypothèse fréquemment évoquée n'a jamais fait l'objet d'une vérification empirique.

Par ailleurs, bien que l'analyse des différences de genre tend à occulter cette réalité, les hommes ne forment pas un groupe homogène : tous ne sont pas réticents à demander de l'aide, moins bien pourvus au plan de l'intégration et du soutien social

et tous n'adhèrent pas au rôle masculin traditionnel. Afin de mieux comprendre la plus grande vulnérabilité des hommes au suicide, il importe donc d'effectuer une analyse plus poussée du genre afin d'identifier les caractéristiques spécifiques pouvant accroître le risque de suicide au sein même de la population masculine.

Dans cette perspective, la présente recherche porte exclusivement sur une population masculine adulte. Elle compare 40 hommes admis à l'hôpital suite à une tentative de suicide à 40 hommes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide afin de déterminer si la réticence à demander de l'aide, le manque de soutien social et l'adhésion au rôle masculin traditionnel contribuent à augmenter le risque de poser un geste suicidaire et, le cas échéant, à mieux comprendre la nature de cette relation. Bien que cette étude ne porte pas sur une population d'hommes décédés par suicide, les participants présentent néanmoins un risque élevé de s'enlever la vie en raison du cumul de facteurs de risque qui les caractérisent, dont notamment les antécédents suicidaires, le sexe masculin et l'âge adulte.

Quatre chapitres composent le présent document. Le premier chapitre situe la problématique dans laquelle s'inscrit l'étude, présente un état des connaissances actuelles sur les principales explications possibles au suicide des hommes et précise les hypothèses à l'étude. La méthode fait l'objet du deuxième chapitre qui décrit les participants, le mode de recrutement, les variables à l'étude, la procédure et les considérations éthiques. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus, tandis que le quatrième et dernier chapitre discute ces résultats, tout en précisant les limites de l'étude ainsi que ses implications pour les recherches futures et la prévention du suicide chez les hommes.

CHAPITRE I

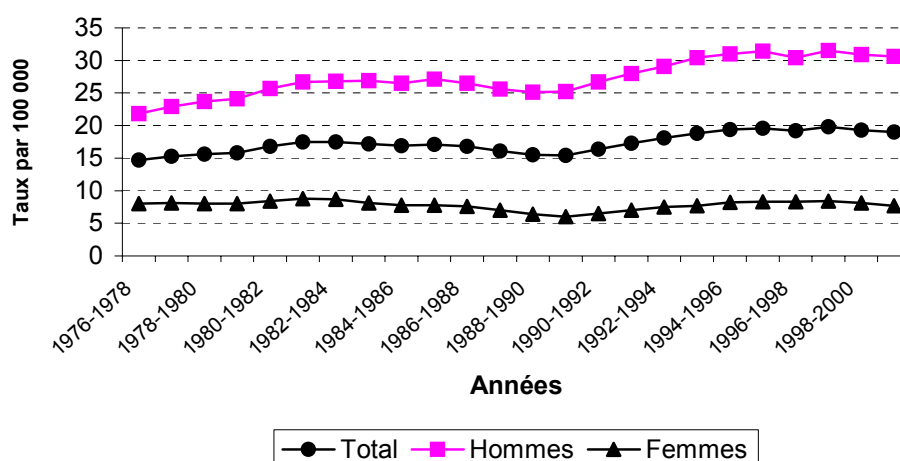
ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 Problématique

En 1992, le Québec se dotait d'une *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la santé et des services sociaux, 1992) qui identifiait le suicide comme l'une des 19 priorités provinciales en matière de santé. Cette priorisation était assortie d'un ambitieux objectif : réduire de 15% le nombre de suicides et de tentatives de suicide d'ici l'an 2002. Or, après une décennie d'efforts, le constat qui s'impose est sans équivoque : l'objectif poursuivi par la *Politique* n'est pas atteint, le taux de mortalité par suicide ayant même augmenté depuis 1992, passant de 16,4 par 100 000 en 1990-1992 à 19,0 par 100 000 en 1999-2001 (voir figure 1.1).

Figure 1.1

Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1976-1978 à 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués par l'INSPQ, mars 2004. (Saint-Laurent et Bouchard, 2004)

L'absence d'impact de la *Politique* sur les taux de suicide québécois pourrait s'expliquer, en partie du moins, par le fait que la prévention du suicide a longtemps ciblé la population la plus jeune, alors qu'une analyse plus approfondie des statistiques montre que trois suicides sur quatre sont commis par des hommes, la plupart dans la force de l'âge.

À la fin des années 1990, deux événements ont contribué à accroître l'intérêt de la population pour la mort tragique par suicide de plus d'un millier d'hommes québécois par année : a) la publication par le gouvernement du Québec, en 1998, de la *Stratégie d'action face au suicide* (Ministère de la santé et des services sociaux, 1998) qui identifiait clairement les hommes adultes comme un groupe à haut risque de suicide auprès duquel des efforts particuliers devaient être consentis ; et b) le thème de l'édition 1999 de la Semaine provinciale de prévention du suicide organisée par l'Association québécoise de suicidologie : «*80% des suicides sont commis par des hommes. Le suicide jamais de la vie*».

Cet intérêt pour la surmortalité par suicide chez les hommes suscite de profonds questionnements sur l'étiologie du phénomène. Alors que sur le plan épidémiologique, la plus forte incidence de suicide chez les hommes est bien documentée et s'observe dans la plupart des pays du monde, les connaissances actuelles apportent peu d'explications sur les causes du problème. En effet, jusqu'à tout récemment, la différence de genre dans les comportements suicidaires n'avait suscité qu'un intérêt marginal de la part des chercheurs.

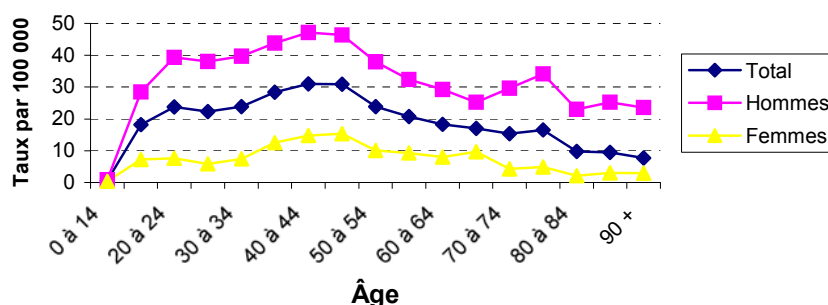
1.2 Suicide : ampleur du phénomène

Au cours des 25 dernières années, le taux de suicide a augmenté de 30% au Québec. Cette progression s'explique par l'augmentation fulgurante du taux de mortalité par suicide des hommes, qui est passé de 22,0 pour 100 000 au cours de la période 1976-1978 à 30,7 pour 100 000 en 1999-2001, ce qui représente une augmentation de 40%

(Saint-Laurent et Bouchard, 2004). Par comparaison, le taux de suicide des femmes est demeuré stable, passant de 7,9 à 7,8 pour 100 000 au cours de ces mêmes périodes.

Le suicide représente la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 44 ans et chez les femmes de 15 à 29 ans (Institut de la statistique du Québec, 2003). L'examen de la distribution des taux de suicide selon l'âge montre une courbe inversée: les taux les plus élevés étant observés chez les personnes de 45 à 49 ans (voir figure 1.2).

Figure 1.2
Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, Saint-Laurent et Bouchard (2004)

1.3 Incidence du suicide selon le sexe à travers le monde

Au Québec, l'écart entre les taux de suicide des hommes et des femmes est en progression. Les hommes présentaient, en 1999-2001, un excès de mortalité par suicide de près de 300% par rapport aux femmes, alors que cet excès était de 200% en 1976-1978 (Saint-Laurent et Bouchard, 2004).

Cette observation se généralise à l'échelle internationale puisque, dans tous les pays à l'exception de la Chine, on retrouve des taux de suicide plus élevés chez les hommes que chez les femmes, avec un ratio global de 3,5 pour 1 (Organisation

mondiale de la santé, 2001). Les ratios les plus élevés se retrouvent dans certains pays d'Amérique latine, dont le Belize, le Guatemala et Porto Rico (*voir* tableau 1.1). Il faut toutefois interpréter avec prudence les taux de suicide disponibles à l'Organisation mondiale de la santé pour les pays d'Amérique latine, car ils datent de près d'une décennie.

Tableau 1.1
Taux de suicide par 100 000 selon le sexe et ratios homme-femme
en Amérique latine

Pays	Année	Taux homme	Taux femme	Ratio
Belize	1995	12,1	0,9	13,4
Guatemala	1984	0,9	0,1	9,0
Porto Rico	1992	16,0	1,9	8,4
Chili	1994	10,2	1,4	7,3
Mexique	1995	5,4	1,0	5,4
Pérou	1989	0,6	0,4	1,5
Salvadore	1993	10,4	5,5	1,9
Équateur	1995	6,4	3,2	2,0
Nicaragua	1994	4,7	2,2	2,1

Source : Organisation mondiale de la santé (2003)

Les pays d'Europe de l'Est, où l'on observe actuellement les taux de suicide les plus élevés, se caractérisent également par des ratios homme-femme très élevés, oscillant autour de 5 pour 1 (*voir* tableau 1.2).

Tableau 1.2
Taux de suicide par 100 000 selon le sexe et ratios homme-femme
en Europe de l'Est

Pays	Année	Taux homme	Taux femme	Ratio
Biélorussie	2000	63,6	9,5	6,7
Russie	2000	70,6	11,9	5,9
Pologne	2000	25,9	4,9	5,3
Ukraine	2000	52,1	10,0	5,2
Lettonie	2000	56,6	11,9	4,8
Lituanie	2000	75,6	16,1	4,7
Slovaquie	2000	22,6	4,9	4,6
Estonie	2000	45,8	11,9	3,8

Source : Organisation mondiale de la santé (2003)

L'Asie est la région du monde où les ratios homme-femme sont les plus bas. On y retrouve également le seul pays où les femmes se suicident plus que les hommes : la Chine (*voir* tableau 1.3).

Tableau 1.3
Taux de suicide par 100 000 selon le sexe et ratios homme-femme en Asie

Pays	Année	Taux homme	Taux femme	Ratio
Chine	1999	13,0	14,8	0,9
Inde	1998	12,2	9,1	1,3
Singapour	2000	12,5	6,4	2,0
Corée	2000	18,8	8,3	2,3
Thaïlande	1994	5,6	2,4	2,3
Japon	1999	36,5	14,1	2,6

Source : Organisation mondiale de la santé (2003)

En Amérique du Nord, en Océanie et en Europe occidentale, on observe environ 3 suicides chez les hommes pour 1 suicide chez les femmes (*voir* tableau 1.4)

Tableau 1.4
Taux de suicide par 100 000 selon le sexe et ratios homme-femme
en Amérique du Nord, en Océanie et en Europe occidentale

Pays	Année	Taux homme	Taux femme	Ratio
États-Unis	1999	17,6	4,1	4,3
Portugal	2000	8,5	2,0	4,3
Australie	1999	21,2	5,1	4,2
Canada	1998	22,6	5,8	3,9
Grande-Bretagne	1999	11,8	3,3	3,6
Grèce	1999	5,7	1,6	3,6
Nouvelle-Zélande	1998	23,7	6,9	3,4
Italie	1999	11,1	3,4	3,3
Espagne	1999	12,4	4,0	3,1
France	1999	26,1	9,4	2,8
Belgique	1996	29,4	10,7	2,8

Source : Organisation mondiale de la santé (2003)

1.4 Tentatives de suicide selon le sexe

La différence importante observée entre les taux de suicide des hommes et des femmes ne se retrouve cependant pas dans les taux de tentative de suicide. La tentative de suicide est un comportement potentiellement dangereux pour la vie de la personne, mais dont l'issue n'est pas fatale et pour lequel la personne reconnaît avoir eu l'intention, à un certain niveau, de s'enlever la vie (O'Carroll et coll., 1996). Les taux de tentative de suicide sont beaucoup plus difficiles à établir avec certitude que les taux de suicide complété, notamment en raison des biais importants liés aux méthodes de collecte des informations. Deux méthodes principales sont utilisées pour déterminer la prévalence des tentatives de suicide : les enquêtes et la compilation des soins médicaux suite à une tentative de suicide. Chacune de ces méthodes est sujette à des erreurs de mesure.

1.4.1 Enquêtes

Par le biais d'entrevues ou de questionnaires auto-administrés, les enquêtes demandent directement aux personnes interrogées si elles ont déjà tenté de se suicider. À cette fin, de nombreuses études ont utilisé la grille d'entrevue diagnostique de l'Institut national de santé mentale des États-Unis (*National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule* ; Robins, Helzer et Crougthan, 1981) qui demande aux personnes interrogées si elles ont déjà fait une tentative de suicide (« *Have you ever attempted suicide ?* »). Toutes les études recensées indiquent que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie, leurs taux étant en moyenne deux fois plus élevés (voir tableau 1.5).

Tableau 1.5
Prévalence des tentatives de suicide à vie dans divers pays du monde, selon le sexe

Auteurs	Pays	Année	Homme (%)	Femme (%)	Ratio
Kessler et al.	États-Unis	1994	3,2	6,4	2,0
Bland et al.	Canada	1988	1,9	5,6	2,9
Canino et al.	Porto Rico	1987	4,8	7,0	1,5
Lepine et al.	France	1989	2,7	7,0	2,6
Wittchen et al.	Allemagne	1981	2,8	4,1	1,5
Karam	Liban	1992	0,5	0,9	1,8
Hwu et al.	Taiwan	1989	0,4	1,1	2,8
Lee	Corée	1990	2,9	3,5	1,2

Source : Weissman et coll. (1999)

Au Québec, l'Enquête sociale et de santé utilise une méthode similaire (Boyer et Saint-Laurent, 1995; Boyer et coll., 2000). À la question «*Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?*», les femmes rapportent un taux de tentative 1,5 fois plus élevé que celui des hommes (*voir* tableau 1.6). Cependant, lorsque la même question est posée en faisant référence seulement à la dernière année, l'enquête ne trouve aucune différence entre les sexes dans le taux de tentative de suicide.

Tableau 1.6
Prévalence des tentatives de suicide selon le sexe, population de 15 ans et plus,
Québec 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe	À vie			12 mois			
	1987	1992-1993		1987	1992	1998	
	%	%	Pe ¹	%	%	%	Pe
Femme	4,2	4,5	116 935	0,9	0,6	0,5	15 000
Homme	2,9	2,8	71 345	1,0	0,6	0,5	13 000

¹ : nombre estimé de personnes dans la population québécoise qui a fait une tentative de suicide
Source : Boyer et Saint-Laurent (1995) ; Boyer et coll. (2000)

Cette apparente contradiction pourrait s'expliquer par le fait, qu'à l'adolescence, les jeunes filles font beaucoup plus de tentatives de suicide que les jeunes garçons (Breton et coll., 2002). Par conséquent, lorsqu'on demande à des personnes adultes de rapporter si elles ont déjà tenté de se suicider au cours de la vie, les femmes seraient plus nombreuses que les hommes à répondre par l'affirmative en raison de leur fréquence plus élevée de tentatives de suicide à l'adolescence. Ceci suggère donc qu'à l'âge adulte, les femmes ne feraient pas davantage de tentatives de suicide que les hommes. Les résultats obtenus par l'enquête sociale et de santé 1998 tendent à appuyer cette hypothèse puisqu'ils montrent que les femmes de 15 à 24 ans sont deux fois plus nombreuses que les hommes du même âge à rapporter avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois, alors qu'entre 25 et 64 ans, il n'y a plus aucune différence selon le sexe (*voir* tableau 1.7).

Tableau 1.7
Prévalence des tentatives de suicide au cours de la dernière année, selon l'âge et le sexe, Québec, 1998

	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans
	%	%	%
Hommes	0,9	0,6	0,4
Femmes	2,0	0,4	0,3

Source : Boyer et coll. (2000)

Bien qu'elles soient fréquemment utilisées, les enquêtes sont sujettes à d'importants biais. Tout d'abord, les répondants peuvent rapporter comme «tentative de suicide» des gestes dont l'intentionnalité n'était pas de causer la mort, tels que des comportements d'automutilation par exemple, ce qui aurait pour conséquence de gonfler artificiellement les taux de tentatives de suicide. En outre, ils peuvent omettre, de façon volontaire ou non, de mentionner leur(s) tentative(s) de suicide passée(s). Canetto (1995) suggère que les tentatives de suicide ne seraient pas

toujours déclarées par les hommes, en raison de la connotation féminine associée à ce comportement. Aucune donnée empirique ne nous permet toutefois d'affirmer qu'il existe une réelle sous-estimation des tentatives de suicide chez la population masculine. Malgré ces limites, les enquêtes auprès de la population générale demeurent, à l'heure actuelle, les principales sources de données permettant d'estimer les taux de tentatives de suicide.

1.4.2 Soins médicaux suite à une tentative de suicide

La compilation des soins médicaux (hospitalisation ou autre) dispensés suite à une tentative de suicide est une autre façon d'inférer les taux de tentative de suicide. L'étude européenne multi-centre de l'Organisation mondiale de la santé (*WHO/EURO Multicenter Study*; Schmidtke et coll., 1996) adopte cette pratique et compile, dans 16 régions d'Europe, toutes les tentatives de suicide traitées médicalement dans les hôpitaux, les cliniques médicales ou par des médecins généralistes en pratique privée. Les résultats vont dans le même sens que ceux des enquêtes : les femmes ont des taux de tentative de suicide supérieurs aux hommes avec un ratio moyen de 1,4 pour 1 (*voir* tableau 1.8).

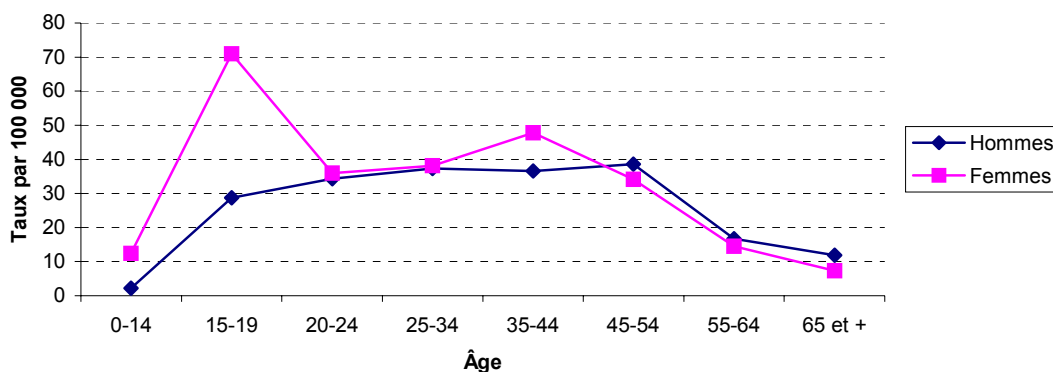
Bien que la prévalence de tentatives de suicide inférée à partir des soins médicaux soit toujours plus importante chez les femmes que chez les hommes, il est possible que cette différence soit principalement attribuable à l'écart important qui existe entre les sexes dans le taux de tentatives de suicide à l'adolescence. C'est ce que suggère notamment les données sur les hospitalisations suite à une tentative de suicide pour la province de Québec (Hamel, 2001). En effet, alors qu'on retrouve chez les femmes de 15 à 19 ans des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide 2,5 fois plus élevés que chez les hommes du même âge, il n'y a plus de différence entre les sexes à partir de 20 ans (*voir* figure 1.3). Ceci semble donc confirmer, qu'à l'âge adulte, les hommes ne font pas moins de tentatives de suicide que les femmes.

Tableau 1.8
Prévalence des tentatives de suicide selon le sexe dans 16 régions de l'étude multi-centre, population de 15 ans et plus, 1989-1992

Région	Pays	Taux homme	Taux femme	Ratio
Cergy-Pontoise	France	0,22	0,46	2,1
Oxford	Royaume-Uni	0,25	0,32	1,3
Helsinki	Finlande	0,31	0,25	0,8
Stockholm	Suède	0,15	0,23	1,5
Szeged	Hongrie	0,19	0,21	1,1
Odense	Danemark	0,17	0,20	1,2
Sor Trondelag	Norvège	0,15	0,19	1,3
Bern	Suisse	0,12	0,15	1,3
Umea	Suède	0,10	0,15	1,5
Leiden	Pays-Bas	0,08	0,13	1,6
Innsbruck	Autriche	0,08	0,11	1,4
Emilia-Romagna	Italie	0,05	0,11	2,2
Wurzburg	Allemagne	0,07	0,10	1,4
Padova	Italie	0,06	0,10	1,7
Guipuzcoa	Espagne	0,05	0,07	1,4

Source : Schmidtke et coll. (1996)

Figure 1.3
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe,
Québec, 1997-1999



Source : Hamel (2001)

Ces résultats sont toutefois sujets à caution car la compilation des taux de tentative de suicide à partir des soins médicaux comporte, elle aussi, plusieurs biais. Tout d'abord, ce ne sont pas toutes les personnes qui font des tentatives de suicide qui reçoivent des soins médicaux. À cet égard, l'Enquête sociale et de santé 1998 rapporte que seulement 40% des personnes qui ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois affirment avoir été à l'urgence suite à leur tentative (Boyer et coll., 2000).

De surcroît, les fichiers sur la base desquels on infère les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide ne sont pas toujours le reflet exact de la réalité. Il est possible que les médecins omettent parfois de préciser le véritable motif de l'hospitalisation. L'ampleur de la sous-déclaration des tentatives de suicide au dossier des patients est actuellement inconnue (Ayotte, Choinière et Poulin, 2002) et on ignore si ce biais affecte davantage un sexe plutôt qu'un autre.

1.5 Explications possibles du taux de suicide plus élevé des hommes

Il n'existe pas d'explication simple à la question : «Pourquoi les hommes se suicident plus que les femmes ?». Bien que peu d'études se soient intéressées directement à cette question, plusieurs facteurs peuvent être invoqués pour expliquer le phénomène, dont: a) la létalité des moyens ; b) les troubles mentaux ; c) l'agressivité, l'impulsivité et la biologie ; d) l'acceptabilité du suicide ; e) la demande d'aide et l'utilisation des ressources ; f) le soutien social ; g) l'intégration sociale ; h) le sentiment de solitude ; et i) le rôle masculin. Cette section présente une synthèse critique des évidences empiriques concernant le rôle potentiel de chacun de ces facteurs dans l'explication de la plus forte incidence de suicide chez les hommes.

1.5.1 Létalité des moyens

La plus grande létalité des moyens utilisés par les hommes pour s'enlever la vie est parfois suggérée pour expliquer leur taux plus élevé de suicide (Moscicki, 1994; Beautrais, 2002). L'utilisation de moyens plus létaux ferait en sorte que les hommes qui font une tentative de suicide y survivraient plus rarement que les femmes. La différence dans les taux de suicide des hommes et des femmes serait alors un simple artefact de la différence dans les chances de survie des méthodes utilisées. Cette hypothèse implique également une survie accidentelle des femmes, puisqu'elle propose que si les femmes utilisaient des moyens aussi létaux que les hommes, elles seraient aussi nombreuses à mourir par suicide.

En général, la létalité d'une méthode réfère à sa capacité d'entraîner la mort. Une étude de Card (1974) évalue la létalité de chacune des méthodes de suicide en calculant leur probabilité de causer la mort. Cette probabilité est obtenue en divisant le nombre de décès résultant de l'utilisation d'une méthode donnée par le nombre total de comportements suicidaires (tentatives et suicides) pour lesquels la méthode a été utilisée. Au total, 1 039 suicides et 1 670 tentatives de suicide sont analysés dans

cette étude. Les résultats indiquent que la méthode de suicide la plus létale est l'arme à feu (elle cause la mort dans 92% des cas), suivie du monoxyde de carbone (78%), de la pendaison (78%) et de la noyade (67%). Les méthodes les moins létales sont la taillade des veines (4%), les médicaments et les drogues (11%) et les produits chimiques (23%). Bien que des erreurs de dosage puissent expliquer la moins grande létalité de ces méthodes, celle-ci est probablement davantage attribuable au délai existant entre le passage à l'acte et le décès. En effet, ce délai permet, soit à la personne de changer d'idée et de mettre un terme elle-même à sa tentative, soit à une tierce personne d'intervenir et de la secourir.

L'hypothèse de la létalité des moyens pour expliquer les taux plus élevés de suicide chez les hommes obtient un appui mitigé et est limitée au niveau explicatif. Tout d'abord, il est vrai que, notamment au Canada, au Québec et aux États-Unis, les hommes qui se suicident sont plus nombreux que les femmes à utiliser des moyens plus létaux (Bureau du Coroner, 2000; National Center for Injury Prevention and Control, 1999; Langlois et Morrison, 2002). Par exemple, en 1999-2001 au Québec, 80% des hommes décédés par suicide ont utilisé l'une des quatre méthodes les plus létales (arme à feu, pendaison, monoxyde de carbone ou noyade), comparativement à 60% des femmes (*voir* tableau 1.9).

Cependant, les hommes et les femmes ne se distinguent pas quant au moyen le plus fréquemment utilisé pour s'enlever la vie. Au Québec, c'est la pendaison qui est utilisée le plus souvent dans les cas de suicide, tant chez les hommes que chez les femmes, et cela, depuis 1994 (Bureau du coroner, 1988 à 2000). L'arme à feu est, aux États-Unis, la méthode qui est impliquée dans le plus grand nombre de suicides masculins et féminins (National Center for Injury Prevention, 1999). Au Canada, lorsque les cas d'intoxication par médicaments, drogue et monoxyde de carbone sont rassemblés en une seule catégorie appelée «empoisonnement», c'est cette dernière qui est la plus souvent répertoriée dans les suicides des femmes (41,3%),

comparativement à la pendaison chez les hommes (40,0%) (Langlois et Morrison, 2002). Toutefois, lorsque chaque type d’empoisonnement est considéré isolément, c’est la pendaison qui est la méthode la plus utilisée par les femmes (33,9%), suivie de l’intoxication par médicaments ou drogues (31,2%).

Tableau 1.9
Répartition des méthodes utilisées pour se suicider selon le sexe,
Québec, 1999-2001

Moyen utilisé	Homme	Femme
	%	%
Pendaison	55,4	46,8
Arme à feu	18,7	4,3
Gaz ou vapeurs	2,8	2,7
Noyade	2,8	5,7
Substances solides ou liquides	12,0	29,3
Saut d’un lieu élevé	2,9	3,3
Autres	5,4	7,9

Source : Saint-Laurent et Bouchard (2004)

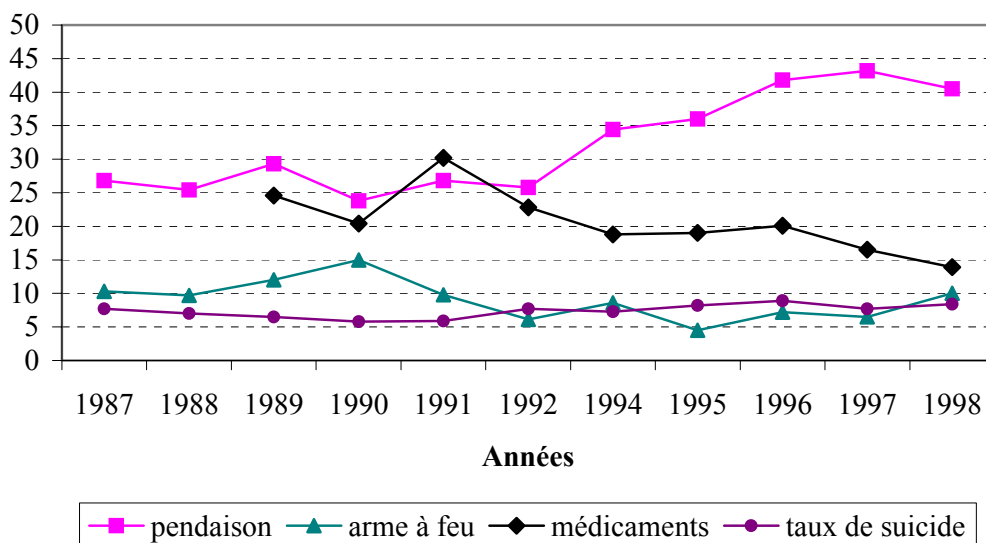
Au Québec, c’est dans le choix de l’arme à feu et de l’intoxication médicamenteuse que les différences entre les hommes et les femmes sont les plus marquées. Alors que les hommes utilisent 4,3 fois plus souvent l’arme à feu que les femmes, celles-ci, optent 2,4 fois plus souvent pour l’ingestion de substances solides ou liquides.

Toutefois, le fait que les femmes utilisent de plus en plus de moyens létaux pour s’enlever la vie sans que cela n’entraîne d’augmentation de leur taux de suicide affaiblit l’hypothèse postulant qu’elles décèdent moins par suicide que les hommes à cause du choix de leur moyen. En effet, aux États-Unis, le taux de suicide des femmes demeure stable depuis de nombreuses années, malgré une utilisation accrue

de l'arme à feu comme méthode de suicide (Canetto et Sakinofsky, 1998 ; Murphy, 1998). Il en est de même au Québec où le taux de suicide des femmes connaît peu de variation, malgré le fait qu'entre 1987 et 1998, l'utilisation de la pendaison a augmenté de 51% chez les femmes et celle des médicaments a diminué de 43,5% (voir figure 1.4). Ainsi, la proportion de suicides par pendaison chez les femmes passe de 26,8% à 40,5% entre 1987 et 1998, tandis que celle des suicides par médicaments passe de 24,6% à 13,9% entre 1989 et 1998. L'utilisation de l'arme à feu est demeurée relativement stable au cours de ces années, passant de 10,3% en 1987 à 10,0% en 1998.

Figure 1.4

Taux de mortalité par suicide chez les femmes et pourcentage d'utilisation de la pendaison, de l'arme à feu et des médicaments comme méthode de suicide par les femmes, Québec, 1987-1998



Source : Bureau du Coroner (1988 à 2000)

Différentes explications peuvent être invoquées afin d'expliquer pourquoi les hommes utilisent des moyens plus létaux que les femmes lorsqu'ils s'enlèvent la vie, dont celles relatives à l'accessibilité, à la familiarité et à l'acceptabilité de la méthode. Ainsi, il est possible que les hommes choisissent plus souvent des méthodes létales parce que ces dernières leur sont plus accessibles ou plus familières bien que cette hypothèse n'ait jamais été vérifiée. L'arme à feu est effectivement plus accessible aux hommes puisque ces derniers sont beaucoup plus nombreux à en posséder et à en faire usage, pour la chasse notamment (Canadian Firearms Centre, 2001). En outre, les hommes sont plus nombreux que les femmes à posséder une voiture (Société d'Assurance Automobile du Québec, 2004), ce qui pourrait expliquer leur plus grande utilisation du monoxyde de carbone pour se suicider. Enfin, il est possible que la pendaison implique des techniques (faire un nœud coulant et attacher une corde en hauteur) qui soient plus familières aux hommes, bien que cette hypothèse ne soit pas documentée.

Par ailleurs, il est également possible que les hommes utilisent davantage des méthodes létales parce que ces méthodes sont plus acceptables pour eux. En effet, deux études suggèrent que l'arme à feu serait une méthode de suicide plus acceptable pour les hommes que pour les femmes, alors que les médicaments et les poisons seraient plus acceptables pour les femmes (Lester, 1988 ; Marks, 1977). Marks (1977) demande à 694 étudiants universitaires américains d'évaluer l'acceptabilité de neuf méthodes de suicide, d'indiquer la méthode qui est, selon eux, la plus utilisée par les membres de leur sexe et d'en préciser les raisons. Les résultats révèlent que l'utilisation de médicaments ou de poisons comme méthode de suicide est jugée plus acceptable par les femmes que par les hommes. Les femmes identifient ce moyen comme le plus utilisé par les membres de leur sexe en raison de son absence de douleur, de sa facilité d'utilisation, de son accessibilité et de sa familiarité. Différemment, plus de la moitié des hommes (52,5%) considèrent l'arme à feu comme acceptable, comparativement au tiers des femmes (35,3%). Les hommes

associent la masculinité avec les armes à feu et le choix plus fréquent de ce moyen est attribuable, selon eux, à sa rapidité, à sa facilité d'utilisation, à son efficacité, à son accessibilité et à sa familiarité.

Dans une autre étude américaine, Lester (1988) demande à 429 étudiants universitaires américains d'identifier la méthode qu'ils utiliseraient pour se suicider et de déterminer s'ils choisiraient cette méthode parce qu'elle est : a) rapide ; b) sans douleur ; c) ne défigure pas ; et d) facilement accessible. Lester (1988) trouve que les femmes choisissent significativement plus souvent la surdose de médicaments comme méthode de suicide que les hommes (ratio de 1,57 :1) et significativement moins souvent l'arme à feu (ratio de 0,35 : 1). Les femmes évaluent l'accessibilité, le fait d'être sans douleur et l'absence de défigurement comme des raisons significativement plus importantes dans le choix du moyen que les hommes. Ces deux études suggèrent donc que les méthodes de suicide les plus létales sont jugées plus acceptables pour les hommes que pour les femmes. Il s'avère par conséquent possible que l'acceptabilité de la méthode joue un rôle dans le choix du moyen utilisé pour se suicider et, de ce fait, dans l'issue fatale ou non du geste.

Cependant, au-delà de l'accessibilité, de la familiarité et de l'acceptabilité de la méthode, il est possible que, d'une manière générale, ce soit le désir de mourir qui détermine la létalité de la tentative de suicide et la mort qui en résulte. Selon cette hypothèse, les hommes décèdent davantage par suicide parce qu'ils ont davantage l'intention de le faire. C'est d'ailleurs à cette conclusion qu'arrivent Rich, Ricketts, Fowler et Young (1988) suite à une analyse approfondie de 204 suicides consécutifs qui montre que le taux de suicide plus élevé des hommes ne peut s'expliquer ni par leur utilisation plus fréquente de méthodes létales, ni par leurs diagnostics psychiatriques. Une intention suicidaire plus sérieuse et plus fréquente chez les hommes leur apparaisse comme l'explication la plus logique. Toutefois, les limites inhérentes à l'autopsie psychologique ne permettent pas de connaître réellement les

motifs ayant conduit au choix du moyen utilisé pour se suicider puisqu'on ne peut que les inférer à partir d'indices indirects.

Par ailleurs, à l'appui de cette hypothèse, certaines études rapportent une association positive entre l'intention de mourir et la létalité de la méthode choisie suggérant ainsi que les personnes qui souhaitent le plus mourir choisissent des méthodes plus létales. Dans une étude américaine auprès de 258 personnes traitées à l'urgence d'un hôpital après avoir fait une tentative de suicide, Fox et Weissman (1975) rapportent que celles qui ont utilisé l'arme à feu ou la pendaison comme méthode avaient une intention plus sérieuse de mourir que celles qui ont ingéré des médicaments. L'intentionnalité de la tentative de suicide, telle que mesurée par l'Échelle d'intention suicidaire de Beck (*Suicide Intent Scale* ; Beck, Schuyler et Herman, 1974), est corrélée positivement à la létalité de la méthode utilisée et à la dangerosité de la tentative de suicide dans l'étude de Hamdi, Amin et Mattar (1991) auprès de 62 personnes admises dans un hôpital suite à une tentative de suicide. De même, Power, Cooke et Brooks (1985) indiquent que les personnes hospitalisées dans une unité médicale ou aux soins intensifs suite à leur tentative de suicide (groupe de létalité élevée) avaient une intention significativement plus sérieuse de mourir que celles dont l'état n'a nécessité qu'une brève période d'observation (groupe de faible létalité). Enfin, Beck, Morris et Beck (1974) montrent que, comparativement à 231 personnes qui ont fait une tentative de suicide, les 194 personnes qui se sont suicidées présentaient un niveau significativement plus élevé d'intention suicidaire (5,73 contre 7,68), telle que mesurée par la première partie de l'Échelle d'intention suicidaire de Beck (*Suicide Intent Scale* ; Beck, Schuyler et Herman, 1974) portant sur les caractéristiques observables du geste suicidaire (isolement au moment du passage à l'acte, moment choisi pour le passage à l'acte, précautions prises pour éviter d'être secouru, absence de demande d'aide avant, pendant ou après le geste, dispositions prises en cas de décès, note de suicide).

Une étude plus récente de Nielsen, Stenager et Bille-Brahe (1993) a comparé 23 personnes qui ont fait une tentative de suicide et qui ont un diagnostic de trouble de dépendance à l'alcool à 106 personnes qui ont fait une tentative de suicide sans présenter un tel diagnostic. Les résultats montrent qu'il n'y a aucune association entre l'intentionnalité et la létalité de la tentative de suicide chez les personnes qui sont dépendantes à l'alcool, mais qu'une association positive est observée chez les personnes ne souffrant pas d'un tel problème. Le petit nombre de participants dans le groupe de personnes dépendantes à l'alcool commande, cependant, une interprétation prudente des résultats.

Enfin, même si les femmes utilisent des moyens moins violents que les hommes pour se suicider, une étude indique que, lorsqu'elles complètent leur suicide, elles présentent une intention de mourir aussi élevée que celles des hommes (Denning, Conwell, King and Cox, 2000). Cette étude américaine par autopsies psychologiques réalisée auprès de 141 personnes suicidées (113 hommes et 28 femmes) rapporte un niveau similaire d'intentionnalité chez les femmes et chez les hommes (8,4 et 8,2 respectivement). Dans cette étude, l'intentionnalité du comportement suicidaire est mesurée par huit items de l'échelle d'intention suicidaire de Beck (*Suicide Intent Scale*; Beck, Schuyler et Herman, 1974) portant sur l'isolement physique au moment de la tentative, les précautions évitant d'être secouru (dont le choix du moment), les efforts pour avoir de l'aide suivant le geste, la préparation de la mort, les notes de suicide, la communication de l'intention aux autres.

D'ailleurs, les précautions prises pour ne pas être secouru semblent être particulièrement associées au suicide complété. Une étude américaine qui a suivi 413 personnes hospitalisées pour tentative de suicide pendant une période variant de 5 à 10 ans montre que, même si le score total à l'Échelle d'intention suicidaire ne permet pas de prédire les suicides ultérieurs, le fait d'avoir pris des précautions pour éviter d'être secouru au moment de la tentative de suicide est un bon prédicteur du suicide

complété (Beck et Steer, 1989). En fait, le risque de suicide augmente de 67% pour chaque point de la sous-échelle de précaution (qui en comprend trois).

Conclusion

En somme, les hommes utilisent proportionnellement plus de moyens létaux que les femmes pour se suicider et il est possible que cette différence dans le choix des moyens contribue à expliquer, en partie, l'incidence plus élevée de décès par suicide au sein de la population masculine. La plus grande accessibilité, familiarité et acceptabilité des méthodes létales pour les hommes est probablement en cause dans le phénomène, même s'il s'avère également possible qu'une intention suicidaire plus élevée soit à l'origine de ce choix plus fréquent de méthodes létales. Il n'existe pas d'études permettant de déterminer l'importance relative de chacun de ces motifs dans le choix de la méthode utilisée lors des tentatives de suicide.

1.5.2 Troubles mentaux

Les troubles mentaux sont souvent proposés comme explication de la plus forte incidence de suicide chez les hommes. Selon cette hypothèse, les hommes se suicident davantage parce qu'ils sont plus nombreux que les femmes à souffrir de certains troubles mentaux fortement associés au suicide. Il est effectivement démontré, dans plusieurs études par autopsies psychologiques réalisées aux États-Unis, en Angleterre, au Canada et dans les pays scandinaves, que de 79% à 100% des personnes qui se suicident souffraient de troubles mentaux au moment de leur décès (Tanney, 2000). Une synthèse des données recueillies par 16 de ces études indique que ce sont les troubles de l'humeur qui sont les plus souvent retrouvés chez les personnes décédées par suicide, suivi des troubles de la personnalité et des troubles d'abus de substance (*voir* tableau 1.10).

Tableau 1.10
Fréquence des troubles mentaux chez les suicides complétés :
données issues d'études par autopsies psychologiques (n = 16)

Troubles	% (médian)	Écarts (%)
Troubles de l'humeur	61	38-89
Abus de substance	41	19-63
Troubles anxieux	10	3-27
Schizophrénie	6	0-15,6
Troubles de la personnalité	42	29-57
Tout trouble	93	79-100

Source : Tanney (2000)

Au Québec, une étude cas-témoin de Lesage et ses collaborateurs (1994) comparant 75 hommes de 18 à 35 ans qui se sont suicidés à 75 sujets vivants, trouve que la dépression majeure est associée à un risque 11,2 fois plus élevé de suicide chez les hommes. Le trouble de dépendance aux drogues augmente de 10,7 fois le risque de suicide, le trouble de personnalité limite de 9,3 fois et le trouble de dépendance à l'alcool de 5,6 fois.

Les troubles mentaux semblent donc jouer un rôle important dans l'étiologie du suicide. Ils peuvent néanmoins difficilement expliquer pourquoi les hommes se suicident plus que les femmes, parce que ce sont elles qui souffrent le plus souvent de la dépression, le trouble le plus fortement associé au suicide. En effet, les études épidémiologiques qui ont calculé les taux de prévalence des troubles mentaux dans la population générale trouvent, de manière générale, que la prévalence de la dépression majeure serait de 1,5 à 2 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Bland, Orn et Newman, 1988; Kessler et coll., 1994; Robins et Regier, 1991). Ces derniers souffriraient toutefois davantage de troubles liés à l'utilisation d'une substance (alcool ou drogue), lesquels sont observés 2,5 à 4 fois plus souvent

chez les hommes que chez les femmes (Bland, Orn et Newman, 1988; Kessler et coll., 1994; Robins et Regier, 1991).

Le tableau 1.11 présente les résultats de trois études de prévalence des troubles mentaux. La plus récente, l'Enquête nationale de comorbidité (*National Comorbidity Survey* [NCS]; Kessler et coll., 1994) effectuée entre 1990 et 1992 aux États-Unis auprès de plus de 8 000 personnes de 15 à 54 ans, utilise l'entrevue diagnostique composite internationale (*Composite International Diagnostic Interview*; CIDI). L'autre étude (*Epidemiologic Catchment Area study* [ECA]; Robins et Regier, 1991), réalisée au début des années 1980 par l'Institut national de santé mentale des États-Unis (*US National Institute of Mental Health*; NIMH), porte sur 18 571 personnes de 18 ans et plus. Elle utilise la grille d'entrevue diagnostique du NIMH (*Diagnostic Interview Schedule*; DIS) pour évaluer les troubles mentaux, tout comme l'étude canadienne réalisée à Edmonton entre 1983 et 1986 auprès de 3 258 personnes de 18 ans et plus (Bland, Orn et Newman, 1988).

Tableau 1.11
Prévalence des troubles mentaux selon le sexe

Troubles	NCS (12 mois)		ECA (1 mois)		Edmonton (à vie)	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Troubles de l'humeur						
Épisode de dépression majeure	7,7 %	12,9 %	1,6 %	2,9 %	5,9 %	11,4 %
Épisode de manie	1,4 %	1,3 %	0,3 %	0,4 %	0,7 %	0,4 %
Dysthymie	2,1 %	3,0 %	2,2 %	4,2 %	2,2 %	5,2 %
Tout trouble de l'humeur	8,5 %	14,1 %	3,5 %	6,6 %	7,1 %	13,2 %
Troubles anxieux						
Trouble panique	1,3 %	3,2 %	0,3 %	0,7 %	0,8 %	1,7 %
Agoraphobie	1,7 %	3,8 %	-----	-----	1,5 %	4,3 %
Phobie sociale	6,6 %	9,1 %	3,8 %	8,4 %	1,4 %	2,0 %
Phobie simple	4,4 %	13,2 %			4,6 %	9,8 %
Tout trouble anxieux	11,8 %	22,6 %	4,7 %	9,7 %	-----	-----
Troubles liés à l'utilisation d'une substance						
Abus d'alcool sans dépendance	3,4 %	1,6 %	5,0 %	0,9 %	29,3 %	6,7 %
Dépendance à l'alcool	10,7 %	3,7 %				
Abus de drogue sans dépendance	1,3 %	0,3 %	1,8 %	0,7 %	10,6 %	3,2 %
Dépendance à la drogue	3,8 %	1,9 %				
Tout trouble d'abus ou de dépendance	16,1 %	6,6 %	6,3 %	1,6 %	32,5 %	8,6 %
Tout trouble	27,7 %	31,2 %	14,0 %	16,6 %	40,7 %	26,8 %

Hormis ces vastes études épidémiologiques, d'autres recherches rapportent également une prévalence plus élevée de dépression majeure chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, l'étude sur les problèmes psychologiques dans les soins de première ligne, réalisée par l'Organisation mondiale de la santé dans 14 pays, indique que, même si les taux de prévalence de la dépression majeure varient beaucoup d'un pays à l'autre, on retrouve toujours un ratio de 2 :1 en faveur des femmes (Maier et coll., 1999). De même, une recension exhaustive des études épidémiologiques portant sur la dépression majeure rapporte des taux deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes (Piccinelli et Gomez Homen, 1997). Enfin, une étude américaine de Kornstein et ses collaborateurs (1995) auprès de personnes qui souffrent de dépression chronique trouve que les femmes sont plus sévèrement atteintes et plus lourdement handicapées dans leur fonctionnement quotidien que les hommes.

La plus forte prévalence de troubles liés à l'utilisation d'une substance chez les hommes s'observe, elle aussi, dans une autre étude portant spécifiquement sur cette question. Ainsi, l'enquête longitudinale nationale sur l'épidémiologie des troubles liés à l'alcool (*National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*; NLAES) a interrogé 42 862 Américains de 18 ans et plus en utilisant la grille d'entrevue sur les troubles liés à la consommation d'alcool et les problèmes associés (*Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule*; AUDADIS) et trouve que la prévalence du trouble de dépendance à l'alcool au cours des douze derniers mois est 2,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Grant, 1997).

En somme, il semble bien établi que les femmes sont plus nombreuses à souffrir de troubles de l'humeur et les hommes plus nombreux à souffrir de troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Cette réalité affaiblit considérablement l'hypothèse voulant expliquer la plus forte incidence de suicide des hommes par les troubles mentaux en soi, puisque ce sont les femmes qui souffrent davantage du

trouble le plus fortement associé au suicide, alors que ce sont les hommes qui se suicident le plus.

Il est cependant possible que les hommes souffrant de dépression soient plus difficiles à diagnostiquer et à traiter que les femmes, ce qui expliquerait leur taux de suicide plus élevé. Des études suggèrent, en effet, que les hommes tardent davantage à consulter pour un trouble mental et se révèlent plus récalcitrants aux thérapies psychologiques ou pharmacologiques que les femmes (*voir* section 1.5.5 sur la demande d'aide et l'utilisation des ressources). Nous avons peu d'informations sur le type de traitements que les hommes ont reçu avant de s'enlever la vie ainsi que sur leur adhérence à ces traitements. En outre, les démarches de recherche d'aide entreprises avant le décès ainsi que l'accueil réservé à ces démarches de la part des organismes et des professionnels sollicités ne sont pas documentés dans les recherches. Conséquemment, l'hypothèse selon laquelle les hommes se suicident plus que les femmes parce qu'ils sont moins bien diagnostiqués et moins bien traités demeure non vérifiée empiriquement.

Il s'avère également possible, qu'en raison de l'influence de variables modératrices, telles que le soutien social et le rôle de genre, les troubles mentaux affectent plus sévèrement les hommes que les femmes. Ainsi, les hommes pourraient être davantage affectés par les troubles mentaux que les femmes parce qu'ils disposent de moins de soutien dans leur entourage pour les aider à traverser cette épreuve. Les exigences du rôle masculin traditionnel pourraient également accroître la détresse des hommes qui n'arrivent plus à fonctionner normalement à cause de leur trouble mental en ajoutant à leur douleur la honte de déroger aux exigences de performance et d'invulnérabilité du code de conduite masculin. L'hypothèse selon laquelle le manque de soutien social et l'adhésion au rôle masculin traditionnel accentuent les conséquences néfastes du trouble mental et contribuent ainsi à expliquer l'incidence

plus élevée de suicide chez les hommes est abordée plus en détail ultérieurement (*voir* section 1.5.6 et 1.5.9).

Une autre explication possible aux taux de suicide plus élevés chez les hommes réside dans la plus forte prévalence masculine de troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. En effet, ces troubles sont présents chez près de la moitié des personnes qui se sont suicidées et se retrouvent de 3 à 4 fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Différentes hypothèses peuvent être invoquées pour expliquer le lien entre suicide et trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Tout d'abord, il est possible que l'intoxication à l'alcool ou aux drogues favorise le passage à l'acte suicidaire en agissant comme désinhibiteur du comportement. Il est également possible que l'alcoolisme et la toxicomanie, avec les comportements dérangeants qui leur sont généralement associés, provoquent des événements de vie particulièrement difficiles qui, à leur tour, augmentent le risque de suicide. Cette hypothèse semble appuyée, en partie du moins, par quatre études qui montrent que, comparativement à des personnes décédées par suicide qui souffraient de dépression majeure, celles qui souffraient d'un trouble d'abus ou de dépendance à une substance sont plus nombreuses à avoir vécu des conflits ou des pertes interpersonnelles dans les six semaines précédant leur décès (Duberstein, Conwell et Caine, 1993; Heikkinen et coll., 1994; Murphy et Robins, 1967; Rich, Fowler, Fogarty et Young, 1988). Toutefois, n'ayant pas d'informations quant à l'enchaînement temporel des événements, il est impossible de déterminer avec certitude si c'est le trouble qui a contribué à l'apparition des problèmes relationnels ou si ce sont plutôt les problèmes relationnels qui ont amené les personnes à développer un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Cette dernière possibilité réfère à l'hypothèse selon laquelle les personnes consomment de l'alcool ou des drogues dans le but de s'auto-médicamenter. Il n'y a aucune étude qui ait permis, jusqu'à maintenant, de déterminer avec précision la chaîne causale exacte

liant trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, événements de vie et suicide.

Enfin, il est possible que l'influence conjuguée des troubles de l'humeur et des troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues puisse expliquer la plus forte incidence de suicide chez les hommes. La comorbidité entre ces troubles est fréquente et semble particulièrement associée au suicide. Ainsi, l'étude québécoise de Lesage et ses collaborateurs (1994) indique que 28% des hommes décédés par suicide avaient au moins deux troubles mentaux parmi les trois troubles suivants : dépression majeure, dépendance à l'alcool ou aux drogues, trouble de personnalité borderline, alors qu'aucun homme du groupe témoin ne présentait cette comorbidité. L'étude américaine de Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy (1992), comparant un groupe de 67 hommes alcooliques qui se sont suicidés avec un groupe de 106 hommes alcooliques vivants, rapporte elle aussi une forte comorbidité chez les personnes décédées par suicide : 58% souffraient également de dépression majeure, comparativement à 5% des témoins.

Chez les personnes qui font des tentatives de suicide, nous remarquons aussi l'effet aggravant de la comorbidité «trouble de l'humeur-trouble d'abus ou de dépendance à une substance». Les tentatives de suicide médicalement létales sont plus fréquentes chez les personnes qui souffrent d'un trouble de l'humeur combiné à une consommation abusive d'alcool ou de drogues (Elliott et coll., 1996) et les personnes qui ont à la fois un trouble d'abus d'alcool et une dépression majeure présentent davantage d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide que les personnes qui présentent seulement l'un de ces troubles (Cornelius et coll., 1995; Hanna et Grant, 1997).

La comorbidité «trouble de l'humeur-trouble d'abus ou de dépendance à une substance» est fréquente. En effet, près du tiers (32,0%) des personnes qui souffrent d'un trouble de l'humeur présentent également un trouble d'abus ou de dépendance à

l'alcool ou aux drogues (Regier et coll., 1990). C'est d'ailleurs le cas de 27,2% des personnes ayant vécu une dépression majeure. Malheureusement, sur la base des données publiées, il s'avère difficile de déterminer si ce sont les hommes ou les femmes qui présentent le plus souvent cette forme particulière de comorbidité.

D'une manière générale, les études épidémiologiques rapportent une prévalence plus élevée de morbidité psychiatrique générale chez les femmes (Kessler et coll., 1994; Wittchen, Nelson et Lachner, 1998). Cependant, en ce qui concerne la comorbidité «trouble de l'humeur-trouble d'abus ou de dépendance à une substance», les données sont plus difficiles à interpréter. Les études épidémiologiques les plus importantes rapportent une association plus grande entre le trouble d'abus d'alcool et la dépression majeure chez les femmes que chez les hommes (Merikangas et coll., 1996). Cependant, lorsque l'attention des chercheurs se porte sur les personnes qui souffrent de dépression majeure, les résultats indiquent que les hommes sont plus nombreux à souffrir aussi d'un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues que les femmes (Kornstein et coll., 1995; Melartin et coll., 2002). Inversement, lorsque ce sont les personnes qui souffrent d'un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool qui sont à l'étude, les femmes sont significativement plus nombreuses à souffrir également de dépression que les hommes (Kessler et coll., 1997).

Aux États-Unis, l'étude nationale de comorbidité indique que les femmes qui souffrent du trouble d'abus d'alcool sont 3,3 fois plus susceptibles de souffrir de dépression que les hommes (30,1% contre 9%), alors que celles qui souffrent d'un trouble de dépendance à l'alcool présentent un risque 2 fois plus élevé que les hommes de souffrir aussi de dépression (48,5% contre 24,3%) (Kessler et coll., 1997). Par contre, dans une étude américaine réalisée auprès de 96 hommes et 198 femmes qui souffrent de dépression majeure chronique (i.e. qui dure depuis au moins deux ans), significativement plus d'hommes que de femmes souffrent également de

problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool (43,8% contre 20,2%) (Kornstein et coll., 1995).

Notons toutefois qu'il existe une différence importante entre les hommes et les femmes qui présentent une comorbidité «trouble de l'humeur-trouble d'abus ou de dépendance à une substance» : la dépression précède généralement le trouble d'abus ou de dépendance aux substances chez les femmes, alors qu'elle est plus souvent concomitante ou subséquente chez les hommes (Hanna et Grant, 1997). On ignore jusqu'à maintenant si l'ordre d'apparition des troubles a une incidence sur la vulnérabilité au suicide.

Conclusion

La relation entre les troubles mentaux et le suicide est complexe, puisque la présence d'un trouble n'est pas une condition suffisante pour expliquer le suicide : les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de dépression majeure, le trouble le plus fortement associé au suicide, mais elles sont quatre fois moins nombreuses à s'enlever la vie. Il est possible que les hommes soient moins bien diagnostiqués et moins bien traités que les femmes pour leurs troubles mentaux et/ou que les conséquences de ces troubles soient plus importantes ou plus difficiles à assumer pour les hommes que pour les femmes. Il est également possible que la prévalence plus élevée de troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool et aux drogues chez les hommes contribuent à expliquer pourquoi ils se suicident davantage. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre le lien entre trouble mental et suicide chez les hommes.

1.5.3 Agressivité et biologie

Il est généralement démontré que les hommes sont plus agressifs que les femmes, particulièrement en ce qui concerne les comportements qui infligent de la douleur ou des blessures physiques (Eagly et Steffen, 1986). La plus grande propension des

hommes à l'agressivité pourrait possiblement expliquer leur plus forte incidence de suicide.

1.5.3.1 Agressivité et conduites suicidaires Les études s'intéressant au lien entre agressivité et conduites suicidaires sont peu nombreuses et souffrent de plusieurs problèmes méthodologiques, notamment en ce qui concerne la mesure de l'agressivité qui varie continuellement d'une étude à l'autre, évaluant parfois de l'hostilité, parfois de la colère, mais rarement des comportements agressifs. Malgré leurs faiblesses, ces études suggèrent l'existence d'une relation positive entre l'agressivité et les comportements suicidaires. L'étude longitudinale de Romanov et ses collaborateurs (1994), réalisée auprès de plus de 20 000 Finlandais de 24 à 59 ans, trouve que l'hostilité est associée à un risque plus élevé de mourir par suicide. Une autre étude longitudinale, qui a suivi 2 816 hommes conscrits dans l'armée suisse au cours d'une période d'environ 17 ans, révèle que les 26 hommes qui se sont suicidés, de même que les 32 accidentés de la route, avaient obtenu des résultats significativement plus élevés que les 2 754 sujets témoins à des échelles d'agressivité (Angst et Clayton, 1998).

À l'instar du suicide complété, il semble y avoir un lien entre les tentatives de suicide et l'agressivité. Une étude américaine réalisée auprès de 347 patients psychiatriques souffrant de dépression majeure, de psychose ou de troubles de la personnalité trouve que les patients qui ont fait une tentative de suicide ($n = 184$) sont plus agressifs que les patients qui n'en ont pas fait, et ce, même après avoir contrôlé statistiquement pour l'effet des troubles mentaux (Mann, Wateraux, Haas et Malone, 1999). Une étude plus restreinte comparant 30 patients psychiatriques ayant fait une tentative de suicide à 30 patients psychiatriques témoins montre que les patients ayant fait une tentative de suicide obtiennent des résultats significativement plus élevés à une échelle de colère et qu'il y a une corrélation significative ($r = 0,45$, $p < 0,01$) entre l'échelle de colère et le risque de suicide (Apter, Plutchik et van Praag, 1993).

Sur la base de ces études, les personnes agressives seraient plus à risque de suicide que les personnes pacifiques. Il est possible que la vulnérabilité accrue au suicide observée chez les hommes soit en partie attribuable à leur propension à l'agressivité. Dans ce cas, il devient légitime de se demander pourquoi les hommes sont plus agressifs que les femmes?

1.5.3.2 Fondements sociaux et biologiques de l'agressivité

La société et la biologie peuvent expliquer, à des degrés divers, la propension masculine à l'agressivité. Plus spécifiquement, le rôle masculin, dans lequel sont définis les comportements socialement acceptables pour les hommes, encourage ceux-ci à manifester ouvertement leur agressivité (Jansz, 2000). Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi ils sont plus susceptibles d'agir agressivement, et ce, tant à l'âge adulte (Harris et Knight-Bohnhoff, 1996) que durant leur enfance (Archer, Pearson, et Westeman, 1988; Kupersmidt, Bryant et Willoughby, 2000).

L'agressivité semble également avoir des fondements biologiques, puisqu'une méta-analyse de 45 études indépendantes rapporte une relation positive, bien que modeste, entre la testostérone et l'agressivité chez l'humain (Book, Starzyk et Qunisey, 2001). Les hommes semblent donc être doublement encouragés à faire preuve d'agressivité : leur bagage hormonal les y incite et leur rôle social les cautionne.

D'autre part, plusieurs études s'intéressant aux bases biologiques de l'agressivité trouvent une association entre le dysfonctionnement du métabolisme de la sérotonine, inférée par le niveau d'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA) retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien, et les comportements agressifs humains (Limson et coll., 1991; Pihl et coll., 1995; Placidi et coll., 2001; Sarne et coll., 1995). Or, des carences en sérotonine sont observées chez les personnes suicidaires (Asberg, Traskman et Thoren, 1976; Lidberg et coll., 2000; Lopez-Ibor, Lana et Saiz Ruiz, 1990) ainsi que chez celles décédées par suicide (Arango et coll., 1990; Hrdina et

coll., 1993; Mann et coll., 2000; Turecki et coll., 1999). Alors que certains pourraient être tentés d'établir un lien causal entre le dysfonctionnement du métabolisme de la sérotonine, l'agressivité et le suicide, les résultats des recherches suggèrent plutôt l'existence d'une relation générale entre la sérotonine et les troubles mentaux, plutôt qu'une association spécifique entre la sérotonine, l'agressivité et le suicide.

Ainsi, une méta-analyse portant sur 39 études trouve que les patients psychiatriques ont des niveaux significativement moins élevés de sérotonine que les personnes de la population normale, mais qu'il n'y a aucune différence entre les niveaux de sérotonine des patients qui présentent des comportements violents et ceux des patients dont le diagnostic n'implique pas de violence, lorsqu'on exerce un contrôle statistique de l'effet de l'âge, du sexe et de la taille (Balaban, Alper et Kasamon, 1996). Dans la même perspective, O'Keane et Dinan (1991) comparent les niveaux de sérotonine de 23 personnes souffrant de dépression à 16 personnes en santé et constatent que les personnes dépressives ont des niveaux de sérotonine inférieurs à ceux des personnes en santé, mais qu'il n'y a aucune différence entre les personnes dépressives qui ont une histoire de tentative de suicide et celles qui n'en ont pas.

Le lien entre sérotonine, agressivité et suicide se trouve également considérablement affaibli par l'étude de Placidi et ses collaborateurs (2001), auprès de 93 patients souffrant de dépression majeure, qui montre qu'il n'existe aucune relation entre le sexe et le niveau de sérotonine de leurs participants, et ce, même si les hommes présentent des niveaux significativement plus élevés d'agressivité que les femmes. Ces chercheurs concluent que la sérotonine ne peut en aucun cas expliquer la différence de genre dans l'agressivité ce qui, forcément, restreint considérablement son potentiel explicatif de la surmortalité masculine par suicide. L'étude de Placidi et ses collaborateurs (2001) est la seule, à notre connaissance, à s'être intéressée aux différences de genre dans le domaine des bases biologiques de l'agressivité et de la suicidalité.

Conclusion

L'association entre agressivité et conduite suicidaire rapportée dans quelques études suggère que la propension masculine à l'agressivité pourrait contribuer à expliquer pourquoi les hommes se suicident davantage que les femmes. Cependant, on connaît mal l'origine de la plus forte prévalence de comportements agressifs chez les hommes. On ne peut déterminer laquelle, de la société ou de la biologie, exerce l'influence la plus importante. Par ailleurs, la plupart des études portant sur le lien entre agressivité, biologie et suicide ignorent complètement la question des différences sexuelles et apportent peu d'explications à l'incidence de suicide plus élevée chez les hommes.

1.5.4 Acceptabilité du suicide

Une autre explication possible au suicide des hommes réside dans l'acceptabilité du suicide, à savoir que les hommes se suicident plus que les femmes parce qu'ils entretiennent des attitudes plus favorables à l'égard du suicide et que le suicide des hommes est socialement plus acceptable que celui des femmes. Selon le modèle de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980), l'intention de produire un comportement est déterminée par deux éléments : l'attitude et la norme sociale perçue. L'attitude est une *«prédisposition à agir de façon positive ou négative à l'égard d'un objet, d'une personne ou d'une situation, et ce, à partir des pensées et des affects de l'individu»* (Daigle et coll., 2002; p. 21). La norme sociale perçue réfère, quant à elle, aux pressions sociales que l'individu associe à la production d'un comportement donné. Appliqué à la conduite suicidaire, le modèle de l'action raisonnée suggère que l'attitude favorable ou défavorable qu'une personne entretient à l'égard du suicide de même que sa perception des normes sociales en vigueur influencent directement la probabilité que cette personne pose un geste suicidaire dans un moment de crise.

Les hommes semblent avoir des attitudes plus favorables envers le suicide que les femmes. Un sondage téléphonique réalisé par Marks (1988-89) auprès de 400 citoyens de l'Arkansas trouve que les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à être d'accord avec l'affirmation : «*Une personne a le droit de s'enlever la vie*». Dans un autre sondage, réalisé auprès de 692 étudiants universitaires américains, Wellman et Wellman (1986) montrent que les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à considérer que «*toute personne devrait avoir le droit de se suicider*» (16% contre 7% respectivement). Des résultats similaires sont obtenus auprès de 649 étudiants de premier cycle d'une université américaine par Limbacher et Domino (1985-86) qui trouvent que les hommes considèrent le suicide comme plus acceptable que les femmes, l'acceptabilité du suicide étant mesurée ici par le niveau d'accord du répondant à huit énoncés du Questionnaire d'opinion sur le suicide (*Suicide Opinion Questionnaire*; Domino, Moore, Westlake et Gibson, 1982).

Au Québec, le sondage téléphonique de Durand et Mishara (2002) effectué auprès de 1 000 répondants trouve que significativement plus d'hommes (24%) que de femmes (18%) considèrent que «*le suicide est une solution acceptable dans certaines circonstances*». Un sondage ultérieur de Marcoux (2003) utilise la même question auprès d'un échantillon de 991 répondants québécois et montre que même si les hommes sont plus nombreux que les femmes à considérer que le suicide est une solution acceptable (26,1% contre 22,8%), la différence ne s'avère pas statistiquement significative. Il est possible que ce soit le contexte dans lequel la question a été posée dans le sondage de Marcoux (2003), c'est-à-dire dans le cadre d'un sondage sur l'euthanasie, qui pourrait expliquer pourquoi ce sondage est le seul à ne pas avoir trouvé de différence significative entre les hommes et les femmes en matière d'acceptabilité du suicide.

Deux études américaines portant sur des vignettes fictives suggèrent, elles aussi, que les hommes ont tendance à être moins défavorables à l'égard du suicide que les femmes (Dahlen et Canetto, 2002; Deluty, 1988-89). La première, réalisée par Deluty (1988-89) auprès de 780 étudiants universitaires américains, demande aux participants de lire des scénarios mettant en scène des personnages fictifs aux prises avec différentes difficultés et qui décident de se suicider. Pour chacun des scénarios, les participants doivent évaluer la décision du personnage de s'enlever la vie sur six échelles sémantiques : intelligente-stupide; bonne-mauvaise; égoïste-désintéressée; faible-forte; active-passive; courageuse-lâche. Ils doivent également déterminer, sur une échelle à 7 points, dans quelle mesure ils sont en accord avec l'affirmation : *«Il devrait être permis à (nom du personnage) de s'enlever la vie»*. Enfin, les participants doivent préciser dans quelle mesure ils jugent que la décision du personnage de s'enlever la vie est acceptable, sur une échelle à 7 points allant de *«complètement inacceptable»* à *«complètement acceptable»*. Les résultats indiquent que les participants masculins évaluent les décisions de se suicider comme moins stupides, moins mauvaises, plus permmissibles et plus acceptables que les participants féminins. L'étude de Dahlen et Canetto (2002) a reproduit l'étude de Deluty (1988-89) en utilisant les mêmes vignettes et les mêmes échelles sémantiques auprès de 405 étudiants universitaires américains de premier cycle. Les résultats concordent avec ceux de l'étude originale, à savoir que les répondants masculins sont davantage en accord avec la décision des personnages de se suicider que les répondantes et qu'ils considèrent cette décision comme plus acceptable.

Selon le modèle de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980), des attitudes plus favorables à l'égard du suicide pourraient accroître la probabilité d'occurrence de ce comportement. Deux études semblent appuyer cette hypothèse. La première, de Limbacher et Domino (1985-86), compare les attitudes à l'égard du suicide de trois groupes d'étudiants universitaires américains, soit des étudiants qui ont déjà fait une tentative de suicide (n = 35), d'autres qui ont déjà pensé sérieusement à se suicider

(n = 131) et d'autres qui n'ont jamais fait de tentative ou pensé sérieusement à se suicider (n = 483). Elle trouve que les étudiants qui ont déjà tenté de s'enlever la vie ou qui y ont pensé sérieusement considèrent le suicide comme plus acceptable que les étudiants qui n'ont jamais eu d'idéations sérieuses ou de comportements suicidaires. La deuxième étude (King, Hampton, Bernstein et Schichor, 1996), réalisée elle aussi auprès d'étudiants universitaires américains (n = 511), montre que les participants qui ont déjà fait une tentative de suicide (n = 35) sont significativement plus susceptibles de considérer que le suicide est acceptable pour eux-mêmes que les participants qui n'ont pas fait de tentative de suicide. Les résultats de ces deux études tendent à appuyer le modèle de l'action raisonnée. Cependant, il faut demeurer prudent dans l'interprétation de ces résultats car il est impossible de déterminer s'il y a eu un changement dans l'attitude des jeunes suite à leur tentative de suicide ou si l'attitude plus favorable était antérieure à la tentative et l'a influencée.

Outre les attitudes, le modèle de l'action raisonnée suggère que les normes sociales perçues agissent également comme déterminants de l'intention d'émettre un comportement donné. On peut tracer un parallèle entre la notion de «*normes sociales perçues*» et celle de «*scénario culturel*» proposée par Canetto et Sakinofsky (1998) pour expliquer pourquoi les hommes se suicident plus que les femmes. Selon ces deux chercheurs, les individus tendent à se conformer aux comportements suicidaires considérés comme socialement appropriés pour leur sexe, notamment parce qu'ils craignent la désapprobation sociale accompagnant les comportements hors-normes. En l'occurrence, dans la société nord-américaine, le suicide complété serait propre au scénario culturel masculin, alors que la tentative de suicide ferait plutôt partie du scénario féminin. Conséquemment, selon Canetto et Sakinosky (1998), les hommes se suicideraient davantage que les femmes parce que : (1) il est socialement plus acceptable pour eux de le faire; et que (2) ils craignent la stigmatisation sociale

associée à la tentative de suicide. Deux études tendent à appuyer la première partie de cette hypothèse.

L'étude américaine de Linehan (1973), réalisée auprès de 198 étudiants collégiaux, demande aux participants d'évaluer quatre types de situations (des hommes qui se suicident; des hommes qui font une tentative de suicide, des femmes qui se suicident et des femmes qui font une tentative de suicide) sur neuf échelles sémantiques à neuf points mesurant les dimensions suivantes : désirabilité sociale, passivité, fiabilité, dynamisme, évaluation morale, évaluation sociale, force, activité et masculinité (Linehan, 1973). Les résultats indiquent que : (1) le suicide complété est considéré comme plus masculin que la tentative de suicide et (2) les hommes et les femmes qui se suicident sont considérés comme plus masculins que les hommes et les femmes qui font une tentative de suicide.

La deuxième étude, celle de Deluty (1988-89) présentée précédemment, demande aussi aux participants d'évaluer des vignettes fictives mettant en scène des personnages prenant la décision de suicider. Le sexe des personnages varie de façon à vérifier si les attitudes des répondants sont différentes à l'endroit d'un homme qui veut se suicider qu'à l'endroit d'une femme. Les résultats suggèrent que le suicide des hommes est plus acceptable que celui des femmes puisque : (1) les participants estiment que le suicide des femmes devrait être moins permis que celui des hommes et que (2) la décision de se suicider d'un homme est évaluée comme significativement moins «*faible*» et moins «*mauvaise*» que la même décision prise par une femme.

Quant à la deuxième partie de l'hypothèse de Canetto et Sakinofsky (1998), à savoir que la crainte de la désapprobation sociale associée à la tentative de suicide chez les hommes agit comme motivation pour compléter leur suicide, elle semble plus problématique. Tout d'abord, l'étude régulièrement citée par ces auteurs pour appuyer leur propos est peu concluante. Dans cette étude américaine réalisée auprès

de 201 étudiants universitaires (102 femmes et 99 hommes), White et Stillion (1988) demandent à leurs participants de lire dix vignettes racontant une situation fictive où une jeune personne vit un problème. Dans la moitié des vignettes, les jeunes suicidaires sont de sexe masculin et, dans l'autre, de sexe féminin. Pour un premier groupe de participants, il est mentionné à la fin de la vignette que le personnage a tenté de se suicider (condition suicidaire), alors que pour le deuxième groupe, les vignettes ne font aucunement allusion au suicide (condition non-suicidaire). Suite à leur lecture, les participants évaluent, sur une échelle de type Likert à 5 points, dans quelle mesure ils sont sympathiques et empathiques aux jeunes décrits dans les vignettes. Les résultats indiquent que les répondants masculins sont significativement moins sympathiques à l'égard des hommes qui ont fait une tentative de suicide qu'à l'endroit de ceux qui n'en ont pas fait ($M = 3,41$ et $M = 4,00$ respectivement). White et Stillion (1988) en concluent que *«les niveaux peu élevés de sympathie (des hommes) à l'endroit des hommes suicidaires semblent appuyer l'hypothèse que les hommes stigmatisent les autres hommes qui font des tentatives de suicide»* et que *«cette étude appuie l'idée que les attitudes masculines envers les hommes qui font des tentatives de suicide sont possiblement une variable importante dans leurs taux élevés de suicide»* (traduction libre, p. 364). Considérant le niveau moyen de sympathie (3,41 sur 5) que les hommes manifestent à l'égard de d'autres hommes qui tentent de se suicider, il apparaît excessif de conclure en une stigmatisation de cette catégorie d'individus. En outre, il est difficile de généraliser le niveau de sympathie manifesté à l'endroit d'un personnage fictif à l'attitude qui serait adoptée dans une situation réelle, d'autant plus que les participants à cette étude sont des étudiants en psychologie, donc possiblement plus sympathiques à la souffrance des autres que l'ensemble des jeunes du même âge. À notre connaissance, aucune étude n'a comparé les marques de sympathie réellement reçues par des hommes et des femmes qui ont fait une tentative de suicide de façon à déterminer s'il y a réelle stigmatisation des hommes présentant une telle conduite suicidaire.

Outre les importantes nuances à apporter à l'interprétation qui a été faite des résultats de White et Stillion (1988), le principal problème de l'hypothèse de Canetto et Sakinofsky (1998) est qu'elle semble contredite par les données épidémiologiques. En effet, si la crainte de la désapprobation sociale associée à la tentative de suicide chez les hommes jouait réellement un rôle déterminant dans les conduites suicidaires masculines, nous devrions retrouver très peu de tentatives de suicide chez les hommes comparativement au nombre de décès par suicide. Or, on observe dans la population des taux de tentatives de suicide jusqu'à dix fois plus élevés que les taux de suicide. Ainsi, au Québec, il y aurait à chaque année plus de 10 000 hommes qui dérogeraient à leur scénario culturel en faisant une tentative de suicide (Boyer et coll., 2000), alors qu'environ 1 500 s'y conformeraient en s'enlevant la vie.

Conclusion

En somme, les attitudes des hommes à l'égard du suicide semblent plus favorables que celles des femmes : ils sont plus nombreux à considérer qu'une personne a le droit de s'enlever la vie et ils évaluent d'une façon moins négative les décisions de s'enlever la vie prises par des personnages fictifs. Il apparaît également que, selon les normes sociales en vigueur en Amérique du Nord, il serait plus acceptable pour un homme que pour une femme de s'enlever la vie par suicide. En vertu du modèle de l'action raisonnée, l'ensemble de ces éléments suggèrent que la plus grande acceptabilité du suicide par les hommes et pour les hommes puisse contribuer à expliquer pourquoi ils se suicident davantage. Toutefois, la plupart des études ont été réalisées auprès d'étudiants universitaires de premier cycle en psychologie plutôt qu'auprès de personnes à risque élevé de suicide, ce qui limite considérablement la généralisation des résultats, tout comme l'utilisation de vignettes fictives. En outre, seulement deux études ont examiné d'une manière empirique le lien entre les attitudes à l'égard du suicide et les comportements suicidaires.

1.5.5 Demande d'aide et utilisation des ressources formelles

Une autre hypothèse fortement répandue dans les écrits sur le suicide des hommes suggère que leur réticence à demander de l'aide à leur famille, à leurs amis et aux professionnels de la santé contribue à l'aggravation de leurs problèmes psychologiques et, conséquemment, à leur plus forte incidence de suicide (Beautrais, 2002; Hawton, 1998; Moeller- Leimkuehler, 2002; Murphy, 1998).

De vastes enquêtes indiquent que les hommes utilisent moins les services de santé que les femmes. L'Enquête sociale et de santé 1998, réalisée au Québec auprès d'un échantillon représentatif de la population (n = 30 386), indique que la proportion de femmes qui ont consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête est significativement plus élevée que celle des hommes, soit 29% contre 21% (Fournier et Piché, 2000). Le taux de consultation des femmes est plus élevé, autant en ce qui concerne les médecins (17% contre 12%) que les autres professionnels (18% contre 13%). Une étude longitudinale qui a effectué le suivi d'un échantillon représentatif de la population américaine de 18 ans et plus (n = 13 400) sur une période d'un an, trouve que les femmes sont 2,6 fois plus susceptibles d'utiliser les services de santé mentale que les hommes (Gallo, Marino, Ford et Anthony, 1995). Ceci confirme les résultats d'une précédente enquête américaine réalisée auprès de 2 264 adultes de 21 ans et plus qui rapporte que les hommes sont proportionnellement moins nombreux (34% contre 66%) à demander de l'aide professionnelle lorsqu'ils composent avec des difficultés personnelles que les femmes (Veroff, 1981).

Des résultats plus mitigés sont cependant rapportés dans quelques études. Une enquête réalisée auprès de 3 221 Portoricains de milieu socio-économique défavorisé trouve que les hommes utilisent légèrement moins de ressources de santé que les femmes (9,8% contre 11,5%), mais que cette différence n'est pas statistiquement significative (Albizu-Garcia, Alegria, Freeman et Vera, 2001). L'étude longitudinale

de Leaf et Bruce (1987), réalisée auprès de 3 921 adultes américains, montre que, lorsqu'ils vivent des problèmes mentaux ou émotionnels, les hommes consultent moins les médecins généralistes que les femmes (4,4% contre 8,3%), mais qu'il n'y a pas de différence significative pour l'utilisation des ressources professionnelles en santé mentale (2,8% contre 3,6%).

Les hommes semblent également demander moins souvent de l'aide aux membres de leur entourage que les femmes. Deux études s'intéressent au soutien demandé par des étudiants à leurs collègues d'université dans un contexte de difficulté scolaire (Ashton et Fuehrer, 1993; Nadler, Maler et Friedman, 1984). Les participants à ces études doivent lire trois histoires fictives décrivant des situations où un étudiant est incapable de faire le travail que l'on attend de lui dans un cours, alors qu'un autre étudiant, l'aidant potentiel, a déjà accompli la tâche. Pour chacune des situations, ils doivent indiquer la probabilité qu'ils demanderaient de l'aide à cet étudiant sur une échelle de type Likert à 6 points où (1) signifie «*ne chercherait certainement pas d'aide*» et (6) «*chercherait certainement de l'aide*». L'inventaire du rôle de genre de Bem (*Bem Sex Role Inventory*; Bem, 1974) est également administré afin de comparer les étudiants typés sexuellement (hommes-masculins et femmes-féminines) des étudiants androgynes. La première étude, celle de Nadler, Maler et Friedman (1984) réalisée auprès de 211 étudiants universitaires israéliens, trouve que les hommes sont moins susceptibles de demander de l'aide que les femmes ($M = 27,51$ et $M = 28,58$ respectivement) et que les hommes-masculins sont moins susceptibles de demander de l'aide que les hommes-androgynes ($M = 27,15$ et $M = 29,61$, respectivement). La deuxième étude, celle d'Ashton et Fuehrer (1993), précise toutefois aux 260 étudiants universitaires américains qui y participent, quel est le type de soutien demandé, à savoir instrumental (un ami qui a les connaissances nécessaires pour aider) ou émotif (un ami qui est attentionné et qui écoute bien). Les résultats indiquent que les hommes sont moins susceptibles de demander de l'aide que les femmes, particulièrement lorsque cette aide est de nature émotive ($M = 9,42$

et $M = 12,27$, respectivement). En outre, ce sont les hommes-masculins qui manifestent la plus vive réticence à l'égard de la demande d'aide, et cette réticence est encore plus prononcée dans le cas du soutien émotif. Il est donc possible que le fait de recevoir du soutien social, et particulièrement du soutien émotif, soit considéré par les hommes, particulièrement ceux d'orientation masculine, comme inapproprié à leur genre (Ashton et Fuehrer, 1993). La question de l'orientation de genre est abordée plus en détail dans la section sur le rôle masculin et la valorisation de l'indépendance dans la résolution de problèmes (*voir* section 1.5.9.3).

Deux études suggèrent que les hommes ont davantage de difficulté à demander de l'aide à leur famille et à leurs amis qu'à des ressources professionnelles (Oliver, Reed, Katz et Haugh, 1999; Rickwood et Braithwaite, 1994). La première, réalisée auprès de 715 étudiants australiens en dernière année du secondaire (âge moyen de 17,4 ans), trouve que les filles sont plus susceptibles de demander de l'aide à leur réseau que les garçons et ce, même lorsqu'on contrôle statistiquement l'effet attribuable au niveau de symptomatologie (Rickwood et Braithwaite, 1994). Cette différence n'est cependant pas observée pour la demande d'aide psychologique professionnelle. La deuxième étude, réalisée auprès d'étudiants d'une université américaine, montre que les hommes ($n = 67$) parlent significativement moins de leurs problèmes à leur famille et à leurs amis que les femmes ($n = 181$), mais ne trouve aucune différence en ce qui concerne l'utilisation des ressources plus formelles comme les conseillers, les professeurs ou les membres du clergé (Oliver, Reed, Katz et Haugh, 1999).

Même lorsqu'ils pensent sérieusement au suicide, les hommes semblent utiliser moins les ressources d'aide que les femmes. Une étude, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population australienne de 18 ans et plus ($n = 10\ 641$), montre que les hommes qui rapportent avoir eu des idéations suicidaires ou avoir tenté de se suicider au cours des douze derniers mois sont deux fois moins

susceptibles d'utiliser les services de santé mentale que les femmes (Pirkis, Burgess, Meadows et Dunt, 2001). Une étude finlandaise va dans le même sens puisqu'elle révèle que, parmi un échantillon de 1 198 personnes qui ont fait une tentative de suicide, les hommes sont significativement moins nombreux à avoir reçu des services de santé professionnels suite à leur tentative de suicide (Suominen, Isometsä, Ostamo et Lönnqvist, 2002).

Des résultats allant à l'encontre des études précédentes sont toutefois obtenus dans une étude australienne réalisée auprès de 302 étudiants universitaires qui montre que la réticence plus grande des hommes à demander de l'aide ne s'observe que pour des problèmes non reliés au suicide, comme se sentir très anxieux ou déprimé ou avoir un problème personnel émotionnel (Deane, Wilson et Ciarrochi, 2001). Lorsqu'il est question de demander de l'aide pour des idéations suicidaires, il n'y a aucune différence entre les hommes et les femmes.

Peu d'études ont tenté de déterminer si les personnes qui se suicident ou qui tentent de le faire demandent moins d'aide que les personnes qui n'ont aucun comportement suicidaire. Cependant, celles qui l'ont fait suggèrent que le fait de ne pas demander de l'aide serait associé positivement au suicide et à la tentative de suicide, particulièrement chez les hommes. Tout d'abord, une étude canadienne comparant 148 personnes de 15 à 24 ans décédées par suicide à 206 personnes qui ont fait une tentative de suicide, trouve que les personnes qui se suicident sont plus souvent des hommes et demandent rarement de l'aide avant de poser leur geste suicidaire (Tiller et coll., 1998). Ainsi, alors que 86% des personnes décédées par suicide sont des hommes et que 88,5% des personnes qui se sont suicidés n'ont fait aucune démarche de recherche d'aide avant leur décès, 64% des personnes qui ont fait une tentative de suicide sont des femmes et 35% n'ont pas recherché d'aide avant leur tentative. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence car, dans le cas des suicides complétés, les informations sont obtenues de manière indirecte lors de

l'enquête du coroner. En outre, les chercheurs donnent peu de précisions quant au type d'aide investigué et à l'intervalle de temps considéré. Dans une autre étude réalisée en Grèce, Botsis et ses collaborateurs (1994) comparent les stratégies d'adaptation utilisées par 30 patients admis dans une unité psychiatrique suite à une tentative de suicide à celles utilisées par 30 patients psychiatriques non-suicidaires et trouvent que les patients qui ont fait une tentative de suicide utilisent significativement moins la recherche d'aide que les personnes qui n'en ont pas fait. La recherche d'aide n'est cependant pas corrélée de façon significative au risque suicidaire, tel que mesuré par l'Échelle de risque suicidaire (*Suicide Risk Scale* de Plutchik, van Praag et Conte, 1989).

Conclusion

Il semble assez bien établi que les hommes demandent moins d'aide que les femmes, et ce, tant au niveau formel qu'informel. Cependant, le lien entre ce recours moins fréquent aux ressources d'aide et les comportements suicidaires reste à éclaircir. Peu d'études ont comparé les comportements de recherche d'aide des hommes qui ont posé un geste suicidaire à ceux qui n'en ont pas fait. Les études qui ont effectué ce type de comparaison présentent d'importantes limites : les études portant sur les suicides complétés reposent sur des données obtenues d'une manière indirecte et ne nous renseignent pas sur la nature de l'aide réellement demandée, alors que les études portant sur les tentatives de suicide sont très limitées par la taille de leur échantillon, qui comprend d'ailleurs très peu de sujets masculins. Conséquemment, on ignore si les hommes qui s'enlèvent la vie ou qui tentent de le faire demandent moins d'aide que les hommes qui ne posent pas de comportements suicidaires et si, de ce fait, le recours moins fréquent à la demande d'aide représente un réel facteur de risque du suicide, tel que suggéré par de nombreux auteurs (Beautrais, 2002; Hawton, 1998; Moeller-Leimkuehler, 2002; Murphy, 1998).

1.5.6 Soutien social

En raison notamment de leur recours moins fréquent à la demande d'aide, il est possible que les hommes reçoivent moins de soutien de la part de leur entourage que les femmes et que ce manque de soutien puisse contribuer à expliquer, en partie du moins, leur plus forte incidence de suicide.

1.5.6.1 Soutien social et santé Le soutien social réfère aux diverses formes d'aide qui sont offertes par les membres de l'entourage d'un individu pour l'aider à faire face aux difficultés de la vie (Bozzini et Tessier, 1985). Dans la présente étude, l'aspect structurel du soutien social, c'est-à-dire le nombre de personnes faisant partie du réseau, est abordé dans la section sur l'intégration sociale (*voir* section 1.5.7.1). Le soutien social se limite donc ici à son aspect fonctionnel, c'est-à-dire aux différentes fonctions qu'il peut remplir dans le bien-être des individus. Selon Bozzini et Tessier (1985) le soutien social peut avoir quatre fonctions principales: a) *affective*: amour, réconfort, écoute, compréhension; b) *cognitive*: renseignements, conseils; c) *normative*: validation et approbation; et d) *matérielle*: initier des activités, rendre des services concrets.

Le soutien social a été abondamment étudié depuis le milieu des années 70, après que des études épidémiologiques aient suggéré qu'il puisse avoir des vertus immunitaires. Plus récemment, une vaste méta-analyse (Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996) montre que le soutien social est associé de manière significative à une meilleure santé cardio-vasculaire ainsi qu'à un système immunitaire plus vigoureux et que cette relation demeure après avoir exercé un contrôle statistique pour l'âge et les habitudes de vie. L'effet bénéfique du soutien social s'observe également sur la santé mentale. Sur la base des résultats de sept études longitudinales, Leavitt (1983) conclut qu'il existe un lien significatif, quoique faible, entre l'absence de soutien social et la présence de troubles mentaux.

Les mécanismes par lesquels le soutien social exerce son influence font toutefois l'objet de controverses. En effet, les connaissances actuelles ne permettent pas de déterminer avec certitude si le soutien social entraîne des effets bénéfiques indépendamment des stressors auxquels sont soumis les individus (effet principal) ou s'il n'est efficace que lors des moments de crise, en amortissant l'impact négatif des coups durs de la vie (effet tampon). Des évidences aussi nombreuses appuient chacune de ces hypothèses.

Par exemple, une vaste étude longitudinale réalisée en Angleterre auprès de 7 697 hommes et femmes de 35 à 55 ans montre qu'un faible soutien émotif est associé à un risque plus élevé de morbidité psychiatrique, mais qu'il n'y a aucune évidence d'un effet tampon du soutien social chez les personnes qui ont vécu des événements de vie difficiles (Stansfeld, Furher et Shipley, 1998). Il en est de même de l'étude québécoise de Smith et Tziner (1998) réalisée auprès de 401 infirmières qui montre que, indépendamment du stress vécu, le soutien social est associé positivement avec la satisfaction au travail ($r = 0,39$) et négativement avec une composante de l'épuisement professionnel (burn-out) : l'épuisement émotionnel ($r = - 0,25$). D'un autre côté, l'étude américaine de Caldwell et Bloom (1982) auprès de 150 personnes récemment séparées trouve que le soutien social n'a pas d'effet principal sur l'adaptation à la rupture conjugale, mais plutôt un effet tampon puisque la relation entre le stress et l'adaptation est plus importante lorsqu'il y a peu de support que lorsqu'il y en a beaucoup. Des résultats similaires sont obtenus dans une étude longitudinale réalisée en Norvège auprès de 501 personnes qui montre que le soutien social n'a pas d'effet principal, mais plutôt un effet tampon important dans le développement de la dépression suite à des événements de vie stressants (Dalgard, Bjork et Tambs, 1995). Dans cette étude, l'effet tampon du soutien social n'est toutefois observé que pour les personnes dont le lieu de contrôle est externe, c'est-à-dire des personnes qui sont sujettes à ressentir de l'impuissance face à l'adversité.

L'hypothèse la plus vraisemblable est que le soutien social a, à la fois, un effet principal général, et un effet tampon dans certaines circonstances stressantes. À cet égard, l'étude longitudinale de Ensel et Lin (1991) auprès de 683 adultes américains trouve que le soutien social a un effet direct sur les symptômes dépressifs et qu'en présence de stress, il contribue à diminuer la détresse vécue. Une autre étude réalisée au Canada auprès de quatre échantillons différents (293 nouvelles mamans, 65 mères en difficulté, 420 adultes qui ont des problèmes de surdité et 100 personnes psychotiques) montre que le soutien social a un effet principal significatif et que cet effet est plus important lors des situations stressantes (Turner, 1981).

Par ailleurs, des études plus approfondies suggèrent que la source du soutien social (i.e. la personne qui le donne) peut avoir un impact crucial sur la façon dont le soutien exercera son influence bénéfique. Ainsi, une étude longitudinale réalisée auprès de plus de 800 adultes américains montre que l'effet tampon du soutien social n'est observé que pour le soutien offert par des personnes très proches, dont principalement les conjoints (Lin, Woefeld et Light, 1985). Une autre étude effectuée en Suisse auprès de 141 adolescents en bonne santé physique et psychologique, montre que, dans les situations de tous les jours, ce sont à leurs amis que les jeunes demandent du soutien, alors que dans les situations d'urgence ce sont à leurs parents que les jeunes ont recours (Frey et Röthlisberger, 1996). Les chercheurs suggèrent donc que les amis offrent un soutien dont l'influence bénéfique est indépendante des stressseurs (effet principal), alors que les parents offrent plutôt un soutien qui amortit les effets négatifs des coups durs de la vie (effet tampon). L'étude américaine de Ladewig, McGee et Newell (1990) semble appuyer, en partie, cette hypothèse. Elle est réalisée auprès de 93 femmes de 20 à 48 ans, mariées et mères de jeunes enfants, et porte sur trois sortes de stressseurs : financier, conjugal et parental. Les résultats indiquent que le soutien de la famille (parents, fratrie) agit comme un amortisseur (effet tampon) pour toutes les formes de stress, alors que celui des amis est marginal et indépendant du stress vécu (effet principal). Quant au soutien du conjoint, il a, lui

aussi un effet bénéfique indépendamment du stress vécu, mais seulement dans les domaines financier et parental, ne s'avérant par définition d'aucune utilité en ce qui concerne le stress conjugal.

D'autre part, même si le soutien social semble entraîner des effets positifs sur la santé, il existe des réactions inadéquates (jugement, blâme, par exemple) de la part des sources de soutien qui provoquent plutôt des effets délétères. Ainsi, dans l'étude anglaise de Stansfeld, Furher et Shipley (1998) des niveaux élevés d'interactions négatives et de soutien inadéquat prédisent un plus grand risque de morbidité psychiatrique chez un échantillon composé de plus de 7 000 personnes de 35 à 55 ans. De même, Caron, Latimer et Tousignant (2002) montrent que, chez des personnes défavorisées sur le plan socio-économique, le fait d'avoir des personnes sources d'inconfort et de stress dans son réseau social est l'une des variables qui prédit le mieux la détresse psychologique.

Un autre sujet de controverse dans le domaine de l'étude du soutien social concerne les concepts de *soutien perçu* et de *soutien reçu*. Le *soutien perçu* réfère à la perception du sujet, qu'en cas de besoin, des personnes de son entourage lui offriront du soutien, alors que le *soutien reçu* réfère plutôt au soutien réellement offert lors des moments de crise. L'équipe de Brown et Harris (1986) est celle qui s'y est le plus intéressé.

Le soutien perçu est généralement associé à une meilleure santé physique et psychologique (Leavitt, 1983; Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996), mais l'est-il plus que le soutien reçu? Les données de l'enquête nationale américaine (n = 1 269), analysées par Wethington et Kessler (1986) semblent suggérer que oui, car elles montrent que le soutien perçu est un meilleur prédicteur de l'adaptation aux événements de vie stressants que le soutien reçu. Les résultats de Brown et ses collaborateurs (1986) vont toutefois à l'encontre de cette conclusion. En effet, à partir du suivi de 400 femmes durant une période de deux ans, Brown et ses

collaborateurs (1986) montrent que ce sont celles qui percevaient un bon soutien de la part de leur conjoint avant la venue d'un événement critique mais qui n'ont pas reçu le soutien auquel elles s'attendaient suite à l'événement qui sont les plus nombreuses à avoir développé une dépression (40%), comparativement à 25% de celles qui ne percevaient pas de bon soutien avant et qui n'en ont pas reçu. L'absence de consensus sur cette question indique l'importance de conduire d'autres études afin de départager ces deux formes de soutien social.

En somme, les résultats des nombreuses études réalisées sur le soutien social tendent à démontrer d'une façon assez claire que celui-ci a une influence positive sur la santé mentale et physique des personnes qui en bénéficient. Toutefois, les mécanismes par lesquels le soutien social exerce cette influence bénéfique et protectrice sont mal connus. Par exemple, sur la base des études disponibles, il est impossible de trancher en faveur de l'effet principal ou de l'effet tampon, tout comme il est malaisé de conclure en la primauté du soutien perçu sur le soutien reçu. En outre, l'étude du soutien social se complexifie selon les types de soutien offert et les sources du soutien. Pour bien comprendre le rôle protecteur que peut jouer le soutien social dans les comportements suicidaires, il convient de porter une attention particulière à ces deux derniers éléments.

1.5.6.2 Soutien social et comportements suicidaires Plusieurs études suggèrent que le soutien social, particulièrement celui de la famille, constitue un facteur de protection des comportements suicidaires. Dans une étude américaine comparant des hommes alcooliques décédés par suicide ($n = 67$) à des hommes alcooliques vivants ($n = 106$), Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy (1992) constatent que 75% des alcooliques qui se sont suicidés n'avaient personne dans leur entourage pour leur donner du soutien, comparativement à 26% des alcooliques vivants. Dans une autre étude auprès de 652 adolescents suédois et 654 adolescents turques, Eskin (1995) trouve que la perception d'un faible soutien familial est associée significativement

aux tentatives de suicide antérieures pour les deux groupes d'adolescents ($r = - 0,15$ et $r = - 0,22$, $p < 0,001$). Il n'y a cependant pas de relation entre les tentatives de suicide antérieures et le soutien offert par les amis. L'étude de Lewinsohn, Rohde et Seeley (1993) trouve des résultats qui vont dans le même sens et montre que, chez des adolescents américains de 14 à 18 ans ($n = 1\ 710$), le soutien perçu de la famille est une variable associée négativement aux tentatives de suicide, même lorsqu'on effectue un contrôle statistique du niveau de dépression, alors que ce n'est pas le cas du soutien perçu des amis. De même, Veiel, Brill, Häfner et Welz (1988) rapportent que, comparativement à 82 sujets témoins, les 101 sujets admis à l'urgence d'un hôpital allemand suite à une tentative de suicide identifient significativement moins de membres de leur famille auxquels ils peuvent se confier ou demander de l'aide dans les moments de crise. Aucune différence n'est rapportée quant au nombre d'amis pouvant offrir du soutien. Enfin, la vaste étude européenne réalisée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé ($n = 1\ 117$) trouve que les personnes qui font des tentatives de suicide rapportent avoir davantage besoin de soutien de leur famille que de leurs amis (Bille-Brahe et coll., 1999).

Ces études suggèrent que le soutien de la famille est un facteur déterminant pour la prévention des tentatives de suicide. Il semble que ce soit également le cas pour les idéations suicidaires. L'étude de Kandel, Raveis et Davies (1991) auprès de 593 étudiants américains de niveau secondaire trouve que, comparativement aux jeunes qui n'ont pas d'idéations suicidaires, les jeunes qui ont pensé au suicide, sont moins proches de leurs parents, particulièrement de leurs mères, et estiment davantage que leurs amis les comprennent mieux que leurs parents. L'étude américaine de Rudd (1990) auprès de 737 étudiants universitaires montre que ceux qui perçoivent un niveau de soutien élevé de leurs amis tout en percevant un faible niveau de soutien de leur famille rapportent des idéations suicidaires plus intenses en période de stress. Enfin, l'étude néerlandaise de De Wilde, Kienhorst, Diekstra et Wolters (1994) trouve que, comparativement aux adolescents les moins à risque de suicide, ceux qui

ont un risque élevé perçoivent moins de soutien de la part de leur famille et plus de soutien de la part de relations extra-familiales.

Le soutien social semble avoir un effet, à la fois principal et tampon sur les idéations suicidaires. L'étude américaine de Schutt, Meschede et Rierdan (1994) réalisée auprès de 218 itinérants adultes montre que les personnes qui perçoivent du soutien dans leur entourage sont moins en détresse et moins suicidaires que celles qui estiment manquer de soutien et que le soutien social interagit avec la détresse: les individus qui rapportent vivre de la détresse psychologique et qui perçoivent des niveaux élevés de soutien social sont moins susceptibles d'avoir des idéations suicidaires que ceux qui vivent de la détresse et bénéficient de moins de soutien. Dans la même veine, l'étude de Hovey (1999) auprès de 104 immigrants mexicains montre que le soutien social est un bon prédicteur des idéations suicidaires et qu'il interagit avec la dépression pour expliquer les idéations suicidaires: les sujets déprimés qui disent manquer de soutien social rapportent significativement plus d'idéations suicidaires que les personnes déprimées qui estiment avoir un soutien adéquat. Enfin, l'étude américaine de Clum et Febbraro (1994) auprès de 59 étudiants universitaires qui ont des idéations suicidaires indique que les personnes soumises à des niveaux élevés de stress et qui ont un faible niveau de soutien social sont sujettes à des niveaux plus sévères d'idéations suicidaires.

Trois études ne rapportent aucune association entre le soutien social et les comportements suicidaires. Mullis et Byers (1987) trouvent que le soutien perçu n'est pas associé à l'idéation et à la tentative de suicide chez 52 patients psychiatriques américains, alors que Reifman et Windle (1995) montrent que la perception du soutien social ne permet pas de prédire les comportements suicidaires chez un échantillon de 981 étudiants américains de niveau secondaire. L'étude québécoise de Tousignant et Hanigan (1993), qui est la seule à notre connaissance à avoir porté sur le soutien reçu, trouve que les adolescents suicidaires (n = 24) et non-

suicidaires ($n = 24$) sont comparables quant au nombre de confidents et au soutien reçu suite à une perte. Toutefois, les adolescents suicidaires nomment significativement moins de personnes dans leur réseau familial et ont plus de conflits avec ce réseau que les adolescents non-suicidaires, alors qu'il n'y a pas de différence concernant le réseau extérieur à la famille. Enfin, des résultats mitigés sont rapportés par une quatrième étude (Kotler et coll., 1993): le soutien social ne permet pas de distinguer parmi un échantillon de 90 sujets, ceux qui ont fait une tentative de suicide de ceux qui n'en ont pas fait, mais il est toutefois associé négativement au risque de suicide ($r = 0,30$, $p > 0,05$), tel que mesuré par l'échelle de risque suicidaire (*Suicide Risk Scale*; Plutchik, van Praag et Conte, 1989).

La présence de conflits ou de soutien négatif est associée aux comportements suicidaires dans une étude néo-zélandaise (Smith et Anderson, 2000) comparant un groupe de 50 jeunes de 13 à 17 ans qui ont fait une tentative de suicide à un groupe de 50 jeunes du même âge qui ont des idéations. L'étude montre que les adolescents qui ont tenté de s'enlever la vie sont proportionnellement plus nombreux à avoir reçu du soutien négatif entraînant des conséquences psychologiques modérées à élevées que les jeunes qui ont pensé au suicide.

En somme, les études recensées suggèrent que le soutien social, particulièrement celui offert par la famille, exerce un rôle protecteur à l'égard des idéations suicidaires et des tentatives de suicide. Il est possible que les hommes reçoivent moins de soutien social que les femmes et que cela puisse contribuer à expliquer, en partie du moins, pourquoi ils se suicident davantage.

1.5.6.3 Soutien social et différence de genre Les hommes perçoivent une moins grande disponibilité de soutien social que les femmes, particulièrement en ce qui concerne le soutien émotif. L'Enquête sociale et de santé du Québec indique, à cet effet, qu'une plus grande proportion d'hommes que de femmes se classent au niveau faible de l'indice de soutien social (23% contre 17%), lequel est mesuré par trois

éléments distincts : la participation sociale, la taille du réseau de soutien et la satisfaction quant aux rapports sociaux (Julien, Julien et Lafontaine, 2000). En outre, environ deux fois plus d'hommes que de femmes rapportent n'avoir aucun confident (14% contre 8%) ni personne pour leur témoigner de l'affection (6% contre 2,7%).

Des résultats similaires sont obtenus par Turner (1994) auprès de 850 adultes américains : les hommes rapportent recevoir moins de soutien que les femmes et avoir des contacts moins fréquents avec leurs amis et leur famille. Ils sont également deux fois plus nombreux que les femmes à n'avoir personne à qui se confier ou, lorsqu'ils en ont, à n'avoir qu'un seul confident. Cette étude indique aussi que les hommes dévoilent moins leurs sentiments et sont moins impliqués émotionnellement avec les autres que les femmes.

Une autre étude, réalisée aux Etats-Unis par Stokes et Wilson (1984), montre que les étudiants universitaires masculins (n = 97) rapportent recevoir moins de soutien émotif que les étudiantes (n = 82), bien qu'il n'y ait pas de différence de genre dans le niveau total de soutien social reçu, tel que mesuré par l'Inventaire des comportements sociaux supportants (*Inventory of socially supportive behaviors*; Barrera, Sandler et Ramsay, 1981). Burda, Vaux et Schill (1984), dans leur étude auprès de 133 étudiants universitaires américains, trouvent que les hommes rapportent recevoir significativement moins de soutien émotif que les femmes, sans qu'il n'y ait de différence pour les autres formes de soutien, et qu'ils se sentent également moins bien soutenus par leur famille et leurs amis. Enfin, l'étude américaine d'Olson et Schulz (1994) auprès de 304 étudiants universitaires et 301 travailleurs montre que les hommes perçoivent significativement moins de soutien émotif que les femmes.

Le rôle déterminant de la conjointe comme source de soutien chez les hommes est soulignée dans quelques études. Notamment, Antonucci et Akimaya (1987) montrent, dans leur étude auprès de 380 personnes âgées de 50 à 95 ans, que les

hommes se tournent principalement vers leur conjointe pour obtenir du soutien alors que les femmes font plutôt appel à leurs amies. Dans la même perspective, Turner (1994) montre que les hommes sont plus nombreux à mentionner leur conjointe comme confidente que les femmes. Considérant la fréquence des séparations amoureuses dans les semaines précédant les décès par suicide, on peut penser que la perte de la conjointe chez les hommes s'accompagne également de la perte de la principale source de soutien émotif. Cette perte de soutien pourrait jouer un rôle important dans la prévalence plus élevée des décès par suicide chez les hommes. Aucune étude n'a encore examiné cette question.

Deux études examinant la relation entre soutien social et santé mentale suggèrent également que le soutien d'un confident serait particulièrement crucial pour les hommes. Ainsi, l'étude de Stansfeld, Furher et Shipley (1998) réalisée en Angleterre auprès de plus de 7 000 personnes trouve que le soutien émotif procuré par un confident a un effet positif sur la santé mentale des hommes, mais pas sur celle des femmes. Aussi, une étude américaine auprès de 104 personnes divorcées (Gerstel, 1988) montre que suite au divorce, les hommes qui utilisent un membre de leur famille comme confident sont plus déprimés que les autres et que le soutien de la famille agit comme un tampon contre la dépression chez les femmes, mais pas chez les hommes. Ces résultats s'expliquent possiblement par le fait que, pour les hommes, la perte de leur conjointe signifie également la perte de leur principale confidente, et que le fait de se confier à leur famille révèle l'absence de d'autres sources de soutien émotif.

Parmi l'ensemble des études s'étant intéressées au lien entre soutien social et comportements suicidaires, seulement deux d'entre elles ont considéré la question des différences de genre. La première, réalisée par Mazza et Reynolds (1998) auprès de 374 étudiants canadiens de niveau secondaire, trouve que le soutien social n'est pas associé à la présence d'idéations suicidaires un an plus tard chez les garçons,

mais seulement chez les filles. La deuxième étude observe une corrélation négative entre le soutien social et le désespoir significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, parmi un échantillon de 305 étudiants universitaires américains (Whatley et Clopton, 1992). Les résultats de ces deux études suggèrent que le manque de soutien social aurait moins d'importance pour les hommes que pour les femmes. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence car ils présentent d'importantes limites, tant au niveau de l'échantillon, exclusivement composé d'étudiants, que de la faible sévérité des indices de suicidalité, à savoir l'idéation et le désespoir. Il est nécessaire d'examiner les différences de genre auprès d'échantillons plus représentatifs, comprenant notamment des personnes qui ont fait une tentative de suicide ou qui se sont suicidées, avant de pouvoir conclure que le soutien social a une moindre importance pour les hommes que pour les femmes.

Conclusion

Le soutien social, particulièrement celui de la famille, semble contribuer à la prévention des troubles psychologiques et des comportements suicidaires. Plusieurs études suggèrent que les hommes bénéficieraient de moins de soutien que les femmes, particulièrement dans sa forme émotive. Il est par conséquent possible que la disponibilité moins grande de soutien émotif observée chez les hommes contribue à accroître leur incidence de suicide. Afin de mieux comprendre la relation complexe entre le soutien social et les comportements suicidaires chez les hommes, il apparaît toutefois essentiel de conduire des études qui tiennent compte à la fois des différentes formes de soutien et des différentes sources de soutien.

1.5.7 Intégration sociale

Selon Durkheim (1897), le manque d'intégration sociale serait à l'origine des taux de suicide élevés que l'on retrouve dans certaines sociétés. Traditionnellement, l'intégration sociale se mesurait à l'échelle des communautés, par les taux de

divorce, de mariage, de naissance et de chômage. Les indicateurs d'intégration sociale se sont par la suite déplacés sur un plan plus individuel, en considérant l'état matrimonial, le statut de parent et de travailleur, de même que le mode de vie (vivre seul ou non) des individus.

Certaines recherches suggèrent que les hommes sont moins bien intégrés socialement que les femmes et souffrent davantage de leur manque d'intégration. Il est possible que cette faiblesse au niveau de l'intégration sociale puisse contribuer à expliquer leur plus forte incidence de suicide. La section qui suit fait état des connaissances actuelles relatives aux indices d'intégration sociale suivants : a) avoir un réseau social; b) vivre seul; c) avoir un conjoint; d) avoir un enfant; et e) avoir un emploi.

1.5.7.1 Avoir un réseau social Les personnes suicidaires semblent disposer d'un réseau plus restreint de personnes significatives que les personnes non suicidaires. Ainsi, l'étude australienne de Hart et Williams (1987) compare 50 personnes qui ont fait une tentative de suicide à 50 sujets témoins comparables au plan de l'âge, du sexe, de la classe sociale, du statut d'emploi et de l'état civil et trouve que les personnes qui ont fait une tentative de suicide ont un réseau social significativement moins étendu que celui du groupe témoin.

Le nombre d'amis dans le réseau social apparaît comme une variable cruciale. Appleby, Cooper, Amos et Faragher (1999) comparent, dans une étude réalisée en Angleterre, 84 personnes de moins de 35 ans qui se sont suicidées (ou dont le verdict du coroner est ouvert) à 64 personnes vivantes comparables au niveau de l'âge et du sexe, et trouvent que les sujets décédés par suicide sont significativement plus nombreux à n'avoir aucun ami (22% contre 5%). L'étude par autopsie psychologique de Maris (1981) trouve que près de la moitié (49%) des 266 adultes décédés par suicide n'avait aucun ami dans l'année précédant leur décès, comparativement à 33% des adultes décédés de mort naturelle (n = 71). En outre, les personnes qui se sont suicidées avaient deux fois moins d'amis que les personnes mortes naturellement.

Des résultats similaires sont obtenus dans une vaste étude suédoise (Allebeck et Allgulander, 1990) qui a suivi pendant 13 ans un échantillon de plus de 50 000 jeunes hommes âgés de 18 à 20 ans qui avaient été évalués au moment où ils débutaient leur service militaire obligatoire. L'évaluation comprenait un questionnaire dans lequel les répondants devaient, notamment, indiquer leur nombre d'amis. Les chercheurs ont ensuite répertorié tous les décès survenus au cours de la période de suivi, identifiant 683 personnes décédées dont 247 par suicide. L'étude trouve une relation forte et indépendante entre l'absence d'amis et le suicide : le risque de décès par suicide étant trois fois plus élevé chez les jeunes hommes rapportant n'avoir aucun ami. Enfin, l'étude allemande de Veiel, Brill, Hafner et Welz (1988) trouve que, comparativement aux sujets témoins similaires au plan de l'âge, du sexe et du niveau socio-économique ($n = 87$), les personnes qui ont fait une tentative de suicide ($n = 101$) ont un réseau social significativement moins étendu, particulièrement en ce qui concerne le nombre de personnes extérieures à la famille (amis, connaissances). La taille du réseau extérieur à la famille est la variable qui permet le mieux de distinguer les personnes qui ont fait une tentative de suicide de celles qui n'en ont pas fait ($F = 56, p < 0,001$). Sur la base de ces résultats, les chercheurs concluent que le nombre et la variété des contacts sociaux des personnes qui font des tentatives de suicide sont plus limités. Selon eux, plus une personne a d'amis, plus elle est susceptible d'avoir des contacts sociaux quotidiens et agréables qui lui procurent un sentiment d'intégration sociale et une joie de vivre protégeant du suicide.

L'importance des amis comme facteur de protection des comportements suicidaires n'est toutefois pas observée dans l'étude de Tousignant et Hanigan (1993) qui trouve plutôt que les suicidaires ($n = 24$) ont moins de membres de la famille dans leur réseau, mais autant d'amis. Ce résultat contradictoire pourrait possiblement être attribuable à l'âge des participants ou à la taille réduite de l'échantillon. D'autres études sont nécessaires afin de déterminer avec plus de certitude quelle est la

caractéristique du réseau social qui exerce l'influence la plus déterminante sur la conduite suicidaire.

Les hommes semblent posséder, en général, un réseau social moins étendu que celui des femmes. L'étude de Pugliesi et Shook (1998) réalisée auprès de 2 264 Américains de 21 ans et plus montre que les hommes ont significativement moins de personnes dans leur réseau que les femmes, quoique cette différence soit petite (4,72 contre 5,03). Des résultats similaires sont obtenus auprès de 718 personnes âgées de 50 ans et plus (Antonucci et Akiyama, 1987) de même qu'auprès de 133 étudiants universitaires de 15 à 20 ans (Burda, Vaux et Schill, 1984). Dans cette dernière étude, Burda, Vaux et Schill (1984) trouvent que les femmes ont, en moyenne, cinq personnes de plus que les hommes dans leur réseau (24,2 contre 19,0). Une différence moins prononcée, bien que statistiquement significative, est observée chez les participants à l'étude d'Antonucci et Akiyama (1987) où les hommes ont en moyenne une personne de moins dans leur réseau que les femmes (8,62 et 9,90 respectivement). L'enquête sociale générale réalisée en 1985 aux États-Unis auprès d'un échantillon représentatif de la population ne trouve cependant aucune différence significative dans l'étendue du réseau social des hommes et des femmes (Moore, 1990). Il en est de même de l'étude de Turner (1994) auprès de 850 américains dont l'âge moyen est de 60 ans.

Des résultats plus consensuels semblent indiquer que les hommes ont un réseau familial plus restreint que celui des femmes. Ainsi, l'enquête sociale générale réalisée aux États-Unis en 1985 montre que, bien que le réseau social des hommes ne soit pas moins étendu que celui des femmes, il contient significativement moins de membres de la famille (Moore, 1990). De même, l'étude de Stokes et Wilson (1984) auprès de 179 étudiants universitaires américains trouve que les hommes rapportent une proportion significativement moins grande de membres de leur famille dans leur réseau que les femmes (35% contre 42%). Enfin, l'étude américaine de Fischer et

Oliker (1983) auprès de 1 050 adultes montre que les femmes ont en moyenne un membre de leur famille de plus dans leur réseau que les hommes.

Il existe également un consensus à l'effet que les hommes fréquentent moins souvent les membres de leur réseau que les femmes. Ainsi, l'étude de Pugliesi et Shook (1998) révèle des interactions moins fréquentes avec les membres du réseau chez les hommes que chez les femmes. Turner (1994) trouve la même différence dans son étude auprès de 850 personnes. Il en est de même de l'enquête Santé Québec (Camirand, Massé et Tousignant, 1995) et de la vaste étude américaine de Veroff (1981) qui montrent que les hommes parlent significativement moins souvent à leurs amis que les femmes.

En somme, sur la base des études recensées, le fait d'être entouré d'un réseau de personnes significatives semble protéger du suicide. On ignore cependant si ce sont les interactions sociales positives que le réseau procure qui sont à l'origine de son effet protecteur ou plutôt le soutien social qui en découle. En d'autres mots, il est impossible de départager les effets bénéfiques relatifs à la taille ou à la structure du réseau social des effets bénéfiques attribuables au soutien social en tant que tel. Par ailleurs, il est possible que la plus forte incidence de suicide chez les hommes puisse s'expliquer, en partie, par la dimension plus restreinte de leur réseau social, particulièrement en ce qui concerne sa dimension familiale, ainsi que par la fréquence moins élevée de leurs rencontres sociales. Privés des effets bénéfiques attribués à l'intégration dans un réseau social, les hommes seraient plus vulnérables au suicide.

1.5.7.2 Vivre seul. Vivre seul est un indice de manque d'intégration sociale associé dans plusieurs études à un risque accru de décès par suicide. Deux études longitudinales indiquent, en effet, que les personnes qui vivent seules sont deux fois plus à risque de se suicider que celles qui vivent avec une autre personne (Johansson, Sundquist, Johansson et Bergman, 1997; Nordentoft et coll., 1993). Les résultats de

quatre autopsies psychologiques vont dans le même sens. Ainsi, Barraclough et Pallis (1975) montrent que 42% des personnes dépressives qui se sont suicidées vivaient seules au moment de leur décès, comparativement à 7% des personnes dépressives du groupe témoin. Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy (1992) comparent 67 hommes alcooliques qui se sont suicidés à 106 hommes alcooliques vivants et trouvent que 45% de ceux qui se sont suicidés vivaient seuls, en comparaison à 17% des sujets vivants. Aussi, Heikkinen et ses collaborateurs (1995) rapportent que le fait de vivre seul est deux fois plus fréquent chez les 1 155 personnes décédées par suicide qu'ils ont étudiés en Finlande que dans la population générale finlandaise. Finalement, l'étude américaine d'Appleby, Cooper, Amos et Faragher (1999) indique que 42% des personnes qui se sont suicidées vivaient seuls ou avec des étrangers, comparativement à 8% des sujets témoins de la communauté, et que le fait de vivre seul est associé à un risque huit fois plus élevé de suicide.

Il est toutefois possible que ce soit davantage le manque de relations intimes, souvent sous-jacent au fait de vivre seul, plutôt que le fait de vivre seul à proprement dit qui soit associé au suicide (Saint-Laurent et Tennina, 2000). Les résultats rapportés par Heikkinen et ses collaborateurs (1995) vont dans ce sens. Ils montrent, en effet, que la moitié des hommes décédés par suicide qui vivaient seuls au moment de leur décès avaient vécu une perte récente (souvent un divorce ou une séparation) qui les avait contraint à adopter ce mode de vie solitaire.

Selon les données de l'Enquête sociale et de santé 1998, les hommes sont plus nombreux à se dire malheureux de vivre seul que les femmes (Julien, Julien et Lafontaine, 2000). Cependant, le fait de vivre seul ne semble pas contribuer davantage au suicide des hommes que des femmes, comme en font foi les résultats de deux études auprès de personnes décédées par suicide. La première, celle de Saint-Laurent et Tennina (2000) montre que les hommes décédés par suicide sont légèrement plus nombreux que les femmes décédées par suicide à avoir vécu seuls,

mais que cette différence n'est pas statistiquement significative. La deuxième indique que, dans l'ensemble, ce sont les femmes décédées par suicide qui sont plus nombreuses à avoir vécu seules que les hommes (33,5% contre 26,3%) (Heikkinen et coll., 1995).

À l'examen de ces études, on comprend mal de quelle façon le fait de vivre seul accroît le risque de suicide. Il est possible que ce soit l'effet de la solitude et de l'isolement qui l'accompagne, certes, mais il est aussi possible que le véritable risque réside dans les raisons qui ont conduit la personne à vivre seule, lesquelles sont rarement documentées dans les études. On peut en effet penser que, pour beaucoup de personnes qui s'enlèvent la vie par suicide, le fait de vivre seul ne résulte pas d'un choix éclairé, mais d'une contrainte imposée par l'entourage, incapable de composer plus longtemps avec les problèmes psychologiques et comportementaux de la personne (agressivité, alcoolisme, jeu compulsif, par exemple). Ces troubles expliqueraient alors davantage le suicide que le simple fait de vivre seul. Les connaissances actuelles ne permettent pas de valider cette hypothèse, mais elles suggèrent que le fait de vivre seul n'a pas un potentiel explicatif très élevé de la plus forte incidence de suicide chez les hommes.

1.5.7.3 Avoir un conjoint. Les personnes qui se suicident sont nombreuses à ne pas avoir de conjoint au moment de leur décès. Saint-Laurent et Tennina (2000) trouvent près de deux fois plus de célibataires chez les personnes décédées par suicide que dans la population générale (43,6% contre 24%). En Finlande, Heikkinen et ses collaborateurs (1995) comparent les caractéristiques socio-démographiques de 1 067 personnes qui se sont suicidées avec celles de la population en générale et montrent que les personnes décédées par suicide sont significativement plus nombreuses à n'avoir jamais été mariées ou à être divorcées ou veuves. Chez les hommes, la différence la plus marquée est relative au divorce : on retrouve deux fois plus de

divorcés chez les hommes décédés par suicide que dans la population générale (13,2% contre 6,4%).

Kposowa, Breault et Singh (1995) obtiennent des résultats qui appuient l'association entre divorce et suicide, sans trouver cependant de relation entre suicide, célibat et veuvage. En utilisant les données de l'étude longitudinale sur la mortalité 1979-1985 réalisée aux États-Unis, ces chercheurs montrent que, lorsqu'on contrôle statistiquement pour l'effet de l'âge, du niveau d'éducation, du revenu et du lieu de résidence, le statut de célibataire ou de veuf n'est pas significativement associé au suicide chez les hommes blancs, alors que celui de divorcé ou de séparé l'est : comparativement aux hommes mariés, ceux qui sont divorcés ou séparés ont un risque 136% plus élevé de suicide.

Le divorce semble particulièrement associé au suicide, bien qu'il soit impossible de parler d'un lien causal en raison des méthodologies utilisées dans les études. Les taux de divorce et les taux de suicide sont fortement corrélés dans plusieurs pays, dont le Canada (1950-1990; Leenaars et Lester, 1999; 1950-1982; Trovato, 1987), le Danemark (1951-1980; Stack, 1990) et les États-Unis (Lester, 1986). En outre, l'étude de Smith, Mercy et Conn (1988), qui a analysé l'ensemble des 80 000 décès par suicide survenus aux États-Unis entre 1979 et 1981, indique que les personnes divorcées et les personnes veuves ont trois fois plus de risque de se suicider que les personnes mariées.

Le lien entre l'état civil et les comportements suicidaires est également observé pour les tentatives de suicide. Ainsi, à partir des données d'une vaste étude épidémiologique américaine réalisée auprès de 13 673 personnes, Petronis et ses collaborateurs (1990) montrent que le risque de faire une tentative de suicide est onze fois plus élevé chez les personnes divorcées ou séparées que chez les autres catégories d'état civil. De même, van Heeringen (1994) compare 508 patients de 15 ans et plus qui ont fait une tentative de suicide à 1 608 personnes ayant fait partie du

recensement de la ville et trouve que le risque de tentative de suicide est 3,6 fois plus élevé pour les personnes jamais mariées ou divorcées comparativement aux personnes mariées ou veuves.

Le lien observé entre le divorce ou le célibat et le suicide peut s'expliquer de différentes façons. Il est possible que les personnes célibataires ou divorcées se suicident davantage que les personnes mariées parce qu'elles présentent des caractéristiques qui les éloignent du mariage et les prédisposent, en même temps, au suicide. Par exemple, il est possible que des troubles mentaux ou des problèmes de comportement expliquent le fait que ces personnes ne se sont jamais mariées ou qu'elles ont divorcées tout en constituant des facteurs de risque associés au suicide. D'autre part, il est possible que le mariage soit une source d'intégration sociale, en permettant à la personne d'assumer un rôle important. Enfin, il est également possible que ce soit le soutien social prodigué par la relation avec le conjoint qui soit à l'origine de l'effet protecteur du mariage sur le suicide. Les connaissances actuelles ne nous permettent pas de trancher en faveur de l'une ou l'autre de ces hypothèses.

Quelques études suggèrent que les hommes sont particulièrement dépendants de leur conjointe pour la satisfaction de leurs besoins émotifs et le maintien de leur réseau social familial (Antonucci et Akimaya, 1987; Turner, 1994). L'absence de conjointe se traduit pour beaucoup d'entre eux par une absence de confident et un manque de soutien. Ceci expliquerait que les hommes privés de conjointe (i.e. célibataires, séparés ou divorcés) seraient plus vulnérables et afficheraient des taux de mortalité significativement plus élevés que les femmes (Gove, 1973; Hemström, 1996; Hu et Goldman, 1990). Ceci pourrait aussi expliquer que l'association entre les taux de suicide et les taux de divorce soit plus prononcée chez les hommes que chez les femmes dans de nombreux pays (Lester, 1994; Preti et Miotto, 1999).

En somme, les études suggèrent que l'absence de conjoint contribue à accroître le risque de suicide, particulièrement chez les hommes. Cependant, ces études ne

permettent pas de savoir ce qui, dans le fait d'avoir un conjoint, protège du suicide. Il est possible que ce soit l'effet du soutien social, du sentiment amoureux, de la sécurité financière ou de la stabilité. Il demeure également possible que l'effet protecteur du mariage soit un artefact : les personnes mariées seraient des personnes en meilleure santé psychologique que les personnes célibataires, séparées ou divorcées et, par conséquent, moins à risque de suicide. Enfin, aucune étude n'a examiné l'intervalle temporel entre la perte du conjoint et le décès par suicide. Cela s'avère pourtant crucial afin de mieux comprendre cette relation. Par exemple, si la perte du conjoint s'est produite dans les semaines précédant la mort par suicide, il est probable qu'elle ait précipité la crise suicidaire et le passage à l'acte. Toutefois, lorsque la séparation précède le décès de plusieurs mois ou années, l'absence de conjoint devient une variable plus distale dans l'explication du geste.

1.5.7.4 Avoir un enfant. Être parent est généralement considéré comme un facteur de protection du suicide : des taux de suicide plus élevés sont observés chez les personnes sans enfant (Danigelis et Pope, 1979) et la présence d'enfants dans le foyer est associée à des taux de mortalité moins élevés (Hemström, 1996). Une étude longitudinale réalisée auprès de près de 990 000 femmes indique que le risque de suicide est significativement plus élevé chez les femmes sans enfant (Hoyer & Lund, 1993). Enfin, des autopsies psychologiques réalisées par Heikkinen, Aro et Lönnqvist (1994) auprès de 1 067 personnes décédées par suicide révèlent qu'une proportion importante d'entre eux n'avaient pas d'enfant et que cette situation prévaut davantage pour les hommes que pour les femmes (46% contre 31%).

Hormis ces quelques études se sont limitées à vérifier si la personne qui s'est enlevé la vie avait ou non des enfants, une seule s'est penchée un peu plus en détail sur la relation parent-enfant en lien avec le suicide. Cette étude par autopsie psychologique réalisée par Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki (2002) auprès de 70 hommes décédés par suicide, dont 28 (40%) avaient des enfants, trouve que la majorité (71%)

des pères avait vécu un événement négatif grave impliquant ses enfants dans les douze mois précédant le décès, événement attribuable généralement au comportement déviant du père à l'égard de l'enfant ou de la conjointe. En outre, il s'agissait le plus souvent de l'événement déclencheur s'étant produit quelques jours avant le suicide.

Ces résultats suggèrent que le rôle de parent, ou plutôt l'incapacité à l'assumer pleinement, pourrait avoir une incidence sur la vulnérabilité au suicide. Les hommes étant plus souvent que les femmes coupés du contact quotidien avec leurs enfants suite aux ruptures conjugales, il est possible que ce facteur puisse contribuer à expliquer pourquoi les hommes se suicident davantage que les femmes. On peut en effet penser que le fait de vivre avec des enfants, particulièrement s'ils sont en bas âge, puisse protéger du suicide. Or, les hommes sont beaucoup plus rarement à la tête d'une famille monoparentale que les femmes, et lorsqu'ils le sont, les enfants sont généralement plus âgés et représentent une charge moins exigeante que dans le cas des familles monoparentales dirigées par des femmes (Létourneau et coll., 2000).

Les jugements de la cour privilégient presque toujours la mère au père dans les cas de garde d'enfants : *«dans 70,1% des cas de divorce et 84,5% des cas de rupture d'union, la garde des enfants est confiée exclusivement à la mère»* (Tremblay, 2002, cité dans Rondeau et coll., 2004). Selon un récent rapport sur la réalité des hommes québécois (Rondeau et coll., 2004), cette situation serait notamment attribuable à un accès inéquitable aux ressources de l'aide juridique entre les hommes et les femmes. On peut penser également que les tribunaux accordent plus volontiers la garde exclusive des enfants à la mère car, aujourd'hui encore, la mère est considérée comme la principale responsable du bien-être des enfants, alors que le père se voit attribuer un rôle plutôt complémentaire voire secondaire à la mère. Dans ce contexte, il est possible que, comme le suggèrent Pritchard (1995) et Beautrais (2002), le rôle de parent donne, davantage aux femmes qu'aux hommes, une raison de vivre qui

protège du suicide. Les hommes se sentiraient moins responsables du bien-être de leurs enfants ce qui leur permettrait de légitimer plus facilement leur suicide : en s'enlevant la vie ils abandonnent leurs enfants, certes, mais ils les abandonnent à la personne qui est jugée socialement comme la mieux placée pour en prendre soin.

Sur la base des études disponibles, il apparaît que le rôle de parent protège du suicide, mais nous ignorons pourquoi et comment. En outre, il semble que des événements graves impliquant les enfants peuvent agir comme facteur précipitant du suicide des hommes, mais aucune étude comparative n'a été réalisée en tenant compte de cet aspect. Enfin, le contexte social qui fait en sorte que la garde des enfants est généralement confiée à la mère peut possiblement contribuer à priver les hommes des effets bénéfiques du rôle de parent. Les connaissances actuelles ne permettent cependant pas de juger de la validité de cette hypothèse.

1.5.7.5 Avoir un emploi. Les personnes sans emploi seraient plus à risque de suicide que celles qui travaillent. Saint-Laurent et Tennina (2000) montrent qu'un peu plus du tiers des personnes décédées par suicide au Québec, entre septembre et décembre 1996, vivaient en retrait de la population active. Alors que 67,4% de la population québécoise de 25 à 44 ans occupent un emploi, c'était le cas de seulement 45,1% des personnes du même âge qui se sont suicidées. Des résultats similaires sont rapportés dans l'étude finlandaise de Heikkinen et ses collaborateurs (1995) qui trouve qu'une forte proportion (entre 34% et 48% dépendamment de l'âge et du sexe) des personnes de 20 à 49 ans qui se sont enlevées la vie étaient sans emploi au moment de leur décès, alors que le taux de chômage est très bas en Finlande (autour de 5%). Les autopsies psychologiques d'Appleby, Cooper, Amos et Faragher (2000) réalisées auprès de 148 personnes de moins de 35 ans révèlent que 65% des personnes décédées par suicide étaient sans emploi, comparativement à 22% des sujets témoins appariés selon l'âge et le sexe. Enfin, à partir des données recueillies dans le cadre d'une vaste enquête longitudinale en Grande-Bretagne, Lewis et

Sloggett (1998) montrent que le fait d'être sans emploi est associé à un risque 2,6 fois plus élevé de décès par suicide et ce, même après avoir tenu compte de l'âge, du sexe et de l'état civil. À ces études on peut ajouter les nombreuses autres ayant effectué des analyses de séries temporelles en utilisant les taux de chômage et les taux de suicide de différents pays, lesquelles trouvent généralement une association positive entre ces deux taux (Gunnell et coll., 1999; Lester, 1995a, 1996a, 1997, 2000; Weyerer et Wiedenmann, 1995) bien que ce ne soit pas toujours le cas (Preti et Miotto, 1999; Hagquist, 1998).

L'ensemble de ces résultats suggère l'existence d'une relation entre chômage et suicide bien qu'il soit impossible, sur la base des études présentées, de statuer sur la nature causale de la relation. Selon Jones, Forster et Hassanyeh (1991), trois hypothèses pourraient expliquer le lien observé entre ces deux phénomènes. Il est, tout d'abord, possible que le chômage rende les individus plus vulnérables aux impacts négatifs des événements stressants (hypothèse de la vulnérabilité). Il est également possible que le chômage augmente indirectement le risque de suicide en augmentant l'occurrence d'événements qui y sont associés, comme la dépression ou l'abus d'alcool par exemple (hypothèse de la causalité indirecte). Enfin, il est possible que la relation entre le chômage et le suicide ne soit qu'un artefact provoqué par le fait que les deux phénomènes possèdent des racines communes, comme la maladie mentale par exemple (hypothèse de non-causalité). Nous pourrions également ajouter comme quatrième hypothèse que le chômage puisse constituer un événement dramatique qui précipite le suicide des individus (hypothèse du facteur précipitant).

Peu d'études tentent de déterminer la nature exacte du lien unissant chômage et suicide. Shepherd et Barraclough (1980) analysent l'historique d'emploi de 75 personnes qui se sont suicidées et montrent que la majorité n'occupaient pas d'emploi au moment de leur décès en raison de leurs problèmes mentaux, dont

l'alcoolisme et la dépression, qui avaient provoqué leur renvoi ou les avaient contraints à le quitter faute de pouvoir s'acquitter convenablement de la tâche. Une autre étude, ayant effectué le suivi d'un échantillon de 38 000 personnes de 20 à 64 ans sur une période d'environ 15 ans, calcule le risque relatif de suicide associé au chômage et trouve que celui-ci diminue de façon considérable lorsque l'effet de l'âge, du sexe, de l'état civil et de l'état de santé est contrôlé (3,9 à 1,9), bien qu'il demeure significatif (Johansson et Sundquist, 1997). Enfin, la seule étude à avoir contrôlé statistiquement l'effet de la morbidité psychiatrique est celle de Beautrais, Joyce et Mulder (1998) comparant 302 personnes qui ont fait une tentative de suicide sérieuse à 1 028 personnes sélectionnées au hasard dans la communauté. L'étude montre que le chômage est trois fois plus présent chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide que dans la population en général (12,9% contre 3,4%). Cependant, lorsqu'on contrôle pour la morbidité psychiatrique, l'âge et le genre, l'association entre chômage et tentative de suicide n'est plus significative.

Ces études plus approfondies semblent donc indiquer, soit que le lien entre chômage et suicide est un artefact produit par des racines communes aux deux phénomènes (troubles mentaux), soit que la relation est indirecte et s'effectue par le biais des troubles mentaux. Dans l'état actuel des connaissances, il est impossible de trancher en faveur de l'une ou l'autre des hypothèses, car on ignore si le trouble mental est antérieur ou postérieur au chômage.

Les hommes semblent retirer davantage de bénéfices psychologiques de leur rôle de travailleur en plus d'être davantage ébranlés lorsqu'ils sont en période de chômage. Muller, Hicks et Winocur (1993) montrent que, comparativement à des personnes en chômage (n = 55), les personnes qui ont un emploi (n = 54) présentent des niveaux significativement plus élevés de bien-être psychologique. Cependant, les hommes présentent des niveaux de bien-être significativement plus élevés que les femmes lorsqu'ils ont un emploi et significativement moins élevés lorsqu'ils n'en ont pas.

Dans l'étude de van Heeringen (1994), comparant 508 personnes hospitalisées suite à une tentative de suicide à 1 608 personnes de la population générale, le chômage entraîne un risque de tentative de suicide plus élevé chez les hommes que chez les femmes (5.65 contre 2.04 chez les 15-34 ans et 11.67 contre 8.08 chez les 35-49 ans). Lester (1995b) montre, qu'au Québec, les taux de chômage sont associés positivement aux taux de suicide des hommes, mais pas des femmes. Il en est de même en Italie, où une association positive est observée uniquement entre le taux de chômage et le taux de suicide des hommes (Platt, Micciolo et Tansella, 1992). En Australie, les taux de suicide des femmes sont généralement stables entre 1907 et 1990, alors que ceux des hommes fluctuent de façon marquée au cours de cette période, les taux les plus élevés coïncidant avec les périodes de chômage (Morrell, Taylor, Quine et Kerr, 1993). Enfin, Saint-Laurent et Tennina (2000) montrent que, même si les hommes qui se sont suicidés étaient plus nombreux que les femmes à avoir occupé un emploi ou à avoir été aux études au moment de leur décès (44,3% contre 32,9%), ils étaient également plus nombreux à avoir été sans emploi ou prestataires de l'assurance-chômage (15,4% contre 3,8%). Cela s'explique notamment par le fait que les femmes sont plus nombreuses à tenir maison ou à être à la retraite (28% contre 12%).

Il est possible que la plus grande vulnérabilité des hommes à la perte d'emploi soit due au fait que le travail revêt une importance plus grande dans la vie des hommes que des femmes. En effet, les études portant sur le concept de centralité du travail, c'est-à-dire sur le degré d'importance que le travail a dans la vie d'un individu (MOW International Research Team, 1987), rapportent systématiquement des niveaux plus élevés de centralité du travail pour les hommes que pour les femmes (Mannheim, 1993; MOW International Research Team, 1987; Reitzes et Mutran, 1994). Cette différence est observée même lorsqu'on contrôle pour le niveau d'éducation, l'intensité du rôle de travailleur et les conflits de rôles (Leviatan, 1985).

En somme, les proportions élevées de personnes sans emploi (de 34% à 65% selon les études) parmi les personnes décédées par suicide, ainsi que l'association positive observée de façon récurrente entre les taux de chômage et les taux de suicide suggèrent que le fait d'être sans emploi puisse contribuer à accroître le risque de suicide. Toutefois, la santé mentale des individus semble constituer une variable médiatrice de cette relation : la perte d'emploi augmenterait le risque de développer un trouble mental qui, à son tour, augmenterait le risque de suicide. Les hommes seraient particulièrement affectés par la perte de leur emploi, possiblement en raison de la grande importance qu'ils lui accordent dans leur vie. À ce titre, il est possible que la vulnérabilité psychologique des hommes à la perte d'emploi puisse contribuer à expliquer leur plus grande incidence de suicide.

Conclusion

Les études recensées suggèrent que les hommes seraient moins bien intégrés socialement que les femmes et pourraient souffrir davantage de ce manque d'intégration. Ils ont un réseau social familial plus restreint, sont plus souvent privés de leurs enfants en cas de séparation conjugale et sont davantage affectés par le divorce et le chômage. Il est possible que ces difficultés d'intégration sociale contribuent à expliquer, en partie du moins, pourquoi les hommes se suicident davantage que les femmes. Ces résultats supportent l'importance de mieux comprendre la signification que les hommes qui ont fait une tentative de suicide accordent à la perte de leurs rôles sociaux et la relation entre le sens qu'ils donnent à ces événements et leur désir de s'enlever la vie. Enfin, ces résultats ne permettent pas de conclure si l'effet protecteur de l'intégration sociale sur les conduites suicidaires est indépendant du soutien social qu'il procure.

1.5.8 Sentiment de solitude

L'étude des caractéristiques objectives des réseaux sociaux ne donne accès qu'à une partie de la réalité sociale des individus. Le sentiment de solitude est une dimension subjective de la vie sociale qui relève davantage de la qualité des relations interpersonnelles que de leur quantité. Le *sentiment de solitude* se définit généralement comme un état de détresse émotionnelle qui survient lorsqu'une personne se sent étrangère, incomprise ou rejetée par les autres et/ou perçoit un manque de relations intimes ou de partenaires pour faire des activités (McWhirter, 1990).

Weiss (1973) discerne deux formes de solitude : sociale et émotionnelle. La *solitude sociale* serait causée par l'absence ou l'insuffisance d'un réseau d'amis avec qui la personne partage des intérêts et des activités, tandis que la *solitude émotionnelle* serait plutôt induite par l'absence de relations d'attachement intime. En général, les données appuient la typologie de Weiss, tout en suggérant que la solitude est composée d'un ensemble d'expériences communes.

Ainsi, Russell, Cutrona, Rose et Yurko (1984) montrent que la solitude sociale et la solitude émotionnelle sont des réalités indépendantes, puisqu'elles sont faiblement corrélées l'une avec l'autre ($r = 0,17$). Cependant, les deux formes de solitudes corrélaient de façon aussi forte ($r = 0,46$ et $r = 0,44$) à une mesure unidimensionnelle de la solitude, l'échelle de solitude de l'UCLA (*UCLA Loneliness Scale*; Russell, Peplau et Fergusson, 1978), et à la majorité de ses énoncés. Cela suggère donc que la solitude émotionnelle et la solitude sociale partagent une large part de variance commune. Des résultats similaires sont obtenus par Joiner, Catanzaro, Rudd et Rajab (1999) dans une étude américaine auprès d'étudiants universitaires ($n = 288$) et de jeunes psychiatisés ($n = 116$) qui trouve que la solitude possède une structure factorielle se caractérisant par deux facteurs de premier ordre, correspondant aux solitudes émotionnelle et sociale, et un facteur d'ordre plus élevé correspondant à l'expérience générale de la solitude.

L'expérience de la solitude n'équivaut pas à l'absence de soutien social ou de réseau social. Elle est une réalité unique en soit. Elle est d'ailleurs faiblement associée à l'étendue du réseau social, qu'il soit familial ($r = -0,17$) ou amical ($r = -0,21$), et à la fréquence des contacts sociaux ($r = -0,15$), bien qu'elle soit plus fortement associée au soutien social perçu ($r = -0,68$) (Russell, 1996).

Le sentiment de solitude est associé aux idéations et aux conduites suicidaires dans quelques études. Nordentoft et Rubin (1993) trouvent que, comparativement à la population générale, un échantillon de 100 personnes qui ont fait une tentative de suicide rapportent significativement plus souvent se sentir seules. De même, à partir des données de l'Enquête sociale et de santé 1998 réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise de 15 ans et plus, Stravynski et Boyer (2001) trouvent que le sentiment subjectif de solitude est associé à un risque beaucoup plus grand de comportements suicidaires que le fait de vivre seul ou de ne pas avoir d'amis. Les personnes qui rapportent se sentir souvent seules sont 10,5 fois plus susceptibles d'avoir pensé sérieusement à se suicider au cours des 12 derniers mois et 13,5 fois plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide.

Le lien entre le sentiment de solitude et les comportements suicidaires semble toutefois indirect. En effet, plusieurs études suggèrent que le sentiment de solitude est un facteur de risque distal des comportements suicidaires, dont l'influence s'exerce à travers des facteurs de risque plus proximaux, comme la dépression et le désespoir. L'étude américaine de Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner et Jans (1992), menée auprès de 613 étudiants de niveau secondaire, montre que la solitude n'ajoute aucune contribution significative dans une équation de prédiction des idéations suicidaires qui prend déjà en compte le désespoir, la dépression, l'abus de substance et les raisons de vivre. Dans l'étude de Yang et Clum (1994), auprès de 101 étudiants universitaires américains d'origine asiatique, le sentiment de solitude est associé de façon significative aux idéations suicidaires, mais s'avère inefficace pour les prédire.

Il constitue néanmoins un bon prédicteur de la dépression et du désespoir. Des résultats similaires sont obtenus auprès de 31 adolescents américains qui ont fait une tentative de suicide, dans une étude qui montre que le sentiment de solitude prédit la dépression, mais pas les tentatives de suicide (Martin, 1997). Enfin, Dieserud, Roysamb, Ekeberg et Kraft (2001) rapportent que c'est par l'intermédiaire de sa relation avec la dépression que le sentiment de solitude est associé aux tentatives de suicide, chez un échantillon de 123 patients psychiatriques norvégiens.

L'étude américaine de Joiner et Rudd (1996), réalisée auprès de 234 étudiants universitaires, va plus loin. Elle trouve que le sentiment de solitude ne prédit pas le désespoir, mais qu'inversement le désespoir prédit la solitude. Ces résultats suggèrent que l'association entre la solitude et les idéations suicidaires serait artificielle, puisque strictement attribuable au lien entre solitude et désespoir. On ne peut toutefois conclure en la validité de cette hypothèse sur la base d'une seule étude réalisée auprès d'étudiants universitaires. Il s'avère essentiel de répliquer ces résultats auprès d'échantillons plus représentatifs de la population ainsi qu'auprès de personnes qui ont tenté de se suicider.

Les hommes ressentiraient davantage de solitude que les femmes, bien qu'une différence ne soit pas toujours observée entre les sexes. Dans une recension de 28 études ayant utilisé l'échelle de solitude de l'UCLA, Borys et Perlman (1985) montrent que des différences entre les hommes et les femmes ne sont généralement pas rapportées dans les études, mais lorsqu'elles le sont, ce sont toujours les hommes qui ont des niveaux plus élevés de solitude que les femmes. Ce résultat est corroboré par des études plus récentes qui rapportent, soit aucune différence entre les hommes et les femmes (Barretta, Dantzler et Kayson, 1995; Bell, 1991; Cramer et Neyedley, 1998), soit des niveaux plus élevés de solitude chez les hommes (Upmanyu, Upmanyu et Dhingra, 1992).

Borys et Perlman (1985) montrent aussi que, parmi 11 études qui demandent directement aux participants s'ils se sentent seuls, les femmes sont toujours les plus nombreuses à rapporter vivre de la solitude. Pour mieux comprendre les raisons de cette contradiction, Borys et Perlman (1985) ont conduit une étude auprès de 117 étudiants canadiens qui montre que les hommes qui rapportent se sentir seuls sont sujets à davantage de critiques et de rejet que les femmes dans la même situation. Lau et Gruen (1992) rapportent des résultats similaires auprès de 96 étudiants universitaires chinois, alors que chez un échantillon de 256 étudiants universitaires canadiens, Cramer et Neyedley (1998) trouvent que les niveaux de solitude augmentent lorsqu'on contrôle statistiquement pour l'effet de la masculinité, alors que ce n'est pas le cas lorsque le contrôle statistique s'exerce sur l'effet de la féminité. L'ensemble de ces études suggèrent que les hommes dissimuleraient leur sentiment de solitude parce qu'il est contraire au rôle masculin et qu'il peut entraîner des conséquences négatives lorsqu'il est dévoilé. Ceci pourrait expliquer pourquoi l'étude de Heikkinen, Aro et Lönnqvist (1994) ayant examiné les circonstances du décès par suicide de 1 067 citoyens finlandais trouvent que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à s'être plaint de solitude avant leur décès.

Conclusion

La solitude semble constituer un facteur de risque du suicide, bien que son influence s'exerce possiblement à travers son association avec la dépression et le désespoir. Les personnes qui se sentent seules seraient plus sujettes à se sentir déprimées et désespérées, ce qui augmenterait leur risque de suicide, ou inversement, les personnes déprimées seraient plus susceptibles de se sentir seules, ce qui augmenterait leur risque de suicide. La nature indirecte de la relation reste à être vérifiée auprès d'adultes qui ont fait des tentatives de suicide, car la plupart des études réalisées jusqu'à maintenant portent surtout sur des idéations suicidaires et ont été effectuées auprès d'adolescents ou d'étudiants. D'autre part, on connaît mal la

contribution unique du sentiment de solitude dans les conduites suicidaires par rapport à des indices plus objectifs d'intégration et de soutien social, tels que l'étendue du réseau et la quantité de soutien reçu en temps de crise.

1.5.9 Rôle masculin

Dans les sociétés occidentales, certaines particularités du rôle masculin pourraient contribuer à expliquer la plus forte incidence de suicide des hommes. Plus spécifiquement, il est possible que le fait que les hommes soient socialisés à restreindre l'expression de leurs émotions et à être autonomes dans la résolution de leurs problèmes puisse avoir des effets délétères sur la quantité et la qualité de soutien dont ils peuvent se prévaloir en temps de crise, augmentant ainsi leur vulnérabilité au suicide.

1.5.9.1 Sémantique et historique de la recherche sur le rôle masculin A priori, il importe de définir clairement le terme *rôle masculin* et de présenter brièvement les différents cadres théoriques qui ont structuré son investigation scientifique. Établissons d'abord que le rôle masculin est un *rôle de genre*, c'est-à-dire un ensemble de comportements et d'attentes, socialement définis comme étant masculin ou féminin, qui sont insérés dans les comportements des individus et considérés culturellement appropriés pour les hommes ou pour les femmes (O'Neil, 1981). Le rôle de genre est une construction sociale qui s'acquiert par un processus de socialisation dans lequel l'enfant et l'adulte internalisent les valeurs, les attitudes et les comportements associés à la féminité ou à la masculinité (O'Neil, 1981). Il regroupe deux éléments principaux : (1) les stéréotypes; et (2) les normes. Selon Pleck (1981), les stéréotypes sont des surgénéralisations, basées culturellement, concernant les caractéristiques des individus appartenant à la catégorie biologique des hommes ou des femmes. Ils peuvent prendre la forme de croyances partagées socialement sur ce que *sont* les hommes et les femmes (Pleck, 1981). Les normes sont plutôt des croyances partagées par les membres d'une société quant à ce que les

hommes et les femmes *devraient être* (normes prescriptives) ou *ne devraient pas être* (normes proscriptives).

Les anthropologues qui ont étudié le rôle masculin à travers les sociétés rapportent d'importantes similitudes dans les codes de la masculinité d'une culture à l'autre (Gilmore, 1990; Gregor, 1985; Raphael, 1988; Williams et Best, 1982). D'ailleurs, selon Gilmore (1990), la nature du rôle masculin aurait une fonction culturellement adaptative, puisqu'il a pour objectif de former des individus capables de protéger la communauté et de se sacrifier pour le bien de tous. En Occident, le rôle masculin traditionnel serait défini, selon Jansz (2000, p. 168), par quatre attributs qui rejoignent les catégorisations proposées par d'autres (Brannon, 1976; Harris, 1995; Pleck, 1981) : (1) *stoïcisme* : un homme ne partage pas sa souffrance, ne pleure pas publiquement et évite les émotions vives, particulièrement celles reflétant de la dépendance ou de la chaleur; (2) *autonomie* : un homme est indépendant, il fait face aux difficultés de la vie en restant impassible et n'admet pas ses dépendances aux autres; (3) *réussite* : un homme réussit au niveau professionnel de façon à être capable de nourrir la personne aimée et sa famille; (4) *agressivité* : un homme est fort et robuste, il agit agressivement si les circonstances l'exigent.

Trois principaux cadres théoriques ont été développés afin de mieux comprendre les implications psychologiques des rôles de genre : (1) le modèle de l'identité de genre ; (2) le modèle de l'androgynie ; et (3) le paradigme de la tension ou du conflit de genre. Le modèle de l'*identité de genre* suggère que les individus les mieux adaptés sont ceux qui ont développé les attributs appropriés à leur sexe, c'est-à-dire les femmes féminines et les hommes masculins. Il fut délaissé dans les années 70 au profit du modèle de l'*androgynie* (Bem, 1974) qui juge préférable de développer, à la fois, les traits masculins et féminins (androgynie) plutôt que de se limiter strictement à ceux correspondant à notre sexe biologique. Selon ce modèle, les hommes androgynes seraient mieux adaptés que les hommes masculins parce qu'ils

disposeraient d'un répertoire de stratégies d'adaptation plus diversifié. La théorie de Bem propose que la masculinité et la féminité ne soient plus considérées comme les deux pôles d'un même concept, mais plutôt comme des dimensions indépendantes qu'il est possible de retrouver à la fois chez un même individu.

Pleck (1981) et O'Neil (1981) ont marqué un tournant dans l'étude des différences de genre en proposant un nouveau cadre théorique qui suggère que le rôle masculin est contradictoire, incohérent et dysfonctionnel, dans la mesure où les comportements dont il fait la promotion peuvent s'avérer néfastes pour la santé des individus. Ces auteurs postulent également que la violation des exigences du rôle masculin entraîne de la stigmatisation sociale et des conséquences psychologiques négatives chez les individus qui y adhèrent. Ainsi, des conflits de rôle (*gender role conflict*) entraînant de la tension (*sex role strain*) se produisent lorsque des rôles de genre rigides ou restrictifs sont appris durant la socialisation et empêchent la personne d'actualiser entièrement son potentiel humain et lui font vivre du stress important.

Ce paradigme se prête bien à l'étude des conséquences négatives de la masculinité sur les taux de suicide des hommes. Il suggère que, dans le but de satisfaire les exigences de la masculinité et de se soustraire au stigma social, certains hommes se coupent des sources de soutien disponibles et accroissent ainsi leur risque de suicide. Une seule étude (Borthick, 1997) s'est employée à vérifier la relation entre les conflits de rôle et la vulnérabilité au suicide et ses résultats indiquent que, chez 621 étudiants universitaires américains de 18 à 24 ans, les conflits de rôle sont de bons prédicteurs de la probabilité du suicide, tel que mesurée par l'échelle de probabilité du suicide (*Suicide Probability Scale*) de Cull et Gill (1982). Bien que prometteuse, cette étude, extrêmement limitée par la nature de son échantillon et sa mesure du risque de suicide, nécessite réplification.

Hormis cette unique étude s'inscrivant dans le paradigme de la tension ou du conflit lié au rôle de genre, quatre recherches se sont intéressées au lien entre les rôles de genre et le risque suicidaire selon le modèle de l'androgynie. Waelde, Silvern et Hodges (1994) demandent à 537 étudiants universitaires américains de compléter le Questionnaire d'attributs personnels (*Personal Attributes Questionnaire*; Spence, Helmreich et Stapp, 1974) mesurant le niveau de masculinité et de féminité et trouvent que la masculinité est associée négativement avec les idéations suicidaires, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Street et Kromley (1995) administrent l'inventaire de Bem (*Bem Sex Role Inventory*; Bem, 1974) à 329 étudiants universitaires américains et montrent que les personnes androgynes, indifférenciées et typées-sexuellement (c'est-à-dire les hommes-masculins et les femmes-féminines) sont peu à risque d'avoir des idéations suicidaires. Par contre, les personnes dont le rôle sexuel est différent de leur sexe biologique (c'est-à-dire les hommes-féminins et les femmes-masculines) sont beaucoup plus à risque d'avoir eu des idéations suicidaires. Enfin, Lester (1999) trouve que le rôle sexuel, tel que mesuré par l'Inventaire de Bem, ne permet pas de prédire les idéations suicidaires courantes et antérieures, chez un échantillon composé de 152 étudiants universitaires américains.

Une dernière étude examine l'association entre le rôle sexuel et les raisons de vivre auprès de 100 étudiants universitaires américains et trouve que les personnes androgynes sont celles qui ont le plus de raisons de vivre et que c'est la féminité qui est responsable de la majeure partie de la relation entre androgynie et raisons de vivre (Ellis et Range, 1988). Ainsi, les hommes masculins ont significativement moins de raisons de vivre ($M = 191,68$; $ET = 43,56$) que les hommes androgynes ($M = 225,18$; $ET = 17,90$) et que les femmes, androgynes ($M = 226,37$; $ET = 20,54$) ou non ($M = 213,32$; $ET = 25,80$). Sur la base de ces résultats, les auteurs concluent qu'encourager la féminité ou l'androgynie pourrait aider les gens à développer davantage de raisons de vivre et prévenir ainsi leur suicide.

Ces études sont peu concluantes et présentent des limites considérables qui exigent une grande prudence dans l'interprétation des résultats: aucune n'a porté sur des comportements suicidaires, elles ont toutes été réalisées auprès d'étudiants universitaires et les instruments de mesure utilisés sont d'une validité de construit discutable. En effet, plusieurs chercheurs (Gilbert, 1985; Pedhazur et Tenenbaum, 1979; Spence, 1984) ont émis d'importantes réserves quant à la capacité de l'Inventaire de rôle de genre de Bem (*Bem Sex Role Inventory*, Bem, 1974) et du Questionnaire d'attributs personnels (*Personal Attributes Questionnaire*; Spence, Helmreich et Stapp, 1974) à mesurer vraiment les rôles sexuels. Ces derniers mesureraient plutôt deux traits de personnalité, l'instrumentalité et l'expressivité, pourtant bien différents du rôle masculin et du rôle féminin auxquels on les associe (Gilbert, 1985).

Une littérature beaucoup plus exhaustive suggère que certaines exigences du rôle masculin s'avèrent particulièrement nocives pour la santé mentale des hommes et pourraient contribuer à expliquer leur plus grande vulnérabilité au suicide. Il s'agit notamment de la restriction de l'expression des émotions et l'indépendance dans la résolution de problèmes.

1.5.9.2 Réticence à exprimer ses émotions de vulnérabilité Les hommes seraient généralement moins enclins que les femmes à exprimer leurs émotions, particulièrement celles associées à la vulnérabilité, telles que la tristesse, l'amour et la peur. L'étude de validation du Questionnaire d'expressivité émotionnelle (*Emotional Expressiveness Questionnaire*; King et Emmons, 1990) auprès de 299 étudiants universitaires américains trouve que les femmes rapportent exprimer davantage leurs émotions que les hommes. Dans une étude américaine auprès de 327 personnes de 19 à 92 ans, McConatha, Marshall et Armstrong (1997) montrent que les hommes inhibent davantage l'expression de leurs émotions que les femmes. Une autre étude américaine, réalisée auprès de 523 étudiants universitaires, trouve que les

femmes rapportent exprimer plus souvent leurs émotions de joie, d'amour et de tristesse que les hommes. L'étude ne trouve cependant aucune différence en ce qui concerne l'expression de la colère (Balswick, 1988). L'étude de validation de l'échelle de dévoilement émotionnel (*Emotional Self-Disclosure Scale*; Snell, Miller et Belk, 1988), effectuée auprès de 79 étudiants universitaires américains trouve que les hommes sont moins enclins que les femmes à exprimer leurs émotions de dépression, d'anxiété, de peur et de colère à une amie et à leur conjointe. Il n'y a cependant pas de différence dans le dévoilement d'émotions plus positives ou neutres comme le calme, l'apathie et la joie. Enfin, une étude réalisée en Israël, auprès de 11 échantillons différents (adultes fréquentant un centre communautaire; enfants en maternelle; familles kurdes; amis en interaction sociale; clients d'une manufacture; adultes qui utilisent des téléavertisseurs; immigrants; étudiants universitaires; travailleurs; couples) totalisant plus de 500 personnes et utilisant quatre mesures différentes de l'expression verbale des émotions (entrevue; observation directe; analyse de conversations téléphoniques et analyse de contenu), indique que les femmes utilisent significativement plus de mots émotionnels que les hommes dans leurs échanges, et ce, pour l'ensemble des échantillons (Goldshmidt et Weller, 2000).

Blier et Blier-Wilson (1989) trouvent toutefois des nuances importantes en fonction de sexe de l'interlocuteur. Réalisée auprès de 225 étudiants américains de niveau collégial, l'étude trouve que les hommes se sentent moins confiants que les femmes pour exprimer la peur et la tristesse, peu importe à qui ils s'adressent. Cependant, les hommes ne sont pas moins confiants que les femmes à exprimer leur affection à l'égard d'une femme, mais beaucoup moins confiants lorsque cette affection doit être exprimée à un autre homme. Enfin, les hommes se sentent plus confiants que les femmes à exprimer de la colère à un autre homme, mais moins confiants que les femmes à l'exprimer à une femme.

À notre connaissance, seule l'étude de Anderson et Leaper (1998) auprès de 65 paires d'étudiants universitaires américains ne rapporte aucune différence entre les hommes et les femmes dans la quantité d'expressions de nature émotionnelle utilisées lors d'une conversation. Il est possible que ces résultats contradictoires s'expliquent par la nature du sujet de conversation imposé (de quelle façon leurs relations familiales ont changé depuis leur entrée à l'université) qui suscite peu de confidences sur les émotions ressenties par la personne elle-même mais qui met l'accent plutôt sur les émotions des parents. Il est possible que ce soit principalement lorsqu'ils doivent confier leurs propres émotions que les hommes s'expriment moins que les femmes.

Par ailleurs, les hommes semblent être plus réticents que les femmes à révéler des informations personnelles sur leurs opinions, leurs goûts, leurs sentiments et leurs préoccupations (Jourard et Lasakow, 1958). Une méta-analyse de 205 études portant sur les différences de genre dans le dévoilement de soi (*self-disclosure*) indique que, d'une manière générale, les femmes expriment davantage ces aspects aux autres que les hommes, mais que la différence est plus ou moins marquée dépendamment de la personne à qui le participant les dévoile (Dindia et Allen, 1992). Par exemple, les femmes se dévoilent beaucoup plus que les hommes aux personnes connues (ami, membre de la famille ou conjoint), mais pas davantage lorsque la personne est une étrangère. De même, les femmes se dévoilent beaucoup plus aux femmes que les hommes, mais elles ne se dévoilent pas plus aux hommes que les hommes.

Les particularités du rôle masculin pourraient possiblement expliquer pourquoi les hommes expriment moins leurs émotions et se dévoilent moins que les femmes. À cet égard, l'étude américaine de Snell et ses collaborateurs (1989) trouve que l'adhésion au rôle masculin, particulièrement aux dimensions de «restriction de l'émotionalité» et «d'inhibition de l'affection» est associée à la réticence à exprimer ses émotions, tant chez les hommes que chez les femmes. Dans l'étude de Ganong et

Coleman (1985) auprès de 230 étudiants américains de niveau collégial, l'orientation masculine a une influence plus importante que le sexe sur la fréquence avec laquelle un individu rapporte exprimer ses émotions. Les personnes masculines rapportent exprimer significativement moins leurs émotions de tristesse, d'amour et de joie que les personnes féminines ou androgynes. L'étude de Kring et Gordon (1998) montre elle aussi que, dans un échantillon de 58 étudiants universitaires américains, l'orientation masculine est associée à une moins grande expressivité que l'orientation féminine et androgyne.

Enfin, dans une autre étude, Saurer et Eisler (1990) demandent à 50 étudiants universitaires américains de sexe masculin de compléter l'échelle de stress lié au rôle masculin (*Masculine Gender Role Stress*; Eisler et Skidmore, 1987) et de participer à six jeux de rôle qui ont pour but de susciter chez eux l'expression d'émotions tendres (amour, affection et tristesse) et d'émotions négatives (colère, irritation). Ces jeux de rôle sont enregistrés et visionnés par des assistants de recherche qui doivent évaluer l'expression non-verbale et verbale des participants ainsi que leur niveau d'anxiété. Les résultats indiquent que les hommes qui vivent un niveau élevé de stress lié au rôle masculin (c'est-à-dire qui accordent beaucoup d'importance au fait d'agir conformément au rôle masculin traditionnel) expriment moins leurs émotions tendres, tant verbalement que non-verbalement, et sont évalués comme plus anxieux dans ces situations que les hommes qui vivent peu de stress lié au rôle masculin. Aucune différence n'est toutefois observée en ce qui concerne les émotions négatives.

En désapprouvant l'expression des émotions, le rôle masculin contribue possiblement à accroître la détresse psychologique des hommes en les privant des effets bénéfiques associés à ce comportement. Freud (Freud et Breuer, 1964) vantait déjà, à la fin du 19^e siècle, les effets cathartiques ou libérateurs de l'expression des émotions. Cette intuition clinique a séduit de nombreux psychologues et thérapeutes

qui favorisent aujourd'hui l'expression des émotions chez leurs clients (Bohart, 1980; Greenberg, 1993; Hawkins, 1995; Machell, 1989).

Cependant, des résultats mitigés concernant les bienfaits de l'expression des émotions sont rapportés dans une importante recension critique sur cette question (Littrell, 1998). En effet, bien que certaines études rapportent une amélioration de l'état psychologique suite à l'expression des émotions (Mendolia et Kleck, 1993; Raphael, Middleton, Martinek et Misso, 1993; Stanton et coll., 2000), plusieurs autres montrent plutôt que l'expression des émotions négatives est associée à une augmentation de la détresse psychologique (Kramer et Hastrup, 1988; Morrow et Nolen-Hoeksema, 1990; Nichols, 1974; Revenson et Felton, 1989; Stone, Kennedy-Moore et Neale, 1995). Par exemple, l'étude américaine de Stone, Kennedy-Moore et Neale (1995) montre que le fait de parler de ce qu'un événement stressant nous a fait vivre est associé significativement à une humeur négative, même lorsqu'on exerce un contrôle statistique de l'effet du caractère indésirable de l'événement. Dans l'étude longitudinale de Revenson et Felton (1989), le fait d'utiliser davantage l'expression émotionnelle comme façon de s'adapter à une maladie prédit une diminution des affects positifs, et ce, même après avoir tenu compte statistiquement de l'effet de la durée de la maladie, de la perte d'autonomie, et du niveau initial de bien-être. Enfin, Costanza, Derlega et Winstead (1988) demandent à 112 étudiants universitaires américains d'exécuter, avec un ami du même sexe, une tâche impliquant la manipulation d'une tarentule. Au cours de la période d'attente avant l'exécution de la tâche, les participants sont invités soit à ne parler que des émotions qu'ils ressentent face à cette tâche, soit à parler de la manière dont ils s'y prendront pour la réaliser correctement. Les résultats indiquent que les participants qui ont discuté de leurs émotions avec un ami du même sexe rapportent des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression que les participants dont la conversation était axée sur des stratégies de résolution de problèmes.

Ces évidences suggèrent donc que la réticence des hommes à exprimer leurs émotions pourrait s'avérer bénéfique dans certaines circonstances. L'étude américaine de Stanton, Danoff-Burg, Cameron et Ellis (1994) auprès de 171 jeunes adultes suggère même qu'il pourrait s'avérer plus néfaste pour les hommes que pour les femmes d'exprimer leurs émotions : l'analyse des mécanismes d'adaptation utilisés par les hommes et les femmes immédiatement après un événement stressant montre que les femmes qui ont exprimé leurs émotions suite à l'événement stressant avaient moins de détresse psychologique, tandis que les hommes qui ont adopté cette stratégie présentaient plutôt des niveaux plus élevés de détresse.

Ces résultats vont toutefois à l'encontre de ceux rapportés par Diggs et Lester (1996), Jessum (1996) et Good et ses collaborateurs (1995). Diggs et Lester (1996) trouvent une association négative entre l'expression des émotions et la dépression chez les étudiants de sexe masculin ($n = 29$), alors que l'association est positive chez les étudiants de sexe féminin ($n = 31$). De même, Good et ses collaborateurs (1995) montrent que, chez un groupe de 130 étudiants universitaires américains, la sous-échelle mesurant la réticence des hommes à exprimer leurs émotions de l'Échelle de conflit de rôle masculin (*Masculin Gender Role Conflict Scale*; O'Neil et coll., 1986) est celle qui a la corrélation la plus forte avec un indice de détresse psychologique ($r = .37$). Des résultats similaires sont observés avec l'Échelle de stress lié au rôle masculin (*Masculine Gender Role Stress*; Eisler et Skidmore, 1987), dont la sous-échelle mesurant le stress lié à l'expression des émotions constitue le meilleur prédicteur (négatif) du niveau de bien-être général (Jessum, 1996).

Hormis l'effet cathartique potentiel (mais peu appuyé empiriquement) de l'expression des émotions, il est probable que c'est en permettant à la personne de recevoir du soutien social que l'expression des émotions s'avère bénéfique. En effet, les personnes qui expriment leur détresse à un membre de leur réseau social ont probablement plus de chance d'obtenir de cette personne du soutien émotif que les

personnes qui dissimulent cette détresse. Peu d'études se sont penchées sur l'association entre expression des émotions et soutien social. Cependant, une étude sur le lien entre rôle masculin et bien-être psychologique chez les hommes montre que la sous-échelle mesurant l'expression des émotions de l'Échelle de stress lié au rôle masculin (*Masculine Gender Role Stress*; Eisler et Skidmore, 1987) est le meilleur prédicteur du niveau d'insatisfaction à l'égard du réseau de soutien social (Jessum, 1996). Une autre étude trouve que les hommes qui vivent beaucoup de stress lié au rôle masculin n'ont pas un réseau social moins étendu que ceux qui vivent moins de stress, mais qu'ils sont moins satisfaits du soutien offert par leur réseau (Saurer et Eisler, 1990). Dans une étude réalisée auprès de 401 étudiants universitaires américains de sexe masculin, Good, Dell et Mintz (1989) trouvent que le score obtenu à la sous-échelle «restriction de l'expression émotionnelle» de l'Échelle de conflit de rôle masculin (O'Neil et coll., 1986) prédit de manière significative un nombre limité de comportements antérieurs de recherche d'aide ainsi qu'une faible probabilité de chercher de l'aide dans le futur. Des résultats similaires sont obtenus par Segalla (1994) qui rapporte, dans son étude doctorale réalisée auprès de 215 étudiants universitaires américains, une association négative importante entre cette même sous-échelle de «restriction de l'expression émotionnelle» et (1) les attitudes à l'égard de la recherche d'aide psychologique professionnelle, d'une part, et (2) la volonté de s'engager personnellement dans un processus de psychothérapie, d'autre part.

En outre, la réticence à exprimer ses émotions semble entraver l'établissement de relations intimes et significatives : quatre études rapportent une association importante entre la restriction de l'émotivité et la peur de l'intimité (Cournoyer et Mahalik, 1995; Good et coll., 1995; Jessum, 1996; Sharpe et Heppner, 1991). Ainsi, une étude de Sharpe et Heppner (1991) auprès de 190 étudiants universitaires américains de sexe masculin montre que la sous-échelle de restriction de l'émotivité du GRCS (*Gender Role Conflict Scale*; O'Neil et coll., 1986) est celle

qui a la corrélation négative la plus importante ($r = - 0,42$) avec l'échelle d'intimité sociale de Miller (*Miller Social Intimacy Scale*; Miller et Lefcourt, 1982). L'étude américaine de Cournoyer et Mahalik (1995) auprès de 88 étudiants de niveau collégial et 89 hommes d'âge mûr trouve également que la sous-échelle de restriction de l'émotivité du GRCS est celle qui est la plus fortement associée (négativement) à toutes les mesures de bien-être psychologique, dont l'échelle d'intimité sociale de Miller. Good et ses collaborateurs (1995) rapportent des résultats similaires avec une corrélation de .64 entre la sous-échelle de restriction de l'émotivité et l'échelle de peur de l'intimité (*Fear of Intimacy Scale*; Descutner et Thelen, 1991). Enfin, l'étude américaine de Jessum (1996) indique, elle aussi, que la sous-échelle d'expression émotionnelle de l'Échelle de stress lié au rôle masculin (*Masculine Gender Role Stress*; Eisler et Skidmore, 1987) est celle qui prédit le mieux le niveau de peur de l'intimité chez 108 étudiants universitaires de sexe masculin.

L'association entre la réticence à se dévoiler aux autres et le soutien social a également fait l'objet de quelques études qui tendent à appuyer l'hypothèse que les hommes qui se révèlent peu aux autres perçoivent moins de soutien de la part de leur entourage et ont plus de difficulté à établir des liens sociaux significatifs. Dans une étude longitudinale auprès de 188 étudiants américains de niveau collégial, la capacité à se dévoiler aux autres constitue un bon prédicteur du soutien social perçu et du développement de nouvelles amitiés (Cohen, Sherrod et Clark, 1986). Une autre étude américaine trouve que les personnes qui éprouvent de la difficulté à se dévoiler aux personnes du sexe opposé se sentent significativement plus seules que les personnes qui se dévoilent plus facilement (Solano, Batten et Parish, 1982).

La difficulté à se dévoiler aux autres est également associée aux comportements suicidaires sérieux, dans l'étude de Apter et ses collaborateurs (2001) auprès de 80 patients hospitalisés en psychiatrie. Dans cette étude réalisée en Israël, quatre groupes sont formés sur la base des antécédents suicidaires des patients : (1) 20

sujets sans idéation ni tentative; (2) 20 sujets avec idéations; (3) 20 sujets avec tentative de suicide légère; et (4) 20 sujets avec tentative de suicide sérieuse. L'étude montre que la capacité à se dévoiler aux autres permet de différencier de manière significative les quatre groupes de patients. Les patients qui ont fait une tentative de suicide sévère ont les scores les moins élevés à l'échelle de dévoilement de soi, c'est-à-dire qu'ils sont moins enclins à se révéler que les personnes qui ont fait des tentatives de suicide de faible létalité et que celles qui n'ont jamais fait de tentatives de suicide. Par ailleurs, la capacité à se dévoiler aux autres semble indépendante du niveau de dépression, d'anxiété et de désespoir, puisqu'il n'y a aucune corrélation significative avec ces construits.

En somme, il semble relativement bien établi que les hommes expriment moins leurs émotions et se dévoilent moins que les femmes. Certaines études suggèrent que la réticence à exprimer ses émotions et à se révéler aux autres pourrait entraver le développement de relations intimes et significatives et priver les personnes de soutien social. Une étude suggère même que la réticence à se dévoiler aux autres pourrait être une caractéristique des personnes qui font des tentatives de suicide sévères. L'ensemble de ces évidences supporte l'intérêt de vérifier si la réticence à exprimer ses émotions est associée, elle aussi, aux comportements suicidaires sérieux. Il serait également important de déterminer si la réticence à exprimer ses émotions agit directement sur le risque de tentative de suicide ou si son influence s'exerce plutôt de manière indirecte, par l'intermédiaire de la quantité de soutien social reçu. En effet, des études suggèrent que les personnes qui expriment moins leurs émotions sont plus insatisfaites à l'égard de leur réseau de soutien social et ont davantage peur de l'intimité.

1.5.9.3 Valorisation de l'indépendance dans la résolution de problèmes

Certaines études suggèrent que les hommes préféreraient régler leurs problèmes seuls, sans l'aide d'un membre de l'entourage ou d'un professionnel de la santé. En

effet, l'étude de Dulac (1997), dans laquelle une soixantaine d'individus de sexe masculin ont participé à des groupes de discussion ($n = 9$), trouve que plusieurs hommes tentent de s'en sortir tout seul lorsqu'ils sont confrontés à un problème important. En outre, de nombreuses études trouvent que les hommes ont des attitudes plus négatives que les femmes à l'égard de la recherche d'une aide psychologique professionnelle (Fischer et Turner, 1970; Leong et Zachar, 1999; Luedders, 1998; Ramos-Sanchez, 2001; Tishby et coll., 2001).

Par sa valorisation de l'autonomie et de l'indépendance (Jansz, 2000), le rôle masculin pourrait contribuer à expliquer le recours moins fréquent à la demande d'aide chez les hommes. Quelques études tendent à appuyer cette hypothèse. Dans une étude auprès de 249 médecins et infirmières, Lee (2002) montre que les hommes demandent moins d'aide que les femmes parce qu'ils perçoivent ce comportement comme plus coûteux socialement, du fait de l'importance cruciale qu'ils accordent à la compétence, à la supériorité et à l'indépendance. Les coûts sociaux perçus de la demande d'aide seraient plus élevés chez les hommes en raison des exigences de la masculinité et constituent des variables médiatrices dans la relation entre sexe et demande d'aide. Dans sa thèse doctorale réalisée auprès de 80 hommes américains d'origine iranienne, Khoie (2002) montre que les hommes qui sont plus masculins, sur l'échelle de rôle sexuel de Bem (*Bem Sex Role Inventory*; Bem, 1974), ont des attitudes plus négatives à l'égard de la recherche d'aide professionnelle que les hommes androgynes ou féminins. Blazina et Marks (2001), Carlson (2002) ainsi que Wisch, Mahalik, Hayes et Nutt (1995) obtiennent, auprès de trois échantillons d'étudiants universitaires américains de sexe masculin, des résultats similaires: les hommes qui adhèrent fortement au rôle masculin traditionnel, tel que mesuré par l'Échelle de conflit de rôle (*Gender Role Conflict Scale*; O'Neil et coll., 1986), ont des attitudes plus négatives à l'égard de la recherche d'aide psychologique professionnelle que les hommes qui y adhèrent moins. En outre, Wisch, Mahalik, Hayes et Nutt (1995) trouvent que les hommes qui adhèrent plus fortement au rôle

masculin ont une réticence plus prononcée à l'égard de l'aide orientée vers les émotions que lorsque celle-ci est orientée vers les cognitions, alors qu'il n'y a pas de différence pour les hommes qui adhèrent peu au rôle masculin. Enfin, Reevy et Maslach (2001) trouvent que, chez 80 adultes membres d'un YMCA de San Francisco, la féminité (telle que mesurée par le Questionnaire d'attributs personnels de Spence, Helmreich et Stapp, 1974) est associée avec la recherche et l'acquisition de soutien émotif, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. La masculinité, quant à elle, est plutôt associée au fait de recevoir du soutien tangible, mais on peut toutefois penser que, dans le cas d'une crise suicidaire, le soutien émotif est celui qui a le plus d'importance.

Certaines études suggèrent que la préférence à régler ses problèmes seul pourrait être une caractéristique des personnes qui pensent au suicide ou qui ont tenté de s'enlever la vie. Ainsi, deux études montrent que, chez 221 jeunes néo-zélandais du secondaire (Carlton et Deane, 2000) et 1 415 étudiants israéliens du secondaire (Tishby et coll., 2001), le niveau d'idéation suicidaire est associé négativement avec l'intention d'aller chercher de l'aide. Enfin une étude québécoise montre que, comparativement à 24 jeunes non suicidaires, les 24 jeunes qui rapportent avoir fait une tentative de suicide ou avoir eu des idéations suicidaires sérieuses au cours de la dernière année se caractérisent par un manque de réceptivité au soutien se manifestant par une volonté de régler ses problèmes seuls, sans l'aide de personne (Tousignant et Hanigan, 1993). Ce résultat est cependant sujet à d'importantes limites considérant la taille de l'échantillon et le fait qu'il est obtenu par une analyse de contenu réalisée *a posteriori* et non soumise à des analyses statistiques. Les chercheurs n'ont pas non plus fait de distinction quant au sexe des participants dans leurs analyses, probablement parce que leur échantillon comprenait très peu de garçons (21% dans le groupe de suicidaire et 25% dans le groupe témoin).

En somme, en raison de sa valorisation de l'autonomie et de l'indépendance, le rôle masculin semble encourager les hommes à résoudre leurs problèmes seuls et à se priver de l'aide de leur entourage et des professionnels de la santé lorsqu'ils sont en difficulté. Cette attitude pourrait par conséquent contribuer à expliquer, en partie du moins, pourquoi les hommes sont plus nombreux à s'enlever la vie que les femmes, lesquelles hésitent rarement à avoir recours à une aide extérieure en cas de besoin. Cette hypothèse n'a fait l'objet d'aucune vérification empirique à l'heure actuelle bien que quelques études suggèrent une association entre la préférence à régler ses problèmes seul et les idéations suicidaires.

Conclusion

Les études recensées suggèrent que l'adhésion au rôle masculin traditionnel, de par ses exigences de performance, de stoïcisme et d'autonomie, entraîne des effets néfastes importants : niveaux accrus de détresse psychologique et de dépression, recours moins fréquent à la demande d'aide, insatisfaction à l'égard du soutien disponible dans l'entourage. Bien qu'une telle relation n'ait jamais été vérifiée, il est également possible que l'adhésion au rôle masculin traditionnel conduise les hommes à considérer le suicide comme un choix acceptable dans certaines circonstances. Puisque ce comportement est une façon de mettre un terme à sa souffrance par soi-même, il s'agit d'une stratégie qui correspond aux principes d'indépendance et de stoïcisme valorisés par le rôle masculin traditionnel. Par ailleurs, il est également possible que l'adhésion au rôle masculin traditionnel contribue à une moins bonne intégration sociale en nuisant au développement et au maintien des liens sociaux.

En somme, il est possible qu'en raison de son influence délétère sur plusieurs variables associées au suicide, dont la santé mentale, la demande d'aide, le soutien social, l'acceptabilité du suicide et l'intégration sociale, l'adhésion au rôle masculin traditionnel puisse contribuer à accroître la vulnérabilité au suicide chez les hommes.

Cette hypothèse demeure toutefois non vérifiée empiriquement. Les rares études qui se sont intéressées au lien entre rôle de genre et suicidalité étaient strictement corrélationnelles et réalisées auprès d'étudiants universitaires, ce qui limite considérablement la généralisation de leurs résultats aux comportements suicidaires plus sérieux, voire au suicide complété.

Par ailleurs, bien que l'analyse des différences de genre tend à occulter cette réalité, les hommes ne forment pas un groupe homogène : ils ne sont pas tous réticents à demander de l'aide, ils ne sont pas tous moins bien pourvus au plan de l'intégration et du soutien social et bien sûr, ils n'adhèrent pas tous au rôle masculin traditionnel. Afin d'améliorer notre compréhension de la plus grande vulnérabilité des hommes au suicide, cette étude propose une stratégie de recherche différente des comparaisons de genre. En se concentrant exclusivement sur le genre masculin, elle permet une analyse plus fine des facteurs de risque au sein de la population masculine, la plus touchée par les décès par suicide. Cette stratégie pourrait permettre de mieux identifier les mesures préventives à mettre en œuvre auprès des hommes afin de diminuer leur risque de poser un geste suicidaire.

1.6 Hypothèses de recherche

Nous avons vu que les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à s'enlever la vie par suicide, et ce, dans presque tous les pays du monde. L'analyse des différences de genre suggère plusieurs explications possibles à ce phénomène : les hommes utilisent des moyens plus létaux, sont plus agressifs, demandent moins d'aide, reçoivent moins de soutien social, ont des attitudes plus favorables à l'égard du suicide, se sentent davantage seuls et sont moins bien intégrés socialement que les femmes. Par ailleurs, certaines particularités du rôle masculin traditionnel, telles que la valorisation excessive de la réussite, du stoïcisme et de l'indépendance dans la résolution de problèmes, auraient des conséquences négatives sur des variables

associées aux comportements suicidaires, dont l'état mental, la demande d'aide, le soutien social, l'acceptabilité du suicide et l'intégration sociale.

Bien que l'analyse des différences de genre nous indique des pistes utiles pour mieux comprendre la forte incidence de suicide des hommes, ses conclusions demeurent générales puisqu'elle considère les hommes comme un groupe homogène, alors qu'ils diffèrent de manière importante entre eux. La population masculine est hétérogène, composée à la fois d'hommes très stéréotypés et d'hommes qui ne ressemblent en rien à l'homme traditionnel. Dans une perspective de prévention du suicide, il s'avère crucial de dépasser notre compréhension de la vulnérabilité au suicide des hommes, afin de mieux comprendre la vulnérabilité au suicide de certains groupes d'hommes. Une investigation plus approfondie pourrait permettre de mieux cibler les facteurs de risque et de protection au sein de la population masculine, plutôt que de les déduire en comparant les hommes aux femmes.

Notre étude porte donc exclusivement sur une population masculine adulte. Elle compare des hommes qui ont vécu au moins un événement difficile au cours de la dernière année et qui diffèrent sur le fait d'avoir ou non tenté de s'enlever la vie. Elle examine leurs caractéristiques sur le plan de l'intégration sociale, du soutien social, de la demande d'aide, de l'acceptabilité du suicide et du rôle masculin.

Les hommes adultes qui tentent de s'enlever la vie forment l'un des groupes les plus à risque de suicide complété et présentent plusieurs similitudes avec les hommes décédés par suicide (Beautrais, 2001; Lester, 1996b; Maris, 1992). L'étude de personnes toujours vivantes comporte un avantage important sur celui de personnes décédées puisqu'elle permet d'avoir accès au sens donné par les participants à leur expérience.

Cinq hypothèses principales sont à l'examen dans cette recherche :

Hypothèse 1 : Les études recensées suggèrent que le manque d'intégration sociale accroît le risque de suicide. Elles se limitent toutefois à constater l'absence ou la présence de la forme d'intégration sans en considérer la signification et les implications pour l'individu. Ces informations sont pourtant essentielles afin de mieux comprendre la relation entre le manque d'intégration sociale et les comportements suicidaires. Elles pourraient également permettre de mieux comprendre la vulnérabilité des hommes au suicide, car certaines études suggèrent que les hommes souffriraient davantage de leur manque d'intégration sociale que les femmes.

Comme première hypothèse nous postulons donc que les hommes qui ont fait une tentative de suicide sont moins bien intégrés socialement et souffrent davantage de ce manque d'intégration que les hommes qui n'ont pas fait de tentative de suicide.

Hypothèse 2 : Les hommes souffriraient davantage de solitude, auraient moins souvent recours à la demande d'aide et bénéficieraient de moins de soutien social que les femmes. Ces différences pourraient contribuer à expliquer leur plus grande vulnérabilité au suicide puisque le sentiment de solitude et le soutien social ont été associé dans quelques études à un risque accru de comportements suicidaires. Toutefois, ces études se limitaient généralement à mesurer le soutien perçu et considéraient uniquement le soutien informel. Aussi, les rares recherches ayant examiné la relation entre la demande d'aide et les comportements suicidaires portaient sur des situations fictives et étaient très limitées par la taille de leur échantillon. Afin d'obtenir une compréhension plus fine de la contribution de chacune de ces variables dans la prédiction des comportements suicidaires chez les hommes, il s'avère nécessaire de réaliser des études qui distinguent les comportements réels des perceptions et qui permettent de juger de l'importance

respective des différentes formes de soutien (soutien formel, informel, émotif, tangible, etc.).

Comme deuxième hypothèse, nous postulons que les hommes qui ont fait une tentative de suicide se sentent davantage seuls, perçoivent moins de soutien social dans leur entourage, demandent et reçoivent moins d'aide suite à un événement difficile que les hommes qui n'ont pas fait de tentative de suicide, et ce, tant en ce qui concerne leur réseau social personnel que le réseau plus formel de la santé et des services sociaux.

Hypothèse 3: La socialisation masculine, et plus spécifiquement les exigences de performance, de stoïcisme et d'invulnérabilité du rôle masculin traditionnel, est souvent évoquée pour expliquer la plus forte incidence de suicide chez les hommes. Pourtant, une seule étude a tenté de prouver empiriquement cette hypothèse et bien qu'elle trouve un lien positif entre l'adhésion au rôle masculin et le risque suicidaire, cette relation a été observée auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires. Cette étude nécessite donc réplique auprès d'un échantillon plus représentatif des personnes qui s'enlèvent la vie.

La troisième hypothèse à l'étude postule que les hommes qui ont fait une tentative de suicide adhèrent plus fortement au rôle masculin traditionnel que les hommes sans antécédent suicidaire, sont plus réticents à exprimer les émotions de vulnérabilité et valorisent davantage l'indépendance dans la résolution de problèmes.

Hypothèse 4: Les études recensées suggèrent que les hommes seraient plus favorables au suicide que les femmes. En outre, Canetto et Sakinosfky (1998) suggèrent que les hommes meurent davantage par suicide que les femmes parce que les normes sociales en vigueur en Amérique du Nord seraient plus tolérantes à l'égard du suicide des hommes tout en condamnant plus sévèrement leurs tentatives de suicide. En vertu du modèle de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980), la

plus grande acceptabilité du suicide par et pour les hommes pourrait contribuer à expliquer pourquoi ils sont plus nombreux à s'enlever la vie. Toutefois, la plupart des études réalisées pour éprouver cette hypothèse portaient sur des échantillons d'étudiants universitaires plutôt qu'auprès de personnes à risque élevé de suicide ce qui limite considérablement la généralisation de leurs résultats.

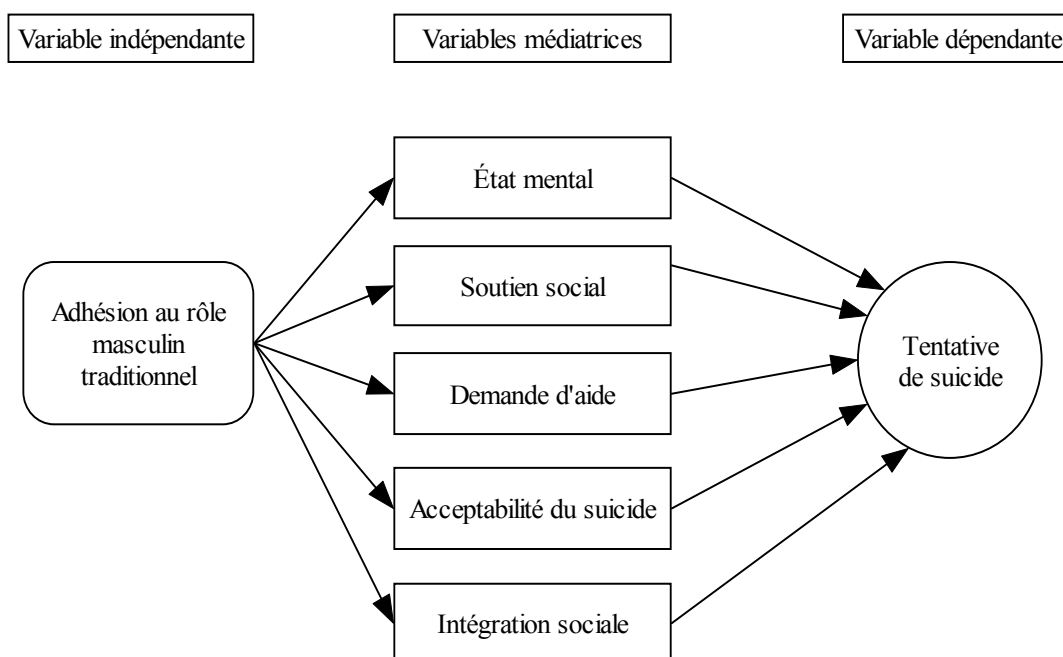
Nous postulons comme quatrième hypothèse que les hommes qui ont fait une tentative de suicide considèrent le suicide comme plus acceptable que les hommes qui n'ont pas fait de tentative de suicide. Les participants vont également considérer le suicide plus acceptable chez les hommes que les femmes et considérer plus acceptable la tentative de suicide chez les femmes que les hommes.

Hypothèse 5 : Les études recensées suggèrent que l'adhésion au rôle masculin traditionnel entraîne des effets néfastes importants : niveaux accrus de détresse psychologique et de dépression, recours moins fréquent à la demande d'aide, insatisfaction à l'égard du soutien disponible dans l'entourage. Il est également possible que l'adhésion au rôle masculin traditionnel contribue à exacerber les conséquences négatives du manque d'intégration sociale, en suscitant, par exemple, des sentiments de honte face à la perte d'emploi ou en créant une forte dépendance à la conjointe dans la satisfaction des besoins affectifs de sorte que la séparation amoureuse est vécue plus difficilement. L'adhésion au rôle masculin traditionnel pourrait également conduire les hommes à adopter des attitudes plus favorables à l'égard du suicide puisque ce comportement correspond aux exigences d'indépendance du code de conduite masculin.

Afin de mieux comprendre comment s'exerce l'influence délétère de l'adhésion au rôle masculin traditionnel sur les comportements suicidaires des hommes, nous proposons la vérification, à titre exploratoire, d'un modèle de prédiction. Ce modèle postule que l'influence de l'adhésion au rôle masculin traditionnel n'est pas directe, mais s'exerce plutôt à travers un certain nombre de variables médiatrices, dont l'état

mental, la demande d'aide, le soutien social, l'acceptabilité du suicide et l'intégration sociale. La figure 1.5 présente le modèle qui sera vérifié dans le cadre de cette étude

Figure 1.5
Modèle initial de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes



CHAPITRE II

MÉTHODE

2.1 Participants

Les participants sont 40 hommes admis à l'urgence d'un hôpital suite à une tentative de suicide (groupe avec tentative de suicide) et 40 hommes qui rapportent n'avoir jamais fait de tentative de suicide et n'avoir jamais pensé sérieusement au suicide au point d'avoir conçu un plan (groupe sans tentative de suicide).

2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les participants sont soumis à trois critères d'inclusion : a) être de sexe masculin ; b) être francophone (même si ce n'est pas la langue maternelle) ; c) être âgé de 20 à 59 ans. Ce dernier critère permet d'accroître l'homogénéité de l'échantillon en le circonscrivant à l'âge adulte, où le risque de s'enlever la vie est d'ailleurs le plus élevé. L'admissibilité à chacun des groupes est ensuite régie par des critères d'inclusion et d'exclusion qui leur sont propres.

Groupe avec tentative de suicide Les participants de ce groupe doivent : a) avoir été admis à l'urgence d'un centre hospitalier suite à une tentative de suicide ; b) avoir vécu un événement difficile au cours de la dernière année. La tentative de suicide est définie comme un comportement potentiellement dangereux pour la vie de la personne, mais dont l'issue n'est pas fatale et pour lequel la personne reconnaît

avoir eu l'intention, à un certain niveau, de s'enlever la vie (O'Carroll et coll., 1996). Il n'y a aucun critère d'exclusion pour ce groupe.

Groupe sans tentative de suicide Les participants de ce groupe doivent respecter un critère d'inclusion supplémentaire: avoir vécu un événement difficile au cours de la dernière année. L'ajout de ce critère comporte deux avantages. Il permet, tout d'abord, d'augmenter la similarité entre les deux groupes, puisque les personnes qui tentent de s'enlever la vie vivent généralement un ou plusieurs événements difficiles dans l'année précédant leur tentative de suicide (Kelly, Soloff, Lynch, Haas et Mann, 2000; Osvath, Varos et Fekete, 2004; Soderberg, Kullgren et Renberg, 2004). Il rend également possible l'analyse des comportements de recherche d'aide et du soutien prodigué par l'entourage dans une situation réelle.

Les participants de ce groupe sont toutefois exclus s'ils ont déjà fait une tentative de suicide ou s'ils ont pensé au suicide sérieusement au point d'avoir conçu un plan, c'est-à-dire d'avoir choisi un moyen, un moment ou un lieu pour tenter de s'enlever la vie. Le critère de la planification s'ajoute à celui du caractère sérieux de l'idéation pour obtenir un indicateur plus concret de la gravité de l'idéation. La planification d'une tentative de suicide étant associée à un risque accru de passage à l'acte (Joiner et coll., 2003), l'ajout de ce critère nous permet donc d'exclure du groupe sans tentative de suicide les personnes qui ressemblent trop aux participants du groupe avec tentative suicide : c'est-à-dire les personnes qui ont pensé si sérieusement au suicide qu'ils en ont conçu un plan.

Après six mois de recrutement, une comparaison des variables sociodémographiques selon le groupe nous a révélé que les participants sans tentative de suicide étaient proportionnellement plus nombreux à avoir un diplôme universitaire et à avoir une orientation sexuelle homosexuelle que les participants avec tentative de suicide. Pour assurer l'équivalence des groupes, nous avons, à partir de cet instant, ajouté deux critères d'exclusion supplémentaires aux participants sans tentative de suicide, soit :

a) avoir un diplôme universitaire ; et b) avoir une orientation sexuelle homosexuelle. Ces critères se sont appliqués jusqu'à la fin du recrutement, cinq mois plus tard.

2.1.2 Recrutement

Le recrutement des participants s'est effectué selon une méthode d'échantillonnage volontaire. Cette méthode, non probabiliste, convient aux situations qui rendent difficile le recrutement des participants, soit en raison de la nature de la problématique de recherche ou de sa faible prévalence parmi la population à l'étude (Singelton, 1988).

Groupe avec tentative de suicide Les participants de ce groupe sont recrutés à l'urgence psychiatrique de quatre hôpitaux montréalais (Jean-Talon, Notre-Dame, Saint-Luc et Maisonneuve-Rosemont) où ils ont été admis suite à une tentative de suicide. Le recrutement s'effectue selon la procédure suivante : la chercheure téléphone quotidiennement aux infirmières de liaison en psychiatrie afin de savoir si une personne correspondant aux critères d'inclusion a été admise à l'urgence suite à une tentative de suicide au cours des 24 dernières heures. Le personnel des urgences (psychiatres, infirmières, travailleuses sociales) possède également les coordonnées de la chercheure afin de pouvoir la prévenir, en tout temps, de la présence d'un participant potentiel. Lorsqu'un participant potentiel est identifié par le personnel de l'urgence, le psychiatre qui a évalué le patient à l'urgence doit confirmer que ce dernier est apte à consentir d'une manière éclairée à la recherche et à y participer. Après avoir obtenu l'autorisation du psychiatre, la chercheure se présente à l'urgence pour y rencontrer le sujet.

Considérant le fait que certaines personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide y restent moins de 24 heures et peuvent quitter l'établissement immédiatement après l'évaluation par le psychiatre, trois hôpitaux acceptent que la chercheure les rencontre à leur domicile après qu'elles aient obtenu leur congé.

L'infirmière de liaison demande alors au participant potentiel s'il accepte qu'elle communique ses coordonnées à une chercheuse qui effectue une étude sur le suicide afin qu'elle puisse l'inviter à participer à la recherche. S'il refuse, elle propose alors de lui laisser les coordonnées de la chercheuse qu'il pourra contacter s'il le désire.

Groupe sans tentative de suicide Les participants de ce groupe sont recrutés dans le département d'hospitalisation d'un jour de l'hôpital Saint-Luc. Ce département accueille hebdomadairement environ 250 personnes de tout âge et de plusieurs régions du Québec qui viennent y recevoir divers traitements (tels que des ultra-sons pour des pierres au rein et des injections de fer en intraveineux) ou subir des chirurgies mineures (comme l'exérèse des cataractes ou la reconstruction du septum nasal). Nous avons choisi d'y recruter les participants sans tentative de suicide pour les raisons suivantes : a) la clientèle représente un échantillon relativement représentatif de la population générale, ce qui évite les biais associés à d'autres méthodes de recrutement telles que les annonces dans les médias ou le recrutement dans des organismes d'aide ; et b) les personnes ont de longues heures à attendre avant leur intervention, de sorte qu'ils sont généralement heureux de participer à une brève entrevue d'admissibilité à la recherche.

Le recrutement s'effectue de la manière suivante : à tous les matins, la chercheuse se présente dans le département pour y rencontrer tous les hommes francophones de 20 à 59 ans qui demeurent dans la grande région de Montréal. Ces personnes sont identifiées par le biais de leur carte d'hôpital et rencontrées individuellement pendant la période d'attente avant leur intervention médicale. La chercheuse leur explique les objectifs de la recherche et les invite à répondre à quelques questions afin de vérifier leur admissibilité à l'étude. Ces questions peuvent être posées oralement si le contexte permet l'échange d'informations confidentielles ou répondues par écrit s'il ne s'y prête pas (*voir* Appendice A).

Tous les participants admissibles à l'étude sont invités à remettre leur numéro de téléphone à la chercheuse. Ils sont ensuite systématiquement contactés la semaine suivante afin de vérifier leur intérêt et leur disponibilité à participer à une entrevue en face à face. S'ils sont toujours intéressés et disponibles, un rendez-vous est fixé avec le participant au moment et à l'endroit (domicile, UQÀM ou travail) de son choix.

2.1.3 Échantillon initial

Groupe avec tentative de suicide Au cours d'une période de neuf mois, soit d'avril à décembre 2003, 48 hommes admis à l'urgence suite à une tentative de suicide et identifiés consécutivement par le personnel comme étant admissibles à la recherche, sont invités à y participer. Il est impossible de connaître le nombre exact de personnes correspondant aux critères d'admissibilité n'ayant pas été sollicitées. Les raisons pour lesquelles tous les patients admissibles n'ont pas été rencontrés sont multiples: a) tentative de suicide non identifiée à l'urgence générale; b) omission du personnel infirmier de prévenir la chercheuse d'un participant potentiel; c) refus du psychiatre de permettre à la chercheuse de rencontrer le patient (plus fréquent dans le cas des patients souffrant de troubles de personnalité limite); et d) brièveté du séjour à l'urgence qui empêche la chercheuse d'arriver à temps pour rencontrer la personne.

Parmi les 48 hommes sollicités à participer à la recherche, 40 (84,3%) complètent l'entrevue, dont quatre à leur domicile et 36 à l'hôpital. Quatre personnes refusent de participer parce qu'elles n'en ont pas envie, deux ne contactent pas la chercheuse pour prendre rendez-vous alors qu'elles avaient en main ses coordonnées, une est exclue parce qu'elle ne rapporte aucun événement difficile au cours de la dernière année et une dernière interrompt sa participation en cours d'entrevue parce qu'elle préfère revoir le psychiatre. Aucune information ne nous permet de déterminer si les personnes qui ont refusé de participer sont différentes de celles qui ont accepté, mais rien ne nous porte à le croire. L'entrevue est réalisée en moyenne trois jours après la

tentative de suicide (*Médiane* = 2,0; *ET* = 3,0 ; *Min* = 1 jour; *Max* = 14 jours) et est d'une durée moyenne d'une heure et demie.

Groupe sans tentative de suicide Au cours d'une période de 11 mois, soit de juillet 2003 à mai 2004, 408 hommes de 20 à 59 ans sont invités à répondre aux questions vérifiant leur admissibilité à l'étude au cours d'une brève entrevue de présélection réalisée en face à face. De ces 408 personnes, 396 (97,1%) acceptent de le faire et 61 (15,4%) répondent à l'ensemble des critères d'admissibilité à l'étude. Parmi celles-ci, 42 (68,9%) acceptent de participer à l'entrevue en face à face. L'entrevue se déroule à l'Université du Québec à Montréal (47,6%) ou au domicile du participant (42,9%) et plus rarement à son lieu de travail (9,5%). Deux participants sont exclus de l'échantillon parce qu'ils ont déjà tenté de s'enlever la vie dans le passé, bien qu'ils aient omis de rapporter leur tentative de suicide au cours de l'entrevue de présélection.

2.1.4 Échantillon final

L'échantillon final est composé de 80 hommes âgés de 20 à 59 ans qui se répartissent selon deux groupes: 40 sujets (*M* = 38,4 ans; *ET* = 10,3) admis à l'urgence d'un hôpital montréalais suite à une tentative de suicide (groupe avec tentative de suicide) et 40 sujets (*M* = 39,3 ans; *ET* = 11,3) sans tentative de suicide et sans idéation suicidaire sérieuse avec plan (groupe sans tentative de suicide).

Le tableau 2.1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants selon le groupe. Les deux groupes sont comparables par rapport à l'ensemble des variables, à l'exception du revenu annuel qui est significativement moins élevé chez les participants du groupe avec tentative de suicide ($F[1,78] = 7,329$; $p < 0,01$) et de l'état matrimonial. On retrouve proportionnellement moins de participants du groupe avec tentative dans la catégorie «marié ou en union libre» ($\chi^2 [2] = 6,545$; $p < 0,05$).

Tableau 2.1
Description des participants selon le groupe

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)	
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Âge				
20 à 29 ans	12	30,0	12	30,0
30 à 39 ans	8	20,0	7	17,5
40 à 49 ans	12	30,0	10	25,0
50 à 59 ans	8	20,0	11	27,5
Orientation sexuelle homosexuelle	10	25,0	10	25,0
Niveau de scolarité				
Secondaire 5 et moins	21	52,5	13	32,5
Collégial	12	30,0	16	40,0
Universitaire	7	17,5	11	27,5
Revenu				
19 999\$ et moins	20	50,0	9	22,5**
20 000\$ à 39 999\$	13	32,5	17	42,5
40 000\$ à 59 999\$	5	12,5	7	17,5
60 000\$ et plus	2	5,0	7	17,5
Origine ethnique				
Canadienne	34	85,0	36	90,0
Autre	6	15,0	4	10,0
État matrimonial de fait				
Marié ou en union de fait	6	15,0	16	40,0*
Séparé, divorcé ou veuf	18	45,0	11	27,5
Célibataire	16	40,0	13	32,5
Vivre seul	19	47,5	14	35,0
Maladie physique grave	9	22,5	12	30,0

* p < 0,05 ; ** p < 0,01

2.2 Mesures

Toutes les variables sont mesurées en entrevue face à face.

2.2.1 Variables sociodémographiques

Âge Cette variable est calculée à partir de l'année de naissance du participant (*voir* Appendice A, question 1 et Appendice B, question 1).

Revenu personnel Cette variable est mesurée par une question à choix de réponses portant sur le revenu personnel brut au cours de l'année fiscale précédant l'entrevue (*voir* Appendice C, question 202). Les catégories de réponses correspondent à des tranches de 10 000 \$, allant de moins de 10 000 \$ par année à 80 000 \$ et plus.

Niveau de scolarité Cette variable réfère au plus haut diplôme obtenu et comporte trois niveaux : a) secondaire ou moins ; b) collégial ; c) universitaire (*voir* Appendice A, question 2 et Appendice C, question 203).

Statut d'activité Le statut d'activité réfère à la situation d'emploi du participant, auquel on propose les choix de réponses suivants : a) en emploi à temps plein (30 heures et plus par semaine) ; b) en emploi à temps partiel ; c) sans emploi, prestataire de l'assurance-emploi ou de l'aide sociale ; d) aux études et e) à la retraite (*voir* Appendice C, question 4). Pour les personnes sans emploi ou à la retraite, deux questions supplémentaires permettent de connaître la durée de la période d'inactivité ainsi que le niveau de plaisir ou de déplaisir ressenti face à cette situation.

Origine ethnique L'origine ethnique est déterminée à partir de la première langue apprise par le participant ainsi que par le pays de naissance des parents (*voir* Appendice C, questions 204 à 206). Ces questions sont tirées du questionnaire de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2000).

Orientation sexuelle Cette variable réfère à l'orientation sexuelle du participant, laquelle peut être : a) hétérosexuelle ; b) homosexuelle ; c) bisexuelle ou d) incertaine (*voir* Appendice C, question 207).

2.2.2 Événements difficiles

Dans le cadre de cette recherche, les événements difficiles retenus sont le fait d'avoir vécu, au cours des douze derniers mois : a) un divorce ou une séparation amoureuse ; b) le bris d'une relation importante ; c) le décès d'une personne chère ; d) une perte d'un emploi ; e) une perte de ses capacités physiques (à cause d'une maladie ou d'un accident) ; f) une perte financière importante ; ou g) tout autre événement grave ayant entraîné un stress significatif chez le participant. Ces événements ont été choisis en raison de leur forte prévalence chez les personnes décédées par suicide (Boardman, Grimbaldeston, Handley, Jones et Willmoth, 1999 ; Cavanagh, Owens et Johnstone, 1999 ; Cooper, Appleby et Amos, 2002)

Lors de la courte entrevue de présélection des participants sans tentative de suicide, l'occurrence ou non de chacun de ces événements est mesurée une première fois (*voir* Appendice A, question 3). C'est toutefois lors de la première partie de l'entrevue en profondeur que les événements difficiles sont évalués plus en détail par des questions développées pour les fins de cette étude et portant sur le moment exact où les événements se sont produits, la personne qui les a initiés et le contexte dans lequel ils s'inscrivent (*voir* Appendice B, question 2). Si le participant a vécu plusieurs événements, on lui demande d'identifier le plus important et d'expliquer son choix. Des échelles de type Likert à quatre points sont également utilisées pour quantifier l'importance de l'événement ainsi que le sentiment de contrôle perçu dans la situation (*voir* Appendice B, questions 6 et 7).

2.2.3 Tentative de suicide

La tentative de suicide est définie comme un comportement potentiellement dangereux pour la vie de la personne, mais dont l'issue n'est pas fatale et pour lequel la personne reconnaît avoir eu l'intention, à un certain niveau, de s'enlever la vie (O'Carroll et coll., 1996). La question utilisée est : «*Avez-vous déjà tenté de vous suicider?*». Elle est posée à deux reprises aux participants sans tentative de suicide : au moment de l'entrevue de présélection réalisée à l'hôpital (*voir* Appendice A, question 4), ainsi que lors de la première partie de l'entrevue en profondeur (*voir* Appendice B, question 8). Cette répétition permet d'accroître la validité de l'information obtenue, car le contexte de l'entrevue en profondeur favorise davantage le dévoilement d'informations à caractère privé que celui de l'entrevue de présélection.

Les participants avec tentative de suicide doivent préciser s'ils ont fait d'autres tentatives de suicide dans le passé et, le cas échéant, spécifier le nombre et la date de la tentative la plus récente (*voir* Appendice C, question 192). Une dernière question ouverte demande au participant de raconter ce qui s'est passé lors de sa tentative la plus récente et d'expliquer pourquoi il a voulu s'enlever la vie (*voir* Appendice C, question 191).

2.2.4 Idéations suicidaires sérieuses avec plan

Pour les participants sans tentative de suicide, deux questions vérifient s'ils ont eu des idées suicidaires sérieuses au cours de leur vie et s'ils avaient conçu un plan pour le faire, c'est-à-dire choisi le moyen, le lieu ou le moment. Ce sont des questions développées pour les fins de cette étude et posées à deux reprises : lors de l'entrevue de présélection (*voir* Appendice A, question 4) et au début de l'entrevue en profondeur (*voir* Appendice B, question 9).

2.2.5 Intentionnalité de la tentative de suicide

L'intentionnalité réfère à l'intensité du désir de mourir au moment de la tentative de suicide. Elle est inférée par les circonstances objectives de la tentative et les perceptions subjectives de l'individu. Dans le cas où une personne a fait plus d'une tentative de suicide, seule l'intentionnalité de la tentative la plus récente est évaluée.

L'intentionnalité de la tentative de suicide est mesurée par quatre questions inspirées de l'Échelle d'intentionnalité de Beck (*Suicide Intent Scale* ; Beck, Schuyler et Herman, 1974). Cette échelle, composée de 14 items, possède une bonne fidélité interjuge ($r = 0,95$) ainsi qu'une bonne cohérence interne ($r = 0,82$ pour Beck, Schuyler et Herman, 1974 et $r = 0,81$ pour Mieczkowski et coll., 1993). Toutefois, certains items mesurent le degré de préméditation et de planification de la tentative de suicide, ce qui relève davantage de l'impulsivité de la tentative que de son intentionnalité (Mieczkowski et coll., 1993). Aux fins de la recherche, nous avons sélectionné les questions les plus pertinentes et opérationnalisés les catégories de réponse.

Les quatre questions retenues sont les suivantes (voir Appendice C, questions 193, 194, 196.2b et 196.5) : (1) «*Au moment où vous avez(décrire le geste posé)...., aviez-vous vraiment l'intention de mourir ?*». On accorde 2 points à la réponse «*Oui*», 1 point à la réponse «*Ne sait pas*» et aucun point à la réponse «*Non*» ; (2) «*Au moment où vous avez(décrire le geste posé)...., étiez vous certain qu'il entraînerait votre mort ?*». On accorde 2 points à la réponse «*Absolument certain*», 1 point à «*Assez certain*», 0 point à «*Peu ou pas du tout certain*» ; (3) «*Avez-vous pris des précautions pour éviter que quelqu'un vous apporte du secours ? Si, oui, lesquelles ?*» On accorde 2 points aux participants qui ont pris des *précautions actives*, c'est-à-dire qui ont posé un geste concret dans le but d'éviter que quelqu'un ne leur porte du secours, comme barrer l'accès à la pièce ou se rendre dans un endroit très isolé, comme une forêt par exemple. On accorde 1 point aux participants

qui ont pris des *précautions passives*, c'est-à-dire qui sont demeurés dans des endroits où ils étaient susceptibles d'être secourus, mais en prenant la peine de se soustraire momentanément aux regards, comme de fermer la porte sans la barrer ou d'attendre qu'il n'y ait personne à la maison. On n'accorde aucun point aux participants qui n'ont pris *aucune précaution* afin d'éviter d'être secourus; (4) «*Avez-vous demandé de l'aide avant, pendant ou après votre tentative de suicide ?*». On donne 2 points aux participants qui n'ont demandé aucun secours, 1 point à ceux qui ont demandé du secours seulement le lendemain de la tentative de suicide ou quelques jours plus tard et aucun point aux participants qui ont demandé du secours pendant ou immédiatement après la tentative de suicide.

2.2.6 Impulsivité de la tentative de suicide

L'impulsivité de la tentative de suicide réfère à l'absence de planification et de préméditation. La perception du participant quant à la nature impulsive ou planifiée de son geste de même que la durée de la préméditation sont utilisées pour déterminer l'impulsivité de la tentative de suicide. D'autres questions déterminent l'ampleur de la planification : le participant doit préciser les raisons l'ayant conduit à choisir le lieu, le moment et la méthode de sa tentative de suicide ainsi que les démarches qu'il a entreprises pour réaliser son plan (*voir* Appendice C, questions 196, 196.1, 196.2a, 196.3, 196.4, 196.6, 196.7 et 196.8a). Ces questions ont été développées spécifiquement pour cette étude et pré-testé auprès de trois hommes admis à l'urgence suite à une tentative de suicide.

2.2.7 Motifs de la tentative de suicide

Les raisons pour lesquelles le participant a décidé de s'enlever la vie sont mesurés à l'aide d'un bref questionnaire développé pour les fins de cette étude et pré-testé auprès de trois hommes admis à l'urgence suite à une tentative de suicide (*voir* Appendice C, question 197). Six motifs sont présentés au participant qui doit préciser, à l'aide d'une échelle de type Likert à quatre points, dans quelle mesure

chacun de ces motifs a joué un rôle dans sa décision de s'enlever la vie. Une dernière question, ouverte, demande au participant d'expliquer, dans ses mots, la raison de sa tentative de suicide.

2.2.8 Acceptabilité du suicide

Cette variable réfère à l'opinion du participant quant à l'acceptabilité du suicide en général. Elle est mesurée à l'aide d'une question développée par Marcoux (2003) et utilisée dans deux sondages téléphoniques auprès de la population québécoise (Durand et Mishara, 2002; Marcoux, 2003). Une échelle de type Likert permet d'évaluer dans quelle mesure le participant est en accord avec l'énoncé qui suit: «*Dans certaines circonstances, le suicide est un choix acceptable*» (voir Appendice C, question 185).

2.2.9 Scénario culturel

Le scénario culturel réfère aux croyances populaires quant aux comportements suicidaires appropriés à chaque sexe (Canetto et Sakinofsky, 1998) et est mesuré par deux questions. La première évalue si le participant croit que le suicide est plus acceptable selon le sexe de la victime et la seconde vérifie la même perception, mais pour la tentative de suicide (voir Appendice C, questions 186 et 187). Les questions ont été développés spécifiquement pour cette étude et pré-testé auprès de trois hommes admis à l'urgence suite à une tentative de suicide.

2.2.10 Demande d'aide

La demande d'aide se définit comme «*toute communication à propos d'un problème ou d'un événement préoccupant visant à obtenir du support, des avis ou de l'assistance en cas de détresse*» (Dulac, 1997; p. 18). Elle réfère, à la fois, aux demandes adressées au réseau de soutien informel ainsi qu'à celles effectuées auprès de professionnels de la santé ou d'organismes. La demande d'aide est mesurée en faisant référence à une situation réelle, à savoir l'événement le plus difficile vécu par

le participant au cours de l'année précédant l'entrevue. Les questions ont été développés spécifiquement pour cette étude et pré-testé auprès de trois hommes admis à l'urgence suite à une tentative de suicide.

Après avoir demandé au participant de se remémorer l'événement le plus difficile qu'il a vécu au cours de la dernière année, le chercheur lui demande s'il s'est confié à quelqu'un de son entourage dans les jours qui ont suivi cet événement. Pour chacune des personnes à qui le participant s'est confié (maximum de trois), des questions supplémentaires examinent la demande explicite de soutien, la nature du soutien demandé et la façon dont la demande a été reçue par le confident (*voir* Appendice C, questions 122, 124, 130).

La demande d'aide aux ressources formelles est mesurée en demandant au participant si, dans les jours qui ont suivi l'événement, il a entrepris des démarches pour obtenir de l'aide ou utilisé les services d'un professionnel de la santé ou d'une organisation. Pour chacune des ressources utilisées, des questions complémentaires déterminent qui est la personne qui a initié la demande d'aide, la nature de l'aide reçue ainsi que le niveau de satisfaction (*voir* Appendice C, question 137).

2.2.11 Intégration sociale

L'intégration sociale se définit comme le fait d'être entouré d'un réseau de personnes significatives et d'assumer des rôles sociaux. L'étendue du réseau social correspond au nombre de personnes différentes mentionnées par le participant dans les questions construites par Caron, Latimer et Tousignant (2002) afin d'évaluer les sources de soutien disponibles pour chacune des provisions sociales (*voir* Appendice C, questions 114 à 120). La variété de rôles sociaux assumés par le participant est mesurée par onze des douze items de l'Index de réseau social (Cohen et coll., 1997 ; *voir* Appendice C, questions 1 à 8). Les rôles considérés sont ceux de conjoint, d'enfant, de parent, de frère, d'ami, de collègue, de voisin, de membre d'un groupe

religieux, de bénévole, de membre d'une organisation et de beau-frère ou beau-fils. Un point est alloué pour chacun des rôles sociaux assumés par le participant au moins une fois à toutes les deux semaines et le score à l'index est calculé en additionnant les points obtenus. Les dimensions relatives au rôle de père sont mesurées à l'aide de cinq questions supplémentaires, développées pour les fins de cette étude (voir Appendice C, questions 1.4a à 1.4e). Les participants qui ont des enfants doivent en préciser le nombre, l'âge, la fréquence des contacts ainsi que la satisfaction à cet égard.

Nous souhaitons préciser ici que le fait d'avoir des personnes dans notre réseau social avec qui faire des activités est considéré par certains auteurs comme une forme de soutien social qui porte parfois le nom de «compagnonnage» (Jones et Fischer, 1978) ou d'«intégration sociale» (Cutrona et Russell, 1987; Veiel, Brill, Häfner et Welz, 1988). Afin d'éviter toute confusion, ce type d'interactions sera considéré, dans le cadre de cette étude, comme un indicateur de soutien social, plutôt que d'intégration sociale.

2.2.12 Soutien social perçu

Cette variable réfère à la perception du participant quant au soutien disponible dans son réseau social personnel. Elle est mesurée par l'Échelle de provisions sociales (*Social Provisions Scale*; Cutrona et Russell, 1987), traduite et validée en langue française par Caron (1996). Cette échelle comprend 24 énoncés pour lesquels le répondant doit indiquer son niveau d'accord sur une échelle de type Likert à quatre points où (1) signifie «*fortement en désaccord*», (2) «*plutôt en désaccord*»; (3) «*plutôt en accord*» et (4) «*fortement en accord*» (voir Appendice C, questions 90 à 113). Les analyses factorielles indiquent une structure à six dimensions : attachement, conseils, intégration sociale, aide tangible, sentiment d'être utile et assurance de sa valeur. Ces six dimensions sont constituées en autant de sous-échelles (Caron, 1996).

L'instrument possède une excellente consistance interne, avec des alpha de Cronbach de 0,96 auprès d'échantillons québécois (n = 790) et de 0,91 auprès d'échantillons américains totalisant 1 792 participants (Caron, 1996). Les sous-échelles possèdent également une bonne consistance interne, les alphas obtenus auprès des échantillons québécois variant de 0,73 à 0,88. La stabilité temporelle est également acceptable, avec une corrélation de Pearson test-retest de 0,66 après un intervalle d'un mois (Caron, 1996).

2.2.13 Soutien social reçu

Cette variable réfère au soutien que le participant rapporte avoir reçu des membres de son réseau social à qui il a parlé de l'événement le plus difficile de la dernière année. Les questions qui l'évaluent s'inspirent à la fois, du protocole d'entrevue utilisé par Tousignant et Hanigan (1993) dans leur étude sur le soutien reçu suite à un événement de vie chez des adolescents suicidaires et du protocole d'entrevue utilisé par Caron, Latimer et Tousignant (2002) dans une étude sur le soutien social et la pauvreté. Pour chacune des personnes à qui il a parlé de l'événement (maximum de trois), des questions évaluent, à l'aide d'échelles de type Likert, les quatre dimensions suivantes : a) s'être senti réconforté ; b) s'être senti compris ; c) s'être senti jugé ; d) être satisfait de l'aide reçue (*voir* Appendice C, questions 128, 129, 133 et 134). Des questions fermées examinent aussi si le participant a reçu du soutien inadéquat ou de l'aide spontanée de la part des personnes à qui il a parlé de l'événement (*voir* Appendice D, questions 131 et 132).

2.2.14 Sentiment de solitude

Le sentiment de solitude se définit comme un état de détresse émotive qui se produit lorsqu'une personne se sent étrangère, incomprise ou rejetée par les autres et/ou perçoit un manque de relations intimes ou de partenaires pour faire des activités (McWhirter, 1990). Cette variable est mesurée par la troisième version du *UCLA Loneliness Scale* (Russel, 1996; Russel, Peplau et Cutrona, 1980), l'instrument le

plus couramment utilisé pour mesurer le sentiment de solitude (Cramer & Barry, 1999). Il est composé de 20 énoncés (9 positifs et 11 négatifs), chacun étant évalué sur une échelle en 4 points, allant de (0) «*jamais*» à (3) «*souvent*» (voir Appendice C, questions 68 à 87). Le score total est obtenu en additionnant le pointage accordé à chacun des énoncés et varie de 0 à 60, qui représente le niveau le plus élevé de solitude.

Cette version possède une bonne cohérence interne auprès d'étudiants de premier cycle universitaire ($r = 0,92$), d'infirmières ($r = 0,94$), de professeurs ($r = 0,89$) et de personnes âgées ($r = 0,89$). Elle possède également une bonne stabilité temporelle après 12 mois ($r = 0,73$). Par ailleurs, elle est corrélée positivement avec d'autres mesures de solitude ($r = 0,65$ avec le *NYU Loneliness Scale* et $r = 0,72$ avec le *Differential Loneliness Scale*) et négativement avec une mesure de soutien social ($r = -0,68$ avec le *Social Provisions Scale*). Finalement, l'analyse factorielle supporte la structure unifactorielle de l'instrument (Russell, 1996).

Dans cette étude, nous utiliserons la traduction canadienne française de l'instrument, validée par DeGrace, Joshi et Pelletier (1993) auprès d'étudiants de premier cycle universitaire et de personnes du troisième âge. Cette version possède de bonnes qualités psychométriques, dont une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,88), une bonne fidélité test-retest après huit semaines d'intervalle ($r = 0,85$) et une structure factorielle à un seul facteur.

2.2.15 Adhésion au rôle masculin traditionnel

L'adhésion au rôle masculin traditionnel se définit comme la volonté de respecter les exigences du rôle masculin traditionnel et d'agir en conformité avec son code de conduite. Dans le cadre de notre étude, ce construit est mesuré par l'Échelle de conflits de rôle (O'Neil et coll., 1986) qui évalue l'importance accordée au respect des exigences du rôle masculin et l'inconfort vécu en cas de violation de ses règles,

inconfort auquel on donne le nom de «conflits de rôle». Selon les auteurs d'une recension critique des instruments disponibles pour mesurer la masculinité, cette échelle permet une meilleure prédiction des comportements que les autres mesures de masculinité, lesquelles sont trop générales ou présentent d'importants problèmes de validité (Thompson, Pleck et Ferrera, 1992).

L'Échelle de conflits de rôle (*Gender Role Conflict Scale* [GRCS] ; O'Neil et coll., 1986) évalue quatre domaines reliés mais distincts : (a) succès, pouvoir et compétition (emphase excessive sur la réussite personnelle, le contrôle et l'autorité sur les autres) ; (b) restriction de l'émotionalité (inconfort avec le dévoilement des émotions et d'autres formes d'expression émotionnelle) ; (c) restriction des comportements affectueux entre hommes (inconfort avec l'expression d'affection entre hommes) ; (d) conflit entre le travail et les relations familiales (difficulté à gérer les demandes contradictoires du travail et de la famille). Elle comporte 37 énoncés (*voir* Appendice C, questions 9 à 45) pour lesquels le répondant doit indiquer son degré d'accord sur une échelle de type Likert à quatre points allant de (1) *fortement en désaccord* à (4) *fortement en accord*. Les sous-échelles possèdent une bonne cohérence interne, avec des alpha de Cronbach variant de 0,75 à 0,88 (O'Neil et coll., 1986 ; Tokar, Fischer, Schaub et Moradi, 2000) ainsi qu'une bonne stabilité temporelle, avec des corrélations de Pearson test-retest allant de 0,75 à 0,85 après un intervalle de quatre semaines (O'Neil et coll., 1986). L'analyse factorielle confirme l'existence d'une structure à quatre facteurs (O'Neil et coll., 1986).

N'étant pas disponible en langue française, l'instrument a été traduit selon la méthode de la traduction inversée (Vallerand, 1989). Une première personne traduit en français la version originale anglaise. Cette traduction française est ensuite remise à une deuxième personne qui la traduit à nouveau en anglais, sans l'aide de la version originale. Puis, un comité composé du chercheur et d'un des deux traducteurs fait une évaluation de la version préliminaire pour en élaborer une version expérimentale.

Lors de cette évaluation, ce n'est pas une correspondance parfaite entre les mots qui est recherchée, mais plutôt une équivalence au niveau du sens des énoncés (Labelle, Lachance et Morval, 1996). Enfin, un prétest a été effectué auprès de trois hommes hospitalisés suite à une tentative de suicide afin de vérifier la clarté des items. Aucun changement n'a été apporté suite à ce pré-test. L'échelle traduite en langue française possède une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach de 0,90 calculé à partir des 80 participants à l'étude.

2.2.16 Réticence à exprimer ses émotions de vulnérabilité

Cette variable réfère à la volonté d'exprimer à des personnes significatives ses sentiments de dépression, d'anxiété, de colère et de peur. Elle est mesurée par l'Échelle de dévoilement émotionnel (*Emotional Self-Disclosure Scale* ; Snell, Miller et Belk, 1988) qui comporte 40 items répartis en huit sous-échelles de cinq items chacune mesurant les huit émotions suivantes : la dépression, la joie, la jalousie, l'anxiété, la colère, le calme, l'apathie et la peur. Le répondant doit indiquer jusqu'à quel point il serait disposé à discuter de ces différentes émotions avec des cibles différentes (meilleur(e) ami(e) et conjointe, par exemple) sur une échelle de type likert à 5 points, allant de «*pas du tout disposé à discuter de ce sujet*» à «*totalelement disposé à discuter de ce sujet*». Un résultat élevé indique une plus grande propension au dévoilement des émotions.

L'instrument original possède de bonnes qualités psychométriques, dont une bonne cohérence interne, avec des alpha de Cronbach variant de 0,87 à 0,95, et une stabilité temporelle acceptable, avec des coefficients de corrélations test-retest variant de 0,58 à 0,76 après un intervalle de 12 semaines (Snell, Miller et Belk, 1988).

N'étant pas disponible en langue française, l'instrument a été traduit selon la méthode de la traduction inversée (Vallerand, 1989) décrite précédemment (voir p. 116). Enfin, un prétest a été effectué auprès de trois hommes hospitalisés suite à une

tentative de suicide afin de vérifier la clarté des items. Ce pré-test a montré que l'échelle était beaucoup trop longue à administrer auprès de cette clientèle et d'une grande redondance : chacune des sous-échelles comportant cinq synonymes de la même émotion.

Dans un souci de parcimonie, nous avons donc choisi d'administrer uniquement les quatre sous-échelles pour lesquelles les hommes et les femmes se distinguent d'une manière significative, à savoir la dépression, l'anxiété, la colère et la peur (Snell, Miller et Belk, 1988). Nous avons également réduit le nombre d'items pour chacune des sous-échelles, passant de cinq à trois. L'échelle finale comporte 14 énoncés (*voir* Appendice C, questions 54 à 67), dont deux leurres (des émotions positives) introduits pour éviter un biais d'acquiescement. Le test d'éboullis de l'analyse factorielle indique une structure à un seul facteur ainsi qu'une cohérence interne très élevée (alpha de Cronbach de 0,94) auprès des 80 participants à l'étude.

2.2.17 Valorisation de l'indépendance dans la résolution de problèmes

La valorisation de l'indépendance dans la résolution de problèmes se définit comme une réticence à demander de l'aide à autrui et une préférence marquée pour la résolution solitaire des problèmes. Nous avons élaboré une échelle pour mesurer ce construit car aucun instrument n'était disponible à notre connaissance. L'échelle de Fischer-Turner sur les attitudes à l'égard de la recherche d'aide professionnelle (Fischer et Turner, 1970) nous a toutefois inspirée dans cette démarche.

La version expérimentale de l'échelle est composée de dix affirmations, dont quatre sont libellées dans un sens positif pour éviter un biais d'acquiescement. Le répondant doit indiquer verbalement jusqu'à quel point il est en accord avec chacune des affirmations sur une échelle de type Likert à quatre points, où (1) signifie *fortement en désaccord*, (2) *plutôt en désaccord*; (3) *plutôt en accord*; (4) *fortement en accord*. Le score total est obtenu en additionnant le pointage accordé à chacun des

énoncés et varie de 10 à 40. Un résultat élevé indique que le participant valorise l'indépendance dans la résolution des problèmes.

Une première validation de l'échelle est effectuée auprès de 142 étudiants universitaires de premier cycle, dont 68 hommes et 68 femmes. Deux items sont retirés de l'échelle en raison de leur distribution anormale qui montre que près de 90% des répondants sont en accord avec l'affirmation. L'échelle finale est composée de huit énoncés (*voir* Appendice C, questions 46 à 53) et possède une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,85). Les hommes y obtiennent des scores significativement plus élevés que les femmes (hommes $M = 19,68$; $ET = 4,90$; femmes $M = 15,90$; $ET = 4,83$; $F[1,135] = 20,43$; $p < 0,001$), ce qui supporte la validité de construit de l'instrument.

Une deuxième validation est effectuée auprès des 80 participants à l'étude. L'analyse de la cohérence interne indique que les items 3 («Quand je suis triste ou préoccupé et que quelqu'un essaie de m'aider, ça m'agace») et 4 («Je suis à l'aise de consulter une aide professionnelle en santé mentale au besoin») sont faiblement corrélés avec le score total ($r = 0,27$ et $r = 0,25$). Ces deux items sont donc retirés de l'échelle qui n'en comporte désormais que six et présente une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,80). Le score à l'échelle est fortement corrélé à celui de l'échelle mesurant l'adhésion au rôle masculin traditionnel ($r = 0,64$), ce qui renforce la validité de construit de cette mesure

2.2.18 Épisode de dépression majeure au cours de la dernière année

Cette variable est mesurée par la portion consacrée à l'épisode de dépression majeure de l'entrevue clinique structurée pour les diagnostics (*Structured Clinical Interview for Diagnostic (SCID)*; First, Spitzer, Gibbon et Willians, 1997) correspondant au DSM-IV. Cet instrument est utilisé dans de nombreuses études et permet d'obtenir un diagnostic de dépression majeure au cours de la dernière année. Il possède une

bonne fidélité inter-juges avec des coefficients Kappa entre 0,70 et 1,00. Il comporte dix questions principales correspondant à chacun des critères diagnostiques de la dépression majeure (*voir* Appendice C, questions 142 à 151). Le répondant doit préciser s'il a vécu le symptôme et si celui-ci a été présent presque tous les jours sur une période d'au moins deux semaines. Trois questions supplémentaires permettent de s'assurer que l'épisode dépressif n'était pas causé par une maladie physique, l'absorption de médicaments, de drogue ou d'alcool (*voir* Appendice D, questions 152 à 154). On attribue le diagnostic d'épisode de dépression majeure aux personnes qui ont eu au moins cinq des symptômes présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et pour lesquelles les symptômes ont représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir (American Psychiatric Association, 1996).

2.2.19 Trouble d'abus ou de dépendance aux drogues au cours de la dernière année

Cette variable est mesurée par le DAST-20 (*Drug Abuse Screening Test* (DAST-20) ; Skinner, 1982), un instrument standardisé qui comporte 20 questions fermées vérifiant la présence ou non de l'énoncé (*voir* Appendice C, questions 165 à 184). Il possède une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,92) et une structure factorielle unidimensionnelle (Skinner, 1982). Dans le cadre de cette étude, nous utilisons sa version française traduite par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1982). Le point de césure utilisé pour déterminer si le répondant souffre d'un trouble d'abus ou de dépendance à la drogue est de 5, ce qui est la norme recommandée par Gavin, Ross et Skinner (1989) ainsi que par Staley et el-Guebaly (1990).

2.2.20 Trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool au cours de la dernière année

Développé par l'Organisation mondiale de la santé, l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) ; Babor, Higgins-Biddle, Saunders et

Monteiro, 2001) est utilisé pour mesurer cette variable. Il est composé de dix questions à choix de réponses : trois portant sur la quantité et la fréquence de la consommation, trois sur la dépendance à l'alcool et quatre sur les problèmes causés par la consommation (*voir* Appendice C, questions 155 à 164). Les qualités psychométriques de l'AUDIT ont été maintes fois démontrées auprès de divers échantillons (Allen, Litten, Fertig et Babor, 1997 ; Maisto et coll., 2000 ; Skipsey, Burleson et Kranzler, 1997). Cet instrument possède une meilleure sensibilité et une meilleure spécificité que le CAGE (Aertgeerts et coll., 2000). Dans le cadre de cette étude, nous utilisons sa version française, traduite et validée par Gache et ses collaborateurs (soumis). Cette version possède elle une bonne cohérence interne, avec un alpha de Cronbach de 0,87. Le point de césure standard de 8 est utilisé pour déterminer si la personne souffre d'un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool (Babor, Higgins-Biddle, Saunders et Monteiro, 2001).

2.2.21 Traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique réfère à l'utilisation de médication pour contrôler de l'anxiété, une humeur dépressive ou d'autres problèmes de santé mentale. Cinq questions, développées pour les fins de cette étude, évaluent le traitement pharmacologique (*voir* Appendice C, question 140). Le participant doit préciser si on lui a déjà prescrit de la médication pour contrôler ses symptômes. Si c'est le cas, il doit préciser à quel moment il a eu cette prescription, quelle était la médication prescrite et qui l'a lui avait prescrite, s'il la prend toujours et s'il respecte l'ordonnance.

2.3 Procédure

Lors de la rencontre avec les sujets, le chercheur explique les objectifs de la recherche, la nature volontaire et non-rémunérée de la participation, les règles de confidentialité ainsi que le droit de retrait pouvant être invoqué en tout temps et sans

préjudice. Il est demandé au participant de lire attentivement le formulaire de consentement (*voir* Appendice D) et de poser toutes les questions dont il a besoin pour améliorer sa compréhension. Après avoir obtenu un consentement libre et éclairé, deux copies du formulaire sont signées et l'une d'elle est remise au participant pour qu'il puisse la conserver. Tous les échanges suivant la signature du formulaire de consentement éclairé sont enregistrés sur bande audio afin de faciliter la codification ultérieure des données.

L'entrevue débute par la vérification des critères d'admissibilité à l'étude (*voir* Appendice B). Le participant précise alors sa date de naissance et décrit les événements difficiles qu'il a vécus au cours de la dernière année. Des questions supplémentaires évaluent les comportements et idéations suicidaires antérieurs des participants du groupe sans tentative de suicide. Les participants qui ne correspondent pas aux critères bénéficient d'une période d'écoute et de soutien et terminent l'entretien.

L'entrevue se poursuit (*voir* Appendice C) avec l'examen de l'intégration sociale, suivi de cinq questionnaires à choix de réponses mesurant, dans l'ordre, l'adhésion au rôle masculin traditionnel, la valorisation de l'indépendance dans la résolution de problèmes, la réticence à exprimer ses émotions, le sentiment de solitude et le soutien social perçu. Il est à noter que ces questionnaires, habituellement utilisés d'une manière auto-administrée sont insérés dans l'entrevue. Le chercheur donne verbalement les consignes aux participants, les informe de l'échelle utilisée, lit les énoncés à haute voix et inscrit les réponses. Le participant a, devant lui, un carton de couleur illustrant l'échelle de type Likert qu'il doit utiliser pour répondre. Cette procédure est privilégiée en raison du fait que certains participants sont alités ou ont des difficultés sérieuses de lecture. Elle présente également l'avantage d'accélérer l'administration de l'instrument et permet de s'assurer que les participants donnent une réponse à toutes les questions.

Nous évaluons ensuite l'étendue du réseau social du participant ainsi que le soutien demandé et reçu suite à l'événement difficile le plus important rapporté par le sujet. La dernière partie de l'entrevue porte sur l'état mental de la personne (dépression, consommation d'alcool et de drogue), ses attitudes face au suicide et ses caractéristiques sociodémographiques. Avant de répondre aux questions sociodémographiques, les participants qui ont fait une tentative de suicide décrivent leur épisode suicidaire et répondent à des questions sur l'intentionnalité et l'impulsivité de leur tentative, les motifs pour lesquels ils voulaient s'enlever la vie, leurs antécédents suicidaires et l'impact du suicide sur leur entourage.

Après l'entrevue, un bref retour est effectué avec les participants pour s'assurer que la recherche n'a pas entraîné d'impacts négatifs sur leur état psychologique. Le chercheur donne les coordonnées de ressources médicales ou psychosociales aux participants qui en ont besoin. Ces ressources sont identifiées notamment dans le répertoire des ressources en santé mentale du Montréal métropolitain (Association canadienne pour la santé mentale, 2001).

2.4 Considérations éthiques

Cette étude a été passée en revue et approuvée par les comités d'éthique des hôpitaux participants. Un consentement libre et éclairé est obtenu de la part de tous les participants qui conservent une copie signée du formulaire (*voir* Appendice D), lequel indique les noms et numéros de téléphone des personnes à contacter dans les hôpitaux en cas de plainte au sujet de la participation à cette recherche. Aucune plainte n'a été signalée. Les participants sont tous informés que leur participation est volontaire et qu'ils peuvent se retirer de l'étude en tout temps et sans aucun préjudice. Les données sont conservées sous clef au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie et un code numérique remplace les renseignements nominatifs.

Chaque entrevue se termine par une période d'échange pendant laquelle les participants qui en ont besoin reçoivent du soutien et les coordonnées de ressources médicales ou psychosociales. Aucun participant rencontré à l'extérieur de l'urgence psychiatrique ne présentait un danger imminent de passage à l'acte, mais la procédure prévue dans un tel cas était d'accompagner la personne à l'hôpital ou d'appeler le centre de crise advenant un refus de collaborer.

2.5 Plan d'analyses statistiques

Les résultats seront présentés et analysés par hypothèse. Nous débuterons par des analyses univariées afin de déterminer s'il existe des différences significatives entre les deux groupes quant aux différentes variables à l'étude. À titre exploratoire, nous tenterons ensuite de déterminer, pour chacune des hypothèses, les indicateurs qui ont le plus d'importance pour prédire la tentative de suicide. Pour ce faire, nous procéderons à des analyses de régression logistique au cours desquelles nous éliminerons progressivement les variables prédictives non significatives, par ordre décroissant de la valeur du p , afin de ne retenir que les meilleurs prédictifs. Enfin, pour chacune des hypothèses, nous procéderons à une analyse de régression séquentielle afin de vérifier si, en contrôlant statistiquement l'effet d'avoir un trouble mental, les indicateurs retenus contribuent à prédire les comportements suicidaires chez les hommes.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Ce chapitre compare d'abord les participants sur le plan des événements difficiles vécus au cours de la dernière année et des troubles mentaux. Sont ensuite présentés les antécédents suicidaires et les caractéristiques de la tentative de suicide la plus récente pour les participants du groupe avec tentative de suicide. La vérification de chacune des hypothèses à l'étude fait l'objet des sections suivantes.

3.1 Événements difficiles et troubles mentaux

3.1.1 Événements difficiles au cours de la dernière année

L'examen des événements difficiles vécus par les participants au cours de la dernière année ne montre aucune différence entre les deux groupes quant au nombre d'événements vécus (groupe avec tentative de suicide $M = 2,45$; $ET = 1,22$; groupe sans tentative de suicide $M = 2,10$; $ET = 0,90$; $F[1, 78] = 2,14$; $p = 0,15$) et à la nature de ces événements (*voir* tableau 3.1). La séparation amoureuse est l'événement le plus fréquent et est rapporté par près de la moitié des participants.

Les participants qui ont rapporté avoir vécu plusieurs événements au cours de la dernière année devaient identifier parmi ceux-ci l'événement le plus difficile et en quantifier, sur une échelle de type Likert allant de 0 à 3, l'importance et leur sentiment de contrôle sur cet événement. Il n'y a aucune différence selon le groupe quant à l'importance accordée à l'événement (groupe avec tentative de suicide

$M = 2,70$; $ET = 0,46$; groupe sans tentative de suicide $M = 2,80$; $ET = 0,41$; $F[1, 78] = 1,05$; $p = 0,31$) et au contrôle perçu sur celui-ci (groupe avec tentative de suicide $M = 0,50$; $ET = 0,75$; groupe sans tentative de suicide $M = 0,50$; $ET = 0,78$).

Tableau 3.1
Comparaison des événements vécus au cours de la dernière année, selon le groupe

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		χ^2	dl
	N	%	n	%		
Séparation amoureuse	19	47,5	18	45,0	0,05	1
Autre bris de relation importante	13	32,5	14	35,0	0,06	1
Décès d'une personne chère	6	15,0	7	17,5	0,09	1
Perte d'emploi	16	40,0	13	32,5	0,05	1
Perte des capacités physiques	3	7,5	8	20,0	2,64	1
Perte financière importante	10	25,0	10	25,0	0,00	1

3.1.2 Troubles mentaux au cours de la dernière année

Telle que présentée au tableau 3.2, l'analyse de l'état mental des participants dans l'année précédant l'entrevue révèle des différences importantes entre les groupes: les participants du groupe avec tentative de suicide étant systématiquement plus nombreux à souffrir de troubles mentaux que les participants du groupe sans tentative de suicide. On remarque également une importante comorbidité chez les participants du groupe avec tentative de suicide. Ces derniers obtiennent également des résultats significativement plus élevés aux échelles mesurant la consommation d'alcool (AUDIT) et la consommation de drogues (DAST). La moyenne obtenue à l'AUDIT par le groupe avec tentative de suicide est plus élevée que le point de césure de 8 utilisé pour déterminer la présence d'une pathologie, ce qui n'est pas le cas du groupe de comparaison. Par contre, les moyennes des deux groupes au DAST sont peu

élevées et se situent largement sous le seuil pathologique de 5, ce qui suggère une faible prévalence de problèmes d'abus ou de dépendance aux drogues chez les participants à l'étude. L'examen des fréquences des scores à ces échelles montrent, toutefois, des distributions anormales où une majorité de participants obtiennent des résultats peu élevés et quelques individus font augmenter la moyenne avec des résultats très importants. Notons ici que des troubles mentaux ne figurant pas dans l'entrevue ont néanmoins été mentionnés spontanément par huit participants.

Tableau 3.2
Comparaison des troubles mentaux au cours de la dernière année, selon le groupe

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		χ^2	df
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>		
Souffrir d'au moins un trouble	37	92,5	21	52,5	16,05***	1
Souffrir de comorbidité	20	50,0	7	17,5	9,45**	1
Épisode de dépression majeure	24	60,0	16	40,0	3,20	1
Abus ou dépendance à l'alcool	24	60,0	12	30,0	7,27**	1
Abus ou dépendance à la drogue	12	30,0	3	7,5	6,65*	1
Trouble autre ¹ que dépression ou abus/dépendance à une substance	8	20,0	0	0,0	8,89**	1
Schizophrénie	3	7,5	0	0,0		
Trouble de personnalité	3	7,5	0	0,0		
Phobie sociale	1	2,5	0	0,0		
Trouble bipolaire	1	2,5	0	0,0		
Traitement pharmacologique	26	65,0	11	27,5	11,31**	1
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>F</u>	
Score à l'AUDIT	9,53	8,80	5,90	4,44	6,183*	1, 78
Score au DAST	2,93	4,58	1,15	2,59	4,560*	1, 78

¹ : Trouble mentionné spontanément dans l'entrevue et pour lequel le participant affirme avoir été diagnostiqué et traité par un médecin; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

3.2 Antécédents suicidaires et description de la tentative de suicide la plus récente

Le tableau 3.3 présente les antécédents suicidaires des participants du groupe avec tentative de suicide ainsi que les caractéristiques de la tentative de suicide la plus récente. La majorité (60,5%) des participants de ce groupe rapporte au moins deux tentatives de suicide au cours de leur vie, incluant celle qui est à l'origine de leur participation à l'étude. Les moyens les plus utilisés pour commettre la tentative de suicide la plus récente sont l'intoxication médicamenteuse (57,5%), la pendaison (15,0%) et la lacération des poignets (12,5%). Un peu plus du tiers (35,0%) des participants étaient intoxiqués au moment de la tentative.

Bien que la plupart (87,9%) des participants pensaient au suicide depuis plus d'une semaine, 72,5% estiment que leur tentative de suicide a été faite sous l'impulsion du moment. Ceci pourrait appuyer l'hypothèse selon laquelle les personnes impulsives sont davantage à risque de s'enlever la vie. Cependant, l'impulsivité n'ayant pas été mesurée auprès de l'ensemble des participants, nous ne pouvons nous avancer davantage sur cette question. Par ailleurs, les participants intoxiqués au moment de leur tentative de suicide ne sont pas proportionnellement plus nombreux à rapporter avoir fait leur tentative sous l'impulsion du moment ($\chi^2 [1, 40] = 0,729 ; p = 0,393$). Seulement quatre (10%) participants ont intentionnellement choisi le moment de leur tentative.

La moitié des participants (n = 19) ont parlé de leurs idéations suicidaires à un proche ou à un professionnel avant leur tentative de suicide et cinq d'entre eux disent avoir été mal reçus, soit en étant accusé de manipulation (n = 2), en n'étant pas pris au sérieux (n = 2) ou en ne suscitant aucune réaction (n = 1). Avant de commettre leur tentative de suicide, la majorité (62,2%) des participants disent ne pas avoir pensé à la réaction de leurs proches s'ils étaient décédés par suicide et moins du quart (22,5%) ont laissé une note destinée à leur entourage. Au moment de l'entrevue, 13,2% des participants voulaient encore mourir et 28,9% étaient ambivalents sur cette question.

Tableau 3.3
Antécédents suicidaires et description de la tentative de suicide la plus récente

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)	
	n	%
Tentatives de suicide au cours de la vie ^a		
Une	15	39,5
Deux	10	26,3
Trois	4	10,5
Quatre et plus	9	23,7
Moyen(s) utilisé(s)		
Intoxication médicamenteuse	23	57,5
Pendaison	6	15,0
Lacérations	5	12,5
Collision de véhicule moteur	2	5,0
Intoxication mixte (monoxyde et médicaments)	1	2,5
Intoxication médicamenteuse et lacérations	1	2,5
Saut d'un lieu élevé	1	2,5
Électrocution	1	2,5
Intoxiqué au moment de la tentative	14	35,0
Lieu de la tentative		
Au domicile du participant	31	77,5
À l'extérieur dans un endroit passant	3	7,5
Dans une salle de bain d'un lieu public	2	5,0
Sur l'autoroute	2	5,0
Dans une chambre d'hôtel	1	2,5
Dans une forêt	1	2,5

^a n = 38

Tableau 3.3
Antécédents suicidaires et description de la tentative de suicide la plus récente (suite)

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)	
	<u>n</u>	<u>%</u>
Avoir fait sa tentative sous l'impulsion du moment	29	72,5
Temps écoulé entre l'intention de se suicider et le passage à l'acte pour les tentatives sous l'impulsion du moment ^b		
Moins de 10 minutes	8	38,1
Entre 11 et 30 minutes	7	33,3
Plus de 60 minutes	6	28,6
Avoir choisi le moment de la tentative	4	10,0
Durée des idéations suicidaires ^c		
Moins d'une semaine	4	12,1
Entre 1 semaine et 1 mois	10	30,3
Entre 1 et 3 mois	9	27,3
Plus de 3 mois	10	30,3
Avoir parlé de ses idéations suicidaires ^d	19	50,0
Personne à qui il a parlé de ses idéations suicidaires ^e		
Seulement à un membre de l'entourage	8	42,1
Seulement à un professionnel	5	26,3
À un membre de l'entourage et un professionnel	6	31,6
Avoir laissé une note d'adieu	9	22,5
Désir de mourir après la tentative ^f		
Encore présent	5	13,2
Ambivalent	11	28,9
Absent	22	57,9

^b n = 29; ^c n = 33; ^d n = 38; ^e n = 19; ^f n = 38

Tels que présentés au tableau 3.4, quatre éléments déterminent l'intentionnalité de la tentative de suicide la plus récente: a) avoir vraiment voulu mourir au moment de la tentative; b) degré de certitude quant à l'issue fatale du geste; c) précautions prises pour éviter d'être secouru; et d) demande d'aide avant, pendant ou après la tentative. Près du tiers des participants du groupe avec tentative de suicide ont pris des précautions pour éviter d'être secourus et 40% ont rapporté avoir été «absolument certain» de mourir au moment du geste.

Tableau 3.4
Intentionnalité de la tentative de suicide la plus récente

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)	
	<u>n</u>	<u>%</u>
Voulait vraiment mourir au moment du geste		
Non	0	0,0
Ne sait pas	6	15,0
Oui	34	85,0
Était certain de mourir au moment du geste		
Peu ou pas du tout certain	4	10,0
Assez certain	20	50,0
Absolument certain	16	40,0
A pris des précautions pour éviter d'être secouru		
Aucune précaution	28	70,0
Précautions passives	10	25,0
Précautions actives	2	5,0
Avoir demandé de l'aide		
Pendant la tentative ou immédiatement après	16	40,0
Le lendemain ou quelques jours plus tard	10	25,0
Aucune demande d'aide	14	35,0

Les motifs pour lesquels les hommes ont tenté de s'enlever la vie sont multiples. Le tableau 3.5 présente les résultats obtenus lorsqu'on demande aux participants de

préciser selon quatre catégories (aucun rôle, rôle peu important, assez important et très important) l'ampleur du rôle qu'ont joué cinq motifs potentiels dans leur propre tentative de suicide. Le motif auquel les participants attribuent le plus souvent un rôle très important est «arrêter la souffrance», tandis que le «sentiment d'être un fardeau» et de «ne pas être important pour les autres» sont les motifs les plus souvent identifiés comme n'ayant joué aucun rôle dans la décision de s'enlever la vie des participants.

Tableau 3.5
Motifs qui ont joué un rôle dans la décision de s'enlever la vie
des participants du groupe avec tentative de suicide (n = 40)

	Aucun rôle		Rôle peu important		Rôle assez important		Rôle très important	
	n	%	n	%	n	%	n	%
J'avais l'impression d'être une source de problèmes pour mon entourage, un fardeau.	17	42,5	4	10,0	12	30,0	7	17,5
J'avais trop mal, il fallait que ça arrête ^a	4	10,5	3	7,9	9	23,7	22	57,9
J'avais l'impression de ne pas être important pour les autres ^b	15	38,5	5	12,8	8	20,5	11	28,2
J'avais l'impression que je n'avais aucun but dans la vie, que ma vie n'avait pas de sens.	5	12,5	4	10,0	15	37,5	16	40,0
J'avais l'impression d'être inutile, de ne servir à rien.	8	20,0	4	10,0	15	37,5	13	32,5
Je me sentais très seul, isolé des autres.	5	12,5	9	22,5	10	25,0	16	40,0

^a n = 38; ^b n = 39

3.3 Vérification de la première hypothèse

La première hypothèse postule que les hommes avec tentative de suicide sont moins bien intégrés socialement et souffrent davantage de ce manque d'intégration que les hommes sans tentative de suicide. Cette hypothèse est d'abord vérifiée en comparant d'une manière univariée les deux groupes de participants sur les variables d'intégration sociale.

Les résultats, présentés au tableau 3.6, appuient en partie l'hypothèse. Les participants du groupe avec tentative de suicide sont moins nombreux à avoir un partenaire amoureux et un emploi que les participants du groupe sans tentative de suicide. Ils assument également moins de rôles sociaux différents et, même s'il n'y a aucune différence entre les groupes quant au fait de vivre seul, les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie sont plus nombreux à se déclarer malheureux de cette situation.

Tableau 3.6
Comparaison des variables liées à l'intégration sociale selon le groupe

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		χ^2	dl
	n	%	n	%		
<u>Conjugalité</u>						
Être marié	3	7,5	10	25,0	4,50*	1
Être marié ou en union de fait	6	15,0	16	40,0	6,55*	1
Avoir un partenaire amoureux	11	27,5	25	62,5	9,90**	1
<u>Employabilité</u>						
Avoir un emploi à temps plein	18	45,0	33	82,5	12,17***	1
Être malheureux d'être sans emploi ^a					2,98	2
Malheureux ou très malheureux	17	77,3	3	42,9		
Ni heureux ni malheureux	4	18,2	3	42,9		
Heureux ou très heureux	1	4,5	1	14,2		

^a porte sur les 29 participants qui n'ont pas d'emploi; * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.6
 Comparaison des variables liées à l'intégration sociale selon le groupe (suite)

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		χ^2	df
	n	%	n	%		
<u>Vivre seul</u>	19	47,5	14	35,0	1,29	1
Vivre seul depuis moins d'un an ^a	4	21,1	3	21,4	0,01	1
Être malheureux de vivre seul ^a					10,61**	1
Malheureux ou très malheureux	12	63,2	1	7,1		
Ni heureux ni malheureux	3	15,8	6	42,9		
Heureux ou très heureux	4	21,0	7	50,0		
<u>Paternité</u>						
Avoir un enfant	19	47,5	19	47,5	0,00	1
Vivre avec l'enfant ^b	3	7,5	9	22,5	4,39*	1
Contacts mensuels avec l'enfant ^c	10	52,6	17	89,5	6,30*	1
<u>Amitié</u>						
Avoir au moins un ami	31	77,5	34	85,0	0,74	1
<u>Relations familiales</u>						
Contacts bimensuels avec:						
Un parent	30	75,0	29	72,5	0,07	1
Un frère ou une soeur	25	62,5	21	52,5	0,82	1
<u>Vie communautaire</u>						
Contacts bimensuels avec un membre d'une organisation	4	10,0	13	32,5	6,05*	1

^a porte sur les 33 participants qui vivent seul;

^b porte sur les 38 participants qui ont un enfant;

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.6
 Comparaison des variables liées à l'intégration sociale selon le groupe (suite)

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)			
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>F</u>	<u>dl</u>
Nombre de personnes dans le réseau	6,50	4,05	8,32	3,17	5,04*	1, 78
Membres de la famille	3,38	2,17	4,10	2,44	1,98	1, 78
Extérieures à la famille	3,13	3,39	4,15	2,82	2,16	1, 78
Nombre de personnes identifiées comme des amis	1,90	2,06	3,25	2,36	7,42**	1, 78
Index d'intégration sociale	3,75	1,77	4,73	1,34	7,75**	1, 78

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tel que présenté au tableau 3.6, les hommes qui ont tenté de se suicider disposent d'un réseau social significativement moins étendu que les hommes sans antécédent suicidaire. Toutefois, cette différence serait principalement attribuable au fait que les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie sont moins nombreux à avoir un partenaire amoureux, puisque lorsqu'on contrôle statistiquement pour cette variable, la différence dans la taille du réseau social n'est plus statistiquement significative ($F[1, 76] = 1,19$; $p = 0,28$). Ce n'est cependant pas le cas de la différence observée dans le nombre d'amis, qui demeure significative, même lorsque l'effet d'avoir un partenaire amoureux est contrôlé au plan statistique.

Les deux groupes comportent un nombre identique de pères, lesquels ont un nombre équivalent d'enfants (groupe avec tentative de suicide $M = 1,58$; $ET = 0,77$; groupe sans tentative de suicide $M = 1,53$; $ET = 0,70$), d'âges comparables (groupe avec tentative de suicide $M = 13,66$; $ET = 9,44$; groupe sans tentative de suicide $M =$

14,16 ; $ET = 7,03$; $F[1,38] = 0,34$; $p = 0,85$). Il a donc été possible de comparer l'expérience de paternité selon le groupe.

Les résultats présentés au tableau 3.7 indiquent que les pères qui ont tenté de se suicider sont moins nombreux à vivre avec leurs enfants et à avoir des contacts réguliers avec eux. En fait, près de la moitié de ces pères voient leurs enfants moins d'une fois par mois, plus du tiers n'ayant plus aucun contact avec ceux-ci. Les différences les plus marquées concernent toutefois la place que les pères attribuent à leur enfant dans leur réseau social : moins de la moitié des pères avec tentative de suicide identifient leur enfant parmi les membres de leur réseau qui nécessitent leur aide et dont ils se sentent responsables et aucun ne nomme son enfant parmi les personnes qui reconnaissent ses compétences et partagent ses activités sociales.

Tableau 3.7
Comparaison des variables liées à la paternité selon le groupe

	Groupe avec tentative de suicide (n = 19)		Groupe sans tentative de suicide (n = 19)		χ^2
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
Vivre avec ses enfants	3	15,8	9	47,4	4,39*
Fréquence des contacts avec l'enfant					6,60*
Jamais	7	36,9	2	10,5	
Moins d'une fois par mois	2	10,5	0	0,0	
Au moins une fois par mois	10	52,6	17	89,5	
Satisfaction de la fréquence des contacts avec l'enfant					2,75
Plutôt ou très insatisfait	10	52,6	5	26,3	
Plutôt ou très satisfait	9	47,4	14	73,7	

* $p < 0,05$

Tableau 3.7
 Comparaison des variables liées à la paternité selon le groupe (suite)

	Groupe avec tentative de suicide (n = 19)		Groupe avec tentative de suicide (n = 19)		χ^2
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
Nombre de fois où l'enfant est nommé dans le réseau social					15,30**
Aucune	7	36,8	1	5,3	
Une	12	63,2	8	42,1	
Deux et plus	0	0,0	10	52,6	
L'enfant nécessite son aide	9	47,4	17	89,5	7,80**
L'enfant prend plaisir aux mêmes activités sociales	0	0,0	5	26,3	5,76*
L'enfant reconnaît ses compétences	0	0,0	7	36,8	8,58**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Les résultats présentés au tableau 3.8 montrent que plus du tiers des pères avec tentative de suicide mentionnent des motifs liés à leurs enfants lorsqu'ils expliquent pourquoi ils ont tenté de se suicider, la perte du contact avec l'enfant étant la problématique la plus courante.

Par ailleurs, parmi le groupe sans tentative de suicide, sept pères (36,8%) mentionnent spontanément les conséquences éventuellement négatives du suicide sur leurs enfants dans les motifs expliquant pourquoi ils n'ont jamais tenté de se suicider, même s'ils y ont déjà songé.

Tableau 3.8
Lien entre la relation père-enfant et la tentative de suicide la plus récente

	Pères avec tentative de suicide (n = 19)	
	<u>n</u>	<u>%</u>
Relation parent-enfant invoquée comme motif de l'intention de mourir lors la tentative de suicide la plus récente	7	36,8
Motifs		
Perte de contact avec l'enfant	4	57,1
Rejet de la part de l'enfant	2	28,6
Crainte de nuire à l'enfant	1	14,3

Afin de déterminer quels sont, parmi l'ensemble des variables d'intégration sociale, les meilleurs prédicteurs de la tentative de suicide, une analyse de régression logistique est réalisée en utilisant le groupe (avec «1» ou sans «0» tentative de suicide) comme variable dépendante. Considérant les différences importantes entre les groupes sur le plan des troubles mentaux et le rôle considérable potentiellement associé à ces troubles dans l'explication générale des comportements suicidaires, il s'avère important de déterminer si les variables d'intégration sociale ajoutent une contribution significative à la prédiction de la tentative de suicide, lorsqu'on tient compte de la contribution des troubles mentaux.

La régression logistique séquentielle est la méthode retenue dans cette analyse puisqu'elle permet de juger de la contribution ajoutée d'une ou plusieurs variables, c'est-à-dire de son effet net après contrôle des autres variables entrées précédemment dans l'équation. Cette méthode est supérieure à celles dites «stepwise» qui présentent de nombreuses faiblesses, dont celles de laisser plein contrôle à l'ordinateur dans

l'analyse et de donner des résultats instables selon la taille de l'échantillon (Harrell, 2001 ; Tabachnick et Fidell, 2001).

Un premier bloc comprenant la variable «avoir un trouble mental» est inséré dans la régression séquentielle, suivi d'un second bloc comprenant les variables d'intégration sociale. Pour éviter les problèmes de surajustement (*overfitting*) associés à un nombre trop élevé de prédicteurs par rapport à la taille échantillonnale, Harrell (2001) recommande de limiter celui-ci au nombre obtenu par la division suivante : nombre de participants du groupe le plus restreint / 15. Dans le cadre de notre étude, il est donc jugé préférable de se limiter à un nombre maximal de 4 prédicteurs et de procéder, par conséquent, à une première sélection des variables à entrer dans l'équation. Puisque l'objectif de l'analyse est d'identifier, de manière exploratoire, les meilleurs prédicteurs de la tentative de suicide plutôt que de vérifier un modèle pré-établi, nous choisissons d'insérer dans l'équation les quatre variables qui permettent le mieux, en univarié, de distinguer les deux groupes : (1) avoir un emploi ; (2) avoir un partenaire amoureux; (3) nombre d'amis; et (4) index d'intégration sociale. Puisque aucune logique théorique ne nous permet de présumer de la préséance d'une variable sur une autre, celles-ci sont entrées simultanément dans le modèle et retirées une à une lorsqu'elles ne contribuent pas de manière significative à la prédiction de la tentative de suicide. L'ordre de retrait des variables est déterminé par la valeur du p : la valeur du bêta étant difficile à interpréter en présence de variables à la fois dichotomiques et continues. Par conséquent, la variable qui a la valeur de p la plus élevée est retirée en premier. Une nouvelle régression est ensuite effectuée sans cette variable en suivant la même procédure. Cette stratégie est appliquée jusqu'à ce que le modèle ne regroupe que les variables qui contribuent de manière significative à la prédiction de la tentative.

Bien que les deux groupes ne soient pas comparables selon le revenu, cette variable ne figure toutefois pas dans les analyses car, lorsqu'on considère déjà l'effet des

troubles mentaux, sa contribution n'est plus statistiquement significative dès l'ajout d'une troisième variable.

L'analyse multivariée supporte l'hypothèse selon laquelle l'intégration sociale, plus spécifiquement le fait d'occuper un emploi et d'avoir plusieurs amis, constitue un bon prédicteur de la tentative de suicide, et ce, même lorsqu'on contrôle statistiquement l'effet de la présence d'un trouble mental (*voir* tableau 3.9). Le modèle final explique 44,7% de la variance ($\chi^2[2] = 15,20$; $p = 0,001$) et permet de classer correctement 72,5% des participants. Il importe ici de préciser que dans le cas d'une régression logistique, la valeur du r^2 ne constitue pas une valeur exacte, mais plutôt une estimation. Dans le cadre de notre étude, le r^2 de Nagelkerke est choisi pour estimer le pourcentage de variance expliquée du modèle, car son estimation est plus juste que celle de Cox et Snell. Les ratios de cote nous indiquent qu'avoir un trouble mental est associé à un risque 7 fois plus élevé de faire une tentative de suicide, alors que le risque est 4 fois moins important lorsqu'on a un emploi et diminue de 28% pour chaque ami.

Tableau 3.9
Régression logistique sur les prédicteurs liés à l'intégration sociale

	χ^2	dl	p	r ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	DI	p	Ratio de cote	IC (95%)	
Premier modèle												
<u>Bloc 1 : État mental</u>	17,445	1	0,001	0,261								
Avoir un trouble mental					2,41	0,68	12,63	1	0,001	11,15	2,95 42,16	
<u>Bloc 2 : Intégration sociale</u>	17,150	4	0,002	0,468								
Avoir un trouble mental					2,14	0,77	7,70	1	0,006	8,53	1,88 38,77	
Avoir un partenaire amoureux					-0,99	0,73	1,85	1	0,174	0,37	0,10 1,11	
Avoir un emploi					-1,13	0,63	3,23	1	0,073	0,32	0,09 1,55	
Index d'intégration sociale					0,04	0,24	0,03	1	0,872	1,04	0,65 1,66	
Nombre d'amis					-0,26	0,17	2,33	1	0,127	0,74	0,55 1,08	
Deuxième modèle												
<u>Bloc 1 : État mental</u>	17,445	1	0,001	0,261								
Avoir un trouble mental					2,41	0,68	12,63	1	0,001	11,15	2,95 42,16	
<u>Bloc 2 : Intégration sociale</u>	17,056	3	0,001	0,467								
Avoir un trouble mental					2,14	0,77	7,76	1	0,005	8,47	1,88 38,07	
Avoir un partenaire amoureux					-0,93	0,62	2,26	1	0,133	0,40	0,10 1,11	
Avoir un emploi					-1,11	0,62	3,22	1	0,073	0,33	0,12 1,33	
Nombre d'amis					-0,26	0,17	2,35	1	0,125	0,77	0,56 1,07	
Modèle final												
<u>Bloc 1 : État mental</u>	17,445	1	0,001	0,261								
Avoir un trouble mental					2,41	0,68	12,63	1	0,001	11,15	2,95 42,16	
<u>Bloc 2 : Intégration sociale</u>	13,033	2	0,001	0,422								
Avoir un trouble mental					1,98	0,75	7,08	1	0,008	7,25	1,68 31,20	
Avoir un emploi					-1,43	0,58	5,95	1	0,015	0,24	0,08 0,76	
Nombre d'amis					-0,33	0,16	4,36	1	0,037	0,72	0,53 0,98	

3.4 Vérification de la deuxième hypothèse

Alors que la première hypothèse portait sur les caractéristiques objectives de l'environnement social des participants, la deuxième hypothèse s'intéresse davantage à ses dimensions subjectives. Elle postule que les hommes qui tentent de s'enlever la vie se sentent plus seuls et perçoivent moins de soutien social dans leur entourage que les hommes qui n'ont aucun antécédent suicidaire. Elle postule également que les hommes qui tentent de s'enlever la vie demandent et reçoivent moins d'aide suite à un événement difficile que les hommes sans antécédent suicidaire. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons d'abord comparé les deux groupes de participants selon le sentiment de solitude et les variables liées au soutien social et à la demande d'aide.

Les résultats présentés au tableau 3.10 appuient, en partie, l'hypothèse. Les participants du groupe avec tentative de suicide rapportent se sentir plus seuls que les participants du groupe sans tentative de suicide. La différence entre les groupes est importante : elle représente 14,18 points sur une échelle qui en compte 60. Les hommes avec tentative de suicide perçoivent également moins de soutien disponible dans leur entourage que les hommes sans tentative : sur une échelle dont les résultats varient de 24 à 96, l'écart entre les deux groupes est de 15,5 points, soit une différence de plus d'un écart-type. Les différences observées entre les groupes quant au sentiment de solitude et au soutien social perçu demeurent significatives, même lorsqu'on contrôle statistiquement pour l'effet d'avoir un partenaire amoureux.

On remarque aussi que les participants du groupe avec tentative de suicide identifient moins de personnes disponibles dans leur entourage pour leur donner du soutien que les participants du groupe sans tentative de suicide. Ils rapportent en moyenne une personne de moins pour chacune des formes de soutien, l'écart étant plus prononcé pour l'aide tangible et le partage d'activités sociales. L'ensemble de ces différences demeurent significatives après avoir contrôlé, au plan statistique, l'effet d'avoir un partenaire amoureux, à l'exception de celle concernant le nombre de personnes

auprès de qui les participants se sentent utiles. Cette dernière différence serait donc principalement attribuable au fait que les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie étaient moins nombreux à avoir un partenaire amoureux.

Les résultats appuient également l'hypothèse selon laquelle les hommes qui ont fait une tentative de suicide demandent et reçoivent moins d'aide de leur réseau social suite à un événement difficile que les hommes sans tentative de suicide. Ainsi, quatre fois plus d'hommes avec tentative de suicide que d'hommes sans tentative de suicide n'ont parlé à personne de ce qu'ils vivaient suite à l'événement le plus difficile qu'ils ont vécu au cours de la dernière année. Afin de vérifier si cette différence pouvait être attribuable au fait que les hommes avec tentative de suicide étaient plus nombreux à n'avoir aucun confident, nous avons croisé ces deux variables. Les résultats présentés au tableau 3.11 ne nous permettent pas d'affirmer que tel est le cas ($\chi^2 [1] = 1,86, p = 0,17$).

Parmi les participants qui ont parlé à un membre de leur entourage de ce qu'ils vivaient suite à l'événement difficile, les hommes avec tentative de suicide semblent avoir moins apprécié l'aide obtenue. Ils rapportent, sur des échelles variant de 0 à 3, s'être sentis moins bien compris, moins réconfortés et plus jugés que les hommes sans tentative de suicide. Les corrélations présentées au tableau 3.12 indiquent que le sentiment d'être jugé est celui qui est le plus fortement associé à la tentative de suicide.

Les résultats sont toutefois contraires à l'hypothèse de départ en ce qui concerne le soutien demandé et reçu de la part des ressources formelles, c'est-à-dire des professionnels de la santé ou des organismes communautaires. D'une part, les hommes qui ont fait une tentative de suicide ne sont pas moins nombreux à avoir entrepris des démarches de recherche d'aide auprès de ressources formelles suite à l'événement difficile, ni à avoir bénéficié de leur soutien (*voir* tableau 3.10). Les mesures à l'échelle de satisfaction variant de 0 à 3 montrent qu'ils sont en moyenne

plutôt satisfaits de l'aide reçue et on ne retrouve aucune différence selon le groupe à cet égard (groupe avec tentative de suicide $M = 2,00$; $ET = 0,46$; groupe sans tentative de suicide $M = 2,17$; $ET = 0,88$; $F[1,30] = 0,22$, $p = 0,53$). D'autre part, l'examen des ressources utilisées au cours de la dernière année révèle que les participants du groupe avec tentative de suicide sont plus nombreux à rapporter avoir reçu de l'aide professionnelle, particulièrement celle d'un psychiatre. Il n'y a pas de différence dans le niveau de satisfaction moyen à l'égard de ces ressources (groupe avec tentative de suicide $M = 1,95$; $ET = 0,73$; groupe sans tentative de suicide $M = 2,22$; $ET = 0,87$; $F[1,46] = 0,84$, $p = 0,25$).

Tableau 3.10
Comparaison du sentiment de solitude, du soutien social et de la demande d'aide, selon le groupe

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		<u>F</u>	<u>dl</u>
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>		
Sentiment de solitude	36,38	12,60	22,20	10,57	29,71***	1, 78
Soutien social perçu	64,85	12,19	80,35	11,29	34,83***	1, 78
Attachement	10,03	2,68	12,93	2,62	23,95***	1, 78
Aide tangible	11,52	3,28	14,60	2,06	25,19***	1, 78
Conseils	11,00	2,93	13,77	2,24	22,71***	1, 78
Intégration sociale	10,45	2,45	12,87	2,28	21,03***	1, 78
Assurance de sa valeur	11,15	2,06	13,57	2,15	26,60***	1, 78
Sentiment d'être utile	10,70	2,91	12,60	2,54	9,68**	1, 78

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 3.10
 Comparaison du sentiment de solitude, du soutien social et de la demande d'aide,
 selon le groupe (suite)

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		<u>F</u>	<u>DI</u>
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>		
Nombre de confidents	1,80	1,56	2,93	1,46	11,14**	1,78
Nombre de personnes pour donner de l'aide tangible	2,40	1,55	3,70	1,26	16,90***	1,78
Nombre de personnes pour donner des conseils	1,38	1,35	2,38	1,51	9,71**	1,78
Nombre de personnes pour assurer sa valeur	2,32	1,82	3,45	1,40	9,65**	1,78
Nombre de personnes envers qui il se sent utile	1,95	1,52	2,67	1,38	4,98*	1,78
Nombre de personnes avec qui faire des activités sociales	1,65	1,85	3,15	1,53	15,66***	1,78
<u>Soutien informel demandé et reçu suite à l'événement le plus difficile</u>						
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>χ²</u>	
Avoir parlé à quelqu'un de ce qu'il vivait	27	67,5	37	92,5	7,81**	1
Lui avoir demandé de faire quelque chose pour l'aider ^a	13	48,1	20	54,1	0,22	1
Avoir reçu de l'aide spontanée ^a	19	70,4	33	89,2	3,63	1
Avoir reçu du soutien inadéquat ^a	13	48,1	12	32,4	1,62	1

^a porte sur les 64 participants qui ont parlé de ce qu'ils vivaient suite à l'événement
 * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.10
 Comparaison du sentiment de solitude, du soutien social et de la demande d'aide,
 selon le groupe (suite)

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)			
<u>Soutien informel demandé et reçu suite à l'événement difficile le plus important</u>						
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>F</u>	<u>DI</u>
Nombre de personnes à qui le participant a parlé	3,70	2,64	4,14	2,56	0,43	1, 62
Réconfort ressenti	1,90	0,77	2,28	0,68	4,27*	1, 62
Compréhension ressentie	2,04	0,59	2,36	0,58	4,40*	1, 62
Jugement ressenti	0,70	0,84	0,22	0,33	9,98**	1, 62
Satisfaction de l'aide reçue	2,06	0,63	2,47	0,67	6,23*	1, 62
<u>Soutien formel demandé et reçu suite à l'événement difficile le plus important</u>						
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>χ²</u>	
Avoir consulté une ressource	13	32,5	19	47,5	1,88	1
Être déjà suivi au moment de l'événement	11	27,5	5	12,5	2,81	1
Nombre de démarches de recherche d'aide entreprises						
Aucune	27	67,5	22	55,0	4,16	2
Une	11	27,5	10	25,0		
Deux et plus	2	5,0	8	20,0		
Nombre de ressources utilisées						
Aucune	26	65,0	21	52,5	4,28	3
Une	5	12,5	9	22,5		
Deux	3	7,5	7	17,5		
Trois et plus	6	15,0	3	7,5		

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.10
 Comparaison du sentiment de solitude, du soutien social et de la demande d'aide,
 selon le groupe (suite)

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		χ^2	dl
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>		
<u>Soutien formel au cours de la dernière année</u>						
Nombre de ressources utilisées						
Aucune	9	22,5	20	50,0	13,34**	3
Une	7	17,5	11	27,5		
Deux	5	12,5	4	10,0		
Trois et plus	19	47,5	5	12,5		
Principaux types de ressources utilisées						
Médecin généraliste	17	42,5	12	30,0	1,35	1
Psychologue	8	20,0	10	25,0	0,29	1
Psychiatre	17	42,5	3	7,5	13,07***	1
Centre de désintoxication	6	15,0	2	5,0	2,22	1

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tableau 3.11
 Comparaison des participants avec tentative de suicide selon qu'ils rapportent avoir
 un confident et s'être confié suite à l'événement difficile (n = 40)

	S'est confié après l'événement	
	S'est confié	Ne s'est pas confié
N'a aucun confident	5	5
A au moins un confident	22	8

Tableau 3.12
Corrélations entre le groupe et les caractéristiques du soutien reçu suite à l'événement le plus difficile vécu au cours de la dernière année

	Groupe	S'être senti réconforté	S'être senti compris	S'être senti jugé
Groupe				
S'être senti réconforté	0,254*			
S'être senti compris	0,258*	0,546**		
S'être senti jugé	-0,372**	-0,406**	-0,291*	
Niveau de satisfaction	0,302*	0,683**	0,603*	-0,284

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

L'échelle de provisions sociales mesure six formes de soutien: a) attachement, b) aide tangible, c) conseils, d) intégration sociale, e) sentiment d'être utile, f) réassurance de sa valeur. À titre exploratoire, nous effectuons une analyse de régression afin de déterminer les formes de soutien qui prédisent le mieux la tentative de suicide. Puisqu'aucune théorie ne nous permet de présumer de la primauté d'une forme de soutien sur une autre, nous procédons à une régression logistique dans laquelle toutes les variables sont insérées simultanément et retirées une à une lorsqu'elles ne contribuent pas de manière significative à la prédiction de la tentative de suicide. L'ordre de retrait des variables est déterminé par la valeur du p . Cette stratégie est appliquée jusqu'à ce que le modèle ne regroupe que les variables qui contribuent de manière significative à la prédiction de la tentative. Présenté au tableau 3.13, le modèle final ne comporte que deux sous-échelles, l'aide tangible et la réassurance de sa valeur, qui expliqueraient 40,8% de la variance ($\chi^2 [2] = 29,243$; $p < 0,001$). Les résultats à chacune des sous-échelles peuvent varier de 4 à 16 et les ratios de cote indiquent que pour chaque point supplémentaire à la sous-échelle d'assurance de sa valeur, le risque de faire une tentative de suicide décroît de 29%, alors qu'il diminue

de 26% pour chaque point supplémentaire à l'échelle d'aide tangible. Rappelons ici, qu'en analyse univariée, le nombre de personnes disponibles pour donner de l'aide tangible distinguait les hommes avec tentative de suicide du groupe de comparaison. Ce résultat converge avec celui obtenu suite à la régression.

À titre exploratoire, nous effectuons une régression logistique séquentielle similaire à celle réalisée au cours de la vérification de la première hypothèse afin d'examiner si le soutien social et la demande d'aide ajoutent une contribution significative à la prédiction de la tentative de suicide, même en contrôlant statistiquement l'effet de la présence de troubles mentaux. Afin de réduire le nombre de prédicteurs et compte-tenu des fortes corrélations entre les différentes variables de soutien social (*voir* Appendice E), seul le score total à l'échelle de provisions sociales est entré dans la régression. Parmi les variables liées à la demande d'aide, le fait de s'être confié à une personne de son entourage suite à l'événement difficile, est la seule variable qui permet de distinguer, en comparaison univarié, les deux groupes de participants. Selon la même logique, seule cette variable est entrée dans la régression.

Les résultats présentés au tableau 3.14 appuient la deuxième hypothèse et montrent que le soutien social et la demande d'aide ajoutent une contribution significative à la prédiction de la tentative de suicide. Le modèle final explique 52,5% de la variance ($\chi^2 [3] = 39,995$; $p < 0,001$) et permet de classifier correctement 78,8% des participants. L'examen des ratios de cote révèle que le fait de se confier à un membre de son entourage suite à l'événement difficile est associé à un risque six fois moins élevé de faire une tentative de suicide et qu'une augmentation d'un point à l'échelle de provisions sociales, dont les résultats varient de 24 à 96, se traduit par une réduction de 8,5% du risque de faire une tentative de suicide.

Tableau 3.13
Régression logistique sur les sous-échelles de soutien social perçu

	χ^2	dl	p	r ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	dl	p	Ratio de cote	IC (95%)	
Premier modèle												
<u>Bloc 1 : Sous-échelles de soutien social</u>	30,255	6	0,001	0,420								
Attachement					-0,14	0,16	0,85	1	0,357	0,87	0,64	1,18
Aide tangible					-0,29	0,22	1,80	1	0,179	0,75	0,49	1,14
Conseils					0,06	0,22	0,08	1	0,779	1,06	0,68	1,62
Intégration sociale					0,03	0,20	0,03	1	0,870	1,03	0,70	1,53
Réassurance de sa valeur					-0,30	0,19	2,36	1	0,124	0,75	0,51	1,09
Sentiment d'être utile					-0,02	0,13	0,02	1	0,888	0,98	0,77	1,26
Deuxième modèle												
<u>Bloc 1 : Sous-échelles de soutien social</u>	30,236	5	0,001	0,420								
Attachement					-0,15	0,15	0,96	1	0,328	0,86	0,64	1,16
Aide tangible					-0,29	0,22	1,82	1	0,177	0,75	0,49	1,14
Conseils					0,06	0,22	0,08	1	0,779	1,06	0,70	1,62
Intégration sociale					0,03	0,20	0,03	1	0,863	1,04	0,70	1,53
Réassurance de sa valeur					-0,30	0,19	2,67	1	0,102	0,74	0,51	1,06
Troisième modèle												
<u>Bloc 1 : Sous-échelles de soutien social</u>	30,206	4	0,001	0,419								
Attachement					-0,14	0,15	0,93	1	0,335	0,87	0,65	1,16
Aide tangible					-0,28	0,20	1,95	1	0,163	0,76	0,51	1,12
Conseils					0,06	0,21	0,08	1	0,774	1,06	0,70	1,62
Réassurance de sa valeur					-0,29	0,17	3,06	1	0,080	0,75	0,54	1,04
Quatrième modèle												
<u>Bloc 1 : Sous-échelles de soutien social</u>	30,123	3	0,001	0,418								
Attachement					-0,13	0,14	0,87	1	0,351	0,88	0,68	1,15
Aide tangible					-0,24	0,15	2,75	1	0,097	0,79	0,59	1,05
Réassurance de sa valeur					-0,28	0,16	3,02	1	0,082	0,75	0,55	1,04
Modèle final												
<u>Bloc 1 : Sous-échelles de soutien social</u>	29,243	2	0,001	0,408								
Aide tangible					-0,31	0,13	5,15	1	0,023	0,74	0,57	0,96
Réassurance de sa valeur					-0,34	0,15	5,06	1	0,025	0,71	0,53	0,96

Tableau 3.14
 Régression logistique séquentielle pour le soutien social et la demande d'aide

	χ^2	dl	p	R ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	dl	p	Ratio de cote	IC (95%)	
<u>Bloc 1 : État mental</u>	17,445	1	0,001	0,261								
Avoir un trouble mental					2,41	0,68	12,63	1	0,001	11,15	2,95	42,16
<u>Bloc 2 : Soutien perçu et demandé</u>	22,550	2	0,001	0,525								
Avoir un trouble mental					1,89	0,86	4,79	1	0,029	6,59	1,22	35,61
Soutien social perçu					-0,09	0,27	11,02	1	0,001	0,92	0,87	0,96
S'être confié suite à l'événement					-1,80	0,81	4,10	1	0,025	0,17	0,03	0,80

3.5 Vérification de la troisième hypothèse

Selon la troisième hypothèse, les hommes qui ont fait une tentative de suicide adhèrent plus fortement au rôle masculin traditionnel que les hommes sans antécédent suicidaire, sont plus réticents à exprimer leurs émotions de vulnérabilité et valorisent davantage l'indépendance dans la résolution de problèmes. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons d'abord comparé les deux groupes de participants selon les variables liées au rôle masculin.

Les résultats présentés au tableau 3.15 supportent l'hypothèse. En effet, les participants du groupe avec tentative de suicide adhèrent plus fortement au rôle masculin traditionnel, tel que mesuré par l'«Échelle de conflits de rôle», que ceux du groupe sans tentative de suicide, sauf en ce qui concerne la dimension travail-famille. Considérant les résultats potentiels de 37 à 148 pouvant être générés par l'échelle, le résultat moyen obtenu par les hommes avec tentative de suicide indique qu'ils adhèrent assez fortement au rôle masculin traditionnel. L'écart entre les groupes est de 15,39 points, ce qui correspond à une différence d'un écart-type.

Les hommes avec tentative de suicide ont également tendance à être moins disposés à exprimer leurs émotions de vulnérabilité que les hommes sans tentative de suicide, la différence atteignant presque le seuil de signification statistique ($p = 0,055$). L'examen des scores moyens révèle que les hommes avec tentative de suicide seraient «modérément disposés» à exprimer leurs émotions à leur meilleur ami, alors que les hommes sans tentative de suicide le seraient «presque totalement».

Enfin, les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie valorisent davantage l'indépendance dans la résolution de problèmes que les hommes sans antécédent suicidaire. L'échelle de type Likert utilisée pour mesurer ce construit offrait les choix de réponse suivants : (1) «fortement en désaccord»; (2) «plutôt en désaccord»; (3) «plutôt en accord» et (4) «fortement en accord». Lorsqu'on calcule le score moyen

par item pour chacun des groupes, il apparaît que les hommes avec tentative de suicide sont «plutôt en accord» avec les énoncés ($M = 2,7$; $Min = 1$; $Max = 4$), alors que les hommes sans tentative sont «plutôt en désaccord» ($M = 2,3$; $Min = 1$; $Max = 4$).

Tableau 3.15
Comparaison des variables liées au rôle masculin selon le groupe

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)			dl
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>F</u>	
Adhésion au rôle masculin traditionnel	98,62	14,76	83,23	17,21	18,49***	1, 78
Succès, performance	34,83	5,94	30,48	7,21	8,70**	1, 78
Restriction de l'émotionnalité	27,13	6,15	21,38	6,39	16,81***	1, 78
Restriction des comportements affectueux entre hommes	20,28	5,70	16,00	5,48	11,74**	1, 78
Conflits travail-famille	16,39	3,91	15,38	4,18	1,25	1, 78
Réticence à exprimer ses émotions de vulnérabilité à son meilleur ami ^a	22,64	12,60	17,33	11,47	3,79	1, 76
Valorisation de l'indépendance dans la résolution de problème	16,18	3,79	14,00	4,21	5,91*	1, 78

^a n = 78, car deux participants (un dans chaque groupe) rapportent n'avoir aucun ami

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Des analyses de régression logistique sont réalisées afin de déterminer quelles dimensions de l'adhésion au rôle masculin traditionnel contribuent le plus à la prédiction de la tentative de suicide et de vérifier si, globalement, elles ajoutent une contribution significative à la prédiction de la tentative de suicide lorsqu'on tient compte de la présence des troubles mentaux. Les résultats de la première régression,

présentés au tableau 3.16, indiquent que la dimension de restriction de l'émotionnalité permet le mieux de prédire la tentative de suicide, contribuant à expliquer 23,2% de la variance ($\chi^2 [1] = 15,320$; $p < 0,001$). Le ratio de cote indique que pour chaque point supplémentaire à cette sous-échelle, dont les scores varient de 10 à 40, le risque de faire une tentative de suicide s'accroît de 15,6%.

Le tableau 3.16 présente les résultats de la deuxième régression. On y constate que l'adhésion au rôle masculin traditionnel accroît d'une manière significative la variance expliquée par le fait d'avoir un trouble mental, laquelle passe de 26,1% à 36,8%. Le modèle final ($\chi^2 [1] = 25,811$; $p < 0,001$) permet de classer correctement 75% des participants. Le ratio de cote indique que chaque point supplémentaire à l'échelle mesurant l'adhésion au rôle masculin traditionnel est associé à une augmentation de 4,7% du risque de faire une tentative de suicide.

Tableau 3.16
Régression logistique sur les dimensions du rôle masculin traditionnel

	χ^2	dl	p	r ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	dl	p	Ratio de cote	IC (95%)	
Premier modèle	18,652	4	0,001	0,277								
Valorisation de l'indépendance					-0,02	0,08	0,05	1	0,819	0,98	0,84	1,15
Succès, performance					0,06	0,04	2,01	1	0,157	1,06	0,98	1,16
Restriction de l'émotionnalité					0,11	0,05	4,51	1	0,034	1,12	1,01	1,24
Restriction de l'affection entre hommes					0,04	0,06	0,42	1	0,519	1,04	0,92	1,17
Deuxième modèle	18,600	3	0,001	0,277								
Succès, performance					0,06	0,04	1,96	1	0,162	1,06	0,98	1,15
Restriction de l'émotionnalité					0,11	0,05	4,53	1	0,033	1,11	1,01	1,23
Restriction de l'affection entre hommes					0,04	0,06	0,36	1	0,547	1,04	0,93	1,16
Troisième modèle	18,235	2	0,001	0,272								
Succès, performance					0,07	0,04	2,74	1	0,098	1,07	0,99	1,16
Restriction de l'émotionnalité					0,13	0,04	8,36	1	0,004	1,13	1,04	1,23
Quatrième modèle	15,320	1	0,001	0,232								
Restriction de l'émotionnalité					0,15	0,04	12,16	1	0,001	1,16	1,07	1,25

Tableau 3.17
Régression logistique séquentielle sur l'adhésion au rôle masculin traditionnel

	χ^2	dl	p	r ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	dl	p	Ratio de cote	IC (95%)	
<u>Bloc 1 : État mental</u>	17,445	1	0,001	0,261								
Avoir un trouble mental					2,41	0,68	12,63	1	0,001	11,15	2,95	42,16
<u>Bloc 2 : Rôle masculin</u>	8,366	1	0,004	0,368								
Avoir un trouble mental					1,96	0,71	7,64	1	0,006	7,08	1,77	28,37
Adhésion au rôle masculin traditionnel					0,05	0,02	7,38	1	0,007	1,05	1,01	1,08

3.6 Vérification de la quatrième hypothèse

La quatrième hypothèse postule que les hommes qui ont fait une tentative de suicide considèrent le suicide plus acceptable que les hommes qui n'en ont jamais fait. Les résultats présentés au tableau 3.18 appuient l'hypothèse puisque la majorité (71,8%) des participants du groupe avec tentative de suicide sont *plutôt* ou *tout à fait d'accord* avec l'affirmation «*Dans certaines circonstances, le suicide est un choix acceptable.*», en comparaison à seulement 35,0% des participants du groupe sans tentative de suicide. Une analyse de régression logistique indique que l'acceptabilité du suicide est un prédicteur significatif de la tentative de suicide ($\chi^2 [1] = 7,21$; $p < 0,02$; r^2 de Nagelkerke = 0,12; ratio de cote = 1,75).

Tableau 3.18
Niveau d'accord à l'affirmation «*Dans certaines circonstances, le suicide est un choix acceptable*» selon le groupe

	Groupe avec tentative de suicide (n = 39)		Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		χ^2	dl
	n	%	n	%		
Tout à fait en accord	10	25,6	6	15,0	11,271**	3
Plutôt en accord	18	46,2	8	20,0		
Plutôt en désaccord	3	7,7	10	25,0		
Tout à fait en désaccord	8	20,5	16	40,0		

** $p < 0,01$

On pourrait penser que la plus grande acceptabilité du suicide chez les hommes avec tentative de suicide puisse s'expliquer en partie par une exposition plus fréquente au suicide d'un proche, mais il n'y a aucune différence significative entre les groupes sur cette variable: 48% des hommes avec tentative de suicide ont vécu le décès par suicide d'un proche comparativement à 33% des hommes sans tentative de suicide ($\chi^2 [1] = 2,864$; $p = 0,091$). En outre, on n'observe pas de différence dans l'acceptabilité du suicide, entre les personnes qui ont perdu un proche par suicide et

celles qui n'ont jamais vécu ce type de perte (groupe qui a perdu un proche : $M = 2,61$; $ET = 1,17$; groupe qui n'a pas perdu de proche : $M = 2,30$; $ET = 1,09$; $F[1,77] = 1,38$; $p = 0,24$). D'autre part, il est possible que le fait que les participants aient tenté de s'enlever la vie peu de temps avant l'entrevue puisse expliquer pourquoi ils considèrent ce comportement plus acceptable que les participants qui n'ont jamais posé de geste suicidaire.

L'hypothèse du scénario culturel formulée par Canetto et Sakinofksy (1998) est évaluée par une question qui demande aux participants s'ils estiment que le suicide est plus acceptable pour les hommes que pour les femmes, pour les femmes que pour les hommes, ou également acceptable pour les deux. Seulement deux des 77 personnes à qui cette question a été posée estiment qu'il y a une différence dans l'acceptabilité du suicide selon le sexe, affirmant toutes les deux que le suicide était plus acceptable pour les hommes que pour les femmes. La faible adhésion à cet énoncé va à l'encontre de l'hypothèse du scénario culturel. Cependant, le manque de variabilité dans les réponses suggère que la question était peut être mal formulée ou trop directe.

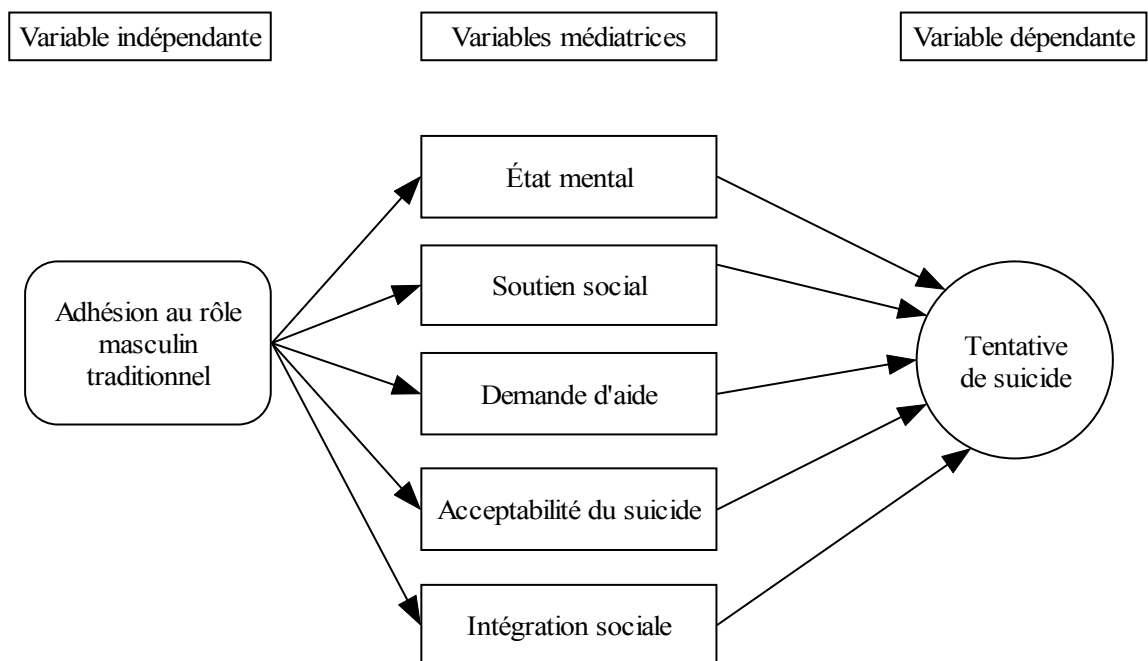
Une question identique était posée au sujet de la tentative de suicide, mais les participants ne semblaient faire aucune distinction entre les deux comportements (tentative de suicide vs suicide complété). Tenant compte de ces résultats, cette question a été retirée du protocole d'entrevue, seule la question sur le suicide a été conservée.

3.7 Vérification de la cinquième hypothèse

Afin de mieux comprendre l'impact de l'adhésion au rôle masculin traditionnel sur la vulnérabilité au suicide des hommes nous avons proposé la vérification, à titre exploratoire, d'un modèle de prédiction. Notre cinquième et dernière hypothèse postulait que l'influence de l'adhésion au rôle masculin traditionnel sur la vulnérabilité au suicide des hommes n'était pas directe, mais s'exerçait plutôt par son

impact sur des variables médiatrices, dont l'état mental, la demande d'aide, le soutien social, l'acceptabilité du suicide et l'intégration sociale. La figure 1.5 présente le modèle qui sera vérifié dans le cadre de cette étude.

Figure 3.1
Modèle initial de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes



Selon Baron et Kenny (1986) la vérification d'un modèle de médiation comporte quatre étapes: (1) vérifier que la variable indépendante est un prédicteur de la variable dépendante; (2) vérifier que la variable indépendante est un prédicteur des variables médiatrices ; (3) vérifier que les variables médiatrices sont des prédicteurs de la variable dépendante; et enfin (4) vérifier que lorsque l'on tient compte de l'influence

des variables médiatrices sur la variable dépendante, la variable indépendante n'est plus un prédicteur significatif de la variable dépendante.

Dans ce modèle, l'adhésion au rôle masculin traditionnel est mesurée par l'Échelle de conflits de rôle et le soutien social par l'Échelle de provisions sociales. La mesure de la demande d'aide correspond au fait de s'être confié ou non à un membre de son entourage suite à l'événement le plus difficile vécu au cours de la dernière année (variable dichotomique). L'état mental réfère à la présence ou non d'un trouble mental au cours de la dernière année (variable dichotomique). L'acceptabilité du suicide est mesurée par le niveau d'accord à l'affirmation suivante : «*Dans certaines circonstances, le suicide est un choix acceptable.*» L'intégration sociale est mesurée par trois indicateurs où nous avons observé des différences significatives entre les groupes lors de la vérification de la première hypothèse, à savoir l'index d'intégration sociale, le fait d'avoir un conjoint et d'avoir un emploi. Nous avons choisi de ne pas considérer la mesure du nombre de personnes avec qui partager des activités comme indicateur d'intégration sociale en raison de la trop forte corrélation de cette variable avec le soutien social ($r = 0,62$; $p < 0,01$).

La première étape de vérification du modèle consiste à s'assurer que l'adhésion au rôle masculin traditionnel (variable indépendante) est un bon prédicteur de la tentative de suicide (variable dépendante). Les résultats de la régression logistique indiquent que l'adhésion au rôle masculin traditionnel permet d'expliquer 25% de la variance et contribue d'une manière significative à la prédiction de la tentative de suicide ($\chi^2[1] = 16,50$; $p < 0,001$; ratio de cote = 1,06).

La deuxième étape de vérification du modèle exige de vérifier si l'adhésion au rôle masculin traditionnel constitue un bon prédicteur des variables médiatrices. Les régressions logistiques effectuées avec les variables dichotomiques montrent que l'adhésion au rôle masculin est un prédicteur significatif du fait de ne pas avoir demandé d'aide ($\chi^2 [1] = 4,11$; $p < 0,05$; r^2 de Nagelkerke = 0,08; ratio de cote = 1,03)

et de l'état mental ($\chi^2 [1] = 11,66$; $p < 0,01$; r^2 de Nagelkerke = 0,20; ratio de cote = 1,06. Cependant, l'adhésion au rôle masculin traditionnel ne permet de prédire ni le score à l'index d'intégration sociale ($F[1,78] = 2,18$; $p = 0,14$), ni le fait de ne pas avoir de conjoint ($\chi^2 [1] = 0,33$; $p < 0,56$) ou d'emploi ($\chi^2 [1] = 3,91$; $p = 0,06$). Les régressions linéaires réalisées avec les variables continues indiquent, par contre, que l'adhésion au rôle masculin traditionnel est un bon prédicteur du soutien social ($F [1,78] = 22,34$; $p < 0,001$; r^2 ajusté = 0,21) et de l'acceptabilité du suicide ($F [1,77] = 5,82$; $p < 0,02$; r^2 ajusté = 0,06). En somme, l'adhésion au rôle masculin traditionnel est un prédicteur significatif de l'état mental, du soutien social, de la demande d'aide et de l'acceptabilité du suicide. Par contre, il ne permet pas de prédire l'intégration sociale.

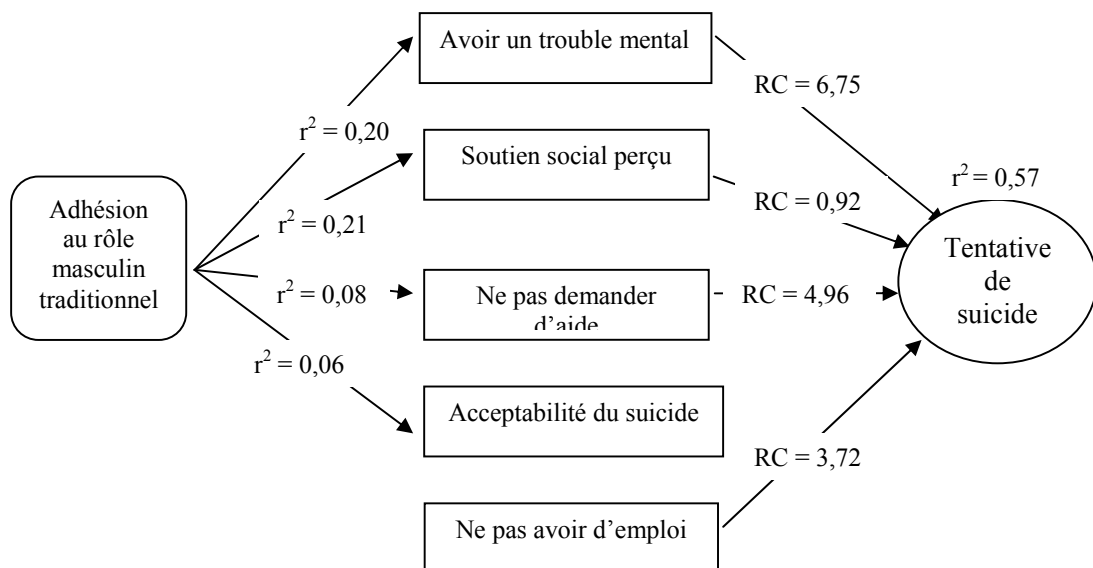
Pour satisfaire la troisième étape de vérification du modèle de médiation, il faut s'assurer que les variables médiatrices permettent de prédire la tentative de suicide. Lors de la vérification des hypothèses précédentes nous avons déjà montré que c'était le cas pour l'état mental (*voir* tableau 3.9), le soutien social et la demande d'aide (*voir* tableau 3.14) ainsi que pour l'acceptabilité du suicide (*voir* page 152).

Afin de réaliser la dernière étape du modèle et vérifier l'existence d'une relation de médiation entre l'adhésion au rôle masculin traditionnel et les variables médiatrices que sont l'état mental, la demande d'aide, le soutien social et l'acceptabilité du suicide dans la prédiction de la tentative de suicide, nous procédons à une analyse de régression logistique séquentielle dans laquelle nous insérons un premier bloc comprenant l'adhésion au rôle masculin traditionnel et un second bloc composé des variables médiatrices. Les résultats de l'analyse présentés au tableau 3.19 montrent que l'adhésion au rôle masculin traditionnel n'est plus un prédicteur significatif de la tentative de suicide lorsqu'on entre les variables médiatrices dans l'équation, ce qui confirme la relation de médiation. Toutefois, l'acceptabilité du suicide, contrairement à la demande d'aide, au soutien social et à l'état mental, n'est plus un prédicteur

significatif de la tentative de suicide en présence de l'adhésion au rôle masculin. On ne peut donc pas parler d'une relation de médiation dans le cas de cette variable.

Afin d'obtenir le modèle le plus intégrateur possible, nous réintégrons le fait de ne pas avoir d'emploi dans une dernière analyse de régression en compagnie des trois prédicteurs précédents : l'état mental, la demande d'aide et le soutien social. Les résultats de l'analyse présentée au tableau 3.20 montrent que le fait de ne pas avoir d'emploi contribue d'une manière significative à la prédiction de la tentative de suicide, de même que l'état mental, la demande d'aide et le soutien social. Notre modèle final de prédiction de la tentative de suicide est présenté à la figure 3.2 et explique 57% de la variance. Il faut toutefois interpréter ce modèle avec prudence en raison de la taille restreinte de l'échantillon et de la sélection non aléatoire des participants.

Figure 3.2
Modèle final de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes



RC = Ratio de cote

Tableau 3.19
Régression logistique séquentielle pour vérifier le modèle de médiation

	χ^2	dl	p	r ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	dl	p	Ratio de cote	IC (95%)
<u>Bloc 1 : Rôle masculin</u>	18,267	1	0,001	0,275							
Adhésion au rôle masculin					0,06	0,02	13,99	1	0,001	1,07	1,03 1,10
<u>Bloc 2 : Variables médiatrices</u>	25,594	4	0,001	0,568							
Avoir un trouble mental					1,82	0,89	4,21	1	0,040	6,19	1,09 35,34
Soutien social					-0,07	0,03	7,02	1	0,008	0,93	0,88 0,98
Ne pas avoir demandé d'aide					1,84	0,84	4,83	1	0,028	6,28	1,22 32,33
Acceptabilité du suicide					0,41	0,28	2,21	1	0,137	1,51	0,88 2,60
Adhésion au rôle masculin					0,03	0,02	1,57	1	0,210	1,03	0,99 1,07

Tableau 3.20
Régression logistique pour la vérification du modèle intégrateur

	χ^2	dl	p	r ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	dl	p	Ratio de cote	IC (95%)
<u>Modèle final</u>	44,276	4	0,001	0,567							
Avoir un trouble mental					1,91	0,90	4,49	1	0,034	6,75	1,15 39,48
Soutien social					-0,09	0,03	9,82	1	0,002	0,92	0,87 0,97
Ne pas avoir demandé d'aide					1,60	0,80	3,97	1	0,046	4,96	1,03 23,92
Ne pas avoir d'emploi					1,31	0,66	4,03	1	0,045	3,72	1,03 13,42

3.8 Analyses secondaires

Il est possible que le risque de faire une tentative de suicide soit plus élevé chez les personnes sans partenaire amoureux en raison du manque de soutien ou d'intégration social qui en résulte. Afin de vérifier cette hypothèse, nous effectuons des comparaisons intra-groupe entre les participants avec et sans partenaire amoureux. Les résultats de ces analyses, présentés au tableau 3.21, supportent l'hypothèse : chez les participants avec tentative de suicide, l'absence de partenaire amoureux est associée à un niveau moins élevé de soutien social perçu, un plus grand sentiment de solitude et un réseau social moins étendu, alors que cette association n'est pas observée chez les participants sans tentative de suicide. D'autre part, bien que les participants qui ont tenté de se suicider soient deux fois plus nombreux à souffrir d'un trouble mental que les participants qui n'ont pas fait de tentative de suicide, les hommes qui souffrent d'un trouble mental se répartissent également entre les groupes avec ou sans partenaire amoureux.

Tableau 3.21
 Comparaison du soutien social, du sentiment de solitude et de l'étendue du réseau social,
 selon le groupe et le fait d'avoir un partenaire ou non

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)						Groupe sans tentative de suicide (n = 40)					
	Sans partenaire (n = 29)		Avec partenaire (n = 11)		F	dl	Sans partenaire (n = 25)		Avec partenaire (n = 15)		F	dl
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>			<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>		
Soutien social perçu	62,21	10,93	71,82	13,08	5,54*	1,38	80,40	10,06	80,32	12,17	0,00	1,38
Sentiment de solitude	38,97	11,51	29,55	13,33	4,90*	1,38	24,87	12,11	20,60	9,43	1,55	1,38
Nombre de personnes dans le réseau	5,52	3,76	9,09	3,78	4,15*	1,38	7,80	3,63	8,64	2,89	0,79	1,38
Nombre de membres de la famille dans le réseau	2,86	1,98	4,73	2,15	5,67**	1,38	3,07	2,22	4,72	2,39	4,73*	1,38
Nombre de membres extérieurs à la famille dans le réseau	2,66	3,32	4,36	3,41	1,01	1,38	4,67	2,92	3,84	2,76	0,80	1,38
Nombre de confidents	1,62	1,52	2,27	1,67	1,42	1,38	3,00	1,13	2,88	1,64	0,06	1,38
Nombre de personnes pour aide tangible	1,93	1,31	3,64	1,50	12,52**	1,38	4,00	1,00	3,52	1,39	1,36	1,38

* p < 0,05; ** p < 0,01

Tableau 3.21
 Comparaison du soutien social, du sentiment de solitude et de l'étendue du réseau social,
 selon le groupe et le fait d'avoir un partenaire ou non (suite)

	Groupe avec tentative de suicide (n = 40)						Groupe sans tentative de suicide (n = 40)					
	Sans partenaire (n = 29)		Avec partenaire (n = 11)		F	dl	Sans partenaire (n = 25)		Avec partenaire (n = 15)		F	dl
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>			<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>		
Nombre de personnes pour les conseils	1,24	1,24	1,73	1,62	1,030	1, 38	2,67	1,29	2,20	1,63	0,89	1, 38
Nombre de personnes qui procurent le sentiment d'être utile	1,62	1,42	2,82	1,47	5,54*	1, 38	2,33	1,40	2,88	1,36	1,48	1, 38
Nombre de personnes avec qui faire des activités sociales	1,21	1,52	2,82	2,18	7,00*	1, 38	2,93	1,44	3,28	1,59	0,48	1, 38
Nombre de personnes pour rassurer sa valeur	2,00	1,71	3,18	1,89	3,60	1, 38	3,07	1,49	3,68	1,31	1,85	1, 38
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	χ^2		<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	χ^2	
Avoir un trouble mental	26	90,0	11	100,0	1,23	1	8	53,3	13	52,0	0,01	1

* p < 0,05; ** p < 0,01

Notre étude permet aussi de vérifier une hypothèse secondaire relative au sentiment de solitude, à savoir que le sentiment de solitude est un meilleur prédicteur de la tentative de suicide que des dimensions plus objectives comme le fait de vivre seul, de ne pas avoir d'amis ou le nombre de personnes dans le réseau social. Les résultats de l'analyse de régression logistique présentés au tableau 3.22 supportent l'hypothèse puisque le sentiment de solitude est la seule variable à contribuer significativement à la prédiction de la tentative de suicide.

Une autre question pertinente concerne le lien entre le sentiment de solitude et le soutien social perçu. Puisque ces deux construits sont fortement corrélés ($r = -0,802$), on peut se demander si le sentiment de solitude ajoute à la prédiction de la tentative de suicide lorsqu'on considère déjà la contribution du soutien social perçu. Une analyse de régression logistique séquentielle montre que ce n'est pas le cas: le sentiment de solitude n'ajoute pas de contribution significative à la prédiction de la tentative de suicide lorsqu'on tient compte de l'influence du soutien social perçu (*voir* tableau 3.23).

Tableau 3.22

Prédiction de la tentative de suicide à partir du sentiment de solitude, du fait de vivre seul, de ne pas avoir d'ami et du nombre de personnes dans le réseau social

	χ^2	dl	p	r ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	dl	p	Ratio de cote	IC (95%)	
<u>Modèle final</u>	26,384	4	0,001	0,375								
Sentiment de solitude					0,11	0,03	14,79	1	0,001	1,11	1,05	1,18
Vivre seul					0,41	0,55	0,58	1	0,448	1,51	0,52	4,40
N'avoir aucun ami					-0,85	0,78	1,18	1	0,277	0,43	0,09	1,98
Nombre de personnes dans le réseau social					-0,01	0,08	0,01	1	0,937	0,10	0,84	1,17

Tableau 3.23

Prédiction de la tentative de suicide à partir du soutien social perçu et du sentiment de solitude

	χ^2	dl	p	r ² de Nagelkerke	B	S.E.	Wald	dl	p	Ratio de cote	IC (95%)	
<u>Bloc 1 : Soutien social perçu</u>	28,151	1	0,001	0,396								
Soutien social perçu					-0,11	0,02	18,75	1	0,001	0,90	0,86	0,94
<u>Bloc 2 : Sentiment de solitude</u>	1,691	1	0,193									
<u>Modèle final</u>	29,842	2	0,001	0,415								
Soutien social perçu					-0,07	0,03	4,73	1	0,030	0,93	0,87	0,99
Sentiment de solitude					0,04	0,03	1,673	1	0,196	1,04	0,98	1,11

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif général de contribuer à une meilleure compréhension de la plus grande vulnérabilité des hommes au suicide en utilisant une stratégie de recherche différente des comparaisons selon le genre. Si l'analyse des différences entre les hommes et les femmes est chose courante en recherche sociale, cette stratégie nous conduit cependant à négliger les variations importantes qui existent à l'intérieur même des populations masculines et féminines. Pour mieux comprendre la vulnérabilité au suicide des hommes, nous avons choisi d'effectuer une analyse plus approfondie du genre masculin afin d'identifier les caractéristiques pouvant accroître le risque de suicide au sein même de cette population hétérogène.

Dans cette perspective, la présente étude portait exclusivement sur une population masculine et examinait les impacts négatifs du manque d'intégration et de soutien social, de la réticence à demander de l'aide et de l'adhésion au rôle masculin traditionnel, sur les conduites suicidaires d'hommes adultes. Elle visait, dans un premier temps, à vérifier les quatre hypothèses suivantes : a) les hommes qui tentent de se suicider sont moins bien intégrés socialement et vivent plus difficilement ce manque d'intégration que les hommes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide; b) les hommes qui tentent de se suicider perçoivent, demandent et reçoivent moins de soutien social que les hommes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide; c) les hommes qui tentent de se suicider considèrent le suicide comme plus acceptable que les hommes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide; et d) les hommes qui tentent de se suicider adhèrent plus fortement au rôle masculin traditionnel, sont plus

réticents à exprimer leurs émotions et valorisent davantage l'indépendance dans la résolution de problèmes que les hommes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide.

Notre étude voulait également ajouter à la compréhension de la vulnérabilité au suicide des hommes en vérifiant si le rôle masculin traditionnel accroît le risque de faire une tentative de suicide en exerçant une influence négative sur l'état mental, le soutien social, la demande d'aide, l'acceptabilité au suicide et l'intégration sociale.

Cette section discute d'abord des principaux résultats de l'étude. Elle présente ensuite ses implications pour la recherche et la pratique et termine en précisant ses limites.

4.1 Intégration sociale

Les personnes bien intégrées socialement assument des rôles sociaux et sont entourées d'un réseau de personnes significatives qu'elles fréquentent régulièrement. Bien que de nombreuses études aient montré que les personnes bien intégrées socialement étaient moins à risque de s'enlever la vie, les raisons pour lesquelles l'intégration sociale protège du suicide ne sont pas claires. Les études antérieures s'étaient généralement limitées à constater l'absence ou la présence de la forme d'intégration (être marié ou avoir un emploi, par exemple) sans en considérer la signification pour l'individu. Il est pourtant probable que l'évaluation subjective qu'une personne fait de sa situation influence d'une manière importante les conséquences de son manque d'intégration sociale sur son bien-être. Or, des études suggèrent que les hommes souffriraient davantage que les femmes de leur manque d'intégration sociale (Gove, 1973; Hemström, 1996; Hu et Goldman, 1990; Julien, Julien et Lafontaine, 2000; Muller, Hicks et Winocur, 1993). Ils seraient également moins bien intégrés socialement que les femmes (Fisher et Olikier, 1983; Moore, 1990; Stokes et Wilson, 1984) et auraient plus de difficulté à assumer pleinement leur rôle de parent suite aux ruptures d'union (Furstenberg et Cherlin, 1991; Kruk, 1993). Il était par conséquent possible que le manque d'intégration sociale des hommes, et

plus spécifiquement leur difficulté à gérer ce manque d'intégration, puisse contribuer à expliquer leur plus grande vulnérabilité au suicide. Notre étude visait donc à vérifier, d'une part, si les hommes qui ont tenté de se suicider étaient moins bien intégrés socialement que les hommes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide et, d'autre part, s'ils vivaient cette situation plus difficilement. Ces hypothèses ont été toutes deux confirmées.

L'absence de partenaire amoureux avait déjà été identifiée à maintes reprises comme facteur associé au risque de suicide complété, particulièrement chez les hommes (Heikkinen et coll., 1995; Kposowa, Breault et Singh, 1995; Saint-Laurent et Tennina, 2000). Notre étude ne fait pas exception puisqu'elle trouve que les hommes avec tentative de suicide sont moins nombreux à avoir un partenaire amoureux que les hommes sans tentative de suicide. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la personne sans partenaire amoureux se trouve ainsi privée d'une importante source de soutien social qui la laisse plus démunie en période de crise. Les hommes semblent d'ailleurs particulièrement vulnérables à l'absence de partenaire amoureux, leur conjointe étant souvent leur principale source de soutien (Antonucci et Akiyama, 1987; Turner, 1994). Notre étude montre, à cet égard, que l'absence de partenaire amoureux s'accompagne d'un manque de soutien social, mais uniquement chez les hommes qui ont fait une tentative de suicide. Ces derniers se sentent beaucoup plus seuls, perçoivent moins de soutien dans leur entourage et disposent d'un réseau social moins étendu lorsqu'ils n'ont pas de partenaire que lorsqu'ils en ont un. Les hommes sans tentative de suicide semblent, quant à eux, protégés de l'influence négative de l'absence de partenaire amoureux, possiblement parce qu'ils ont compensé ce manque en développant un réseau plus étendu à l'extérieur à la famille, ce qui n'est pas le cas des hommes qui ont tenté de s'enlever la vie. Nos résultats suggèrent donc que les hommes avec tentative de suicide seraient davantage dépendants de leur partenaire amoureux pour le développement et le maintien de leurs liens sociaux ainsi

que pour l'obtention de soutien social, ce qui augmenterait leur vulnérabilité lorsqu'ils en sont privés.

Les résultats obtenus quant au fait de vivre seul tendent également à appuyer cette hypothèse. Notre étude ne trouve pas, contrairement à plusieurs autres (Appleby, Cooper, Amos et Faragher, 1999 ; Barraclough et Pallis, 1975 ; Johansson, Sundquist et Bergman, 1997; Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy, 1992 ; Nordentoft et coll., 1993), que les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie sont plus nombreux à vivre seul que les hommes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide. Nous avons toutefois constaté que les hommes qui ont tenté de se suicider étaient beaucoup plus nombreux à se déclarer malheureux ou très malheureux de vivre seul. Comme le suggèrent Saint-Laurent et Tennina (2000), il est possible que ce soit davantage le manque de relations intimes qui accompagne parfois le fait de vivre seul, plutôt que le fait de vivre seul en lui-même, qui serait associé au suicide. Il est en effet probable que les hommes qui se déclarent malheureux de vivre seul souffrent en fait de l'absence d'un partenaire amoureux avec qui partager leur vie. Ceci renforce l'hypothèse évoquée précédemment selon laquelle les hommes qui tentent de se suicider seraient plus dépendants de leur partenaire amoureux pour satisfaire leurs besoins émotifs.

À ce jour, peu d'études se sont intéressées au rôle de parent comme facteur de protection des comportements suicidaires : deux études ont trouvé que le taux de suicide des personnes qui ont des enfants était moins élevé que celui des personnes qui n'ont pas d'enfant (Danigelis et Pope, 1979; Hoyer et Lund, 1993), alors qu'une autre a conclu que des événements graves impliquant des enfants avaient possiblement précipité le suicide de la majorité des pères de l'échantillon (Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki, 2002). Ces résultats suggéraient que le rôle de parent, ou plutôt l'incapacité à l'assumer pleinement, pouvait avoir une incidence sur le risque suicidaire. Or, les hommes perdent souvent le contact quotidien avec

leurs enfants après les ruptures d'union, ce qui diminue considérablement leur capacité à assumer leur rôle de père. Il était par conséquent possible que leur difficulté à s'impliquer activement auprès de leurs enfants puisse contribuer à leur plus grande vulnérabilité au suicide. Ce que tend à confirmer nos résultats.

Notre étude est la première à avoir comparé l'expérience de pères qui ont tenté de s'enlever la vie avec celle de pères n'ayant jamais posé un tel geste. Les résultats suggèrent que ce n'est pas le fait d'avoir un enfant en soi qui protège des comportements suicidaires, mais plutôt la présence d'une relation soutenue et engagée avec celui-ci. Nous avons constaté que, comparativement aux hommes qui ont tenté de se suicider, les hommes sans antécédent suicidaire avaient des contacts plus réguliers avec leurs enfants, affirmaient davantage contribuer à leur bien-être et étaient les seuls à identifier leurs enfants parmi les personnes qui reconnaissent leurs compétences et qui partagent leurs activités sociales. Ceci suggère que le rôle paternel pourrait protéger du suicide lorsqu'il est une source importante de gratification et qu'il donne un sens à la vie. Les effets bénéfiques de l'engagement paternel ont déjà été documentés dans des études trouvant que les pères engagés se sentent davantage importants pour leurs enfants (Lamb, 1987), sont plus satisfaits avec leur vie (Eggebean et Knoester, 2001) et vivent moins de détresse psychologique (Barnett, Marshall et Pleck, 1992; Ozer, Barnett, Brennan et Sperling, 1998).

Notre étude suggère que les pères qui ont tenté de s'enlever la vie avaient plus de difficulté à assumer pleinement leur rôle de parent et s'y sentaient moins compétents. Seule une minorité d'entre eux vivaient encore avec leur enfant et près de la moitié des pères séparés avaient des contacts rares ou inexistantes avec lui, ce qui laisse croire qu'ils n'ont pu maintenir le lien parent-enfant suite à la rupture avec la mère. Nous ne disposons pas de suffisamment d'informations pour comprendre la cause de cet effritement, bien que la prévalence plus élevée de troubles mentaux chez les hommes avec tentative de suicide puisse y contribuer en partie. Il est en effet possible que leur

état psychologique ait compromis leur capacité à prendre soin adéquatement de leurs enfants, contribuant ainsi à expliquer la décision de la mère ou du système judiciaire de limiter les contacts père-enfant. Toutefois, les décisions des tribunaux québécois en matière de garde d'enfants ne favorisent pas, d'une manière générale, le maintien d'un lien étroit entre le père et son enfant : «*dans 70,1% des cas de divorce et 84,5% des cas de rupture d'union libre la garde des enfants est confiée exclusivement à la mère*» (Tremblay, 2002 dans Rondeau et coll., 2004). En outre, les pères ont plus de difficulté à faire valoir leurs droits parentaux devant les tribunaux puisqu'ils ont moins souvent accès à l'aide juridique (Joyal, Lapierre-Adamcyk, Le Bourdais et Marcil-Gratton, 2003 dans Rondeau et coll., 2004). En somme, le contexte judiciaire et légal actuel pourrait contribuer à fragiliser le lien père-enfant, privant ainsi les hommes d'un facteur de protection possiblement important du suicide.

La taille du réseau social a déjà été associée au risque de faire une tentative de suicide (Hart et Williams, 1987). Plus spécifiquement, les études antérieures suggéraient que le nombre d'amis, davantage que la taille du réseau familial, revêtait une importance cruciale (Allebeck et Allgulander, 1990; Appleby, Cooper, Amos et Faragher, 1999; Maris, 1981). Dans l'étude de Veiel, Brill, Hafner et Welz (1988), la taille du réseau extérieur à la famille était la variable qui permettait le mieux de distinguer les personnes qui avaient fait une tentative de suicide de celles qui n'en avaient jamais fait. Ce n'est pas le cas dans notre étude, puisque nous ne trouvons aucune différence entre les groupes quant à la taille du réseau social, qu'il soit familial ou extérieur à la famille, lorsqu'on contrôle statistiquement pour l'effet d'avoir un partenaire amoureux. Toutefois, la principale lacune du réseau social des hommes qui ont tenté de s'enlever la vie se situe dans le nombre de personnes qu'ils considèrent comme des amis. Ceci semble appuyer l'hypothèse de Veiel, Brill, Hafner et Welz (1988) selon laquelle le fait d'avoir des contacts sociaux agréables et ludiques sur une base régulière procure un sentiment d'intégration et une joie de vivre qui protègent du suicide. On peut également penser que des relations amicales, se traduisant souvent

par un partage d'activités sociales, contribuent à rendre plus supportables les difficultés de la vie. Se divertir entre amis serait d'ailleurs un mécanisme d'adaptation efficace, en particulier lorsqu'il s'avère impossible de modifier la situation problématique (Lazarus et Folman, 1984).

Enfin, tel que prévu par les nombreuses études antérieures sur le sujet (Appleby, Cooper, Amos et Faragher, 2000; Lewis et Sloggett, 1998; Saint-Laurent et Tennina, 2000; Heikkinen et coll., 1995), nous avons trouvé que le fait d'être sans emploi était un important facteur de risque du suicide. Toutefois, contrairement à Beautrais, Joyce et Mulder (1998) qui était les seuls à avoir contrôlé statistiquement pour l'effet de la morbidité psychiatrique, nous avons trouvé que le fait d'être sans emploi était un bon prédicteur de la tentative de suicide, même après avoir considéré l'effet des troubles mentaux. La majorité des hommes qui ont tenté de s'enlever la vie se déclarent d'ailleurs malheureux ou très malheureux d'être sans emploi. Nous savons que, pour les hommes, le rôle de travailleur est source d'identité et d'estime de soi et revêt une importance cruciale dans leur vie (Mannheim, 1993; MOW International Research Team, 1987; Reitzes et Mutran, 1994). Il est par conséquent possible que le fait d'être sans emploi entraîne chez les hommes des sentiments de honte ou de défaite contribuant à miner leur estime de soi. En outre, le travail procure souvent un sentiment d'utilité et parfois même un sens à la vie. On peut donc penser que le fait d'être sans emploi ait contribué à exacerber le sentiment de n'avoir «aucun but dans la vie» et «d'être inutile, de ne servir à rien», considéré par la majorité des hommes qui ont tenté de se suicider comme un motif ayant joué un rôle important dans leur décision de s'enlever la vie.

4.2 Sentiment de solitude, soutien social et demande d'aide

L'étude des caractéristiques objectives des réseaux sociaux ne donne accès qu'à une partie de la réalité sociale des individus. Il existe des dimensions plus subjectives de la vie sociale qui relèvent davantage de la qualité des relations interpersonnelles que

de leur quantité, notamment l'expérience de la solitude et la perception du soutien disponible dans l'entourage. Ces dimensions subjectives augmenteraient le risque de poser un geste suicidaire (Dieserud, Roysamb, Ekeberg et Kraft, 2001; Eskin, 1995; Lewinsohn, Rohde et Seeley, 1993; Nordentoft et Rubin, 1993; Rich, Kilpatrick-Smith, Bonner et Jans, 1992; Veiel, Brill, Häfner et Welz, 1988; Yang et Clum, 1994) et pourraient s'avérer cruciales pour expliquer la plus grande vulnérabilité au suicide des hommes.

Bien que la réticence des hommes à demander de l'aide ait souvent été proposée comme l'une des causes de leur plus grande vulnérabilité au suicide (Beautrais, 1998; Hawton, 1998; Moeller-Leimkuehler, 2003; Murphy, 1998), aucune étude n'avait vérifié cette hypothèse. Par ailleurs, certaines questions concernant la relation entre soutien social et comportements suicidaires restaient à éclaircir. Notamment, bien que l'existence de différentes formes de soutien social soit reconnue (émotive, cognitive, tangible, etc.), aucune étude n'avait vérifié si certaines d'entre elles avaient plus d'importance pour prévenir les comportements suicidaires. En outre, le soutien de la famille avait été identifié comme plus important que celui des amis pour prévenir les tentatives de suicide dans une importante étude sur le soutien social (Veiel, Brill, Hafner et Welz, 1988), mais ces résultats n'avaient jamais été répliqués. Notre étude visait donc à vérifier si les hommes qui ont fait une tentative de suicide se sentaient plus seuls, demandaient, recevaient et percevaient moins de soutien social que les hommes sans tentative de suicide, tout en portant une attention particulière aux formes et aux sources de soutien.

Nous avons trouvé que, malgré un réseau social de taille comparable, les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie se sentaient beaucoup plus seuls que les hommes sans tentative de suicide. Les analyses secondaires ont montré que le sentiment de solitude était un meilleur prédicteur de la tentative de suicide que des réalités plus objectives comme le fait de vivre seul, de ne pas avoir d'amis ou le nombre de personnes dans le

réseau social. Ceci concorde avec les résultats obtenus par Stravynski et Boyer (2001) et confirme la primauté du vécu subjectif sur les réalités sociales objectives dans la prédiction des comportements suicidaires.

Notre étude a également confirmé que les hommes avec tentative de suicide percevaient beaucoup moins de soutien social disponible dans leur réseau que les hommes sans tentative de suicide. Le soutien social perçu étant fortement corrélé avec le sentiment de solitude, nous avons procédé à des analyses secondaires qui ont montré que le sentiment de solitude n'ajoutait aucune contribution à la prédiction de la tentative de suicide lorsqu'on considérait déjà celle du soutien social perçu. Ceci suggère que les hommes qui perçoivent du soutien social disponible dans leur entourage se sentent rarement seuls, et que c'est le sentiment d'être soutenu qui contribuerait davantage à la prévention des comportements suicidaires.

Parmi les différentes formes de soutien dispensé par le réseau social, nous avons trouvé que l'aide tangible et l'assurance de sa valeur étaient les plus importantes pour prédire la tentative de suicide. L'importance de l'aide tangible étonne à première vue, l'attachement semblant intuitivement la forme de soutien la plus importante pour protéger des comportements suicidaires. L'examen des énoncés composant la sous-échelle «aide tangible» nous a cependant permis de mieux comprendre ce résultat. La forme de soutien mesurée par cette sous-échelle va en effet bien au-delà de l'aide matérielle et instrumentale à laquelle le terme «tangible» fait généralement référence, en évaluant plutôt la disponibilité du soutien lors des moments de crise et d'urgence. Deux énoncés tirés de cette sous-échelle représentent bien cette idée: *«Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence»*, *«Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin»*. Notre étude suggère donc que le fait de percevoir peu ou pas de soutien disponible dans notre entourage dans les moments difficiles accroît d'une manière importante le risque de faire une tentative de suicide. Ceci semble appuyer l'hypothèse de l'effet tampon du soutien social, qui suggère que

c'est lors des moments difficiles que la présence de soutien dans l'entourage est cruciale et fera une réelle différence entre les personnes qui s'en sortiront sans trop de dommage et celles qui subiront davantage les impacts négatifs des événements éprouvants. L'effet tampon du soutien social a déjà été observé pour les idéations suicidaires. Des études ont montré que les personnes qui vivaient de la détresse et qui percevaient peu de soutien de leur entourage rapportaient plus d'idéations suicidaires que les personnes en détresse percevant un niveau de soutien adéquat (Clum et Febraro, 1994 ; Hovey, 1999; Schutt, Meschede et Rierdan, 1994). Aucune étude n'avait toutefois vérifié la présence de l'effet tampon du soutien social auprès de personnes ayant fait une tentative de suicide.

Alors que l'importance de l'aide tangible pouvait étonner, celle de l'assurance de sa valeur était davantage prévisible puisqu'elle avait déjà été identifiée comme étant la forme de soutien, avec l'attachement, la plus fortement associée à la qualité de vie chez un groupe de 60 patients psychiatriques (Caron, Tempier, Mercier et Leouffre, 1998). L'assurance de sa valeur réfère au fait de percevoir, dans son réseau, des personnes qui reconnaissent nos forces et nos habiletés. Son importance dans la prédiction de la tentative de suicide s'explique possiblement par la proximité de cette forme de soutien avec l'estime de soi, laquelle a déjà été associée à un risque accru d'idéations suicidaires (de Man et Gutierrez, 2002; Van gastel, Schotte et Maes, 1997; Vella, Persic et Lester, 1996; Vilhjalmsson, Krisjansdottir et Sveinbjarnardottir, 1998). Les personnes qui ont une faible estime de soi se reconnaissent elles-mêmes peu de compétences et d'habiletés, de sorte qu'il leur est probablement plus difficile de reconnaître que d'autres personnes puissent les juger talentueuses et compétentes.

Notre étude appuie le rôle déterminant du soutien de l'entourage dans la prévention des comportements suicidaires. Nous avons en effet trouvé que, malgré un réseau social d'ampleur comparable, les hommes qui ont tenté de se suicider identifiaient

moins de membres de leur entourage comme sources de soutien. D'une part, il est possible que des expériences antérieures décevantes aient amené ces hommes à constater que certains de leurs proches étaient peu aidants, ce qui les aurait amené à ne plus les considérer comme sources potentielles de soutien. À l'appui de cette hypothèse, notre étude trouve que les hommes qui ont fait une tentative de suicide sont moins nombreux à avoir parlé à un membre de leur entourage de ce qu'ils vivaient suite à l'événement le plus difficile vécu dans la dernière année.

Par ailleurs, nous avons également montré que, parmi les participants qui ont parlé de ce qu'ils vivaient, les hommes qui ont tenté de se suicider étaient moins satisfaits de l'aide obtenue. Notamment, ils se sont sentis davantage jugés et moins bien compris que les hommes sans tentative de suicide. Près de la moitié d'entre eux rapportent également avoir reçu du soutien négatif. Ce soutien moins adéquat pourrait s'expliquer par le fait que les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie auraient, selon l'expression consacrée, «épuisé leur réseau». Il est en effet permis de penser que les personnes qui présentent des difficultés aiguës et récurrentes et qui commettent à l'occasion des écarts de conduites importants exercent une pression considérable sur leurs proches. Au fil du temps, il est probable que les proches exposés à cette pression se découragent et se distancient progressivement ou brutalement de la personne, cessant alors d'exercer leur rôle de soutien. Tousignant et Séguin (1999) avaient déjà identifié ce processus de découragement et de rejet de la famille chez des hommes décédés par suicide. Notre étude ayant trouvé que les hommes qui ont tenté de se suicider sont beaucoup plus nombreux à souffrir de troubles mentaux et en particulier de troubles associés à des comportements perturbateurs comme l'alcoolisme et la toxicomanie, il nous apparaît donc possible que leur manque de soutien social s'explique, en partie du moins, par l'épuisement de leur réseau.

D'autre part, le fait que les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie sont moins nombreux à avoir parlé à quelqu'un suite à l'événement difficile tend à appuyer

l'hypothèse selon laquelle la réticence à demander de l'aide accroît le risque de poser un geste suicidaire. Cette attitude étant beaucoup plus courante chez les hommes que chez les femmes (Ashton et Fuehrer, 1993; Nadler, Maler et Freidman, 1984; Oliver, Reed, Katz et Haugh, 1999; Rickwood et Braithwaite, 1994), il est possible qu'elle contribue à expliquer pourquoi les hommes se suicident davantage que les femmes. En ne parlant pas de leurs problèmes à leurs proches, les hommes se priveraient d'un important facteur de protection du suicide : le soutien social.

Nos résultats sont toutefois contraires à notre hypothèse de départ en ce qui concerne la demande d'aide au réseau formel, puisque les hommes avec tentative de suicide n'étaient pas moins nombreux à avoir entrepris des démarches pour obtenir de l'aide professionnelle suite à l'événement le plus difficile de la dernière année : plus du tiers des participants des deux groupes avait cherché personnellement à obtenir du soutien formel. Il est intéressant de constater la similitude entre ces résultats et ceux obtenus par deux études réalisées auprès d'étudiants universitaires et qui montraient que les hommes étaient plus réticents que les femmes à demander de l'aide à leur réseau personnel, mais qu'il n'y avait aucune différence quant à l'utilisation d'une aide psychologique professionnelle (Oliver, Reed, Katz et Haugh, 1999; Rickwood et Braithwaite, 1994). Il est possible que l'absence de différence dans la demande d'aide au réseau formel s'explique par le fait que les hommes qui ont fait une tentative de suicide étaient plus nombreux à avoir déjà eu recours à de l'aide professionnelle dans le passé. À cet égard, notre étude trouve que les hommes avec tentative de suicide étaient deux fois plus nombreux à être déjà suivis au moment où est survenu l'événement difficile et qu'ils ont presque tous utilisé au moins une ressource formelle dans l'année précédant l'entrevue, alors que c'est le cas de la moitié seulement des hommes sans tentative de suicide. Ceci s'explique probablement par la prévalence plus élevée de troubles mentaux chez les hommes avec tentative de suicide et s'accorde avec une importante recension des études ayant fourni des données sur l'utilisation des services de santé dans l'année précédant le décès par

suicide (Luoma, Martin et Pearson, 2002). Cette recension concluait que les trois-quarts des personnes décédées par suicide avait consulté des services de première ligne et le tiers avait eu des contacts avec des services de santé mentale dans l'année précédant leur décès.

Par ailleurs, il est important de noter que le recours aux services d'aide ne signifie pas pour autant que la personne a dévoilé sa détresse ou qu'elle a été dépistée par le professionnel consulté. Notre étude a montré que près de la moitié des participants qui ont tenté de se suicider avait rencontré un médecin généraliste dans l'année précédant leur tentative de suicide. Or, certaines recherches suggèrent que les médecins généralistes évaluent rarement le risque suicidaire de leurs patients, même si ceux-ci sont suivis en psychiatrie (Appleby et coll., 1996 ; Milton, Ferguson et Mills, 1999). Il faut dire aussi que, même si les médecins n'évaluent pas souvent le risque suicidaire, les patients se présentent souvent pour des plaintes physiques plutôt que pour des plaintes psychologiques au cours de leur dernière consultation avant la tentative de suicide (Pfaff, Acres et McKelvey, 2001) et dévoilent rarement leurs idées suicidaires (Isometsä et coll., 1995). Il est par conséquent possible que les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie ont dissimulé leur détresse aux professionnels qu'ils ont consultés.

4.3 Acceptabilité du suicide et scénario culturel

Le suicide n'est pas un sujet neutre. Il fait l'objet d'attitudes fort différentes dans la population : certaines personnes estiment que le suicide est un acte absolument inacceptable, alors que d'autres le jugent justifiable dans certaines circonstances. Le modèle de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1980) suggère que l'intention de produire un comportement est déterminée par l'attitude et la norme sociale perçue. Appliqué à la conduite suicidaire, le modèle de l'action raisonnée impliquerait que l'attitude favorable ou défavorable qu'une personne entretient à l'égard du suicide, de même que sa perception des normes sociales en vigueur, influenceraient la probabilité

que cette personne pose un geste suicidaire dans un moment de crise. Or, des études antérieures ont trouvé que les hommes avaient des attitudes plus favorables que les femmes à l'égard du suicide (Dalhen et Canetto, 2002; Deluty, 1988-1989; Durand et Mishara, 2002; Limbacher et Domino, 1985-1986; Marks, 1988-1989; Wellman et Wellman, 1986). En outre, les normes sociales en vigueur dans la société nord-américaine seraient plus tolérantes à l'égard du suicide des hommes tout en condamnant plus sévèrement leur tentative de suicide (Linehan, 1973; Deluty, 1988-1989; White et Stillion, 1988). Cette dernière éventualité était d'ailleurs au cœur de l'hypothèse du scénario culturel proposée par Canetto et Sakinofksy (1998) pour expliquer les différences de genre dans les comportements suicidaires. Cette hypothèse postule que les hommes se suicideraient davantage que les femmes parce qu'il est socialement plus acceptable pour eux de le faire et qu'ils craignent la stigmatisation sociale associée à la tentative de suicide. Cette hypothèse n'avait reçu jusqu'à maintenant que des appuis indirects dans le cadre de recherches réalisées auprès d'étudiants universitaires de premier cycle en psychologie, ce qui limitait considérablement la portée de leurs résultats. En outre, seulement deux études avaient examiné d'une manière empirique le lien entre les attitudes à l'égard du suicide et les comportements suicidaires (King, Hampton, Bernstein et Schichor, 1996; Limbacher et Domino, 1985-1986). Elles avaient montré que les personnes qui avaient déjà fait une tentative de suicide dans le passé avaient des attitudes plus favorables à l'égard du suicide, mais ces recherches portaient exclusivement sur des étudiants universitaires.

Notre étude confirme les résultats obtenus auprès d'étudiants universitaires (King, Hampton, Bernstein et Schichor, 1996; Limbacher et Domino, 1985-1986). Nous avons effectivement trouvé que les hommes avec tentative de suicide considéraient le suicide comme plus acceptable que les hommes sans tentative de suicide. En fait, les trois-quart des participants qui ont tenté de s'enlever la vie considéraient que le suicide pouvait être une solution acceptable dans certaines circonstances, alors que

c'était le cas du tiers des hommes sans antécédent suicidaire et du quart des hommes de la population québécoise générale (Durand et Mishara, 2002; Marcoux, 2003). Ceci suggère que des attitudes plus favorables à l'égard du suicide pourraient augmenter le risque de poser un tel geste. Il faut toutefois demeurer prudent dans l'interprétation de ces résultats puisque nous ignorons si l'attitude des participants était la même avant de faire leur tentative de suicide ou si elle s'est modifiée suite à ce comportement.

Par ailleurs, l'attitude plus favorable des hommes qui ont tenté de se suicider pouvait possiblement s'expliquer par une exposition plus fréquente au décès par suicide d'un proche. Notre étude ne trouve cependant aucune association entre l'acceptabilité du suicide et l'expérience d'un décès par suicide d'un proche, c'est-à-dire d'un membre de la famille ou d'une personne significative de l'entourage. Nous avons toutefois constaté que près de la moitié des hommes qui ont tenté de s'enlever la vie avait déjà vécu ce type de perte comparativement au tiers des hommes sans tentative de suicide. Il est possible que les hommes avec tentative de suicide considèrent le suicide comme plus acceptable parce qu'il représente pour eux une façon de régler leurs problèmes par eux-mêmes, sans avoir recours à de l'aide extérieure. Cette question n'a pu être approfondie dans le cadre de cette étude.

Nous avons constaté, par ailleurs, que la quasi totalité des participants à notre étude estimait que le suicide n'était ni plus ni moins acceptable pour les hommes que pour les femmes. En outre, la plupart avait peine à distinguer entre le suicide complété et la tentative de suicide et répondait invariablement qu'il n'y avait pas de différence entre les genres à cet égard. Ces résultats vont à l'encontre de l'hypothèse du scénario culturel de Canetto et Sakinofsky (1998). Ils doivent toutefois être interprétés avec prudence car notre mesure était sommaire et générale. Nous aurions possiblement obtenu des résultats plus nuancés si nous avions utilisé des échelles et des cas fictifs comme l'ont fait les études antérieures.

4.4 Adhésion au rôle masculin traditionnel

Un nombre croissant d'auteurs suggèrent, qu'en Occident, l'adhésion au rôle masculin traditionnel serait dommageable pour la santé psychologique des hommes (Balswick, 1988; Eisler et Skidmore, 1987; Kilmartin, 1994; O'Neil, 1981; Pleck, 1981), notamment parce que ce rôle de genre ne tolère pas l'échec et fait la promotion de comportements potentiellement problématiques, tels que le fait de demeurer stoïques dans l'adversité et de ne faire appel à aucune aide extérieure pour résoudre les difficultés (Jansz, 2000). Les exigences du rôle masculin priveraient les hommes en détresse des effets bénéfiques associés à l'expression des émotions et au soutien social et les exposeraient à des sentiments de honte et de défaite s'ils venaient à les enfreindre. Pour ces raisons, il s'avérerait possible que le rôle masculin contribue à expliquer la plus grande vulnérabilité au suicide des hommes (Hawton, 1998 ; Moeller-Leimkuehler, 2002 ; Sanborn, 1990).

Nous avons postulé que les hommes qui tentent de s'enlever la vie adhèrent plus fortement au rôle masculin traditionnel que les hommes sans antécédent suicidaire. Notre étude a confirmé cette hypothèse et a trouvé que l'adhésion au rôle masculin traditionnel était associée à un risque accru de faire une tentative de suicide chez les hommes, même lorsqu'on exerçait un contrôle statistique de l'effet des troubles mentaux. Ces résultats s'accordent avec la recherche de Borthick (1997) qui trouvait une association entre l'adhésion au rôle masculin traditionnel et le risque suicidaire chez des étudiants universitaires.

Deux instruments complémentaires ont été utilisés afin de mesurer d'autres facettes de l'adhésion au rôle masculin traditionnel : l'échelle de réticence à exprimer ses émotions de vulnérabilité et l'échelle de valorisation de l'indépendance dans la résolution de problèmes. Cette dernière est particulièrement intéressante, puisqu'elle mesure un aspect nuisible de l'adhésion au rôle masculin traditionnel qui avait été peu considéré dans les instruments évaluant la masculinité. Notre étude a montré que les

hommes qui ont tenté de se suicider avaient tendance à valoriser davantage l'indépendance dans la résolution de problèmes que les hommes sans antécédent suicidaire, ce qui signifie qu'ils sont plus réticents à demander de l'aide à leur entourage et qu'ils sont davantage susceptibles de ressentir de la honte lorsqu'ils sont obligés de le faire. Plusieurs auteurs avaient déjà suggéré que la demande d'aide était interprétée par certains hommes comme un aveu d'incompétence et de faiblesse constituant une menace à leur estime de soi (Dulac, 1997; Kilmartin, 1994; Balswick, 1988). La théorie de Pleck (1981) suggère, quant à elle, que l'incapacité à satisfaire les exigences du rôle masculin conduit à une diminution de l'estime de soi chez ceux qui y adhèrent. En outre, les hommes seraient plus sensibles à la honte que les femmes parce qu'ils seraient socialisés à l'éviter (Krugman, 1995). Le sentiment de honte menacerait donc davantage leur identité et leur équilibre psychologique. Il est ainsi possible que l'adhésion au rôle masculin traditionnel augmente le risque suicidaire des hommes en suscitant chez eux des sentiments de honte qui minent leur estime de soi. L'expérience de la honte a déjà été associée au risque suicidaire dans quelques études recensées par Hastings, Northman et Tangney (2000), et ce, particulièrement chez les hommes. À cet égard, Lester (1998) trouve une association entre le sentiment de honte et le risque suicidaire chez des étudiants universitaires, mais seulement chez les hommes. Il serait intéressant de mieux comprendre les liens entre le sentiment de honte, l'adhésion au rôle masculin et les comportements suicidaires chez les hommes.

L'échelle de réticence à exprimer ses émotions de vulnérabilité s'est avérée moins utile pour différencier les hommes qui ont fait une tentative de suicide des hommes qui n'en n'ont jamais fait. À cette échelle, les hommes qui ont tenté de se suicider tendent à être plus réticents que les hommes sans antécédent suicidaire à exprimer leurs émotions de vulnérabilité, cette différence étant cependant légèrement sous le seuil de signification statistique. On peut penser que l'écart entre les groupes aurait été plus prononcé si la réticence n'avait pas été mesurée par rapport au meilleur ami,

celui-ci étant généralement la personne auprès de qui on se sent le plus à l'aise pour se confier. En faisant référence au meilleur ami, l'échelle obtient probablement une sous-estimation de la réticence des personnes les moins disposées à exprimer leurs émotions. En outre, l'écart aurait sans doute été plus important si l'échelle ne comprenait pas à la fois des énoncés très généraux et une échelle de type Likert offrant un choix neutre (modérément disposé). La présence simultanée de ces deux caractéristiques ont probablement favorisé une forte tendance vers la moyenne rendant difficile l'obtention de différences marquées entre les groupes.

Afin de mieux comprendre comment l'adhésion au rôle masculin traditionnel pouvait accroître le risque de suicide chez les hommes, nous avons postulé un modèle de médiation dans lequel l'adhésion au rôle masculin contribuait à augmenter le risque de suicide d'une manière indirecte, en ayant une influence néfaste sur l'état mental, le soutien social, la demande d'aide, l'acceptabilité du suicide et l'intégration sociale. Notre étude a confirmé en partie ce modèle. Elle a tout d'abord montré que l'adhésion au rôle masculin traditionnel contribuait à la prédiction du trouble mental chez les participants. Ce résultat va dans le même sens que les études qui ont montré que les hommes qui adhèrent plus fortement au rôle masculin traditionnel présentent une moins bonne santé psychologique que les hommes qui y adhèrent moins (Good et coll., 1995 ; Jessum, 1996 ; Sheppard, 2002). Cette relation pourrait s'expliquer par le fait que les hommes qui adhèrent fortement au rôle masculin traditionnel ont possiblement une moins grande tolérance à l'échec compte tenu du fait que cela contrevient aux exigences de leur rôle de genre. Lorsqu'ils vivent des échecs, ces hommes ressentent probablement un sentiment de honte plus important que ceux qui ne s'imposent pas pareil standard de réussite. La honte diminue leur estime de soi et fragilise leur état mental. Si on ajoute à cela l'interdiction d'exprimer leur détresse et de demander de l'aide, on peut penser que les hommes qui adhèrent fortement au rôle masculin sont plus à risque de développer des troubles mentaux que les autres.

La vérification du modèle de médiation a également permis de confirmer que l'adhésion au rôle masculin diminue la quantité de soutien social perçue ainsi que la probabilité que la personne se confie à un membre de son entourage suite à un événement difficile. Ces résultats convergent avec d'autres études qui ont montré que les hommes qui adhèrent au rôle masculin sont plus insatisfaits avec leur réseau de soutien social (Jessum, 1996; Saurer et Eisler, 1990), sont moins portés à demander de l'aide (Good, Dell, Mintz, 1989). Ceci suggère qu'en raison des exigences de stoïcisme, d'indépendance et d'invulnérabilité du rôle masculin, les hommes se privent de sources importantes de soutien et deviennent ainsi plus vulnérables aux comportements suicidaires.

Nous avons postulé également que les hommes qui adhéraient plus fortement au rôle masculin étaient davantage susceptibles de considérer le suicide comme un choix acceptable dans certaines circonstances parce que le suicide est une façon de régler ses problèmes par soi-même. Les résultats de notre étude suggèrent que l'adhésion au rôle masculin est un prédicteur significatif, bien que modeste, de l'acceptabilité du suicide. Toutefois, nous avons montré que l'acceptabilité du suicide n'était pas une variable médiatrice de l'influence de l'adhésion au rôle masculin au même titre que l'état mental, la demande d'aide ou le soutien social, puisque sa contribution à la prédiction de la tentative de suicide n'était plus significative lorsqu'on considérait simultanément l'adhésion au rôle masculin. L'acceptabilité du suicide prédit la tentative de suicide lorsqu'il est considéré isolément, cependant cette association n'est pas suffisamment importante pour demeurer significative en présence de d'autres variables.

Notre modèle final de prédiction de la tentative de suicide suggère que l'adhésion au rôle masculin traditionnel augmente le risque de faire une tentative de suicide de manière indirecte : en fragilisant l'état mental de la personne et en inhibant les facteurs de protection que sont la demande d'aide et le soutien social. Lorsqu'on

ajoute à ces trois prédicteurs le statut d'emploi, sur lequel l'adhésion au rôle masculin n'a pas d'influence, on obtient un modèle de prédiction qui explique 57% de la variance. Il doit toutefois être considéré comme un modèle exploratoire et interprété avec prudence en raison du petit nombre de participants et du fait qu'ils n'ont pas été sélectionnés d'une manière aléatoire. Il suggère néanmoins que l'adhésion au rôle masculin est une variable importante à considérer dans la prévention du suicide chez les hommes en raison de son influence délétère sur plusieurs variables associées au suicide.

4.5 Implications pour la recherche

Cette étude avait pour objectif général de contribuer à une meilleure compréhension de la plus grande vulnérabilité au suicide des hommes. Elle a trouvé que l'adhésion au rôle masculin traditionnel diminuait les facteurs de protection que sont la demande d'aide et le soutien social et contribuait ainsi à augmenter le risque de faire une tentative de suicide. Il serait nécessaire d'examiner, dans le cadre d'études longitudinales auprès de vastes échantillons de personnes des deux sexes, l'association entre l'adhésion au rôle masculin traditionnel et le décès par suicide. Ceci nous permettrait de préciser davantage sa contribution à l'incidence plus élevée de suicide chez les hommes. Il serait également important de réaliser des enquêtes auprès d'échantillons représentatifs de la population afin d'examiner les variations dans l'adhésion au rôle masculin traditionnel selon l'âge, le sexe et le niveau socio-économique. Les résultats de telles enquêtes nous permettraient d'identifier des populations plus à risque et de mieux cibler nos interventions.

Notre étude appuie le rôle crucial du soutien des proches dans la prévention des comportements suicidaires. Peu d'études se sont cependant intéressées à ces acteurs importants. Des recherches ultérieures devraient interroger des proches de personnes suicidaires, dépressives ou toxicomanes afin de mieux comprendre leur réalité et

d'identifier de nouvelles interventions visant à prévenir leur découragement et les aider à exercer leur rôle de soutien.

Notre étude trouve que les hommes qui ont tenté de se suicider étaient nombreux à avoir utilisé les ressources d'aide professionnelle avant de passer à l'acte. Il serait intéressant d'examiner plus en profondeur la perception qu'ont les hommes de l'efficacité de ces services, afin d'identifier des améliorations possibles aux pratiques actuelles.

Bien que le rôle de parent soit généralement considéré comme un facteur de protection du suicide, il s'agit de la première recherche qui examine la relation entre l'engagement paternel et les comportements suicidaires. Notre étude suggère que les hommes sans tentative de suicide ont une relation plus soutenue et engagée auprès de leurs enfants que les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie. Des recherches futures devraient tenter de reproduire ce résultat et d'examiner d'une façon plus approfondie comment la relation parent-enfant s'inscrit dans la dynamique suicidaire des hommes et des femmes.

4.6 Implications pour la pratique

Diverses implications pour la pratique se dégagent de cette étude. Tout d'abord, nous avons montré que les exigences du rôle masculin traditionnel, particulièrement celles de ne pas exprimer ses émotions et de tenter de résoudre ses problèmes par soi-même, pouvaient entraîner des impacts négatifs sur la quantité de soutien dont une personne en détresse peut se prévaloir et accroître ainsi le risque de faire une tentative de suicide. Considérant le fait que la socialisation au rôle masculin traditionnel débute dès la plus tendre enfance, il serait important d'encourager la mise en place de programmes visant à renforcer les mécanismes d'adaptation des jeunes garçons, afin qu'ils apprennent, notamment, à exprimer leurs émotions et à demander de l'aide sans avoir honte. Il ne s'agit pas ici d'inciter les jeunes garçons à parler absolument de

leurs sentiments et à recourir à de l'aide extérieure au moindre problème, mais plutôt de leur donner la chance d'adopter ces mécanismes d'adaptation dans les moments cruciaux, sans que cela n'entraîne chez eux une diminution de l'estime de soi.

Les résultats de notre étude soulignent les effets bénéfiques de l'engagement paternel et suggèrent, par conséquent, l'importance d'en faire davantage la promotion et d'assurer une meilleure protection de la relation père-enfant dans les cas de rupture d'union. À cet égard, des modifications aux processus judiciaires et légaux entourant la garde des enfants devraient être envisagées, dont un accès plus facile à l'aide juridique dans les cas de garde d'enfants (Rondeau et coll., 1984) ainsi que des décisions de tribunaux favorisant davantage la garde partagée plutôt que la garde exclusive à la mère comme c'est majoritairement le cas actuellement. La création de groupes de soutien pour les pères séparés devrait être encouragée et largement publicisée.

Considérant les impacts néfastes de l'adhésion au rôle masculin traditionnel sur la santé psychologique des hommes, il serait important que la formation professionnelle des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières et des médecins leur permette d'acquérir les compétences nécessaires afin de comprendre la réalité masculine et d'intervenir d'une manière appropriée auprès de cette population.

Nous avons constaté que la majorité des hommes qui ont tenté de s'enlever la vie avaient utilisé des ressources d'aide dans l'année précédant leur tentative de suicide. Les professionnels les plus consultés étaient les médecins généralistes et les psychiatres, les services d'aide psychosociale étant fort peu utilisés. Pourtant, les hommes qui tentent de s'enlever la vie présentent des problèmes psychosociaux importants : ils se sentent seuls, peu supportés par leur entourage, sans but dans la vie et inutiles. Ils sont souvent sans emploi, sans conjointe et séparés de leurs enfants. Par conséquent, les hommes en détresse devraient bénéficier de programmes d'aide psychosociale, axés sur la résolution de problèmes et les habiletés sociales, et

dispensés par des professionnels formés à l'intervention auprès des clientèles masculines. Ces programmes pourraient viser, notamment, à diminuer la réticence des hommes à demander de l'aide et à exprimer leurs émotions, de même qu'à améliorer la qualité de leurs relations familiales et leurs habiletés à développer et maintenir des liens sociaux avec des personnes extérieures à leur famille. Ces programmes devraient être utilisés en complémentarité avec une aide médicale pour les hommes souffrant d'un trouble mental.

L'importance cruciale du soutien des proches suggère également qu'il serait important d'impliquer davantage le réseau social dans les interventions auprès des personnes suicidaires ou souffrant d'un trouble mental. Les interventions d'approche systémique devraient être davantage utilisées auprès des hommes en crise suicidaire. En outre, les professionnels oeuvrant dans les urgences psychiatriques devraient rencontrer au moins une personne significative du réseau de l'homme suicidaire avant de lui donner congé. Cette rencontre devrait être préférablement effectuée en présence de l'homme suicidaire et viser à informer le proche et à lui offrir le soutien dont il a besoin. Notamment, les coordonnées d'une ressource d'aide pour les proches devraient leur être remises d'une manière systématique. Des programmes de soutien pour les proches devraient être disponibles dans toutes les régions et mieux connus de la population.

Enfin, notre étude suggère que certains hommes seraient dépendants à l'égard de leur partenaire amoureux pour l'obtention de soutien et que cela pourrait contribuer à accroître leur vulnérabilité au suicide lorsqu'ils sont privés de partenaire. Des stratégies devraient donc être envisagées afin de faciliter, chez ces hommes, l'obtention de soutien à l'extérieur du couple, comme l'implantation de réseaux de pairs aidants dans les milieux masculins ou la création de groupes de soutien pour les hommes séparés.

4.7 Limites de l'étude

Plusieurs facteurs limitent les conclusions de cette recherche. D'abord, le recrutement des participants qui ont fait une tentative de suicide a été principalement réalisé dans les urgences psychiatriques. Par conséquent, les personnes qui ont obtenu leur congé sans évaluation par un psychiatre de même que celles qui ont été hospitalisées dans des unités de soins physiques sans être admises à l'urgence psychiatrique sont sous-représentées dans l'échantillon. Ce qui est également le cas des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité, pour lesquelles les psychiatres étaient plus réticents à autoriser la participation à l'étude, jugeant contre-indiqué d'accorder trop d'attention à la tentative de suicide chez ces personnes.

La taille réduite de notre échantillon nous incite à la prudence dans l'interprétation et la généralisation des résultats. Le nombre limité de participants à cette étude s'explique par les difficultés rencontrées lors du recrutement. D'une part, la chercheuse était seule pour effectuer toutes les entrevues et ne pouvait être présente en tout temps à l'urgence des hôpitaux afin d'identifier et d'interroger tous les participants potentiels. Le recrutement aurait été considérablement facilité par l'embauche d'assistants de recherche dans chacun des sites de collecte, mais l'absence de moyens financiers nous a contraint à abandonner cette stratégie. Mentionnons également que le lien de confiance avec le personnel médical a été long à établir, de sorte que les six premiers mois de la collecte de données ont été peu fructueux sur le plan du recrutement. Les références ont été ensuite beaucoup plus rapides et le recrutement s'est considérablement accéléré, mais les contraintes de temps nous ont incité à mettre un terme à la collecte de données après 13 mois d'efforts. Plus de 400 entrevues ont été nécessaires afin d'identifier les 80 participants à l'étude.

Notre étude ne portait que sur des participants de sexe masculin, ce qui rend plus difficile l'interprétation des résultats en terme de différences de genre. Il aurait été

avantageux de former deux groupes supplémentaires : un groupe incluant des femmes ayant fait une tentative de suicide et un autre regroupant des femmes sans tentative de suicide. Ceci nous aurait permis d'affirmer avec plus de certitude que l'adhésion au rôle masculin traditionnel, le manque de soutien social et la réticence à demander de l'aide sont des facteurs qui expliquent la vulnérabilité plus grande des hommes au suicide. D'autre part, les troubles mentaux sont des variables fortement associées au suicide et nos deux groupes étaient fort dissemblables à cet égard. Bien que nous ayons contrôlé statistiquement l'effet des troubles mentaux, il aurait été préférable d'avoir un groupe supplémentaire de participants constitué à partir d'une population clinique non-suicidaire. Il aurait été également souhaitable d'interroger un répondant du réseau social de chaque participant afin de mieux comprendre les origines du manque de soutien social observé chez les hommes suicidaires. Les contraintes financières dans la réalisation de ce projet expliquent ces lacunes.

Enfin, les questions utilisées pour évaluer le scénario culturel étaient probablement trop directes pour réellement mesurer le construit. Nous aurions été plus avisés d'évaluer la présence du scénario culturel par le biais de plusieurs questions ouvertes, invitant les participants à nous exposer leur représentation du suicide et des différences de genre. Cependant, la longueur de l'entrevue nous a empêché d'évaluer cet aspect plus en profondeur.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif général de contribuer à une meilleure compréhension de la plus grande vulnérabilité des hommes au suicide. Elle visait à examiner empiriquement des hypothèses répandues dans les écrits sur le suicide chez les hommes, mais qui n'avaient jamais été éprouvées empiriquement. Plus spécifiquement, l'étude voulait vérifier si l'adhésion au rôle masculin traditionnel contribuait à accroître le risque de faire une tentative de suicide chez les hommes et, le cas échéant, si cet effet s'exerçait à travers la demande d'aide, le soutien social, l'acceptabilité au suicide et l'intégration sociale.

Considérant la nature hétérogène de la population masculine, cette étude a privilégié une analyse plus poussée du genre masculin plutôt que la stratégie de recherche plus courante consistant à comparer les hommes aux femmes. À partir d'un échantillon exclusivement composé d'hommes adultes ayant vécu un événement difficile au cours de la dernière année, cette étude a comparé 40 hommes admis à l'urgence suite à une tentative de suicide à 40 hommes qui n'ont jamais tenté de s'enlever la vie.

Les résultats ont montré que, conformément à l'hypothèse de départ, le rôle masculin traditionnel était associé à un risque accru de comportements suicidaires et que son influence s'exerçait d'une manière indirecte, en fragilisant l'état mental des hommes et en diminuant la probabilité qu'ils demandent de l'aide et reçoivent du soutien de leur entourage.

Il s'agit d'une première vérification empirique de l'influence néfaste de l'adhésion au rôle masculin traditionnel sur la vulnérabilité des hommes au suicide. Des répliques auprès de plus vastes échantillons sont nécessaires, mais les résultats de cette étude suscitent déjà plusieurs questionnements. Par exemple, on ignore pourquoi certains hommes adhèrent, encore aujourd'hui, au rôle masculin traditionnel, alors

que d'autres n'accordent plus d'importance au respect de ses exigences de stoïcisme, d'indépendance et de performance. La réponse à cette question pourrait certainement nous aider à concevoir des programmes visant à diminuer l'adhésion au rôle masculin traditionnel, mais encore faudrait-il identifier des alternatives intéressantes à proposer aux jeunes garçons pour remplacer l'ancien modèle.

En somme, il serait important de réfléchir collectivement au modèle masculin que l'on souhaite transmettre aux générations futures et se demander comment nous pourrions mieux préparer nos jeunes garçons à traverser les moments difficiles. La société devrait également s'interroger sur les transformations à apporter aux structures actuelles afin d'améliorer la condition masculine. Notre étude en propose déjà quelques unes : les politiques familiales et les lois entourant la garde des enfants pourraient être modifiées afin de favoriser davantage le maintien de la relation père-enfant, la formation de nos professionnels devrait mieux les outiller à intervenir auprès des clientèles masculines et les cursus scolaire gagneraient à accorder davantage de temps au développement d'habiletés d'adaptation chez les jeunes garçons. Le milieu de la recherche devrait également contribuer davantage, en participant à l'élaboration et à l'évaluation d'interventions destinées aux hommes en difficulté et en examinant d'une manière plus approfondie les facteurs de risque du suicide au sein des populations masculines. Ce n'est qu'au prix d'efforts soutenus et concertés de la part des milieux politiques, scolaires, professionnels et communautaires, que nous réussirons à faire diminuer les taux de suicide au Québec.

APPENDICE A

ENTREVUE DE PRÉSÉLECTION POUR LES PARTICIPANTS DU GROUPE
SANS TENTATIVE DE SUICIDE

APPENDICE B

PREMIÈRE PARTIE DE L'ENTREVUE EN PROFONDEUR

PREMIÈRE PARTIE DE L'ENTREVUE EN PROFONDEUR

*Je vais maintenant vous poser quelques questions pour vérifier si vous répondez aux critères d'inclusion à la recherche. Ces questions portent sur les événements difficiles que vous avez vécus au cours de la dernière année (ainsi que sur les idéations et comportements suicidaires – **pour groupe témoin seulement**).*

1. Quelle est votre année de naissance ? _____

Je vais vous énumérer une liste d'événements et j'aimerais que vous me disiez si, au cours de la dernière année, vous avez vécu l'un ou l'autre d'entre eux.

2. Au cours de la DERNIÈRE ANNÉE, avez vous vécu :

- | | | |
|---|-------|----------|
| a. Un divorce ou une séparation amoureuse ? | Oui | Non |
| Depuis combien de temps étiez-vous en couple ? | _____ | |
| Est-ce vous qui avez décidé de quitter cette personne ou est-ce elle qui a décidé de vous quitter ? | Lui | L'autre |
| Pourquoi ? | _____ | |
| Quand cette séparation s'est-elle produite ? | _____ | |
| b. Le bris d'une relation importante (autre que a)? | Oui | Non |
| Avec qui entreteniez-vous cette relation ? | _____ | |
| Est-ce vous qui avez décidé de briser cette relation ou est-ce plutôt l'autre personne qui a pris cette décision? | Lui | L'autre |
| Pourquoi ? | _____ | |
| Quand ce bris s'est-il produit ? | _____ | |
| c. Le décès d'une personne chère ? | Oui | Non |
| Qui était cette personne (<i>faire préciser le lien</i>)? | _____ | |
| Quand ce décès s'est-il produit ? | _____ | |
| d. Une perte d'emploi ? | Oui | Non |
| Depuis combien de temps aviez-vous cet emploi ? | _____ | |
| Est-ce vous qui avez décidé de quitter cet emploi ou avez-vous été congédié ? | Lui | Congédié |
| Pourquoi ? | _____ | |
| Quand cette perte d'emploi s'est-elle produite ? | _____ | |

- e. Une perte de vos capacités physiques (causée par une maladie ou un accident) ? Oui Non
 De quel type de perte s'agit-il ? _____
 Quand cette perte s'est-elle produite ? _____
- f. Une perte financière importante ? Oui Non
 Dans quelles circonstances ? _____
 Quand cette perte s'est-elle produite ? _____
- g. Un autre événement grave ? Oui Non
 Lequel ? _____
 Quand cet événement s'est-il produit ? _____

SI PLUSIEURS ÉVÉNEMENTS

3. Parmi tous les événements que vous venez de mentionner, lequel a été le plus important pour vous (*faire choisir un seul événement*)?
4. Pourquoi cet événement était-il important pour vous ?
5. Qu'avez-vous ressenti quand cet événement s'est produit ?
6. Dans quelle mesure cet événement a-t-il été important pour vous ?
 (0) *Pas du tout important* (1) *Peu important* (2) *Assez important* (3) *Très important*
7. Au moment où l'événement s'est produit, dans quelle mesure vous sentiez-vous en contrôle de la situation ?
 (0) *Pas du tout en contrôle* (1) *Peu en contrôle* (2) *Assez en contrôle* (3) *Très en contrôle*

GROUPE TÉMOIN SEULEMENT

8. Avez-vous déjà tenté de vous suicider ? OUI NON (*prenez à la Q 9*)
 a. Quand avez-vous fait votre dernière tentative ? _____
 b. J'aimerais que vous me racontiez ce qui s'est passé ? Pourquoi avez-vous essayé de vous suicider ?
9. Avez-vous déjà pensé sérieusement à vous suicider ?
 OUI Aviez-vous conçu un plan pour votre suicide, c'est-à-dire choisi le moyen, le lieu et le moment ?
 NON (*prenez à l'entrevue en profondeur*)

APPENDICE C

DEUXIÈME PARTIE DE L'ENTREVUE EN PROFONDEUR

DEUXIÈME PARTIE DE L'ENTREVUE EN PROFONDEUR

INTÉGRATION SOCIALE

1. Est-ce que vous vivez seul?

OUI

1.1 Depuis combien de temps? _____

1.2 Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, (5) *très heureux* de vivre seul, (4) *heureux*, (3) *ni heureux ni malheureux*, (2) *malheureux* ou (1) *très malheureux* ?

1.3 Avez-vous une conjointe?

OUI a) Depuis combien de temps la fréquentez-vous? _____

b) Est-ce que vous diriez que c'est une personne (3) *très importante*, (2) *assez importante*, (1) *peu importante* ou (0) *pas du tout importante* pour vous?

NON

1.4 Avez vous des enfants?

OUI a) Combien? _____

b) Quel âge a-t-il (ont-ils)? _____

c) Depuis combien de temps vous ne vivez plus avec votre (vos) enfant(s)? _____

d) Combien de fois par mois le(s) voyez-vous? *Si moins de deux fois* : Leur parlez-vous au moins une fois à toutes les deux semaines?

e) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la fréquence avec laquelle vous voyez votre (vos) enfant(s)?

(4) *très satisfait* (3) *plutôt satisfait* (2) *plutôt insatisfait* (1) *très insatisfait*

NON

NON

1.5 Avec qui vivez-vous?

AVEC CONJOINTE

a) Êtes-vous marié?

OUI Depuis combien de temps? _____

NON Depuis combien de temps vivez-vous avec votre conjoint(e)?

b) Est-ce que vous diriez que votre conjoint(e) est une personne (3) *très importante*, (2) *assez importante*, (1) *peu importante* ou (0) *pas du tout importante* pour vous?

c) Voyez-vous ou parlez vous au téléphone avec un ou plusieurs membres de votre belle-famille au moins une fois à toutes les deux semaines?

AVEC CONJOINTE ET ENFANTS (poser Q sur conjointe et ajouter)

c) Combien avez-vous d'enfants? _____

d) Quel âge a-t-il (ont-ils)? _____

2. Vos deux parents vivent-ils encore ? OUI NON

a) Est-ce que vous voyez ou parlez au téléphone avec vos parents au moins une fois à toutes les deux semaines ?

3. Avez-vous des frères ou sœurs? OUI NON

a) Combien de frères? _____ b) Combien de sœurs? _____

c) Est-ce que vous voyez ou parlez au téléphone avec vos frères et sœurs au moins une fois à toutes les deux semaines ?

4. Quel est votre statut d'activité ?

EN EMPLOI

a) À temps plein (30 heures et +/-semaine) ou à temps partiel?

b) Avec combien de collègues de travail parlez-vous au moins une fois aux deux semaines? _____

SANS EMPLOI OU PRESTATAIRE DE L'ASSURANCE EMPLOI OU DE L'AIDE SOCIALE

c) Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi? _____

d) Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, (5) *très malheureux* d'être sans emploi, (4) *malheureux*, (3) *ni malheureux ni heureux*, (2) *heureux* ou (1) *très heureux*?

AUX ÉTUDES

e) À temps plein ou à temps partiel?

f) Avec combien de collègues étudiants ou de professeurs parlez-vous au moins une fois aux deux semaines? _____

À LA RETRAITE

g) Depuis combien de temps êtes-vous à la retraite? _____

h) Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, (5) *très malheureux* d'être à la retraite, (4) *malheureux*, (3) *ni malheureux ni heureux*, (2) *heureux* ou (1) *très heureux*?

5. Avec combien de vos voisins parlez-vous au moins une fois à toutes les deux semaines? _____
6. Fréquentez-vous une église, un lieu de culte ou un groupe religieux ?
- a) Avec combien de membres de votre église ou de votre groupe religieux parlez-vous au moins une fois à toutes les deux semaines? _____
7. Êtes-vous impliqué comme bénévole auprès d'une organisation ou d'un organisme?
- a) Laquelle (lesquelles)? _____
- b) Avec combien de personnes impliquées dans cette organisation bénévole parlez-vous au moins une fois à toutes les deux semaines? _____
8. Appartenez-vous à d'autres groupes, comme des clubs sociaux, récréatifs, des organisations pour les enfants ?
- a) Laquelle (lesquelles)? _____
- b) Avec combien de personnes impliquées dans ce groupe parlez-vous au moins une fois à toutes les deux semaines? _____

RÔLE MASCULIN

J'aimerais maintenant que vous m'indiquiez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés que je vais vous lire. Il n'y a pas de mauvaises réponses et les seules bonnes réponses sont celles qui reflètent le mieux vos propres réactions face aux difficultés. Il est très important que vous répondiez à chaque énoncé le plus honnêtement possible. Nous allons utiliser l'échelle suivante :

Fortement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
4	3	2	1

Énoncés	R
9 Dans ma carrière, gravir les échelons est important pour moi	
10 J'ai de la difficulté à dire aux autres que je tiens à eux.	
11 Exprimer verbalement mon amour à un autre homme est difficile pour moi.	
12 Je me sens déchiré entre mon horaire de travail surchargé et m'occuper de ma santé.	
13 Faire de l'argent fait partie de mon idée de ce qu'est un homme qui a du succès.	
14 Les émotions fortes sont difficiles à comprendre pour moi.	
15 Je suis tendu quand je partage de l'affection avec d'autres hommes.	
16 Je définis parfois ma valeur personnelle par mon succès dans ma carrière.	
17 Exprimer mes émotions me fait sentir vulnérable aux attaques des autres.	
18 C'est risqué d'exprimer mes sentiments à d'autres hommes.	
19 Ma carrière, mon emploi ou mon école affecte la qualité de mes loisirs ou de ma vie familiale.	
20 J'évalue la valeur des autres personnes par rapport à leur niveau d'accomplissement et de réussite.	
21 Parler de mes sentiments pendant les relations sexuelles est difficile pour moi.	
22 Échouer m'inquiète ainsi que comment cela affecte ma performance en tant qu'homme.	
23 J'ai de la difficulté à exprimer mes besoins émotifs à ma (mon) partenaire.	
24 Les hommes qui touchent d'autres hommes me rendent mal à l'aise.	

Énoncés	R
25 Trouver du temps pour relaxer est difficile pour moi.	
26 Toujours réussir est important pour moi.	
27 J'ai de la difficulté à exprimer mes sentiments de tendresse.	
28 Prendre un autre homme dans mes bras est difficile pour moi.	
29 Je sens souvent que j'ai besoin de diriger ceux qui m'entourent.	
30 Dire mes émotions aux autres ne fait pas partie de mon comportement sexuel.	
31 Entrer en compétition avec les autres est la meilleure façon de réussir.	
32 Gagner est un indicateur de ma valeur personnelle.	
33 J'éprouve souvent de la difficulté à trouver les mots pour décrire comment je me sens.	
34 J'hésite parfois à démontrer mon affection à d'autres hommes à cause de la façon dont je pourrais être perçu par les autres.	
35 Mon besoin de travailler ou d'étudier m'éloigne de ma famille ou de mes loisirs plus souvent que je ne le souhaiterais.	
36 Je m'efforce de réussir plus que les autres.	
37 Je n'aime pas montrer mes sentiments aux autres.	
38 Dire à ma (mon) partenaire les sentiments que j'éprouve pour elle (lui) pendant une relation sexuelle est difficile pour moi.	
39 Mon travail ou mes études dérangent souvent d'autres parties de ma vie (famille, santé, loisirs).	
40 Je suis souvent préoccupé par la façon dont les autres évaluent ma performance au travail ou à l'école.	
41 Être très personnel avec d'autres hommes me rend inconfortable.	
42 Être plus intelligent ou physiquement plus fort que d'autres hommes est important pour moi.	
43 Je me questionne sur l'orientation sexuelle des hommes qui me démontrent ouvertement leur amitié.	
44 La surcharge de travail et de stress causé par mon besoin de réussir au travail ou à l'école affecte/dérange ma vie.	
45 J'aime me sentir supérieur aux autres.	

VOS RÉACTIONS FACE AUX PROBLÈMES

Les énoncés qui suivent décrivent différentes façons de réagir aux difficultés de la vie. J'aimerais que vous m'indiquiez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés en utilisant l'échelle suivante :

Fortement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
4	3	2	1

Il n'y a pas de mauvaises réponses et les seules bonnes réponses sont celles qui reflètent le mieux vos propres réactions face aux difficultés.

Énoncés	R
46 Même si en demandant de l'aide je pourrais résoudre mes problèmes plus facilement, j'hésite à le faire.	
47 Quand ça va mal, j'aime en parler à mes amis.	
48 Quand je suis triste ou préoccupé et que quelqu'un essaie de m'aider, ça m'agace.	
49 Je suis à l'aise de consulter une aide professionnelle en santé mentale au besoin.	
50 Quand j'ai un problème, j'essaie de le résoudre tout seul plutôt que de déranger mes amis.	
51 Mes problèmes, je préfère les garder pour moi.	
52 Il est préférable de ne compter que sur soi-même dans la vie.	
53 Quand je suis obligé de demander de l'aide, ma fierté en prend un coup.	

LES SUJETS DONT VOUS ÊTES PRÊT À DISCUTER

Voici une liste de 14 items portant sur des émotions et des sentiments que les gens peuvent ressentir à un moment ou à un autre de leur vie. J'aimerais que vous m'indiquiez jusqu'à quel point vous seriez disposé, de manière générale, à discuter de ces émotions ou de ces sentiments avec votre MEILLEUR(E) AMI(E) (qui peut être un homme ou une femme) et avec VOTRE CONJOINT(E). Pour cette partie, nous allons utiliser l'échelle suivante :

- 0 = Vous n'êtes **pas du tout disposé** à discuter de ce sujet avec :
 1 = Vous êtes **un peu disposé** à discuter de ce sujet avec :
 2 = Vous êtes **modérément disposé** à discuter de ce sujet avec :
 3 = Vous êtes **presque totalement disposé** à discuter de ce sujet avec :
 4 = Vous êtes **totalement disposé** à discuter de ce sujet avec :

#	Énoncés	Ami(e)	Conjoint(e)
54	Quand vous vous sentez déprimé		
55	Quand vous vous sentez anxieux		
56	Quand vous vous sentez fâché		
57	Quand vous avez peur		
58	Quand vous vous sentez de bonne humeur		
59	Quand vous vous sentez découragé		
60	Quand vous vous sentez troublé		
61	Quand vous vous sentez furieux		
62	Quand vous vous sentez craintif		
63	Quand vous vous sentez joyeux		
64	Quand vous vous sentez triste		
65	Quand vous vous sentez stressé		
66	Quand vous vous sentez enragé		
67	Quand vous vous sentez effrayé		

VOS RELATIONS AVEC VOTRE ENTOURAGE

Nous allons maintenant aborder vos relations avec votre entourage. Je vais vous lire des énoncés et j'aimerais que vous m'indiquiez la FRÉQUENCE avec laquelle chacun des énoncés DÉCRIT BIEN CE QUE VOUS RESSENTEZ, en utilisant l'échelle suivante :

Jamais	Rarement	Quelque fois	Souvent
0	1	2	3

#	Énoncés	R
68	Je me sens sur la même longueur d'ondes que les gens autour de moi.	
69	Je sens que je n'ai pas assez de compagnons (compagnes).	
70	Je sens qu'il n'y a personne à qui je peux avoir recours.	
71	Je me sens seul.	
72	Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis.	
73	Je sens que j'ai beaucoup de choses en commun avec les gens qui m'entourent.	
74	Je <u>ne</u> me sens <u>plus</u> près de quiconque.	
75	Je sens que mes intérêts et mes idées <u>ne</u> sont <u>pas</u> partagées par ceux qui m'entourent.	
76	Je sens que je suis une personne sociable.	
77	Il y a des gens dont je me sens près.	
78	Je me sens exclu.	
79	Je sens que mes relations sociales sont superficielles.	
80	Je sens que personne <u>ne</u> me connaît vraiment.	
81	Je me sens isolé des autres.	
82	Je sens que je peux m'entourer de compagnons quand je le veux.	
83	Je sens qu'il y a des gens qui me comprennent vraiment.	
84	Je me sens malheureux d'être aussi retiré.	
85	Je sens que les gens sont autour de moi mais non avec moi.	
86	Je sens qu'il y a des gens à qui je peux parler.	
87	Je sens qu'il y a des gens à qui je peux avoir recours.	

PROVISIONS SOCIALES

Les questions qui suivent portent sur le soutien que vous recevez, généralement, de votre entourage personnel, c'est-à-dire de votre famille et de vos amis. Vous allez constater que certaines questions ressemblent à celles que je viens de vous poser, mais pour les fins de cette recherche il est très important de donner une réponse pour tous les items. Je vais vous lire une série d'énoncés. Dites-moi jusqu'à quel point ces phrases REFLÈTENT CE QUE VOUS RESSENTEZ, en utilisant l'échelle suivante :

Fortement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
4	3	2	1

#	Énoncés	R
90	Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.	
91	J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.	
92	Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.	
93	Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.	
94	Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.	
95	Les autres ne me considèrent pas compétent.	
96	Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.	
97	J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.	
98	Je ne crois pas que les autres ont de la considération pour mes aptitudes et habiletés.	
99	Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.	
100	J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	
101	Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.	
102	J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.	
103	Il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations.	
104	Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.	

#	Énoncés	R
105	Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.	
106	Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	
107	Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.	
108	Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.	
109	Il y a des gens qui admirent mes talents et mes habiletés.	
110	Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.	
111	Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.	
112	Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.	
113	Désormais, plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention.	

En répondant aux questions précédentes, vous avez probablement pensé à des personnes qui vous entourent et qui sont importantes pour vous. Nous allons maintenant faire la liste de ces personnes en tenant compte du type d'aide qu'elles vous procurent. Il est possible que pour certains types d'aide vous n'ayez personne. Il se peut aussi qu'une personne soit mentionnée dans plusieurs catégories.

Pour les questions suivantes, dites-moi le prénom de chaque personne et le lien que vous avez avec chacune d'elles (par exemple, parent, sœur, frère, ami, voisin, conjoint).

114. Quelles sont les personnes sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide concrète et matérielle, particulièrement lorsque vous êtes mal pris?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Parmi les personnes que vous venez de mentionner, à qui parlez-vous au moins une fois par mois (rencontre ou contact téléphonique)?

115. Quelles sont les personnes à qui vous êtes très attaché et à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes et recevoir du soutien émotif?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Parmi les personnes que vous venez de mentionner, à qui parlez-vous au moins une fois par mois (rencontre ou contact téléphonique)?

116. Quelles sont les personnes que vous consultez lorsque vous avez des décisions importantes à prendre et de qui vous recherchez les conseils, les points de vue?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Parmi les personnes que vous venez de mentionner, à qui parlez-vous au moins une fois par mois (rencontre ou contact téléphonique)?

117. Quelles sont les personnes qui nécessitent votre aide, votre attention, vos soins, qui se fient réellement sur vous pour leur bien-être et dont vous vous sentez responsable?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Parmi les personnes que vous venez de mentionner, à qui parlez-vous au moins une fois par mois (rencontre ou contact téléphonique)?

118. Quelles sont les personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que vous et qui partagent vos attitudes, vos croyances, vos intérêts, vos préoccupations?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Parmi les personnes que vous venez de mentionner, à qui parlez-vous au moins une fois par mois (rencontre ou contact téléphonique)?

119. Quelles sont les personnes qui reconnaissent ou admirent vos compétences, votre savoir faire, vos talents, vos aptitudes, vos habiletés?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Parmi les personnes que vous venez de mentionner, à qui parlez-vous au moins une fois par mois (rencontre ou contact téléphonique)?

120. Y aurait-il d'autres personnes importantes pour vous, que vous considérez comme faisant partie de votre réseau social et que vous n'auriez pas encore mentionnées?

1. _____
2. _____

J'aimerais maintenant revenir sur(remplacer par l'événement)..... que vous avez vécu au cours de la dernière année.

121. À quel moment, cela a-t-il été le plus difficile pour vous (*faire circonscrire un moment précis*)?

122. Dans les jours qui ont suivi ce moment difficile, avez-vous parlé à quelqu'un de votre entourage de ce que vous viviez dans la situation ?

1. _____
2. _____
3. _____

Si n'en a discuté avec personne, on demande : Pourquoi?

123. En avez-vous discuté avec d'autres personnes (*faire préciser quand*)?

1. _____
2. _____
3. _____

En prenant chacune des personnes à tour de rôle...

124. Avez-vous, vous-même, initié une conversation avec sur ce que vous viviez dans le but d'avoir du soutien de sa part?

Oui Non C'est elle qui vous en a parlé en 1^{er} ?

125. Jusqu'à quel point lui avez-vous confié vos craintes, vos préoccupations face à cette situation ? Est-ce que vous diriez : (3) *beaucoup*, (2) *assez*, (1) *peu* ou (0) *pas du tout* ?

126. Lui avez-vous confié les sentiments et les émotions que vous viviez par rapport à l'événement ?

Oui Non Qu'est-ce qui vous a retenu? _____

127. Vous êtes-vous senti écouté et réconforté par ?

Oui Non Pourquoi? _____

128. Est-ce que vous diriez que votre conversation avec vous a (3) *beaucoup réconforté*, (2) *assez réconforté*, (1) *peu réconforté* ou (0) *pas du tout réconforté*? (Si *peu* ou *pas du tout*, on demande : Pourquoi?)

129. Est-ce que vous diriez que a (3) *très bien compris* ce que vous viviez, (2) *assez bien compris*, (1) *pas tellement compris* ou (0) *pas du tout compris*?

130. Est-ce que vous avez demandé à de faire quelque chose pour vous aider?
- Oui a) Quoi ?
 b) Vous a-t-elle donné l'aide que vous souhaitiez avoir?
- Non c) Est-ce que vous lui avez demandé des conseils ?
 Lesquels?
 Vous a-t-elle donné les conseils que vous souhaitiez avoir?
 Comment avez-vous réagit à ces conseils?
- d) Est-ce que vous lui avez demandé de faire quelque chose de concret pour vous (comme parler à une autre personne) ?
 Quoi ?
 Est-ce qu'elle l'a fait?
131. Est-ce que a fait spontanément quelque chose pour vous aider sans que vous ne lui demandiez?
- Oui a) Quoi ?
 b) Comment avez-vous réagit ?
- Non
132. Est-ce que a dit ou fait quelque chose que vous n'avez pas aimé, qui vous a fait de la peine ou vous a mis en colère ?
- Non Oui Quoi ?
133. Vous êtes-vous senti jugé ou critiqué par? Est-ce que vous diriez qu'elle vous a (3) *beaucoup jugé*, (2) *assez jugé*, (1) *un peu jugé* ou (0) *pas du tout jugé*?
134. En général, êtes-vous (3) *très satisfait* du soutien et de l'aide que vous a apporté, (2) *assez satisfait*, (1) *peu satisfait* ou (0) *pas du tout satisfait* ?
 Si *peu* ou *pas du tout satisfait*, on demande : Pourquoi?
135. Qu'est-ce que aurait pu faire de plus (ou de différent) pour vous aider davantage?

Répéter les questions 124 à 135 pour chacune des personnes avec qui le participant a parlé de l'événement.

On pose ensuite les questions en général...

136. Est-ce qu'il y a des personnes avec qui vous auriez aimé parlé de (remplacer par l'événement) et avec qui vous n'en avez pas parlé ?

- Oui a) Lesquelles ?
 b) Pourquoi n'en avez-vous pas parlé ?

Non

137. Suite à votre perte, avez-vous fait des démarches auprès de professionnels de la santé (médecins, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) ou d'organismes pour obtenir de l'aide dans cette situation ?

Oui Auprès de qui?

1. _____
2. _____
3. _____

Pour chaque ressources demander :

- a) Est-ce VOUS qui avez initié ces démarches ou est-ce plutôt quelqu'un qui vous y a incité? (*faire élaborer et préciser qui*)
- b) Combien de temps après l'événement avez-vous fait ces démarches?
- c) Combien de fois avez-vous rencontré cette ressource?
- d) Quelle sorte d'aide cette ressource vous a-t-elle apporté?
- e) En général, êtes-vous (3) *très satisfait* du soutien et de l'aide que vous a apporté, (2) *assez satisfait*, (1) *peu satisfait* ou (0) *pas du tout satisfait* ?
 Si *peu* ou *pas du tout satisfait*, on demande : Pourquoi ?
- f) Qu'est-ce que aurait pu faire de plus (ou de différent) pour vous aider davantage?

Non Pourquoi?

138. D'autres ressources professionnelles ou communautaires vous ont-elles aidé suite à votre perte?

Oui Lesquelles?

1. _____

2. _____

Pour chaque ressource demander :

a) Est-ce VOUS qui leur avez demandé de l'aide? Si non, qui?

b) Combien de temps après l'événement vous ont-elles aidé?

c) Quelle sorte d'aide cette ressource vous a-t-elle apporté?

d) En général, êtes-vous (3) *très satisfait* du soutien et de l'aide que vous a apporté, (2) *assez satisfait*, (1) *peu satisfait* ou (0) *pas du tout satisfait* ?

Si peu ou pas du tout satisfait, on demande : Pourquoi?

e) Qu'est-ce que aurait pu faire de plus (ou de différent) pour vous aider davantage?

Non

139. Avant votre perte, aviez-vous déjà, au cours de votre vie, fait appel à une ressource professionnelle ou communautaire pour recevoir de l'aide ou des services en santé mentale?

Oui Auprès de qui?

1. _____

2. _____

Pour chaque ressources demander :

a) Est-ce VOUS qui leur aviez demandé de l'aide? Si non, qui?

b) C'était il y a combien de temps?

c) Quelle sorte d'aide cette ressource vous a-t-elle apporté?

d) En général, étiez-vous (3) *très satisfait* du soutien et de l'aide que vous avait apporté, (2) *assez satisfait*, (1) *peu satisfait* ou (0) *pas du tout satisfait* ?

Si peu ou pas du tout satisfait, on demande : Pourquoi?

e) Qu'est-ce que aurait pu faire de plus (ou de différent) pour vous aider davantage?

Non

140. Vous a-t-on déjà prescrit de la médication pour contrôler votre anxiété, votre humeur dépressive ou d'autres problèmes de santé mentale?

Oui

a) À quel moment?

b) C'était quelle médication?

c) Qui vous l'avait prescrite?

d) Prenez-vous encore cette médication?

e) La prenez-vous selon l'ordonnance?

Non

QUESTION POUR GROUPE TENTATIVE SEULEMENT

141. Entre le moment où vous avez commencé à avoir des idéations suicidaires et le moment où vous avez fait votre tentative de suicide, avez-vous parlé à quelqu'un de ces idéations ou de votre intention de vous enlever la vie?

Oui

a) À qui?

b) Avez-vous dit explicitement que vous pensiez au suicide ou avez-vous plutôt fait des allusions indirectes? Lesquelles?

b) Comment la(les) personne(s) a(ont) réagit? Qu'est-ce qu'elle(s) a(ont) dit? Qu'est-ce qu'elle(s) a(ont) fait?

c) Est-ce que cela vous a aidé? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

Non

d) Pourquoi?

DÉPRESSION MAJEURE

Les questions qui suivent portent sur votre humeur au cours DES DOUZE DERNIERS MOIS. Il est possible que le psychiatre qui vous a rencontré vous ait déjà posé certaines de ces questions et je m'en excuse à l'avance, mais j'apprécierais beaucoup si vous pouviez y répondre à nouveau pour moi car je n'ai pas accès à votre dossier.

142. Au cours de la dernière année, y a-t-il eu une période pendant laquelle vous étiez déprimé, triste ou découragé pratiquement toute la journée et presque chaque jour?

OUI a) Combien de temps cette période a-t-elle duré?

b) Quand cette période s'est-elle produite?

NON

143. Au cours de la dernière année, y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez éprouvé beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement?

OUI a) Cela s'est-il produit presque tous les jours?

b) Combien de temps cette période a-t-elle duré?

c) Quand cette période s'est-elle produite?

NON

144. Au cours des deux pires semaines de la dernière année, avez-vous perdu ou gagné du poids?

OUI a) Combien de kilos ou de livres?

b) Cherchiez-vous à perdre du poids?

NON a) Comment qualifieriez-vous votre appétit? Étiez-vous obligé de vous forcer à manger? Mangiez vous plus ou moins que d'habitude?

b) Cela s'est-il manifesté presque tous les jours?

145. Au cours des deux pires semaines de la dernière année, comment qualifieriez-vous votre sommeil? Aviez-vous de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi, vous réveilliez-vous trop souvent ou trop tôt OU dormiez-vous trop?

OUI a) Était-ce presque toutes les nuits?

NON

146. Au cours des deux pires semaines de la dernière année, étiez-vous si agité ou si nerveux que vous ne pouviez plus tenir en place? Votre agitation était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée? Qu'ont-ils remarqué?
- OUI a) Était-ce presque tous les jours?
- NON b) Est-ce le contraire qui s'est produit : parliez vous ou bougiez-vous plus lentement que d'habitude? Votre lenteur était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée? Qu'ont-ils remarqué?
- c) Était-ce presque tous les jours?
147. Aviez-vous de l'énergie? Vous sentiez-vous toujours fatigué?
- OUI a) Presque tous les jours?
- NON
148. Durant cette période, quelle opinion aviez-vous de vous-même? Que vous n'étiez bon à rien?
- OUI a) Presque tous les jours?
- NON b) Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou que vous auriez dû faire?
- c) Presque tous les jours?
149. Durant cette période, aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer?
- OUI a) À quel genre d'activités cela a-t-il nuit?
- b) Presque tous les jours?
- NON c) Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne?
- d) Presque tous les jours?
150. Étiez-vous déprimé au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort? Pensiez-vous à vous blesser?
- OUI a) Avez-vous cherché à vous blesser?
- NON

151. Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre épisode dépressif? OUI NON
152. Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique?
OUI a) Qu'a dit votre médecin?
NON
153. Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments?
OUI a) Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez?
NON
154. Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue?

VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL

Les questions qui suivent portent sur votre consommation d'alcool des DOUZE DERNIERS MOIS. J'aimerais que vous y répondiez le plus honnêtement possible en faisant attention à ce que vos réponses ne reflètent pas seulement les dernières semaines mais la dernière année.

155. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool?
(0) JAMAIS (1) 1 FOIS PAR MOIS OU MOINS (2) 2 À 4 FOIS PAR MOIS (3) 2 À 3 FOIS PAR SEMAINE (4) 4 FOIS OU + PAR SEMAINE
156. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez?
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 ou 8 (4) 10 ou plus
157. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus?
(0) JAMAIS (1) MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS (2) À CHAQUE MOIS (3) À CHAQUE SEMAINE (4) À CHAQUE JOUR OU PRESQUE
158. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé?
(0) JAMAIS (1) MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS (2) À CHAQUE MOIS (3) À CHAQUE SEMAINE (4) À CHAQUE JOUR OU PRESQUE

159. Dans les douze derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool vous-a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous?
- (0) JAMAIS (1) MOINS D'UNE (2) À CHAQUE (3) À CHAQUE (4) À CHAQUE JOUR
FOIS PAR MOIS MOIS SEMAINE OU PRESQUE
160. Dans les douze derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme?
- (0) JAMAIS (1) MOINS D'UNE (2) À CHAQUE (3) À CHAQUE (4) À CHAQUE JOUR
FOIS PAR MOIS MOIS SEMAINE OU PRESQUE
161. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu?
- (0) JAMAIS (1) MOINS D'UNE (2) À CHAQUE (3) À CHAQUE (4) À CHAQUE JOUR
FOIS PAR MOIS MOIS SEMAINE OU PRESQUE
162. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu?
- (0) JAMAIS (1) MOINS D'UNE (2) À CHAQUE (3) À CHAQUE (4) À CHAQUE JOUR
FOIS PAR MOIS MOIS SEMAINE OU PRESQUE
163. Vous êtes vous déjà blessé ou avez-vous déjà blessé quelqu'un à cause de votre consommation d'alcool?
- (0) JAMAIS (1) MOINS D'UNE (2) À CHAQUE (3) À CHAQUE (4) À CHAQUE JOUR
FOIS PAR MOIS MOIS SEMAINE OU PRESQUE
164. Est-ce qu'un proche, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est inquiété de votre consommation d'alcool ou vous a suggéré de diminuer?
- (0) NON (2) OUI, MAIS PAS AU COURS (4) OUI, AU COURS DE LA
DE LA DERNIÈRE ANNÉE DERNIÈRE ANNÉE

VOTRE CONSOMMATION DE DROGUES

Les questions suivantes portent sur votre consommation de drogue, sans inclure votre consommation d'alcool. Le terme «abus de drogue» désigne soit : (1) l'utilisation excessive de médicaments sur ordonnance ou de médicaments en vente libre, soit (2) l'usage de drogues à des fins non-médicales. Les drogues en question se classent comme suit : le cannabis (comme la marijuana, le haschich ou le pot), les solvants, les tranquillisants (comme les Valium), les barbituriques, la cocaïne, les stimulants (comme les amphétamines ou les speed), les hallucinogènes (comme le LSD) ou les narcotiques (comme l'héroïne). Je vous rappelle que ces questions ne s'appliquent pas aux boissons alcoolisées.

Les questions qui suivent réfèrent aux DOUZE DERNIERS MOIS. Faites attention à ce que vos réponses reflètent bien cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines. J'aimerais que vous répondiez par OUI ou NON aux énoncés suivants.

#	Questions
165	Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés à des fins médicales?
166	Avez-vous fait un usage abusif de médicaments sur ordonnance?
167	Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois?
168	Pouvez-vous vous passer de drogues pendant une semaine complète?
169	Pouvez-vous interrompre votre consommation de drogues au moment voulu?
170	Avez-vous déjà perdu connaissance ou eu des récurrences (« flashbacks ») après avoir pris une drogue?
171	Votre consommation de drogues suscite-t-elle un sentiment de culpabilité de votre part?
172	Vos parents ou votre conjoint ont-ils déjà critiqué votre consommation de drogues?
173	Vos abus de drogues vous ont-ils causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents?
174	Avez-vous déjà perdu des amis pour avoir fait usage de drogues?
175	Avez-vous négligé votre famille en raison de votre consommation de drogues?
176	Vos abus de drogues vous ont-ils causé des ennuis au travail?
177	Avez-vous déjà perdu un emploi pour abus de drogues?
178	Vous êtes-vous déjà disputé ou battu sous l'influence de drogues?
179	Vous êtes-vous déjà engagé dans des activités illégales afin d'obtenir de la drogue?
180	Avez-vous déjà subi une arrestation pour possession de drogues illicites?
181	Avez-vous déjà éprouvé des symptômes de sevrage (malaises) après avoir interrompu votre consommation de drogues?
182	Avez-vous eu des problèmes médicaux attribuables à votre consommation de drogues (ex : perte de mémoire, hépatite, convulsions, saignements)?
183	Avez-vous déjà cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues?
184	Avez-vous déjà suivi un programme de traitement pour toxicomanes?

VOTRE PERCEPTION DU SUICIDE

Nous allons maintenant aborder la question du suicide.

185. Dites-moi dans quelle mesure vous êtes en accord avec l'affirmation suivante :

«Dans certaines circonstances, le suicide est un choix acceptable».

Tout à fait en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
4	3	2	1

186. Selon vous, le SUICIDE est-il :

- a) plus acceptable pour les hommes que pour les femmes
- b) plus acceptable pour les femmes que pour les hommes
- c) également acceptable pour les hommes ou pour les femmes

187. Selon vous, la TENTATIVE DE SUICIDE est-elle :

- a) plus acceptable pour les hommes que pour les femmes
- b) plus acceptable pour les femmes que pour les hommes
- c) également acceptable pour les hommes ou pour les femmes

188. Est-ce qu'une personne proche de vous a déjà fait une tentative de suicide ou s'est suicidée? (*faire préciser qui et quand*)

189. Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait expliquer pourquoi les hommes québécois sont quatre fois plus nombreux à se suicider que les femmes?

190. Qu'est-ce qu'on devrait faire, selon vous, pour faire diminuer le taux de suicide chez les hommes?

Pour le groupe témoin allez à la page 23 pour les données socio-démographiques.

- 196.3 Avez-vous choisi un moment particulier pour faire votre tentative?
a. Lequel?
b. Pourquoi avez-vous choisi ce moment?
- 196.4 Depuis combien de temps aviez-vous planifié votre tentative?
- 196.5 Avez-vous demandé de l'aide avant, pendant ou après votre tentative de suicide? Si oui, à qui?

TENTATIVE IMPULSIVE

- 196.6 Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où vous avez décidé de vous suicider et celui où vous avez posé votre geste?
- 196.7 Quel moyen avez-vous utilisé pour votre tentative de suicide?
(faire préciser le plus possible)
a. Pourquoi avez-vous choisi ce moyen?
b. Comment vous êtes-vous procuré ce moyen?
- 196.8 Où étiez-vous lorsque vous avez fait votre tentative?
a. Pourquoi avez-vous choisi cet endroit?
b. Avez-vous pris des précautions pour éviter que quelqu'un vous apporte du secours? Si oui, lesquelles?
- 196.9 Avez-vous demandé de l'aide avant, pendant ou après votre tentative de suicide? Si oui, à qui?

197. Les personnes qui font des tentatives de suicide donnent différentes raisons pour expliquer leur geste. Je vais vous lire quelques raisons qui ont été mentionnées par des personnes qui ont fait une tentative de suicide et j'aimerais que vous me disiez dans quelle mesure ces raisons ont joué un rôle important dans votre propre décision de vous enlever la vie. Nous allons utiliser l'échelle suivante :

3 : Cela a joué un rôle *très important* dans ma décision de m'enlever la vie.
 2 : Cela a joué un rôle *assez important* dans ma décision de m'enlever la vie.
 1 : Cela a joué un rôle *peu important* dans ma décision de m'enlever la vie.
 0 : Cela n'a joué *aucun* rôle dans ma décision de m'enlever la vie.

#	Raisons	R
A	J'avais l'impression d'être une source de problèmes pour mon entourage, un fardeau.	
B	J'avais trop mal, il fallait que ça arrête.	
C	J'avais l'impression de ne pas être important pour les autres.	
D	J'avais l'impression que je n'avais aucun but dans la vie, que ma vie n'avait pas de sens.	
E	J'avais l'impression d'être inutile, de ne servir à rien.	
F	Je me sentais très seul, isolé des autres.	

Quelle serait, dans vos mots, la raison pour expliquer votre tentative?

198. Avant de faire votre tentative de suicide, avez-vous imaginé la réaction de vos proches, c'est-à-dire votre famille, votre parenté, vos amis, si vous étiez décédé ?

- Oui a) Quelle réaction imaginiez-vous?
 b) Est-ce que cela a affecté votre intention de vous suicider?
- Oui De quelle façon?
 Non Pourquoi?
- Non a) Pourquoi?

199. Est-ce que vos proches sont au courant de votre tentative?
- Oui a) Comment ont-ils réagit?
b) Leur réaction est-elle conforme à ce que vous imaginiez?
- Oui Explicitez
Non Explicitez
- Non
200. Qu'est-ce qu'il aurait été possible de faire pour vous enlever le goût de vous suicider ?
201. Est-ce que vous avez encore l'intention de vous suicider ?
- Oui a) Pourquoi ?
b) Avez-vous décidé du moment ?
c) Avez-vous choisi le moyen ? L'avez-vous en votre possession ?
- Non

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

202. À combien s'élève approximativement votre REVENU PERSONNEL BRUT (avant impôts et déductions) pour l'année 2002 ?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 à 9 999\$ | <input type="checkbox"/> | 40 000\$ à 49 999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 10 000\$ à 19 999\$ | <input type="checkbox"/> | 50 000\$ à 59 999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 20 000\$ à 29 999\$ | <input type="checkbox"/> | 60 000\$ à 79 999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 30 000\$ à 39 999\$ | <input type="checkbox"/> | 80 000\$ et plus | <input type="checkbox"/> |

203. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez OBTENU?

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Secondaire ou moins | <input type="checkbox"/> |
| Collégial | <input type="checkbox"/> |
| Universitaire | <input type="checkbox"/> |

204. Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous parlez encore ? _____

205. Dans quel pays votre mère est-elle née ? _____

206. Dans quel pays votre père est-il né ? _____

207. Quelle est votre orientation sexuelle?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Hétérosexuelle | <input type="checkbox"/> |
| Homosexuelle | <input type="checkbox"/> |
| Bisexuelle | <input type="checkbox"/> |
| Incertaine | <input type="checkbox"/> |

208. Est-ce que vous souffrez d'une maladie physique grave? Si oui, laquelle?

APPENDICE D

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (GROUPE I)

La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide (SL 02.053)

Chercheure : Janie Houle, candidate au doctorat, UQÀM
Superviseure : Dr Marie-Carmen Plante, psychiatre, CHUM

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche portant sur les conduites suicidaires des hommes qui ont vécu une perte importante. Cette recherche aborde la question de la demande d'aide, du soutien social et du rôle masculin.

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs.

Il est entendu que si vous consentez à participer à cette étude nous devons au préalable avoir obtenu le consentement de votre médecin traitant.

PARTIE I : INFORMATION

Objectifs de la recherche Cette recherche vise à mieux comprendre les variables en cause dans les conduites suicidaires des hommes. Plus spécifiquement, elle s'intéresse à la demande d'aide, au soutien social et au rôle masculin. Au cours d'une période d'environ 9 mois, plus de 100 hommes de 20 à 59 ans seront recrutés dans quatre hôpitaux montréalais pour participer à cette étude, dont 70 au CHUM.

Votre participation Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez tout d'abord participer à une courte entrevue visant à déterminer si vous répondez à certains critères d'inclusion à la recherche. Si ce n'est pas le cas votre participation prendra fin immédiatement. Toutefois, si vous êtes admissible à la recherche et désirez toujours y participer, vous serez invité à participer à une entrevue d'environ deux heures avec la chercheure. L'entrevue s'effectuera préférentiellement à l'hôpital, dans un endroit permettant la confidentialité des échanges. Cependant, il est également possible de réaliser l'entrevue dans les locaux de l'Université du Québec à Montréal, mais cela impliquera que vous vous rendiez sur place par vos propres moyens et à vos frais.

Les bénéfices L'expérience montre, qu'en général, les personnes apprécient l'opportunité qui leur est donnée de s'exprimer sur ces sujets et il n'y a généralement pas d'effets négatifs provoqués par ce type d'entrevue. Par ailleurs, il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine et permettront d'améliorer les interventions auprès des hommes en difficulté, notamment en matière de prévention du suicide.

Les risques Il est possible que les sujets abordés dans l'entrevue vous mettent mal à l'aise ou suscitent chez vous de l'anxiété ou de la tristesse. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en informer aussitôt la chercheuse qui vous réfèrera aux ressources professionnelles appropriées.

Confidentialité Toutes les informations recueillies par le biais de l'entrevue seront traitées de manière confidentielle et un code numérique remplacera votre nom. Seule la chercheuse possèdera une liste permettant de faire le lien entre votre nom et votre numéro de participant. Cette liste sera conservée sous-clef pendant toute la durée de l'étude et détruite six mois après le dépôt du rapport de recherche. La base de données informatique ne contiendra que votre numéro de participant et c'est ce numéro qui sera utilisé lors de l'analyse des données. Votre anonymat sera préservé dans toute forme de présentation des résultats de cette recherche. Les résultats obtenus serviront à la rédaction d'articles scientifiques et seront conservés sous clef pour une période de cinq ans après la fin de l'étude. Il est entendu que vous pourrez retirer votre participation en tout temps et ce, sans aucune pénalité. Dans ce cas, les données recueillies ne pourront en aucun cas être utilisées comme données de recherche ou à d'autres fins.

L'entrevue sera enregistrée afin de permettre la codification ultérieure des informations recueillies. Les enregistrements ne seront utilisés qu'aux fins de la collecte de données et ne seront montrés à personne d'autre qu'à la chercheuse de ce projet. Les enregistrements seront conservés dans une armoire sous-clef et détruits six mois après le dépôt du rapport de recherche.

Participation volontaire et droit de retrait Votre participation est entièrement volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité, sans que cela ne nuise à vos relations avec votre médecin et sans que la qualité des soins que vous recevez n'en soit affectée.

Droits légaux En participant à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez le chercheur, l'hôpital ou le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTIE II : IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Voici le nom de la chercheuse à contacter pour toute question relative à cette recherche :

Janie Houle
Candidate au doctorat en psychologie, CRISE, UQÀM
(514) 987-3000 poste 4922

Vous pouvez également contacter la psychiatre du CHUM qui supervise cette recherche :

Dr Marie-Carmen Plante
Psychiatre à l'hôpital Saint-Luc
(514) 866-6974

Les psychiatres de garde des hôpitaux Notre-Dame et Saint-Luc pourront également vous aider :

Psychiatre de garde de Notre-Dame : (514) 890-8000 poste 24444
Psychiatre de garde de Saint-Luc : (514) 890-8000 poste 34444

En cas de plainte, ou de questions concernant vos droits en tant que participant à une recherche, vous pouvez contacter la commissaire adjointe à la qualité des services :

Hôpital Hôtel-Dieu : À déterminer
(514) 890-8000 poste 12571

Hôpital Notre-Dame : Mme Louise Brunelle
(514) 890-8000 poste 26047

Hôpital Saint-Luc : À déterminer
(514) 890-8000 poste 36366

PARTIE II : CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à l'étude effectuée par Janie Houle, candidate au doctorat en psychologie à l'UQÀM. Je comprends qu'on me remettra une copie signée du présent formulaire.

Je comprends que la réalisation de cette étude a été passée en revue et approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'établissement.

Je suis libre de me retirer de l'étude à n'importe quel moment, pour quelque raison que ce soit et sans préjudice. Je comprends qu'en signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité professionnelle ou civile.

Je consens à participer à l'étude sur la demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin en lien avec les conduites suicidaires.

Nom du participant : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____ Date : _____

Je certifie avoir expliqué les objectifs de l'étude, sa durée ainsi que les risques potentiels qui y sont associés au participant dont le nom et la signature figurent ci-dessus, que ce dernier a reçu des réponses satisfaisantes à toutes ses questions et qu'il consent ainsi à participer à l'étude en apposant sa signature personnellement datée sur ce document.

Nom du chercheur : _____

Signature : _____ Date : _____

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (GROUPE II)

La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide (SL 02.053)

Chercheure : Janie Houle, candidate au doctorat, UQÀM
Superviseure : Dr Marie-Carmen Plante, psychiatre au CHUM

INTRODUCTION

Nous vous avons approché lors de votre visite à l'hôpital le _____ pour vous demander si vous étiez intéressé à participer à une étude sur les conduites suicidaires des hommes qui ont vécu une perte importante. Cette recherche aborde la question de la demande d'aide, du soutien social et du rôle masculin.

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs.

Il est entendu que si vous consentez à participer à cette étude, nous devons préalablement obtenir le consentement de votre médecin traitant.

PARTIE I : INFORMATION

Objectifs de la recherche Cette recherche vise à mieux comprendre les variables en cause dans les conduites suicidaires des hommes. Plus spécifiquement, elle s'intéresse à la demande d'aide, au soutien social et au rôle masculin. Au cours d'une période d'environ 9 mois, plus de 100 hommes de 20 à 59 ans seront recrutés dans quatre hôpitaux montréalais pour participer à cette étude, dont 70 au CHUM.

Votre participation Votre participation consiste à réaliser une entrevue d'environ deux heures avec la chercheure. Votre médecin traitant devra donner son autorisation écrite avant que vous puissiez participer à cette entrevue. Celle-ci pourra avoir lieu à votre domicile ou dans les locaux de l'Université du Québec à Montréal, mais cela impliquera que vous vous rendiez sur place par vos propres moyens et à vos frais.

Les bénéfices L'expérience montre, qu'en général, les personnes apprécient l'opportunité qui leur est donnée de s'exprimer sur ces sujets et il n'y a généralement

pas d'effets négatifs provoqués par ce type d'entrevue. Par ailleurs, il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine et permettront d'améliorer les interventions auprès des hommes en difficulté, notamment en matière de prévention du suicide.

Les risques Il est possible que les sujets abordés dans l'entrevue vous mettent mal à l'aise ou suscitent chez vous de l'anxiété ou de la tristesse. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en informer aussitôt la chercheuse qui prendra le temps de vous écouter et vous aidera à vous sentir mieux.

Confidentialité Toutes les informations recueillies par le biais de l'entrevue seront traitées de manière confidentielle et un code numérique remplacera votre nom. Seule la chercheuse possèdera une liste permettant de faire le lien entre votre nom et votre numéro de participant. Cette liste sera conservée sous-clef pendant toute la durée de l'étude et détruite six mois après le dépôt du rapport de recherche. La base de données informatique ne contiendra que votre numéro de participant et c'est ce numéro qui sera utilisé lors de l'analyse des données. Votre anonymat sera préservé dans toute forme de présentation des résultats de cette recherche. Les résultats obtenus serviront à la rédaction d'articles scientifiques et seront conservés sous clef pour une période de cinq ans après la fin de l'étude. Il est entendu que vous pourrez retirer votre participation en tout temps et ce, sans aucune pénalité. Dans ce cas, les données recueillies ne pourront en aucun cas être utilisées comme données de recherche ou à d'autres fins.

L'entrevue sera enregistrée afin de permettre la codification ultérieure des informations recueillies. Les enregistrements ne seront utilisés qu'aux fins de la collecte de données et ne seront montrés à personne d'autre qu'à la chercheuse de ce projet. Les enregistrements seront conservés dans une armoire sous-clef et détruits six mois après le dépôt du rapport de recherche.

Participation volontaire et droit de retrait Votre participation est entièrement volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité, sans que cela ne nuise à vos relations avec votre médecin et sans que la qualité des soins que vous recevez n'en soit affectée.

Droits légaux En participant à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez le chercheur, l'hôpital ou le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTIE II : IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Voici le nom de la chercheuse à contacter pour toute question relative à cette recherche :

Janie Houle
Candidate au doctorat en psychologie, CRISE, UQÀM
(514) 987-3000 poste 4922

Vous pouvez également contacter la psychiatre du CHUM qui supervise cette recherche :

Dr Marie-Carmen Plante
Psychiatre à l'hôpital Saint-Luc
(514) 866-6974

Les psychiatres de garde des hôpitaux Notre-Dame et Saint-Luc pourront également vous aider :

Psychiatre de garde de Notre-Dame : (514) 890-8000 poste 24444
Psychiatre de garde de Saint-Luc : (514) 890-8000 poste 34444

En cas de plainte, ou de questions concernant vos droits en tant que participant à une recherche, vous pouvez contacter la commissaire adjointe à la qualité des services :

Hôpital Hôtel-Dieu : À déterminer
(514) 890-8000 poste 12571

Hôpital Notre-Dame : Mme Louise Brunelle
(514) 890-8000 poste 26047

Hôpital Saint-Luc : À déterminer
(514) 890-8000 poste 36366

PARTIE III : CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à l'étude effectuée par Janie Houle, candidate au doctorat en psychologie à l'UQÀM. Je comprends qu'on me remettra une copie signée du présent formulaire.

Je comprends que la réalisation de cette étude a été passée en revue et approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'établissement.

Je suis libre de me retirer de l'étude à n'importe quel moment, pour quelque raison que ce soit et sans préjudice. Je comprends qu'en signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité professionnelle ou civile.

Je consens à participer à l'étude sur la demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin en lien avec les conduites suicidaires.

Nom du participant : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____ Date : _____

Je certifie avoir expliqué les objectifs de l'étude, sa durée ainsi que les risques potentiels qui y sont associés au participant dont le nom et la signature figurent ci-dessus, que ce dernier a reçu des réponses satisfaisantes à toutes ses questions et qu'il consent ainsi à participer à l'étude en apposant sa signature personnellement datée sur ce document.

Nom du chercheur : _____

Signature : _____ Date : _____

APPENDICE E

MATRICE DE CORRÉLATIONS ENTRE LE SENTIMENT DE SOLITUDE, LE
SOUTIEN SOCIAL ET LA DEMANDE D'AIDE

Matrice de corrélations entre le sentiment de solitude, le soutien social et la demande d'aide

	Soutien social	Solitude	Nb confidents	Nb aide tangible	Nb conseils	Nb utile	Nb activités	Nb valeur	S'être confié
Soutien social	1,00	-,802**	,587**	,581**	,547**	,421**	,650**	,453**	,169
Solitude	-,802**	1,00	-,518**	-,637**	-,476**	-,395**	-,670**	-,445**	-,105
Nb confidents	,587**	-,518**	1,00	,593**	,655**	,281*	,472**	,304**	,147
Nb aide tangible	,581**	-,637**	,593**	1,00	,470**	,501**	,662**	,409**	,199
Nb conseils	,547**	-,476**	,655**	,470**	1,00	,276*	,554**	,287**	,203
Nb utile	,421**	-,395**	,281*	,501**	,276*	1,00	,443**	,393**	,029
Nb activités	,650**	-,670**	,492**	,662**	,554**	,443**	1,00	,377**	,217
Nb valeur	,453**	-,445**	,304**	,409**	,287**	,393**	,377**	1,00	,149
S'être confié	,169	-,105	,147	,199	,203	,029	,217	,149	1,00

BIBLIOGRAPHIE

- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Bande-Knops, J., Vandermeulen, C., Roelants, M., Ansoms, S., & Fevery, J. (2000). The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24(1), 53-57.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall Inc.
- Albizu-Garcia, C. E., Alegria, M., Freeman, D., & Vera, M. (2001). Gender and health services use for a mental health problem. *Social Science and Medicine*, 53, 865-878.
- Allebeck, P., & Allgulander, C. (1990). Suicide among young men : psychiatric illness, deviant behavior and substance abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 565-570.
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21(4), 613-619.
- Anderson, K. J., & Leaper, C. (1998). Emotion talk between same and mixed-gender friends : Form and function. *Journal of Language and Social Psychology*, 17(4), 419-448.
- Angst, J., & Clayton, P. J. (1998). Personality, smoking and suicide : a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 51, 55-62.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17, 737-749.
- Appleby, L., Cooper, J., Amos, T., & Faragher, B. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 175, 168-174.
- Appleby, L., Amos, T., Doyle, U., Tomenson, B., & Woodman, M. (1996). General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care. *British Journal of psychiatry*, 168(3), 330-333.

- Apter, A., Plutchik, R., & van Praag, H. M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 1-5.
- Apter, A., Horesh, N., Gothelf, D., Graffi, H., & Lepkifker, E. (2001). Relationships between self-disclosure and serious suicidal behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 70-75.
- Arango, V., Ernsberger, P., Marzuk, P. M., Chen, J. S., Tierney, H., Stanley, M., Reis, D. J. & Mann, J. J. (1990). Autoradiographic demonstration of increased serotonin 5-HT₂ and beta-adrenergic receptor binding sites in the brain of suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, 47(11), 1038-1047.
- Archer, J., Pearson, N. A., & Westeman, K. E. (1988). Aggressive behaviour of children aged 6-11: Gender differences and their magnitude. *British Journal of Social Psychology*, 27(4), 371-384.
- Asberg, M., Traskman, L., & Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33(10), 1193-1197.
- Ashton, W. A., & Fuehrer, A. (1993). Effects of gender and gender role identification of participant and type of social support resource and support seeking. *Sex Roles*, 28(8), 461-476.
- Association canadienne pour la santé mentale (2001). *Répertoire des ressources en santé mentale du Montréal-métropolitain. 8^e édition*. Montréal : ACSM-Filiale Montréal.
- Ayotte, V., Choinière, R. & Poulin, C. (2002). *Le profil statistique du suicide dans la région de Montréal-Centre*. Montréal : Direction de santé publique.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for use in primary care. Second Edition*. Geneva : World Health Organization
- Balaban, E., Alper, J. S., & Kasamon, Y. L. (1996). Mean genes and the biology of aggression : a critical review of recent animal and human research. *Journal of Neurogenetics*, 11(1-2), 1-43.
- Balswick, J. (1988). *The inexpressive male*. Lexington, MA: Lexington Books.

- Barnett, R. C., Marshall, N. L., & Pleck, J. H. (1992). Men's multiple roles and their relationship to men's psychological distress. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 358-367.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barracough, B. M., & Pallis, D. L. (1975). Depression followed by suicide: a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychological Medicine*, 5, 55-61.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Barreta, D., Dantzer, D., & Kayson, W. (1995). Factors related to loneliness. *Psychological Reports*, 76, 827-830.
- Beautrais, A. L. (2002). Gender issues in youth suicidal behavior. *Emergency Medicine*, 14, 35-42.
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts : two populations or one? *Psychological Medicine*, 31(5), 837-845.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1998). Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 28(1), 209-218.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. P. Resnik & D. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide* (pp. 45-56). Bowie, MD: Charles Press.
- Beck, R. W., Morris, J. B., & Beck, A. T. (1974). Cross-validation of the suicidal intent scale. *Psychological Reports*, 34, 445-446.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1989). Clinical predictors of eventual suicide : A 5 to 10 year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 17, 203-209.
- Bell, R. A. (1991). Gender, friendship network density and loneliness. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(1), 45-56.

- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(2), 155-162.
- Bille-Brahe, U., Egebo, H., Crepet, P., De Leo, D., Hjelmeland, H., Kerkho, A., Lönnqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., Schmidtke, A., & Wasserman, D. (1999). Social support among European suicide attempters. *Archives of Suicide Research, 5*, 215-231.
- Bland, R. C., Orn, H., & Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 77*(suppl 338), 24-32.
- Blazina, C., & Marks, L. I. (2001). College men's affective reactions to individual therapy, psychoeducational workshops, and men's support group brochures : The influence of gender-role conflict and power dynamics upon help-seeking attitudes. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training, 38*(3), 297-305.
- Blier, M. J., & Blier-Wilson, L. A. (1989). Gender differences in self-rated emotional expressiveness. *Sex Roles, 21*(3-4), 287-295.
- Boardman, A. P., Grimbaldeston, A. H., Handley, C., Jones, P. W., & Willmott, S. (1999). The North Staffordshire Suicide Study: a case-control study of suicide in one health district. *Psychological Medicine, 29*(1), 27-33.
- Bohart, A. C. (1980). Toward a cognitive theory of catharsis. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 17*(2), 192-201.
- Book, A. S., Starzyk, K. B., & Qunisey, V. L. (2001). The relationship between testosterone and aggression: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 6*(6), 579-599.
- Borthick, M. J. (1997). *Gender role conflict and suicidal ideation in a late adolescent and young adult population: age 18-24*. Thèse de doctorat. Tennessee State University.
- Borys, S., & Perlman, D. (1985). Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 11*(1), 63-74.
- Botsis, A. J., Soldatos, C. R., Liossi, A., Kokkevi, A., & Stephanis, C. N. (1994). Suicide and violence risk. I. Relationship to coping styles. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 92-96.

- Boyer, R., & Saint-Laurent, D. (1995). Idées suicidaires et parasuicides. Dans *Enquête sociale et de santé 1992-1993* (pp. 231 à 246). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Boyer, R., Saint-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 355-366). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bozzini, L., & Tessier, R. (1985). Support social et santé. Dans F. Dumont, J. Dufresne (Eds.), *Traité d'anthropologie médicale* (pp. 905-941). Montréal: Presses de l'UQAM.
- Brannon, R. (1976). The male sex-role : Our culture's bluebriant for manhood, what it's done for us lately. Dans D. David & R. Brannon (Eds), *The forty-nine percent majority : The male sex role* (pp. 1-49). Reading : Addison-Wesley.
- Brent, D. A. (1987). Correlates of medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(1), 87-89.
- Breton, J.-J., Légaré, G., Goulet, C., Laverdure, J. & D'Amours, Y. (2002). Santé mentale. Dans J. Aubin et coll. (sous la direction de) *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (p. 433-449). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Burda, P. C., Vaux, A., & Schill, T. (1984). Social support resources : Variation across sex and sex role. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(1), 119-126.
- Bureau du coroner (1988). *Rapport annuel 1987*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1989). *Rapport annuel 1988*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1990). *Rapport annuel 1989*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1991). *Rapport annuel 1990*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.

- Bureau du coroner (1992). *Rapport annuel 1991*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1994). *Rapport annuel 1993*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1995). *Rapport annuel 1994*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1996). *Rapport annuel 1995*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1997). *Rapport annuel 1996*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1998). *Rapport annuel 1997*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (1999). *Rapport annuel 1998*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (2000). *Rapport annuel 1999*. Sainte-Foy : Les Publications du Québec.
- Bureau du coroner (2001). *Rapport annuel 2000*. Sainte-Foy : Les Publications du Québec.
- Caldwell, R. A., & Bloom, B. L. (1982). Social support : Its structure and impact on marital disruption. *American Journal of Community Psychology*, 10(6), 647-667.
- Camirand, J., Massé, R., & Tousignant, M. (1995). Milieu social. Dans *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (pp. 125-141). Québec: Gouvernement du Québec.
- Canadian Firearms Centre (2001). *Fall 2000 Estimate of Firearms ownership*. Ottawa : GPC Research.
- Canetto, S. S. (1995). Men who survive a suicidal act: Successful coping or failed masculinity? In D. Sabo & D. Gordon (Eds.), *Men's health and illness: Gender, power and the body* (pp. 138-167). Newbury Park: Sage.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.

- Card, J. J. (1974). Lethality of suicidal methods and suicide risk : two distinct concepts. *Omega*, 5(1), 37-45.
- Carlson, J. M. (2002). *Two causal models of White male psychological help-seeking attitudes and preferences for psychotherapy*. Thèse de doctorat. The Pennsylvania State University.
- Carlton, P. A., & Deane, F. P. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence*, 23(1), 35-45.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., & Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*, 34(5), 459-475.
- Caron, J., Latimer, E., & Tousignant, M. (2002). *Les relations entre les composantes du soutien social, la santé mentale et la qualité de vie chez des populations défavorisées au niveau socio-économique*. Rapport de recherche présenté à l'Institut canadien d'information sur la santé, novembre 2002.
- Caron, J. (1996). L'échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180.
- Cavanagh, J.T., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(12), 645-650.
- Clum, G. A., & Febbraro, G. A. R. (1994). Stress, social support and problem-solving appraisal/skills: Prediction of suicide severity within a college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16(1), 69-83.
- Cohen, S., Sherrod, D. R., & Clark, M. S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 963-973.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M. Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1940-1944.
- Cooper, J., Appleby, L., & Amos, T. Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 271-275.

- Cornelius, J., Salloum, I., Mezzich, J., Cornelius, M., Fabrega, H. et al., (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 358-364.
- Costanza, R. S., Derlega, V. J., & Winstead, B. A. (1988). Positive and negative forms of social support: Effects of conversational topics on coping with stress among same-sex friends. *Journal of Experimental Social Psychology*, *24*, 182-193.
- Cournoyer, R. J., & Mahalik, J. R. (1995). Cross-sectional study of gender role conflict examining college-aged and middle-aged men. *Journal of Counseling Psychology*, *42*(1), 11-19.
- Cramer, K. M., & Barry, J. E. (1999). Conceptualizations and measures of loneliness: A comparison of subscales. *Personality and Individual Differences*, *27*, 491-502.
- Cramer, K. M. & Neyedley, K. A. (1998). Sex differences in loneliness: The role of masculinity and femininity. *Sex Roles*, *38*(7-8), 645-653.
- Cull, J. G., & Gill, W. J. (1982). *Suicide Probability Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Service.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, *1*, 37-67.
- Dahlen, E. R., & Canetto, S. S. (2002). The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behavior. *Death Studies*, *26*, 99-116.
- Daigle, M., Beausoleil, L., Brisoux, J., Raymond, S., Charbonneau, L., & Desaulniers, J. (2002). *Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes: Rapport d'évaluation présenté au Ministère de la santé et des services sociaux*. Québec: MSSS.
- Dalgard, O. S., Bjork, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 29-34.
- Danigelis, N., & Pope, W. (1979). Durkheim's theory of suicide as applied to the family. *Social Forces*, *57*, 1081-1106.
- Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal ideation and help-negation: Not just hopelessness or prior help. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(7), 901-914.

- DeGrace, G. R., Joshi, P., & Pelletier, R. (1993). L'échelle de solitude de l'Université Laval (ESUL): validation canadienne française du UCLA Loneliness Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(1), 12-27.
- Deluty, R. H. (1988-1989). Factors affecting the acceptability of suicide. *Omega*, 19(4), 315-326.
- De Man, A. F., & Gutierrez, B. I. (2002). The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 34(4), 235-238.
- Denning, D. G., Conwell, Y., King, D., & Cox, C. (2000). Method choice, intent and gender in completed suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3), 282-288.
- Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear-of-intimacy scale. *Psychological Assessment: A Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 3, 218-225.
- De Wilde, E. J., Kienhorst, C. W. M., Diesktra, R. F. W., & Wolters, W. H. G. (1994). Social support, life events, and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence*, 29(113), 49-60.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt : A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 153-168.
- Diggs, K. A., & Lester, D. (1996). Emotional control, depression and suicidality. *Psychological Reports*, 79, 774.
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112(1), 106-124.
- Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gibson, L. (1982). Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 257-262.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (1993). Interpersonal stressors, substance abuse and suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 80-85.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: AIDRAH.

- Durand, C., & Mishara, B. L. (2002). *Le suicide. Sondage d'opinion auprès des québécois*. CROP-EXPRESS.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. Paris: Felix Alcan.
- Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1986). Gender and aggressive behavior : A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, *100*(3), 309-330.
- Eggebean, D. J., & Knoester, C. (2001). Does fatherhood matter for men? *Journal of Marriage and the Family*, *63*, 381-393.
- Eisler, R. M., & Skidmore, J. R. (1987). Masculine gender role stress: Scale development and component factors in the appraisal of stressful situations. *Behavior Modification*, *11*, 123-136.
- Elliott, A. J., Pages, K. P., Russo, J., Wilson, L. G., & Roy-Byrne, P. P. (1996). A profile of medically serious suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, *57*, 567-571.
- Ellis, J. B., & Range, L. M. (1988). Fertility and reasons for living. *Educational and Psychological Research*, *8*(1), 19-24.
- Ensel, W. M., & Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, *32*, 321-341.
- Eskin, M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, *51*(2), 158-172.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition* (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Fischer, C. S., & Oliner, S. J. (1983). A research note on friendship, gender and the life cycle. *Social Forces*, *62*(1), 124-133.
- Fischer, E. H. & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *35*, 79-90.
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie. (1982). *Questionnaire sur la consommation de drogues*. Toronto.

- Fournier, M.-A., & Piché, J. (2000). Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 387-407). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Fox, K., & Weissman, M. (1975). Suicide attempts and drugs : Contradiction between method and intent. *Social Psychiatry, 10*(1), 31-38.
- Freud, S., & Breuer, J. (1964). *Studies on hysteria*. London : Hogarth Press.
- Frey, C. U., & Röthlisberger, C. (1996). Social support in healthy adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 25*(1), 17-31.
- Furstenberg, F. F., & Cherlin, A. J. (1991). *Divided Families : what happens to children when parents part*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Bernstein, M., & Daepfen, J. B. (soumis). *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: Reliability and validity of a french version*. *Addiction*.
- Gallo, J. J., Marino, S., Ford, D., & Anthony, J. C. (1995). Filters on the pathway to mental health care, II. Sociodemographic factors. *Psychological medicine, 25*, 1149-1160.
- Ganong, L. H., & Coleman, M. (1985). Sex, sex roles and emotional expressiveness. *The Journal of Genetic Psychology, 146*(3), 405-411.
- Gavin, D. R., Ross, H. E., & Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the DAST in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction, 84*, 301-307.
- Gerstel, N. (1988). Divorce and kin ties : The importance of gender. *Journal of Marriage and the family, 50*, 209-219.
- Gilbert, L. A. (1985). Measures of psychological masculinity and femininity: A comment on Gaddy, Glass and Arnkoff. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 163-166.
- Gilmore, D. D. (1990). *Manhood in the making: Cultural concepts of masculinity*. New Haven: Yale Univeristy Press.
- Goldshmidt, O. T., & Weller, L. (2000). «Talking emotions»: Gender differences in a variety of conversational contexts. *Symbolic Interaction, 23*(2), 117-134.

- Good, G. E., Dell, D. M., & Mintz, L. B. (1989). Male role and gender role conflict: relations to help-seeking in men. *Journal of Counseling Psychology, 36*(3), 295-300.
- Good, G. E., Robertson, J. M., O'Neil, J. M., Fitzgerald, L. F., Stevens, M., DeBord, K. A., Bartels, K. M., & Braverman, D. G. (1995). Male Gender-Role Conflict: Psychometric issues and relations to psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 3-10.
- Gove, W. R. (1973). Sex, marital status and mortality. *American Journal of Sociology, 79*, 45-67.
- Grant, B. F. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United-States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(5), 464-473.
- Greenberg, L. S. (1993). Emotion and change process in psychotherapy. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 499-510). New York: Guilford Press.
- Gregor, T. (1985). *Anxious pleasures: The sexual life of an amazonian people*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gunnell, D., Lopatzidis, A., Dorling, D., Wehner, H., Southall, H., & Frankel, S. (1999). Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry, 175*, 263-270.
- Hagquist, C. (1998). Youth unemployment, economic deprivation and suicide. *Scandinavian Journal of Social Welfare, 7*, 330-339.
- Hamdi, E., Amin, Y., & Mattar, T. (1991). Clinical correlates of intent in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83*(5), 406-411.
- Hamel, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Québec : Institut national de santé publique.
- Hanna, E. Z., & Grant, B. F. (1997). Gender differences in DSM-IV alcohol use disorders and major depression as distributed in the general population : Clinical implications. *Comprehensive Psychiatry, 38*(4), 202-212.
- Harrell, F. E. (2001). *Regression modeling strategies with applications to linear models, logistic regression and survival analysis*. New York : Springer.

- Harris, I. A. (1995). *Messages men hear. Constructing masculinities*. London: Taylor & Francis.
- Harris, M. B., & Knight-Bohnhoff, K. (1996). Gender and aggression: II. Personal Aggressiveness. *Sex Roles*, 35(1-2), 27-42.
- Hart, E. E., & Williams, C. L. (1987). Suicidal behaviour and interpersonal network. *Crisis*, 8 (2), 112-124.
- Hastings, M. E., Northman, L. M., & Tangney, J. P. (2000). Shame, guilt, and suicide. Dans T. E. Joiner & M. D. Rudd (Eds). *Suicide science : expanding the boundaries* (p. 67-79). New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hawkins, P. J. (1995). Catharsis in counseling psychology. *Counselling Psychology Review*, 10(2), 11-17
- Hawton, K. (1998). Why has suicide increased in young males? *Crisis*, 19, 119-124.
- Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Sarna, S. J., Kuoppasalmi, X. I., & Lönnqvist, J. (1994). Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 18(5), 1143-1149.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 377*, 65-72.
- Heikkinen, M. M., Isometsa, E. T., Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry*, 167(6), 747-753.
- Hemström, O. (1996). Is marriage dissolution linked to differences in mortality risks for men and women? *Journal of Marriage and the Family*, 58, 366-378.
- Hovey, J. D. (1999). Moderating influence of social support on suicidal ideation in a sample of Mexican immigrants. *Psychological Reports*, 85, 78-79.
- Hoyer, G., & Lund, E. (1993). Suicide among women related to number of children in marriage. *Archives of General Psychiatry*, 50 (2), 134-137.
- Hrdina, P. D., Demeter, E., Vu, T. B., Sotonyi, P., & Palkovits, M. (1993). 5-HT uptake sites and 5-HT₂ receptors in brain of antidepressant-free suicide victims-depressives : increase in 5-HT₂ sites in cortex and amygdala. *Brain Research*, 614(1-2), 37-44.

- Hu, Y., & Goldman, N. (1990). Mortality differentials by marital status : An international comparison. *Demography*, 27, 233-250.
- Institut de la statistique du Québec (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. Collection la santé et le bien-être. Québec : Institut de la statistique.
- Institut de la statistique du Québec (2003). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2000*. Site internet : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm
- Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Aro, H. M., & Lonnqvist, J. K. (1995). The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry*, 152(6), 919-922.
- Jansz, J. (2000). Masculine identity and restrictive emotionality. Dans A. H. Fischer (Ed.), *Gender and emotion : Social psychological perspective* (pp. 166-186). Cambridge University Press.
- Jessum, J. E. (1996). Masculine gender role stress and its relationship to well-being and men's ability to form intimate relationships. *Dissertation abstracts international : Section B : The science and engineering*, 56(11-B).
- Johansson, L. M., Sundquist, J. (1997). Unemployment is an important risk factor for suicide in contemporary Sweden: An 11 year follow-up study of a cross-sectional sample of 37 789 people. *Public Health*, 111, 41-45.
- Johansson, L. M., Sundquist, J., Johansson, S.-E., et Bergman, B. (1997). Ethnicity, social factors, illness and suicide: A follow-up study of a random sample of the swedish population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 125-131.
- Joiner, T. E., Steer, R. A., Brown, G., Beck, A. T., Pettit, J. W., & Rudd, M. D. (2003). Worst-point suicidal plans: A dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behavioral Research Therapy*, 41(12), 1469-1480.
- Joiner, T. E., Catanzaro, S. J., Rudd, M. D., & Rajab, M. H. (1999). The case for a hierarchical, oblique, and bidimensionnel structure of loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(1), 47-75.
- Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (1996). Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(1), 19-26.

- Jones, L., & Fischer, C. S. (1978). A procedure for surveying personal networks. *Sociological Methods and Research*, 7, 131-148.
- Jones, S. C., Forster, D. P., & Hassanyeh, F. (1991). The role of unemployment in parasuicide. *Psychological Medicine*, 21, 169-176.
- Jourard, S. M., & Lasakow, P. (1958). Some factors in self-disclosure. *Journal of Abnormal Psychology*, 56, 91-98.
- Julien, M., Julien, D., & Lafontaine, P. (2000). Environnement de soutien. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 499-522). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Kandel, D. B., Ravels, V. H., & Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 289-309.
- Kelly, T. M., Soloff, P. H., Lynch, K. G., Haas, G. L., & Mann, J. J. (2000). Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 316-326.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hugues, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Khoie, K. (2002). *Predictors of attitudes of Iranian males toward seeking psychological help*. Thèse de doctorat. Alliant International University.
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, 864-877.
- King, S. R., Hampton, W. R., Bernstein, B., & Schichor, A. (1996). College students' views on suicide. *American Journal of College Health*, 44, 283-287.

- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Yonkers, K. A., Thase, M. E., Keitner, G. I., Ryan, C. E., & Schlager, D. (1995). Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 31(4), 711-718.
- Kotler, M., Finkelstein, G., Molcho, A., Botsis, A. J., Plutchik, R., Brown, S.-L., & van Praag, H. M. (1993). Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: Coping styles and social support. *Psychiatry Research*, 47, 281-290.
- Kposowa, A., Breault, K. D. & Singh, G. K. (1995). White male suicide in the United States: A multivariate individual-level analysis. *Social Forces*, 74(1), 315-325.
- Kramer, D. L., & Hastrup, J. L. (1988). Crying in adults: Self-control and autonomic correlates. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 6, 53-68.
- Kring, A. M., & Gordon, A. H. (1998). Sex differences in emotion: Expression, experience and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 686-703.
- Krugman, S. (1995). Male development and the transformation of shame. Dans R. F. Levant & W. S. Pollack (Eds). *A New Psychology of Men*. (p. 91-128). New York : Basic Books.
- Kruk, E. (1993). *Divorce and disengagement : patterns of fatherhood within and beyond marriage*. Halifax : Fernwood.
- Kupersmidt, J. B., Bryant, D., & Willoughby, M. T. (2000). Prevalence of aggressive behaviors among preschoolers in Head Start and community child care programs. *Behavioral Disorders*, 26(1), 42-52.
- Kyes, R. C., Botchin, M. B., Kaplan, J. R., Manuck, S. B., & Mann, J. J. (1995). Aggression and brain serotonergic responsivity : response to slides in male macaques. *Physiological behavior*, 57(2), 205-208.
- Labelle, R., Lachance, L., & Morval, M. (1996). Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. *Science et comportement*, 24(3), 237-248.
- Ladewig, B. H., McGee, G., Newell, W. (1990). Life strains and depressive affect among women. *Journal of Family Issues*, 11(1), 36-47.

- Lamb, M. E. (1987). The emergent American father. Dans M. E. Lamb (Ed.) *The father's role : Cross-cultural perspectives* (p. 3-25). New York : Wiley.
- Langlois, S., & Morrison, P. (2002). Suicides et tentatives de suicide. *Rapports sur la santé, 13*(2), 9-25.
- Lau, S., & Gruen, G. E. (1992). The social stigma of loneliness: Effect of target person's and perceiver's sex. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*, 182-189.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Leaf, P. J., & Bruce, M. L. (1987). Gender differences in the use of mental health-related services: a re-examination. *Journal of Health and Social Behavior, 28*, 171-183.
- Leavitt, R. L. (1983). Social support and psychological disorder : A review. *Journal of Community Psychology, 11*, 3-21.
- Lee, F. (2002). The social costs of seeking help. *The Journal of Applied Behavioral Science, 38*(1), 17-35.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1999). Domestic integration and suicide in the provinces of Canada. *Crisis, 20*(2), 59-63.
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counseling, 27*(1), 123-132.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders : A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry, 151*(7), 1063-1068.
- Lester, D. (1986). The interaction of divorce, suicide and homicide. *Journal of Divorce, 9*(3), 103-109.
- Lester, D. (1988). Why do people choose particular methods for suicide ? *Actas Nervosa Superior, 30*, 312-314.
- Lester, D. (1994). The protective effect of marriage for suicide in men and women. *Italian Journal of Suicidology, 4* (2), 83-85.

- Lester, D. (1995a). American Indian suicide rates and the economy. *Psychological Reports*, 77(3), 994.
- Lester, D. (1995b). Suicide in Quebec, 1951-1986. *Psychological Reports*, 76(1), 122.
- Lester, D. (1996a). On the regional variation of suicide in Finland. *Psychiatria Fennica*, 27, 167-169.
- Lester, D. (1996b). On the relationship between fatal and nonfatal suicidal behavior. *Homeostasis*, 37(3), 122-128.
- Lester, D. (1997). Unemployment and suicide in American indian youth in New Mexico. *Psychological Reports*, 81(1), 58.
- Lester, D. (1998). The association of shame and guilt with suicidality. *Journal of Social Psychology*, 138(4), 535-536.
- Lester, D. (1999). Locus of control and suicidality. *Perceptual and motor skills*, 89, 1042.
- Lester, D. (2000). Unemployment and suicide over nine regions in England and Wales. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 782.
- Létourneau, E., André, D., Bernier, M., Marchand, P., & Trudel, A.-M. (2000). Familles et santé. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 471-491). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Leviatan, U. (1985). Interpretations of sex differences in work centrality among kibbutz members. *Sex Roles*, 13(5-6), 287-310.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with history of suicide attempt. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 60-68.
- Lewis, G., & Slogett, A. (1998). Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal*, 317, 1283-1286.
- Lidberg, L., Belfrage, H., Bertilsson, L., Evenden, M. M., & Asberg, M. (2000). Suicide attempts and impulse control disorder are related to low cerebrospinal fluid 5-HIAA in mentally disordered violent offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 395-402.

- Limbacher, M., & Domino, G. (1985-86). Attitudes toward suicide among attempters, contemplators and nonattempters. *Omega*, 16(4), 325-334
- Limson, R., Goldman, D., Roy, A., Lampariki, D., Ravitz, B., Adinoff, B., & Linnoila, M. (1991). Personality and cerebrospinal fluid monoamine metabolites in alcoholics and controls. *Archives of General Psychiatry*, 48, 437-441.
- Lin, N., Woelfel, M. W., & Light, S. C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-263.
- Linehan, M. M. (1973). Suicide and attempted suicide: Study of perceived sex differences. *Perceptual and Motor Skills*, 37, 31-34.
- Littrell, J. (1998). Is the reexperience of painful emotion therapeutic? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 71-102.
- Lopez-Ibor, J. J., Lana, F., & Saiz Ruiz, J. (1990). Impulsive suicidal behavior and serotonin. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia Psiquiatrica y Ciencias Afines*, 18(5), 316-325.
- Luedders, C. R. (1998). *Attitudes toward seeking professional psychological help: A survey of heterosexual and homosexual men and women*. Thèse de doctorat. University of Akron.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide : A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.
- Machell, D. F. (1989). The recovering alcoholic police officer and the danger of professional emotional suppression. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(2), 85-95.
- Maier, W., Gänssicke, M., Gater, R., Rezaki, M., Tiemens, B., & Florenzano Urzua, R. (1999). Gender differences in the prevalence of depression : a survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 53, 241-252.
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kramer, K., & Kelley, M. E. (2000). An empirical investigation of the factor structure of the AUDIT. *Psychological Assessment*, 12(3), 346-353.

- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 181-189.
- Mann, J. J., Huang, Y. Y., Underwood, M. D., Kassir, S. A., Oppenheim, S., Kelly, T. M., Dwork, A. J., & Arango, V. (2000). A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Archives of General Psychiatry*, *57*(8), 729-738.
- Mannheim, B. (1993). Gender and the effects of demographics, status and work values on work centrality. *Work and Occupation*, *20*(1), 3-22.
- Marcoux, I. (2003). *Opinion de la population québécoise concernant l'euthanasie: compréhension du concept et facteurs d'influence*. Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal: Canada.
- Maris, R. W. (1981). Social relations of suicide : isolation, negative interaction and sexual deviance. In R. W. Maris. *Pathways to suicide*. Baltimore : The John Hopkins University Press.
- Maris, R. W. (1992). The relationship of nonfatal suicide attempts to completed suicides. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds). *Assessment and prediction of suicide* (p. 362-380). New York : The Guilford Press.
- Marks, A. (1988-1989). Structural parameters of sex, race, age and education and their influence on attitudes toward suicide. *Omega*, *19*(4), 327-336.
- Marks, A. (1977). Sex differences and their effect upon cultural evaluations of methods of self-destruction. *Omega*, *8*, 65-70.
- Martin, K. M. (1997). *Attachment style, depression and loneliness in adolescent suicide attempters*. Thèse de doctorat. The American University.
- Mazza, J. J., & Reynolds, W. M. (1998). A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support, and major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *28*(4), 358-374.
- McConatha, J. T., Marshall, F., & Amrstrong, J. M. (1997). Emotional control in adulthood. *Psychological Reports*, *80*, 499-507.

- McWhirter, B. T. (1990). Loneliness: Review of current literature, with implications for counseling and research. *Journal of Counseling and Development, 68*, 417-421.
- Melartin, T. K., Rytsälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., Sokero, P., & Isometsä, E. T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(2), 126-134.
- Mendolia, M., & Kleck, R. E. (1993). Effects of talking about a stressful event on arousal: Does what we talk about make a difference? *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 283-292.
- Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H., Wittchen, H. U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H., Robins, L. N., & Kupfer, D. J. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results of an International task force. *British Journal of Psychiatry, 168*(suppl 30), 58-67.
- Mieczkowski, T. A., Sweeney, J. A., Haas, G. L., Junker, B. W., Brown, R. P., & Mann, J. J. (1993). Factor composition of the Suicide Intent Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*(1), 37-45.
- Miller, R. S., & Lefcourt, H. M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment, 46*, 514-518.
- Milton, J., Ferguson, B., & Mills, T. (1999). Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis, 20*(4), 171-177.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *Politique de la santé et du bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Surveillance de la mortalité au Québec : année 1995*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec: 1977-1998*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moeller-Leimkuehler, A.-M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 253*(1), 1-8.

- Moore, G. (1990). Structural determinants of men's and women's personal networks. *American Sociological Review*, 55, 726-735.
- Morrell, S., Taylor, R., Quine, S., & Kerr, C. (1993). Suicide and unemployment in Australia, 1907-1990. *Social Science and Medicine*, 36(6), 749-756.
- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of response to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 519-527.
- Moscicki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicide. *Annals of Epidemiology*, 4, 152-158.
- MOW International Research Team (1987). *The meaning of work*. London : Academic Press.
- Muller, J., Hicks, R., & Winocur, S. (1993). The effects of employment and unemployment on psychological well-being in Australian clerical workers : Gender differences. *Australian Journal of Psychology*, 45(2), 103-108.
- Mullis, M. R., & Byers, P. H. (1987). Social support in suicidal patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 25 (4), 16-19.
- Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E., & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49, 459-463.
- Murphy, G. E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide? *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 165-175.
- Murphy, G. E., & Robins, E. (1967). Social factors in suicide. *Journal of the American Medical Association*, 199, 303-308.
- Nadler, A., Maler, S., & Friedman, A. (1984). Effects of helper's sex, subjects' androgyny, and self-evaluation on males and females willingness to seek and receive help. *Sex Roles*, 10(5-6), 327-339.
- National Center for Injury Prevention and Control. (1999). *Injury mortality reports*. Site internet consulté le 3 septembre 2004: <http://webapp.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate.html>.
- Nichols, M. P. (1974). Outcome of brief cathartic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 403-410.

- Nielsen, A.S., Stenager, E., & Bille-Brahe, U. (1993). Attempted suicide, suicidal intent and alcohol. *Crisis, 14*(1), 32-38.
- Nordentoft, M., & Rubin, P. (1993). Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen : Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 88*(4), 278-285.
- Nordentoft, M., Breum, L., Munck, L. K., Nordestgaard, A. G., Hunding, A., & Bjaeldager, P. A. (1993). High mortality by natural and unnatural causes: A ten years follow-up study of patients admitted to a poisoning treatment center after suicide attempts. *British Medical Journal, 306*, 1637-1641.
- Nordström, P., Gustavsson, P., Edman, G., & Asberg, M. (1996). Temperamental vulnerability and suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(4), 380-394.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., et Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior 26*(3), 237-252.
- O'Connor, R. C., & Sheehy, N. P. (1997). Suicide and gender. *Mortality, 2*(3), 239-253.
- O'Donnell, I., Farmer, R., & Catalan, J. (1996). Explaining suicide : The view of survivors of serious suicide attempts. *British Journal of Psychiatry, 168*, 780-786.
- O'Keane, V., & Dinan, T. G. (1991). Prolactin and cortisol responses to d-fenfluramine in major depression : evidence for diminished responsivity of central serotonergic function. *American Journal of Psychiatry, 148*(8), 1009-1015.
- Oliver, J. M., Reed, C. K. S., Katz, B. M., & Haugh, J. A. (1999). Student's self-reports of help-seeking : The impact of psychological problems, stress and demographic variables on utilization of formal and informal support. *Social Behavior and Personality, 27*(2), 109-128.
- Olson, D. A., & Schulz, K. S. (1994). Gender differences in the dimensionality of social support. *Journal of Applied Social Psychology, 24*(14), 1221-1232.
- O'Neil, J. M. (1981). Patterns of gender role conflict and strain: sexism and fear of feminity in men's lives. *The Personnel and Guidance Journal, 60*, 203-210.

- O'Neil, J. M., Helms, B. J., Gable, R. K., David L., & Wrightsman, L. S. (1986). Gender-role conflict scale: College men's fear of femininity. *Sex Roles, 14*, 335-350.
- Organisation mondiale de la santé (2003). *Suicide rates (per 100 000) by country, year and gender*. Site internet consulté le 3 septembre 2004 : www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/print.html
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001*. Site internet consulté le 3 septembre 2004 : www.who.int/whr/2001/main/fr/chapter2/002g.htm
- Osvath, P., Voros, V., & Fekete, S. (2004). Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology, 37*(1), 36-40.
- Ozer, E. M., Barnett, R. C., Brennan, R T., & Sperling, J. (1998). Does child care involvement increase or decrease distress among dual-earner couples? *Women's Health, 4*(4), 285-311.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 768-774.
- Pedhazur, E. J., & Tetenbaum, T. J. (1979). The Bem Sex Role Inventory: A theoretical and methodological critique. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 996-1016.
- Petronis, K. R., Samuels, J. F., Moscicki, E. K., & Anthony, J. C. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 193-199.
- Pfaff, J. J., Acres, J. G., & McKelvey, R. S. (2001). Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *The Medical Journal of Australia, 174*(5), 222-226.
- Piccinelli, M., & Gomez Homen, F. (1997). *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Geneva: World Health Organisation.
- Pihl, R. O., Young, S. N., Harden, P., Plotnick, S., Chamberlain, B., & Ervin, F. R. (1995). Acute effects of altered tryptophan levels and alcohol on aggression in normal human males. *Psychopharmacology, 119*(4), 353-360.

- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Meadows, G. N., & Dunt, D. R. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Medical Journal of Australia*, 175(10), 542-545.
- Placidi, G. P. A., Oquendo, M. A., Malone, K. M., Huang, Y. Y., Ellis, S. P., & Mann, J. J. (2001). Aggressivity, suicide attempts and depression : Relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biological Psychiatry*, 50, 783-791.
- Platt, S., Micciolo, R., & Tansella, M. (1992). Suicide and unemployment in Italy: Description, analysis and interpretation of recent trends. *Social Science and Medicine*, 34(11), 1191-1201.
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. et al. (1992). Parasuicide in Europe : the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. 1. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 97-104.
- Pleck, J. H. (1981). *The myth of masculinity*. Cambridge: MIT Press.
- Plutchik, R., van Praag, H. M., & Conte, H. R. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13 (suppl), S23-S24.
- Power, K. G., Cooke, D. J., & Brooks, D. N. (1985). Life stress, medical lethality and suicidal intent. *British Journal of Psychiatry*, 147, 655-659.
- Preti, A., & Miotto, P. (1999). Social and economic influence on suicide: A study of the situation in Italy. *Archives of Suicide Research*, 5(2), 141-156.
- Pritchard, C. (1995). *Suicide: The ultimate rejection? A psycho-social study*. Buckingham: Open University Press.
- Pugliesi, K., & Shook, S. L. (1998). Gender, ethnicity and network characteristics : Variation in social support resources. *Sex Roles*, 38(3-4), 215-238.
- Ramos-Sanchez, L. (2001). *The relationship between acculturation, specific cultural values, gender and Mexican American's help-seeking intentions*. Thèse de doctorat. University of California.
- Raphael, R. (1988). *The men from the boys: Rites of passage in male America*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Raphael, B., Middleton, W., Martinek, N., & Misso, V. (1993). Counseling and therapy of bereaved. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.),

Handbook of bereavement: Theory, research and intervention (pp. 427-453).
Cambridge: Cambridge University Press.

- Reevy, G. M., & Maslach, C. (2001). Use of social support : Gender and personality differences. *Sex Roles, 44*(7-8), 437-459.
- Régie régionale Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association, 264*(19), 2511-2518.
- Reifman, A., & Windle, M. (1995). Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: A longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychology, 23*(3), 329-354.
- Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (1994). Multiple roles and identities: Factors influencing self-esteem among middle-aged working men and women. *Social Psychology Quarterly, 57*(4), 313-325.
- Revenson, T. A., & Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 344-348.
- Rich, A. R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R. L., & Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22*(3) 364-373.
- Rich, C. L., Fowler, R. C., Fogarty, L. A., & Young, D. (1988). San Diego Suicide Study. III. Relationships between diagnoses and stressors. *Archives of General Psychiatry, 45*, 589-592.
- Rich, C. L., Ricketts, J. E., Fowler, R. C., & Young, D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *American Journal of Psychiatry, 145* (6), 718-722.
- Rickwood, D. J. & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine, 39*(4), 563-572.
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America : the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York : The Free Press.

- Robins, L. N., Helzer, J. E., & Croughan, J. L. (1981). The NIMH diagnostic interview schedule : its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Romanov, K., Hatakka, M., Keskinen, E., Laaksonen, H., Kario, J., Rose, R. J., & Koskenvuo, M. (1994). Self-reported hostility and suicidal acts, accidents and accidental deaths : A prospective study of 21 443 adults aged 25 to 59. *Psychosomatic Medicine*, 56, 328-336.
- Rondeau, G., Mercier, G., Gagnon, L., Camus, S., Gareau, P., Garneau, L., Lavallée, M., Roy, C., Saint-Hilaire, Y., & Tremblay, G. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Rudd, M. D. (1990). An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(1), 16-30.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Fergusson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313-1321.
- Saint-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Québec : Institut national de santé publique.
- Saint-Laurent, D., & Tennina, S. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Sanborn, C. J. (1990). Gender socialization and suicide : American Association of Suicidology Presidential Address, 1989. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(2), 148-155.

- Sarne, Y., Mandel, J., Goncalves, M. H., Brook, S., Gafni, M., & Elizur, A. (1995). Imipramine binding to blood platelets and aggressive behavior in offenders, schizophrenics and normal volunteers. *Neuropsychobiology*, *31*(3), 120-124.
- Saurer, M. K., & Eisler, R. M. (1990). The role of masculine gender role stress in expressivity and social support network factors. *Sex Roles*, *23*(5/6), 261-271.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lönnqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Quejereta, I., Philippe, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B., & Sampaio-Faria, J. G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *93*, 327-338.
- Schutt, R. K., Meschede, T., & Rierdan, J. (1994). Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*, 134-142.
- Segalla, R. J. (1994). *Shame proneness and its relationship to gender role conflict/stress and male expectations of and attitudes toward, professional psychological help*. Thèse de doctorat. University of Maryland.
- Sharpe, M. J. & Heppner, P. P. (1991). Gender role, gender role conflict and psychological well-being in men. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(3), 323-330.
- Shepherd, D. M., & Barraclough, B. M. (1980). *British Journal of Psychiatry*, *136*, 469-478.
- Singelton, R. J. (1988). *Statistical reasoning for the behavioural sciences*. Needham Heights, MA : New Allyn and Bacon.
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behavior*, *7*(4), 363-371.
- Skipsey, K., Bureson, J. A., & Kranzler, H. R. (1997). Utility of the AUDIT for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, *45*(3), 157-163.
- Smitt, D., & Anderson, R. (2000). Social support, risk-level and safety actions following acute assessment of suicidal youth. *Journal of Youth and Adolescence*, *29*(4), 451-465.

- Smith, D., & Tziner, A. (1998). Moderating effects of affective disposition and social support on the relationship between person-environment fit and strain. *Psychological Reports, 82*, 963-983.
- Smith, J., Mercy, J., & Conn, J. (1988). Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health, 78*(1), 78-80.
- Snell, W. E., Miller, R. S., & Belk, S. S. (1988). Development of the Emotional Self-disclosure scale. *Sex Roles, 18*(1-2), 59-73.
- Snell, W. E., Miller, R. S., Belk, S. S., Garcia-Falconi, R., & Hernandez-Sanchez, J. E. (1989). Men's and women's emotional disclosures: The impact of disclosure recipient, culture and the masculine role. *Sex Roles, 21*(7-8), 467-486.
- Société d'Assurance Automobile du Québec. (2004). Département de la recherche. Données internes.
- Soderberg, S., Kullgren, G., & Renberg, E. S. (2004). Life events, motives, and precipitating factors in parasuicide among borderline patients. *Archives of Suicide Research, 8*(2), 153-162.
- Solano, C. H., Batten, P. G., & Parish, E. A. (1982). Loneliness and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*(3), 524-531.
- Spence, J. T. (1984). Masculinity, femininity and gender-related traits: A conceptual analysis and critique of current research. In B. A. Haher (Ed.), *Progress in experimental personality research*, Vol. 13. New York: Academic Press.
- Spence, J. T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1974). The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity. *Catalog of Selected Documents in Psychology, 4*, 43-44.
- Stack, S. (1990). The impact of divorce on suicide in Denmark, 1950-1980. *Sociological Quarterly, 31*(3), 359-370.
- Staley, D., & el-Guebaly, N. (1990). Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in a psychiatric patient population. *Addictive Behaviors, 15*(3), 257-264.
- Stansfeld, S. A., Furher, R., & Shipley, M. J. (1998). Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychological Medicine, 28*, 881-892.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 875-882.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 350-362.
- Stokes, J. P., & Wilson, D. (1984). The Inventory of Socially Supportive Behavior: Dimensionality, prediction and gender differences. *American Journal of Community Psychology, 12*(1), 53-69.
- Stone, A. A., Kennedy-Moore, E., & Neale, J. M. (1995). Association between daily coping and end-of-day mood. *Health Psychology, 14*, 341-349.
- Stravynsky, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 32-40.
- Street, S., & Kromrey, J. D. (1995). Gender roles and suicidal behavior. *Journal of College Student Psychotherapy, 9*(3), 41-56.
- Suominen, K. H., Isometsä, E. T., Ostamo, A. I., & Lönnqvist, J. K. (2002). Health care contacts before and after attempted suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 89-94.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics: Fourth edition*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tanney, B. L. (2000). Psychiatric diagnoses and suicidal acts. Dans *Comprehensive Textbook of suicidology*, (pp. 311-341). New York: The Guilford Press.
- Thompson, E. H., Pleck, J. H., & Ferrera, D. L. (1992). Men and masculinities: scales for masculinity ideology and masculinity-related constructs. *Sex Roles, 27*(11/12), 573-607.
- Tiller, J., Kupinsky, J., Burrows, G., Mackenzie, A., Hallenstein, H., & Johnson, G. (1998). Completed and attempted youth suicide in Victoria. *Stress Medicine, 14*, 249-254.
- Tishby, O., Turel, M., Gumpel, O., Pinus, U., Lavy, S. B., Winokour, M. & Szajderman, S. (2001). Help-seeking attitudes among Israeli adolescents. *Adolescence, 36*(142), 249-264.

- Tokar, D. M., Fischer, A. R., Schaub, M., & Moradi, B. (2000). Masculine gender roles and counseling-related variables: Links with and mediation by personality. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 380-393.
- Tousignant, M., & Séguin, M. (1999). Le dilemme de la protection de la vie privée dans l'assistance aux personnes suicidaires. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 30*, 23-26.
- Tousignant, M., & Hanigan, D. (1993). Crisis support among suicidal students following a loss event. *Journal of Community Psychology, 21*, 83-96.
- Tousignant, M., Séguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2002). *Événements intergénérationnels comme déclencheurs du suicide*. Communication présentée au deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Liège: 17-22 novembre 2002.
- Trovato, F. (1987). A longitudinal analysis of divorce and suicide in Canada. *Journal of Marriage and the Family, 49*, 193-203.
- Turecki, G., Brière, R., Dewar, K., Antonetti, T., Lesage, A. D., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Alda, M., Joobar, R., Benkelfat, C., & Rouleau, G. A. (1999). Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *American Journal of Psychiatry, 156*(9), 1456-1458.
- Turner, R. J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 357-367.
- Turner, H. A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the good? *Sex Roles, 30*(8), 521-541.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Keicolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*(3), 488-531.
- Upmanyu, V. V., Upmanyu, S., & Dhingra, M. (1992). Gender differences in loneliness. *Journal of Personality and Clinical Studies, 8*(2), 161-166.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne, 30*(4), 662-680.

- Van Gastel, A., Schotte, C., & Maes, M. (1997). The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96*(4), 254-259.
- van Heeringen, K. (1994). Epidemiological aspects of attempted suicide: A case-control study in Gent, Belgium. *Crisis*, *15* (3), 116-122.
- Veiel, H. O. F., Brill, G., Häfner, H., & Welz, R. (1988). The social supports of suicide attempters: The different roles of family and friends. *American Journal of Community Psychology*, *16*(6), 839-861.
- Vella, M. L., Persic, S., & Lester, D. (1996). Does self-esteem predict suicidality after controls for depression? *Psychological Reports*, *79*, 1178.
- Veroff, J. B. (1981). The dynamics of help-seeking in men and women: A national survey study. *Psychiatry*, *44*, 189-200.
- Vilhjalmsson, R., Krisjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*(3), 97-103.
- Waelde, L. C., Silvern, L., & Hodges, W. F. (1994). Stressful life events: Moderators of the relationships of gender and gender roles to self-reported depression and suicidality among college students. *Sex Roles*, *30*(1-2), 1-22.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. U., & Yeh, E. K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, *29*, 9-17.
- Wellman, M. M., & Wellman, R. J. (1986). Sex differences in peer responsiveness to suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *16*(3), 360-378.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*, 78-89.
- Weyerer, S., & Wiedenmann, A. (1995). Economic factors and the rates of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Reports*, *76*(3), 1331-1341.

- Whatley, S. L., & Clopton, J. R. (1992). Social support and suicidal ideation in college students. *Psychological Reports, 71*, 1123-1128.
- White, H., & Stillion, J. M. (1988). Sex differences in attitudes toward suicide. *Psychology of Women Quarterly, 12*, 357-366.
- Williams, J. E., & Best, D. L. (1982). *Measuring sex stereotypes: A thirty-nation study*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Wilson, M. (1981). Suicidal behavior: Toward an explication of differences in female and male rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 11*(3), 131-140.
- Wisch, A. F., Mahalik, J. R., Hayes, J. A., & Nutt, E. A. (1995). The impact of gender role conflict and counseling technique on psychological help seeking in men. *Sex Roles, 33*(1-2), 77-89.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 28*, 109-126.
- World Health Organization (2000). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. WHO: Geneva.
- Yang, B., & Clum, G. A. (1994). Life stress, social support, and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness, and suicide ideation in an Asian student population: A test of a model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*(2), 127-139.