

Le suicide

EXPOSITION : «Le suicide en face»

Bruxelles : février-mars 2009

Namur : du 10 au 25 septembre 2009

Braine-le-Comte : novembre 2009

www.preventionsuicide.be

Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Exposition :

« Le suicide en face »

1. Une photographie du suicide : Qui ? Où ? Comment ?
2. De l'idée du suicide au passage à l'acte
3. Pourquoi se suicide-t-on ? Du télescope du sociologue au microscope du « psy »
4. Prévenir, prendre en charge... Quels dispositifs ?

Namur,

Du 10 au 25 septembre 2009

Inauguration le jeudi 10 septembre 2009, à 18h

Dans le cadre de la Journée mondiale de prévention du suicide

Lieu : Centre de formation des Mutualités Socialistes wallonnes,
Chaussée de Waterloo, 182 à 5002 Saint-Servais (Namur)

Accès libre et gratuit, du lundi au vendredi, de 9 à 16h.

Infos : « Un pass dans l'impasse »,

Centre de prévention du suicide et d'accompagnement,
081/777.150

unpassdansl'impasse@mutsoc.be

Cette expo-dossier a été réalisée par la *Cité des Sciences* à Paris, en 2007.

Elle a été présentée à Bruxelles, du 3 février au 27 mars 2009, par le Centre de Prévention du Suicide, en collaboration avec le *Centre d'Action Laïque* de Namur, et avec le soutien de la *COCOF*, du *Service de l'Education permanente de la Communauté française*, et de la *Loterie Nationale*.

Rencontres thématiques

Dans le cadre de l'exposition, le centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse » animera plusieurs rencontres ouvertes à tous, sur les thèmes ci-dessous:

- « **Les idées reçues** »

- le lundi 14 septembre de 12h à 13h30
- le mardi 15 septembre de 18h à 19h30

- « **Le deuil après suicide** »

- le lundi 21 septembre de 12h à 13h30
- le mardi 22 septembre de 18h à 19h30

Ces rencontres sont **ouvertes à tous**, chacun venant avec son expérience et les questions qui le préoccupent.

L'accès est libre et gratuit.

Attention cependant à bien vouloir être ponctuel.

Renseignements : Thomas Thirion, 081/777.150 – thomas.thirion@mutsoc.be

Pourquoi une exposition sur le suicide ?

1. Le suicide en Belgique

On estime à un million le nombre de personnes dans le monde qui, chaque année, décèdent par suicide. Il s'agit là d'un nombre plus élevé que le total des morts annuelles causées par les guerres et les homicides confondus.

Avec un taux de suicide estimé à 23 pour 100.000 habitants, la Belgique est, avec la Finlande, la France, le Danemark, bien au-dessus de la moyenne mondiale estimée à 14,5 pour 100.000 habitants.

Par ailleurs, il semble que les chiffres disponibles sous-estiment le nombre réel de suicides. D'abord, parce qu'un certain nombre de ceux-ci ne sont pas répertoriés comme tels : certains accidents de la route (suicides maquillés), des accidents du travail, des équivalents suicidaires (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, ...). Ensuite, parce que, dans certaines circonstances, les familles préfèrent éviter que le suicide d'un proche soit déclaré officiellement (pour raisons familiales, religieuses, économiques...).

Tous concernés !

En Belgique, chaque année, on dénombre de plus de 2.000 décès, soit 6 suicides par jour. Toutes causes confondues, le suicide est la 10^{ème} cause de décès sur la population totale, mais la première cause « externe » de décès dans la typologie de l'INS. C'est-à-dire qu'en Belgique, le nombre de décès par suicide est bien supérieur au nombre de décès par accidents de la route, chutes accidentelles, et autres accidents.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, on estime qu'elles sont 10 à 20 fois plus nombreuses que les suicides « aboutis ».

Toujours selon les statistiques, les personnes les plus sensibles aux idéations ou aux comportements suicidaires sont souvent soit les adolescents soit les personnes âgées. De fait nous savons que la problématique du suicide se marque de façon importante aux deux extrémités de l'existence : un taux élevé de tentatives de suicide à l'adolescence pour un taux élevé de suicides chez les personnes âgées. Autrement dit, si les jeunes et les femmes essayent plus souvent de mettre fin à leur jour, les hommes et les personnes âgées y arrivent plus souvent.

En conclusion : s'il est vrai que la problématique du suicide touche plus particulièrement certaines classes d'âge, toutes les couches de la population et toutes les classes sociales sont concernées.

2. Les objectifs de l'exposition

Face à ce triste constat, force est de constater qu'il existe encore par rapport au suicide toute une série d'idées reçues comme par exemple quant à la vulnérabilité particulière de certains groupes de personnes. S'il est vrai que la problématique du suicide se pose avec plus d'acuité dans certaines classes d'âge, il touche toutes les couches de la population et toutes les classes sociales.

C'est pour tenter de répondre à toutes ces questions ou tout au moins contribuer à diminuer les malentendus et les aprioris tenaces face au suicide que nous voulons proposer une exposition grand public sur la question du suicide.

Au travers de cette exposition notre souhait est d'amorcer la réflexion sur la place que chacun pourrait prendre dans la prévention du suicide en parcourant quelques concepts de base et repères utiles.

La multiplication de ce type de sensibilisations pourra contribuer à diminuer le tabou sur la question, sans toutefois tomber dans la banalisation de l'acte. Parler du suicide, oui, mais sûrement pas n'importe comment !

D'où l'intérêt de cette exposition, réalisée par la *Cité des Sciences* à Paris, et complétée par le Centre de Prévention du Suicide des données spécifiques à la Belgique, qui permet d'aborder la question du suicide d'une manière peu intrusive, et accessible à tous.

Descriptif de l'exposition

Cette expo-dossier est consacrée à l'actualité des recherches menées en France et à travers le monde sur le suicide. Un sujet particulièrement sensible et complexe où le regard porté par un certain nombre de disciplines scientifiques et médicales s'avère particulièrement utile pour mieux comprendre et, peut-être, mieux combattre ou accompagner.

Grâce à l'apport de psychiatres, psychologues, épidémiologistes, sociologues, neurobiologistes, généticiens, intervenants dans des associations de prévention... Il s'agit de faire saisir au public les enjeux de santé publique mais aussi individuels et sociétaux posés par le suicide.

Conseillers scientifiques de l'exposition :

- Jean-Claude Ameisen, médecin et biologiste, membre du Comité consultatif national d'éthique français.
- Michel Debout, président de l'Union nationale de prévention du suicide français.
- Xavier Pommereau, psychiatre, responsable du centre Jean-Abadie, pôle adolescents Aquitaine, CHU de Bordeaux, France.

Cette exposition se compose de 16 panneaux qui s'articulent autour de quatre axes :

1. Une photographie du suicide : qui ? où ? comment ?
2. De l'idée du suicide au passage à l'acte
3. Pourquoi se suicide-t-on ? du microscope du « psy » au télescope du sociologue
4. Prévenir, prendre en charge, accompagner ... quels dispositifs ?

Elle comprend également 5 films :

1. « Après une tentative » (durée : 14'07)
2. « Suicide assisté : la frontière suisse » (durée : 21'20)
3. « Le suicide des femmes chinoises » (durée : 11'53)
4. « Origine et significations du mot suicide » (durée : 5'30)
5. « Face à un jeune qui a des idées de suicide ou qui a fait une tentative de suicide, que faire ? » (durée : 9'20)

Et 8 entretiens audio avec chercheurs et spécialistes :

1. Jean-Claude Ameisen, médecin et biologiste, membre du Comité consultatif national d'éthique français
2. Christian Baudelot, sociologue, professeur et chercheur au laboratoire des sciences sociales, Ecole normale supérieure, France.
3. Marie Choquet, épidémiologiste, directrice de recherche à l'Inserm, France
4. Axel Kahn, médecin et biologiste, directeur de l'Institut Cochin, France
5. Michel Debout, président de l'Union nationale de prévention du suicide, France
6. Xavier Pommereau, psychiatre, responsable du centre Jean Abadie, pôle adolescents Aquitaine, CHU de Bordeaux, France
7. Jean-Luc Romero, président de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, France.
8. Jean-Louis Terra, psychiatre, chef de service du centre hospitalier Le Vinatier (Lyon), France.

- Un quizz multimédia composé de 2 séries de 10 questions, de deux niveaux différents.

- Une transcription des interviews et la transcription des questions-réponses du quiz sous forme de QCM.

Les quatre axes de l'exposition

1. Un état des lieux du suicide : qui ? où ? comment ?

Acte exclusivement humain, le suicide est commun à toutes les sociétés depuis les temps les plus reculés. Il ne revêt pourtant pas la même valeur, selon les pays, les cultures et les époques. Dans l'Antiquité, à l'époque de l'Empire romain, le suicide était un acte légitime et souvent célébré. Par la suite, l'émergence du christianisme, au cours du III^e siècle ap. J.-C. a modifié cette perception positive du suicide. La vie étant un don divin, se l'ôter est donc considéré comme la transgression ultime. Les premiers conciles chrétiens décidèrent que l'Église devait renoncer à célébrer les rites funéraires pour ceux qui avaient commis le suicide.

Certains systèmes sociaux ont une perception différente du suicide. Ainsi, certains groupes islamistes radicaux célèbrent les victimes d'opérations suicides comme des martyrs de la foi. Dans la civilisation japonaise, le seppuku, suicide rituel par hara-kiri, consacré comme un geste de grand courage, permettait au samouraï de retrouver l'honneur perdu. Le suicide peut enfin être considéré comme la possibilité ultime de décider librement de son destin comme c'est le cas en Chine, en Inde ou en Afghanistan, où des femmes, mariées de force, choisissent de se suicider pour échapper aux mauvais traitements infligés par leur belle-famille.

Point de tension entre le destin individuel et les exigences de la vie sociale, le suicide ne peut se résumer à des profils types : le suicide du jeune, celui de la personne âgée en fin de vie ou du malade atteint d'une pathologie dont l'issue fatale est connue, ou encore celui lié à un mal-être profond..., les causes ne sont pas de même nature dans tous les cas.

Aujourd'hui en France, trois fois plus d'hommes que de femmes meurent par suicide alors que ce sont les femmes qui font le plus de tentatives. Les hommes ont tendance à utiliser des moyens plus violents, comme la pendaison ou les armes à feu, alors que les femmes se tournent davantage vers les surdosages de médicaments.

2. De l'idée de suicide au passage à l'acte

La grande majorité des personnes qui ont des idées suicidaires, soit près de 3,5 millions chaque année en France, ne passent pas à l'acte fort heureusement. Le désir exprimé d'en finir ne doit pourtant jamais être pris à la légère. Loin d'être un geste impulsif et isolé, le suicide est un acte prémédité qui s'inscrit dans un processus désormais bien identifié.

Par les facteurs de risque qu'elles accumulent et qui les prédisposent à réagir de façon inadaptée lors de situations stressantes, certaines personnes sont plus susceptibles de se suicider que d'autres. Un événement traumatisant (deuil d'un proche, échec

sentimental ou professionnel) peut dès lors enclencher le processus de la crise suicidaire. Les idées de suicide deviennent envahissantes à tel point que la décision est prise de se suicider. Puis vient l'élaboration du scénario qui aboutira à la mise en œuvre du suicide. L'issue fatale n'est pourtant pas inéluctable et une prise en charge est possible à toutes les étapes de la crise suicidaire.

La plupart des individus survivent au cumul de situations « suicidogènes », seuls quelques-uns vont se suicider. Pour certains psychiatres, le suicide est intimement lié à des troubles de l'identité. Dès lors, il serait destiné à mettre fin à une souffrance insupportable, mais aussi à tenter d'exister davantage mort que vivant. Chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide, on retrouve souvent cette ambivalence entre désir d'en finir, de ne plus souffrir, mais aussi l'espoir que l'entourage comprenne et accompagne cette difficulté à vivre.

3. Pourquoi se suicide-t-on ? Du télescope du sociologue au microscope du psychiatre.

La compréhension du suicide a suscité des réflexions et des études dans des domaines aussi variés que la philosophie, la théologie, la psychiatrie, la psychologie, la sociologie et, plus récemment, la biochimie et la génétique.

La sociologie s'est intéressée aux relations qui existent entre le taux de suicide et les indicateurs de la vie économique et sociale (sexe, âge, état civil...). Son chef de file, Emile Durkheim (1858-1917), a le premier expliqué le suicide en termes de régulation et de cohésion sociales. Il y a des contextes politiques et économiques qui favorisent ou défavorisent les suicides. On se suicide ainsi davantage en temps de paix qu'en temps de guerre. Le fait d'être une femme semble également avoir un effet protecteur. Presque partout dans le monde, les femmes se suicident beaucoup moins que les hommes, alors que leur statut, en particulier professionnel, se rapproche de plus en plus de celui des hommes.

La majorité des victimes de suicide souffraient de dépression. Cette maladie qui constitue l'un des facteurs de risque les plus importants est aussi, avec environ 3 millions de personnes atteintes chaque année en France, l'une des maladies psychiques les plus courantes. En tout état de cause, l'amélioration de la prise en charge des états dépressifs est donc fondamentale.

Suicide et travail seraient-ils liés ? Les cinquante dernières années ont vu augmenter de manière considérable le taux de suicide des jeunes adultes entre 20 et 40 ans. Par rapport à leurs aînés, les jeunes doivent dorénavant faire face à une insécurité sociale et professionnelle et ce, dans un contexte marqué par le culte de la performance et l'obsession de la réussite. Cette analyse pourrait se voir confirmée par un phénomène sociologique récent qui semble prendre de l'ampleur, le suicide sur le lieu de travail. Selon le Conseil économique et social, trois cents à quatre cents salariés se suicideraient ainsi en France chaque année sur leur lieu de travail.

Des études récentes suggèrent que des facteurs biochimiques et génétiques, impliqués notamment dans la régulation du taux de certains neurotransmetteurs, pourraient rendre certaines personnes plus vulnérables au suicide que d'autres. S'il est communément admis de considérer le suicide comme la résultante d'interactions complexes entre des facteurs environnementaux et personnels et/ou de personnalité, la pondération et le rôle de chaque catégorie de facteurs dans le processus suicidaire font encore l'objet de débats dans la communauté scientifique.

4. Prévenir, prendre en charge... quels dispositifs en France et ailleurs ?

En France, il faut attendre 1996 pour que le suicide soit enfin considéré comme l'une des dix principales priorités nationales de santé publique, et 1998 pour voir lancé le premier programme national de prévention du suicide. Entre 1995 et 2005, on a pu constater une légère baisse du nombre de décès par suicide en France. C'est chez les jeunes qui sont l'objet de tous les efforts de prévention que la baisse (- 28 % pour les moins de 25 ans et - 44 % pour les 25 - 29 ans) a été la plus significative.

Alors que des traitements efficaces ont fait leurs preuves dans la prise en charge des états dépressifs, trop nombreuses sont les victimes, 15 % des femmes et 30 % des hommes selon une étude récente, qui n'ont pas vu de médecin durant les 6 mois qui ont précédé leur passage à l'acte. La prise en charge des troubles mentaux doit faire face à plusieurs problèmes : d'une part, certaines régions manquent cruellement de psychiatres, d'autre part, le recours au « psy » rime encore, pour nombre de personnes avec folie. La plupart des personnes souffrant de troubles psychiques et notamment de dépression, sont ainsi prises en charge par des médecins généralistes qui ne sont pas toujours suffisamment formés pour reconnaître les signes d'une crise suicidaire ou pour choisir le médicament le mieux adapté à l'état du patient.

L'amélioration de la prévention du suicide passe aussi par une meilleure connaissance des facteurs de risque. En 2005, l'Inserm étudie, dans une expertise collective, la mise en place d'une technique « d'autopsie psychologique ». Elle consiste à recueillir, par des entretiens avec l'entourage des victimes, le plus d'informations sur la personne décédée, sa vie passée et les derniers événements en relation avec son passage à l'acte. Déjà pratiquée dans plusieurs pays (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni), cette analyse a pour but de comprendre l'état d'esprit de la victime et les circonstances de son passage à l'acte. Cette approche intrusive suscite en France de fortes réticences.

Droit au suicide... aide au suicide... En France, la fin de vie est strictement encadrée par deux textes de loi. La loi du 9 juin 1999 vise à garantir un accès aux soins palliatifs et à un accompagnement pour tout malade en phase terminale. Celle du 22 avril 2005 permet aux médecins d'éviter l'acharnement thérapeutique et d'intensifier le traitement de la douleur, même si cela a pour effet indirect d'accélérer la mort. Si ces lois répondent au droit des malades de mourir dans la dignité, elles ne permettent pas de faire face à toutes les situations. Il n'y a, d'une part, pas assez de lits dans les unités

de soins palliatifs et, d'autre part, la loi du 22 avril 2005 exclut certains cas exceptionnels de non maîtrise de la douleur.

En Suisse, en Belgique, aux Pays-Bas ou dans l'Oregon (Etats-Unis), l'assistance au suicide est tolérée. Des évaluations conduites dans ces pays révèlent ainsi que 75 % des personnes candidates au suicide assisté reviennent finalement sur leur décision. De plus, une étude récente du Journal of Medical Ethics, paru le 1er octobre 2007, révèle que la mise en place de dispositions autorisant la « mort médicalement assistée » n'entraînerait pas d'augmentation du nombre global de suicides. Des arguments repris par l'Association pour le droit de mourir dans la dignité qui appelle plus que jamais le gouvernement à ouvrir un débat sur la fin de vie. D'autres courants philosophiques ou religieux refusent ce glissement dangereux, selon eux, vers le contrôle de la mort par la société.

Témoignages d'experts

Extraits de 8 points de vue audio d'experts

- **Jean-Claude Ameisen**, médecin et biologiste, membre du Comité consultatif national d'éthique.

«D'où vient ce sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue?»

« Je crois que toutes les situations qui touchent au suicide, que ce soit en fin de vie, dans le cas d'une maladie mortelle, ou dans toute autre série de circonstances de la vie, posent cette question de savoir si, au fond, il était possible, il est possible ou il serait possible de rendre cette vie vivable, c'est-à-dire donner l'impression à la personne que cette vie mérite de continuer à être vécue. Et je crois qu'il n'y a pas véritablement de vie humaine sans un tissu de relations. Une des questions est : est-ce que la volonté de disparaître est due au fait que de manière intrinsèque la vie est perçue comme n'étant plus vivable ou est-ce que c'est parce que le défaut de relations avec d'autres donne l'impression que cette vie est illusoire ? Je pense que cette question engage notre responsabilité, c'est-à-dire au fond : est-ce que j'ai apporté, est-ce que nous avons apporté tout ce qui était indispensable pour que la vie soit pleine et riche? »

- **Christian Baudelot**, sociologue, professeur et chercheur au laboratoire des sciences sociales, Ecole Normale Supérieure.

«Les chiffres du suicide nous éclairent sur les transformations de la société...»

« La sociologie du suicide oblige à être modeste puisqu'elle n'apprend pas véritablement à comprendre ce qu'est ce drame personnel et individuel. En revanche, elle a un grand mérite, c'est qu'elle transforme le regard sur le phénomène. Elle montre qu'il ne s'agit pas seulement d'un problème personnel, individuel, intime d'une personne avec ses difficultés à vivre mais que cela concerne des milliers et des milliers de personnes et que cela dépend fortement de tout un ensemble de variables macro-économiques, macro-sociale, etc.. Le fait que les hommes, les femmes, les jeunes, les vieux, les riches, les pauvres ne soient pas du tout dans la même relation à l'égard du suicide manifeste qu'il s'agit d'un phénomène collectif social. »

- **Marie Choquet**, épidémiologiste, directrice de recherche à l'Inserm.

«Chez l'adolescent, une tentative de suicide n'est jamais une "bêtise", c'est toujours grave...»

« Une idée reçue est : «Ça va passer, ça vient avec l'adolescence et ça passe après ». On voit que ce n'est pas vrai. D'abord tous les jeunes, même ceux qui passent des crises classiques d'adolescence, un peu bruyantes, ne font pas de tentative de suicide. La tentative de suicide apparaît à l'adolescence quoiqu'on n'en sache rien : parmi les 12-13 ans, on a déjà un taux de jeunes (de l'ordre de 6 à 7%) qui disent avoir fait une tentative de suicide. Deuxième idée reçue, c'est qu'« un jeune qui en parle ne va pas passer à l'acte ». La réalité montre qu'ils peuvent en parler et ne pas passer à l'acte, mais qu'ils peuvent aussi en parler et passer à

l'acte. Donc, le fait d'en parler n'est pas en soi suffisant. Troisième idée reçue : «Le suicide ou la tentative de suicide peut arriver dans un ciel bleu sans signes précurseurs.» Pourtant, toutes les études montrent qu'il y a toujours des facteurs de risque avec des indicateurs très précoces comme des troubles du sommeil, de l'appétit, un état de fatigue... et souvent plusieurs de ces troubles cumulés. »

- **Michel Debout**, président de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

« Non, la mort par suicide n'est pas une fatalité... »

« Soit évidemment on peut considérer qu'il y a une espèce de fatalité, que de toute façon on ne changera pas l'ordre des choses, que ceux qui veulent mourir meurent ; soit à l'inverse considérer que ce choix apparent de la mort n'est pas un choix. C'est un non-choix, c'est un enfermement dans la désespérance, dans le désespoir. [...] Le suicide, c'est l'impossibilité de se vivre demain, l'impossibilité d'imaginer que demain on sera encore là face aux difficultés de la vie, de l'existence, parfois face à la perte de confiance en soi car on connaît le lien entre le suicide et la dépression. Je pense que dans notre pays, ceux qui sont déprimés, ceux qui se sentent en perte d'énergie, en perte de capacité, se vivent encore comme honteux de ce qu'ils ressentent. Ils – en particulier les hommes, qui payent le tribut le plus lourd à la mort par suicide - se considèrent un peu coupables de ce qui leur arrive, alors qu'ils ont besoin d'aide, besoin d'un traitement. »

- **Axel Kahn**, médecin et biologiste, directeur de l'Institut Cochin.

« La décision d'arrêter sa vie est le contraire de la liberté... »

« Les gens qui veulent arrêter de vivre sont ceux qui ne voient pas comment ils pourraient continuer... Si bien que la première exigence est de tout mettre en œuvre pour indiquer à la personne qui veut se suicider que peut-être il y a d'autres solutions. Peut-être est-il possible d'aimer la vie, de calmer les douleurs, de montrer les joies de la vie réelle, de montrer que, après une détresse, une déchéance, il y a des rebonds considérables. Bien évidemment, pour le malade qui souffre, il faut lui apporter le réconfort psychologique et somatique. Et se rappeler que le suicide est toujours une urgence. C'est une liberté dans le sens où, bien entendu, quelqu'un qui choisit de mourir plutôt que de souffrir de manière insupportable fait un choix, mais c'est aussi une absence de liberté, puisque c'est une liberté totalement contrainte. S'il choisit de mourir, c'est qu'il lui est insupportable de choisir autre chose. Il faut se garder considérablement de cet idéal stoïcien de la maîtrise libre de sa vie depuis les débuts jusqu'à tous les actes et jusqu'à sa mort que l'on programmerait. La mort programmée vaut pour les cellules, la mort pour les suicidants n'est pas une mort programmée, c'est une mort de fuite. »

- **Jean Leonetti**, médecin, rapporteur de la loi sur les droits des malades et la fin de vie.

«La société ne peut se prévaloir du contrôle absolu de la mort de chaque individu... »

« La loi d'avril 2005 condamne sans ambiguïté l'acharnement thérapeutique qu'elle appelle « l'obstination déraisonnable » en disant que tous les moyens doivent être mis en œuvre même si les moyens pour apaiser la souffrance sont susceptibles de hâter la mort. [...] A partir de là, est-il utile, comme certains le proposent, d'envisager la « mort donnée », c'est-à-dire de hâter encore plus la mort ? L'intérêt est peut-être pour l'entourage qui vit douloureusement le passage d'une vie qui s'amointrit et qui passe au néant. Mais pour le malade lui-même, il n'y a pas d'intérêt réel. Et cela nous repose le problème : « Ma mort est-elle individuelle ou bien concerne-t-elle aussi les autres ? »

- **Xavier Pommereau**, psychiatre, responsable du centre Jean-Abadie, pôle adolescents Aquitaine, CHU de Bordeaux.

« La prévention du suicide, c'est forcément l'affaire de tous... »

« Le suicide n'est pas la propriété intellectuelle des psychiatres ou des psychologues. C'est un acte éminemment complexe, dont les paramètres sont multiples, qui interpelle différentes disciplines et qui, par expérience, m'amène à considérer qu'il faut mobiliser au contraire les énergies de disciplines diverses, déjà pour un peu mieux comprendre cette énigme du suicide, mais aussi et surtout pour aider ceux qui sont tentés ou qui en réchappent de ne pas avoir envie de recommencer.[...] Il est évident qu'on ne pourrait pas imaginer le suicide sans une souffrance psychique et psychologique, mais cette souffrance psychologique ne se calme pas, ne s'apaise pas nécessairement par les seuls effets des psychologues ou des psychiatres.[...] Mon sentiment, c'est que pour aider des personnes en souffrance suicidaire, il faut essayer de comprendre avec elles pourquoi elles ont une identité blessée, bafouée, reniée à tort ou à raison et comment faire pour que ces personnes puissent se ressaisir en quelque sorte d'une identité, d'une place, d'une position dans la société. »

- **Jean-Luc Romero**, président de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité.

« Il faut rendre possible le “suicide assisté” sous certaines conditions bien codifiées... »

« Quand on a une pathologie grave, irréversible, quand on est dans un état de handicap, de dépendance tel que vous estimez qu'il est incompatible avec votre dignité, on doit pouvoir avoir la possibilité d'abrèger ses souffrances et donc d'avoir ce que nous appelons la « mort douce ». [...] On défend les soins palliatifs, mais à un moment, et dans certains cas, ils ne répondent plus. On souhaite alors qu'avec des médicaments, la personne puisse s'endormir dans la sérénité et après l'avoir décidé elle-même. Maintenant je comprends que la frontière est un peu ténue, voire difficile à expliquer, mais notre démarche est de se poser dans la légalité.[...] On pense à tous ceux qui meurent dans des souffrances atroces aujourd'hui et auxquels la société ne veut pas donner ce soulagement qu'ils demandent. »

Documents vidéo

Les 5 films de l'exposition

- « **Après la tentative** »

Chaque année en France, 140 000 adolescents font une tentative de suicide et un tiers d'entre eux récidivent. Quelles sont les motivations de ces jeunes suicidants ? Comment sont-ils pris en charge ? Quel est leur suivi psychologique ? Basé sur des témoignages de jeunes et de soignants, ce reportage – tourné au centre hospitalier René-Dubos à Pontoise, en banlieue parisienne – apporte des réponses à ces questions.
Réalisatrice : Marie-Christien Gambart

Durée : 14'

- « **Suicide assisté : la frontière suisse** »

Les limites complexes entre suicide, « suicide assisté », euthanasie, soins palliatifs... vues par des équipes soignantes qui accompagnent au quotidien des personnes en fin de vie dans un pays, la Suisse, qui tolère l'aide au suicide, y compris à l'hôpital.

Réalisateur : Jean-Marc Serelle

Durée : 20'

- « **Le suicide des femmes chinoises** »

La Chine est le seul pays au monde où les femmes se suicident plus que les hommes, surtout en milieu rural. Tourné au nord de Pékin, ce reportage tente de comprendre pourquoi les femmes chinoises font exception.

Réalisateur : Georges Guillot

Durée : 12'

Et aussi deux interviews filmées :

- « **L'origine et les significations du mot « suicide »** avec la linguiste et philosophe Barbara Cassin.

Durée : 5'30

- « **Face à un jeune qui a des idées de suicide ou qui a fait une tentative de suicide, que faire ?** » Interview du psychiatre Xavier Pommereau, responsable du centre Jean-Abadie, pôle adolescents Aquitaine, CHU de Bordeaux.

Durée : 9'20

Dossier réalisé le 01/09/2009

Pour toute question :

Cristel Baetens, chargée de la communication
Centre de Prévention du Suicide asbl
Av. Winston Churchill 108
1180 Bruxelles
Tel (ligne directe) : 02.650.08.64
E-mail : cristel.baetens@preventionsuicide.be