



[Accueil](#) > [Guide](#) > [Dépasser les idées reçues](#) > Mythe ou réalité ?!

### **Mythe : « La personne qui en parle ne le fait pas » ?!**

**En réalité :** 75% des personnes décédées par suicide l'avaient annoncé

Une personne qui parle de ses idées suicidaires n'a pas moins de risque de passer à l'acte. Souvent même, dans le cas d'un suicide, un.e proche de l'entourage familial ou amical, un.e médecin, un.e professeur.e, un.e collègue, avait été le/la confident.e du projet suicidaire.

Les personnes en parlent souvent directement ou indirectement.

Les raisons qui poussent une personne à envisager le suicide sont multiples. Il est important de ne pas préjuger de la gravité ou de la sincérité des idées suicidaires.

### **Mythe : « Une personne suicidaire veut réellement mourir » ?!**

**En réalité :** La personne suicidaire souhaite cesser de souffrir et ne désire pas réellement mourir. En fait, la personne suicidaire est souvent ambivalente quant à son désir de vivre, mais différemment, et son impossibilité à continuer de souffrir.

### **Mythe : « Il existe une cause unique et facilement identifiable » ?!**

**En réalité :** Le suicide est multifactoriel ! Il n'existe pas un risque, une cause, une raison mais bien plusieurs étroitement associés, s'inscrivant à la fois dans une histoire personnelle, un contexte familial et environnement social. C'est une accumulation de facteurs.

### **Mythe : « Le suicide survient brutalement, se produit sans avertissement » ?!**

**En réalité :** Sur 10 personnes qui se suicident, 8 donnent des messages ou des signes sur leur intention, si minimes soient-ils.

Et cela peut prendre différentes formes. Ce peut être des messages verbaux directs (« *je n'ai plus le goût de vivre* », « *je vais en finir avec tout ça* » ...), mais aussi indirects (« *je suis à bout* », « *je n'en peux plus* », « *j'ai peur de ce que je vais faire* », « *bientôt vous allez avoir la paix* »...). Plus globalement la personne exprime des sentiments de désespoir ou de n'avoir aucun but, de se sentir piégée ou de faire face à une douleur insupportable ou d'être un fardeau pour les autres.

Mais ce sont aussi des indices comportementaux (changement radical d'attitudes, dons d'objets significatifs, diminution de la performance scolaire ou au travail, retrait, isolement, modification des habitudes alimentaires, hygiéniques, vestimentaires, consommations excessives d'alcool de drogues ou

médicaments, des prises de risque excessives, etc....), ou encore des indices émotifs (désintérêt, perte de plaisir, de désir, tristesse, pleurs, anxiété, fatigue, apathie, découragement, sentiment d'échec et d'inutilité, manque d'estime de soi, dévalorisation, incohérence, brusques changements de l'humeur, agressivité, émotions contradictoires et changeantes, etc.... ).

Autre indice possible : un mieux-être subit qui survient après des mois de dépression, un peu comme si la personne avait retrouvé le goût de vivre et qui peut s'avérer un soulagement face à la décision prise d'en finir.

Ces signes montrent un état de souffrance et de détresse. En eux-mêmes, ils ne déterminent pas un état suicidaire certain, mais une fragilisation qu'il convient de prendre en compte.

Le suicide est le résultat d'un processus très souvent non spontané qui peut être toujours observable. Il est l'aboutissement d'un processus qui comprend le développement des idées suicidaires ainsi que la fixation sur ces idées jusqu'à l'élaboration d'un plan précis. Durant ce processus, la personne suicidaire émet différents messages et signaux comme nous l'avons vu. Ils ne sont pas toujours évidents à détecter même s'ils constituent souvent l'indice d'un état de crise et une façon de demander de l'aide, qui en étant vigilant.e peut être saisie...

La plupart des suicides résultent d'une stratégie élaborée avec soin pour faire face à de nombreux problèmes personnels perçus comme sans solution, il y a souvent de nombreux jours ou semaines entre la première idée de suicide et l'acte ; bien qu'il puisse se dérouler plus rapidement chez les jeunes, et les personnes de nature impulsive.

**Mythe : « Penser au suicide, ça n'arrive pas à tout le monde » ?!**

**En réalité :** Chacun.e peut être confronté.e tôt au tard dans sa vie à un ou des événements difficiles et traumatisants (décès d'un.e proche, accident, perte d'emploi, maladie, catastrophe naturelle, etc.) auxquels il faudra s'adapter. Dans la recherche de solution, l'idée du suicide peut traverser l'esprit d'une personne sans pour autant l'amener à élaborer un plan et à passer à l'acte.

En une année sur 100 000 personnes 4000 auront des idées suicidaires mais 180 feront une tentative, parmi lesquelles 16 complèteront leur suicide.

Des idéations suicidaires, sont un signal d'alarme indiquant qu'il est temps de prendre soin de soi en allant chercher de l'aide.

**Mythe : « Une personne joviale est à l'abri du suicide et une personne qui pense au suicide paraît nécessairement déprimée » ?!**

**En réalité :** Bien que la personne suicidaire soit la plupart du temps en période dépressive, toutes ne présentent pas nécessairement des signes de dépression. Au contraire certaines personnes paraissent dures et insensibles alors que d'autres sont de bonne humeur et très actives. Ces comportements peuvent servir à cacher une grande tristesse et des pensées suicidaires

2

**Mythe : « Parler du suicide encourage le passage à l'acte » ?!**

**En réalité :** Demander directement si une personne songe au suicide, ce n'est pas lui suggérer l'idée, mais lui ouvrir la porte à l'expression de sa souffrance. Parler du suicide à une personne qui va mal n'a jamais contribué à un passage à l'acte suicidaire. Au contraire, c'est l'occasion pour la personne en souffrance de se sentir reconnue, et ainsi faciliter une demande d'aide et de soutien

Les personnes en crise suicidaire sont soulagées de pouvoir partager le fardeau de telles pensées.

Parler du suicide, oui, mais pas n'importe comment ! On doit éviter de banaliser le sujet, de mettre au défi une personne de se suicider ou de louer la personne qui s'est suicidée en qualifiant son geste d'héroïque.

**Mythe : « Il faut être courageux.se ou lâche pour se suicider » ?!**

**En réalité :** Quand on pense au courage et à la lâcheté, on pense en termes de choix et l'on projette notre propre conception du suicide sur l'autre. Or, une personne ne se suicide pas par choix, mais par manque de

choix. La personne suicidaire n'y voit là ni courage, ni lâcheté : sa vie lui est insupportable, elle a atteint sa limite de tolérance face à sa souffrance et elle ne voit plus d'autres solutions pour arrêter de souffrir.

**Mythe : « L'amélioration à la suite d'une crise signifie que le danger est passé » ?!**

**En réalité :** Il se peut qu'une personne en crise suicidaire semble momentanément soulagée et paraisse de bonne humeur ou apaisée, mais cela ne signifie pas que le danger est écarté. Une amélioration soudaine dans un processus suicidaire peut indiquer une urgence élevée. Soit la personne a décidé de montrer des signes de mieux-être pour rassurer son entourage ou encore, sentant sa souffrance tirer à sa fin, elle ressent un réel soulagement. Il convient d'être très vigilant.e et tenter de vérifier quels sont les dénouements favorables à l'origine de ce changement de comportement.

**Mythe : « Le suicide est un choix personnel à respecter, ça ne sert à rien d'intervenir » ?!**

**En réalité :** Choix ou non-choix, le suicide est le résultat d'intenses souffrances devenues intolérables. La personne ne choisit pas de mourir mais elle cherche à ne plus souffrir. L'état psychologique dans lequel elle se trouve alors, ne lui permet pas, la plupart du temps, d'accéder à une vision très objective de la situation dans laquelle elle se trouve. La lassitude de vivre est alors liée à une impression de vide, à une perte d'appartenance et d'identité, à un sentiment d'une extrême inutilité, à une profonde détérioration de l'estime de soi. La décision de se tuer est donc surtout à interpréter comme une impossibilité à continuer à vivre comme jusqu'alors, sans aucune perspective de changement. La personne qui pense au suicide se sent dans une **impasse** et considère qu'elle n'a pas le choix. Elle croit qu'il n'y a pas d'autres possibilités pour arrêter de souffrir. Il est donc important de montrer à son ami.e, son frère ou sa sœur, son ou sa collègue etc... qu'on est présent.e pour lui/elle/iel.

**Mythe : « La personne qui menace de se suicider ne le fait pas, il s'agit d'une forme de chantage pour attirer l'attention » ?!**

**En réalité :** La menace de suicide doit toujours être prise au sérieux et ne doit pas être considérée comme de la manipulation. La personne qui agit ainsi souffre véritablement et a besoin d'aide. Même si on peut voir une part de manipulation dans les messages envoyés, il ne faut pas oublier qu'il y a avant tout du désespoir. Les menaces de suicide sont des appels à l'aide. On doit aussi faire attention aux menaces à répétition et à celles qui s'étendent sur une longue période de temps. La répétition du message peut parfois désensibiliser l'entourage face à l'importance de la situation.

**Mythe : « Elle/Il/Iel n'a pris que 10 comprimés, c'est du cinéma » ?!**

**En réalité :** La dangerosité apparemment faible de certaines tentatives ne doit pas amener à les banaliser. Il est faux de penser qu'une tentative de suicide est faite pour attirer l'attention sur soi ou exercer sur l'entourage du chantage.

Ce qui compte c'est la représentation du geste pour la personne, la détermination qu'elle avait au moment de le réaliser, il n'existe pas de « petites ou de fausses tentatives de suicide ». La gravité du geste suicidaire n'est pas déterminée uniquement par la dangerosité du moyen utilisé.

Une tentative de suicide n'est jamais anodine, quels que soient les moyens mis en œuvre. Tout passage à l'acte constitue un appel qui, s'il n'est pas entendu, risque de s'exprimer par la suite de manière plus violente.

**Mythe : « Le suicide est une maladie » ?!**

**En réalité :** Le suicide n'est pas une maladie. C'est un comportement qui traduit avant tout un mal de vivre, une souffrance !

**Mythe : « Les personnes qui se suicident souffrent souvent d'une maladie mentale ?! » / « Il n'y a que les « fous » « folles » qui se suicident » ?!**

**En réalité :** Selon les recherches en suicidologie, de 50 à 90% des personnes qui se sont suicidées souffraient d'un ou de problèmes de santé mentale (dépression, anxiétés, addictions, schizophrénie,

anorexie...) néanmoins l'évènement suicidaire est un phénomène bien plus complexe, impliquant des facteurs autant psychologiques, sociaux et biologiques, que culturels et environnementaux. **L'existence d'un problème de santé mentale peut être un des facteurs de risque mais non un déterminant.**

Les facteurs contribuent à aider à comprendre la complexité du suicide. Toutefois, ce n'est pas l'outil le plus utile pour dépister ou évaluer. Les facteurs de risque sont identifiés à l'aide de l'épidémiologie, cependant **la personne est un individu unique et non une statistique.**

Les personnes peuvent être à risque sans même présenter un de ces facteurs de risque.

Par ailleurs « La folie » et la santé mentale font également l'objet de nombreux préjugés et d'amalgames. Aucune famille n'est à l'abri d'un problème de santé mentale. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux concernent environ une personne sur quatre dans le monde, quels que soient les pays et les cultures.

**Les pensées suicidaires sont avant tout une réaction humaine à de grandes douleurs et à une profonde souffrance morale.**

**Mythe : « L'amélioration consécutive suite à une tentative de suicide signifie que le risque est passé. Les personnes qui viennent de faire une tentative n'y pensent plus et ne vont pas recommencer » ?!**

**En réalité :** La grande majorité des récurrences se produit dans les mois qui suivent la tentative de suicide. ! Les personnes qui ont fait une tentative ont généralement les mêmes problèmes immédiatement après la tentative, le risque de récurrence est élevé. Néanmoins, l'envie de mourir ne reste pas pour toujours. Si, et quand, la crise suicidaire a été suffisamment apaisée, il est possible de retrouver le désir de vivre et le goût de la vie.

**Mythe : « Suicidaire un jour, suicidaire toujours » ?!**

**En réalité :** Bien que pour un certain nombre de personnes suicidaires, on peut remarquer un état de chronicité de la crise ou des récurrences à répétition. Pour d'autres, la crise sera ponctuelle et sans récurrence. Dans tous les cas le suicide n'est pas une fatalité !

**Mythe : « Seules les personnes isolées se suicident » ?!**

**En réalité :** Le suicide se retrouve dans toutes les couches de la population quel que soit le niveau socio-économique ou la situation familiale.

**Mythe : « Le suicide, c'est héréditaire... » ?!**

**En réalité :** Le suicide n'est pas héréditaire. Sans entrer dans le débat des causes bio psychosociales du suicide, il est important de souligner que la crédibilité octroyée aux comportements des proches ou même l'histoire familiale, peut induire l'imitation du geste. Ainsi, un suicide ou une tentative de suicide au sein d'une famille peuvent être perçus par les autres membres comme une façon possible de résoudre leurs problèmes.

**Mythe : « Les personnes suicidaires ont une faible personnalité » ?!**

**En réalité :** Il n'existe pas de personnalité suicidaire type. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, il s'agit de personnes possédant beaucoup d'énergie. Souvent elles ont traversé d'énormes difficultés (perte, rejet, viol, etc....)

**Mythe : « On ne peut pas stopper une personne qui a l'intention de se suicider » ?!**

**En réalité :** Avoir des pensées suicidaires est souvent un état mental temporaire. Bien qu'une personne puisse se sentir mal pendant une longue période, la crise suicidaire est souvent de durée limitée. Offrir son écoute et un support émotionnel à une personne vulnérable peut donc réduire chez elle le risque de suicide. Les personnes sont profondément ambivalentes. Elles se donnent une chance, parfois de façon très maladroite, en cherchant de l'aide même le jour de leur suicide ; de plus, beaucoup de personnes interrompent leur geste de suicide quand le moyen choisi le permet et demandent du secours car le passage



à l'acte diminue la tension. Mais il arrive aussi que la personne soit très déterminée car elle pense qu'il n'y a aucune solution à ses problèmes, elle ne va plus tenter de trouver de l'aide, même maladroitement. On peut également diminuer le risque en mettant en place avec la personne une stratégie pour rendre difficile l'accès à différentes méthodes de suicide.

Les recherches démontrent que les mesures de réduction de l'accès sont des mesures qui diminuent le risque du passage à l'acte, parce qu'elles agissent sur l'impulsivité du passage à l'acte, permettent d'augmenter le délai entre l'idée et le passage à l'acte suicidaire.

Les recherches démontrent que les cognitions d'une personne en crise sont perturbées. À court terme, la personne suicidaire ne se retournera pas immédiatement vers un autre moyen. Les personnes suicidaires n'utilisent que les moyens facilement accessibles à proximité d'elles.

L'hypothèse de substitution consiste à dire que si une méthode n'est pas accessible, la personne utilisera une autre méthode. Hors le choix d'une méthode est un processus complexe (accès, acceptation sociale, anticipation de la douleur, connaissances techniques, etc.) qui limiterait la possibilité d'un déplacement (report vers une autre méthode pour se suicider). De la même façon, le fait que la crise suicidaire soit très souvent passagère (et même influencée par l'ambivalence ou l'impulsivité) laisse penser que la personne limitée dans l'accès à un moyen, ne reporte pas son projet à plus tard ou sur un autre moyen à court terme. Ce faisant, on augmente les probabilités d'avoir recours aux services d'aide.

Par ailleurs il existe de multiples professionnel.le.s à qui s'adresser lorsqu'on est soucieux.se pour un.e proche ou qu'on a des idées suicidaires soi-même et qui peuvent aider les personnes en souffrance à passer un cap afin d'éviter un passage à l'acte (Centres hospitaliers, centres de crise, centres médico-psychologiques, médecins généralistes, lignes d'écoute...)

Devant une personne en crise suicidaire, ou avoir des idées suicidaires, en parler est la première étape, orienter au mieux est la seconde étape. Une personne en crise suicidaire peut être aidée. Dans la majorité des cas, avec une prise en charge adaptée, les idées suicidaires cèdent.

### **Mythe : On ne peut pas aider une personne suicidaire sans être un.e professionnel.le dans le domaine du suicide.**

**En réalité :** Au quotidien, dans ses relations avec son entourage, chaque personne peut aider un.e proche confronté.e à la souffrance, avec les moyens dont elle dispose et en respectant ses limites.

Vous connaissez peut-être quelqu'un.e qui se débat avec des pensées suicidaires et vous ne savez pas comment les aborder ou même si vous devriez le faire ? Voici quelques signes à surveiller et des conseils sur ce que vous pouvez faire pour prévenir le suicide.

#### **CE QU'IL FAUT RECHERCHER**

Les facteurs de risque de suicide sont basés sur des expériences très humaines que nous avons pu vivre et donc tous et toutes comprendre et pour lesquelles nous pouvons avoir de la compassion.

Les signes ou symptômes qui peuvent indiquer que quelqu'un.e pense au suicide : Se sentir comme un fardeau, être isolé.e, augmentation de l'anxiété, se sentir piégé.e ou dans une douleur insupportable, augmentation de la consommation d'alcool et/ou d'autres drogues, rechercher un moyen d'accéder à des moyens mortels, augmentation de la colère ou de la rage, sautes d'humeurs extrêmes, expression d'un désespoir, dormir trop peu ou trop, parler ou poster sur le fait de vouloir mourir, faire des plans de suicide. Dans tous les cas faites confiance à votre instinct si vous pensez que «quelque chose ne va pas»

#### **CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE**

Une fois que les personnes savent quoi chercher, elles peuvent agir.

Le programme « Talk Saves Lives » de American Foundation for Suicide Prevention' (Fondation américaine pour la prévention du suicide) propose « cinq étapes simples pour sauver des vies ».

**Demandez :** Discutez avec la personne de son stress ou mal être dans la vie. N'essayez pas de résoudre, ou de lui dire comment se sentir, écoutez simplement. Demandez-lui : « Penses-tu à te suicider ? » La recherche montre que le fait de poser des questions sur les pensées suicidaires n'augmente pas le risque de suicide ou les pensées suicidaires.

**Gardez-les en sécurité** : Réduire l'accès de la personne à des objets, des moyens ou des lieux hautement mortels. Il a été démontré que cela réduit les risques et sauve des vies. Il convient de leur demander s'ils/elles ont un plan pour se blesser ou se suicider.

**Soyez là** : Soyez présent.e. Écoutez et encouragez à parler. Des études suggèrent que le fait de reconnaître et de parler du suicide réduit les pensées suicidaires. Ne jugez pas, n'expliquez pas ; écoutez, encouragez à parler et ayez de l'empathie.

**Aidez-le/la/iel à se connecter** : Aidez la personne et encouragez-la à voir un.e professionnel.le (médecin, psychologue ou psychiatre, ligne d'écoute, assistant.e.s social.e.s, etc.). En effet si la personne est en crise suicidaire, elle peut penser qu'elle ne peut être aidée. La personne aura besoin d'aide pour réussir à se sortir de cette situation et voir les autres solutions qui s'offrent à elle.

**Restez en contact** ; il a été démontré que rester en contact après une crise réduisait le risque suicidaire. Une partie de notre humanité est d'avoir des liens avec ceux et celles qui nous entourent.

**NE RESTEZ PAS SEUL.E** : Il vaut mieux éviter d'accepter de garder un secret concernant l'état suicidaire de la personne. Mieux vaut lui expliquer que vous ne cherchez pas à la trahir, mais que vous êtes inquiet.e et que vous avez besoin d'en parler à d'autres personnes, professionnel.le.s ou non.

En interviewant des personnes qui ont fait une tentative de suicide, ce qui devient apparent, c'est que le suicide au moment où elles tentent de le mettre en œuvre leur semble une solution très logique à leurs problèmes. Le plus souvent, leur problème est de se sentir profondément indigné, profondément déprimé.e et/ou profondément pesant.e pour les autres. Ce qui semble irrationnel de l'extérieur, dans leur esprit est, à ce moment-là, complètement rationnel. Et cette pensée d'être un fardeau est un thème récurrent qui revient sans cesse. La recherche suggère que les personnes les plus à risque de suicide peuvent se percevoir comme un fardeau ou avoir le sentiment d'un manque d'appartenance, même s'il s'agit d'une perception erronée nuisible. Parce que ce sentiment d'être un fardeau est si fort, le suicide peut être considéré comme « non pas un acte égoïste, mais presque un acte désintéressé », par ses victimes. Il peut y avoir une sous-estimation grossière de l'impact psychologique de ce que sera un suicide, même pour les proches, et un sentiment irrationnel que sa mort aidera les gens, même ceux qu'ils.elles.iels aiment le plus. Cette pensée est profondément éclairée par le fait d'être dans un état mental altéré pouvant être alimenté notamment par la dépression ou d'autres troubles psychologiques.

Bien que la question du suicide puisse sembler accablante sur le plan émotif ou dépasser ce qu'une personne peut faire, les études montrent qu'en établissant des liens les un.e.s avec les autres, nous pouvons avoir un impact salvateur sur les personnes qui envisagent de se suicider.

### **La question du deuil suite à un suicide d'un.e proche ou d'un.e collègue**

Le suicide d'un.e proche provoque souvent dans l'entourage une grande souffrance qui peut prendre de multiples formes : agressivité (ressentie à l'égard du/de la suicidé.e dont le geste est considéré comme du rejet, de l'abandon), culpabilité (« *qu'est-ce que j'ai fait, pas fait ou aurait pu faire ...* »), sentiment de honte (face à un geste plus facilement stigmatisé par la communauté sociale, qui amène parfois à travestir l'origine du décès). Cette douleur cherche à s'apaiser en essayant de trouver une ou des raisons à ce geste. Saisir l'insaisissable, comprendre les motivations, intégrer ce qui fait si mal, voire trouver le/la ou les coupables sont des questionnements qui reviennent constamment. Cette tentative de rationalisation sur ce qui reste dans beaucoup de cas incompréhensible et inacceptable a contribué à forger un certain nombre de préjugés et de tabous qui ont pris la forme de véritables mythes qu'il convient de déconstruire.