

Le paradoxe du genre dans le suicide: des pistes explicatives et pas mal d'incertitudes

Dr LAURENT MICHAUD^a, Dr SEBASTIEN BROVELLI^a et Dre CÉLINE BOURQUIN^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 1265-7

Le paradoxe du genre dans le suicide renvoie au fait que les hommes se suicident plus que les femmes, alors que ces dernières font plus de tentatives de suicide. Ce phénomène s'expliquerait par l'influence du genre dans ce qui détermine les idées et les conduites suicidaires. Des manifestations différentes de la souffrance psychologique pourraient d'abord conduire à un défaut de reconnaissance des dépressions masculines. Ensuite, au niveau même des comportements suicidaires, les hommes optent pour des moyens plus létaux et l'évolution de leur processus suicidaire est plus rapide, entre autres en lien avec le fait qu'ils consomment plus fréquemment des substances. Les cliniciens et les chercheurs devraient prendre ces différences en considération dans leur approche, sans réduire hommes et femmes à leur appartenance de genre.

The gender paradox in suicide: some explanations and much uncertainty

Men die more by suicide than women, but women attempt suicide more frequently. Gender does indeed shape suicidal ideas and behaviors. Due to differences in the way men express their suffering, men's depression may be underdiagnosed and undertreated. Furthermore, regarding suicidal behaviors, men use more lethal suicide methods than women. Their suicidal process seems also to progress more rapidly, which is probably related to their frequent substance use. Clinicians and researchers should consider these differences in their approach, without reducing men and women to their gender.

INTRODUCTION

Le suicide, les idées et les comportements suicidaires sont des problèmes de santé publique majeurs dont l'expression varie fortement selon le sexe.¹ Le ratio entre suicides des hommes et des femmes montre une forte surreprésentation des hommes; il est particulièrement élevé en Europe et dans les pays à hauts revenus (entre 2 et 4) moins dans les pays en développement (entre 1 et 2) et même inversé en Chine. A contrario, la fréquence de tentatives de suicide est plus élevée chez les femmes, les données existantes étant toutefois

plus limitées.¹ La psychologue Silvia Canetto a qualifié de «paradoxe du genre» cette différence frappante entre les sexes dans l'expression de la suicidalité,² mettant ainsi en avant l'importance du genre comme construction sociale pour l'appréhender. Cet article propose une lecture critique de la littérature traitant de cet apparent paradoxe, en mettant en exergue les réponses qu'on peut éventuellement y trouver, mais aussi les nombreuses questions qu'elle soulève.

LE PARADOXE DU GENRE: TENTATIVES D'EXPLICATION

La littérature médicale souligne avant tout le lien étroit entre suicide et maladies psychiatriques, expliquant le premier par les secondes selon un schéma de causalité quasi linéaire.³ On en déduirait volontiers que la surmortalité des hommes par suicide s'explique par une prévalence plus importante chez eux de troubles psychiatriques. À tort cependant, car ce sont les femmes qui présentent les plus hauts taux de dépression et de maladies psychiatriques en général.⁴ Il a en outre été montré que les hommes ont moins recours aux soins et aux suivis psychologiques.¹

Des manifestations masculines et féminines de la souffrance psychologique?

Mais comment ces constats peuvent-ils être influencés par le genre? Une autre littérature, à l'interface de la médecine, de la psychologie et de la sociologie, s'est attachée à expliquer la surmortalité masculine par suicide au travers de l'expression différenciée de la souffrance psychologique par les femmes et par les hommes.^{5,6} Des études montrent en effet que si les diagnostics^a psychiatriques rendent compte valablement des difficultés et souffrances psychologiques des femmes, ils laisseraient de côté une partie des manifestations symptomatiques des hommes.^{1,7} Ceux-ci seraient plus enclins à externaliser leurs difficultés psychologiques au travers de comportements violents, de conduites agressives ou à risque et de consommations de substances. Ces manifestations socialement construites de la différence des genres seraient l'expression d'une forme de «dépression masculine» aux caractéristiques particulières, sous-diagnostiquée et sous-traitée,^{1,7} et éventuellement aussi biologiquement déterminée.⁸ Les symptômes de cette «dépression masculine» incluraient aussi de la colère, de l'irritabilité, de l'impulsivité, des caractéristiques elles-mêmes susceptibles d'augmenter fortement le risque de suicide.^{1,7}

^aService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne laurent.michaud@chuv.ch | sebastien.brovelli@chuv.ch celine.bourquin@chuv.ch

^aNotons que les diagnostics sont façonnés aussi par les cliniciens qui les posent, eux-mêmes susceptibles d'être affectés par des biais de genre, ce qui sera développé plus loin.

Des manières différentes de répondre à la souffrance psychologique?

On trouverait également des différences de genre dans la réaction des hommes et des femmes face à leurs difficultés. En premier lieu, les hommes supporteraient moins bien l'adversité et la souffrance psychologique associée car ils y seraient moins confrontés du fait de trajectoires de vie plus linéaires et de leur statut de genre.⁹ En second lieu, leur éducation marquée par des représentations stéréotypées des rôles de genre (boys don't cry) leur aurait appris à rester stoïques.⁶ Ils auraient l'habitude de gérer les choses par eux-mêmes, de nier la maladie et leurs émotions et de ne pas admettre les symptômes dépressifs.⁵ Pour ces hommes, demander de l'aide serait une forme d'échec⁵ et exprimer un sentiment de dépression les placerait en position de faiblesse,⁶ des freins qui seraient moins présents chez les femmes. Les souffrances psychologiques masculines resteraient ainsi largement ignorées à la fois par les premiers concernés et par l'entourage.

Que dire de l'influence du système de soins? Existe-t-il, comme cela a été montré en médecine somatique, des biais de genre susceptibles d'affecter l'identification, le diagnostic et/ou la prise en charge des personnes suicidaires? On pourrait imaginer, dans un mouvement analogue à celui décrit ci-dessus, des soignants et des soignantes moins attentifs à l'expression de la souffrance des hommes et y répondant différemment. Les connaissances manquent cependant. Ainsi, aucune étude n'a montré jusqu'ici si des stéréotypes de genre influençaient la pose du diagnostic par les cliniciennes et les cliniciens. En outre, alors qu'il est bien montré que les attitudes envers les personnes avec des comportements suicidaires sont largement négatives,¹⁰ ces études ne sont pas contrôlées pour le genre, laissant ouverte la possibilité d'attitudes plus négatives avec les hommes suicidaires qui pourraient expliquer une moins bonne prise en charge par la suite ou tout du moins la tendance à ne pas proposer de soins spécifiques.

Des comportements suicidaires différenciés selon le genre

Venons-en aux conduites suicidaires elles-mêmes. L'usage par les hommes de méthodes plus létales comme les armes à feu est bien établi.¹ Le type de méthode utilisé est d'ailleurs une des explications les plus fréquemment avancées du plus haut taux de suicide chez les hommes. Différentes raisons permettent de comprendre ce choix genré. L'accessibilité d'abord: dans des pays comme la Suisse, où l'armée est majoritairement masculine, les hommes ont plus facilement accès à une arme à feu; en Chine, où on a vu que les femmes se suicident davantage, elles ont un accès large aux pesticides utilisés dans l'agriculture et elles décèdent plus de leur tentative.¹ Ensuite, la détermination à mourir (l'intentionnalité suicidaire) en tant que telle semble en moyenne plus forte chez les hommes:¹¹ lorsqu'ils utilisent les mêmes moyens que les femmes, ils décèdent plus fréquemment de leur tentative.¹¹ Finalement, et plus directement en lien avec le genre, Silvia Canetto avance que la tentative chez la femme et le suicide chez l'homme sont mieux acceptés socialement.²

Les données montrent par ailleurs que les hommes ont plus recours à l'utilisation de substances et d'alcool en particulier,¹ ce qui augmente les risques suicidaires distaux et proximaux.

L'alcool favorise la dépression, il a une action désinhibitrice qui facilite le passage à l'acte et augmente la violence du geste. Cela explique probablement, en partie tout du moins, que le processus suicidaire des hommes – la manière dont ils passent des idées aux plans puis aux actes suicidaires – soit également plus court.¹²

Une influence du contexte sociétal?

Arrivé-e ici, le lecteur ou la lectrice sera peut-être frappé-e, comme nous, par l'incertitude régnante et par les stéréotypes de genre avancés à titre explicatif. Ces stéréotypes, même s'ils sont susceptibles de contribuer à expliquer le paradoxe du suicide qui nous occupe, ont le défaut d'être prescriptifs en même temps qu'ils sont descriptifs.¹³ Néanmoins, une question émerge assez naturellement. Si ces différences homme-femme dans l'expression de la suicidalité dépendent de la construction sociale du genre, sont-elles sensibles aux changements sociétaux? Par exemple, ces différences sont-elles moindres dans les sociétés plus égalitaires? Une étude récente comparant différents pays au cours du temps a montré que, contrairement à ce qui aurait pu être attendu, l'évolution vers une plus grande égalité homme-femme était liée à une diminution du taux de suicide des femmes, mais sans effet sur celui des hommes; ce qui conduisait à une augmentation du différentiel entre les sexes.¹⁴ Selon les auteurs, une meilleure intégration des femmes sur le marché du travail peut être associée à une baisse du taux de suicide. De notre point de vue, de tels résultats doivent être interprétés avec prudence et ils démontrent la complexité du phénomène étudié.

QUELS ENSEIGNEMENTS?

On le voit, il y a de très nombreuses inconnues dans ce domaine de la suicidologie. Elles appellent au moins deux remarques dont il nous semble qu'on peut tirer quelques enseignements. Premièrement, l'effet du genre et des rapports sociaux de sexe devrait être pris en compte par les chercheurs, les cliniciens et les institutions de soins. La question du genre devrait être intégrée de manière systématique au moment de formuler des hypothèses et une question de recherche, c'est encore loin d'être le cas. En clinique, la prise en compte du genre devrait se faire à différents niveaux: considérer les conduites externalisantes évoquées plus haut (par exemple agressivité, consommations) comme des signes d'appel, favoriser et valoriser les demandes d'aide des hommes, par exemple aux urgences psychiatriques qui constituent pour eux un point d'entrée important. Sur ce point, le développement de programmes de prévention destinés spécifiquement aux hommes – l'International Association for Suicide Prevention dispose par exemple d'une section dédiée (Suicide Prevention for Boys and Men) – est à saluer, mais comporte des enjeux complexes. Proposer des soins directement dédiés aux hommes est en effet de nature à entretenir également certains stéréotypes de genre et on peut s'interroger sur l'absence d'une section pour la prévention des tentatives de suicide des femmes.

Deuxièmement, l'existence d'un paradoxe du genre va dans le sens de considérer comme deux entités distinctes les idées et comportements suicidaires d'une part, les suicides d'autre

part. Ces phénomènes touchent en effet des populations différentes et relèvent d'un déterminisme spécifique. On devrait, par exemple, éviter de considérer l'évolution des taux d'idées ou comportements suicidaires comme directement liée au taux de suicide ou de conclure d'une intervention qui fait diminuer les tentatives de suicide qu'elle prévient aussi des suicides avérés. D'un point de vue épidémiologique, il s'agirait aussi de disposer de données plus solides sur les tentatives de suicide dont l'impact direct est également majeur et qui sont associées à une stigmatisation élevée et à des difficultés à obtenir de l'aide.¹⁵ Il est d'ailleurs remarquable que l'on dispose généralement d'excellentes statistiques sur la mortalité par suicide, plus souvent masculine, alors que les données sont lacunaires concernant les tentatives de suicide, majoritairement féminines.

CONCLUSION

Ces questions de suicide et de genre s'inscrivent plus largement dans le débat sur les déterminants du suicide, des idées et des comportements suicidaires. La littérature médicale considère généralement la suicidalité sous l'angle de ses causes médico-psychiatriques. Les données présentées dans cet article amènent cependant à approcher le suicide comme un acte plurifactoriel interrogeant les constructions sociales de genre, s'agissant de gestion de la souffrance psychique et des difficultés de vie, et qui ne peut être compris qu'en asso-

ciant individu et société. La recherche future en suicidologie devrait être plus interdisciplinaire et intégrer deux aspects fondamentaux que le cadre de cet article ne nous a pas permis d'aborder: d'une part, la révolution en cours autour de l'expérience du genre tant individuelle que collective, et, d'autre part, les diversités LGBTIQ+ (lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexes et en questionnement).

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient Giada Danesi et Aurélie Lasserre pour leur relecture critique du texte.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les hommes se suicident plus que les femmes alors que ces dernières font plus de tentatives de suicide
- Ce paradoxe est lié au genre, construit socialement, plus qu'au sexe biologique
- Hommes et femmes manifestent différemment leur souffrance psychologique
- Ces différences de genre doivent être prises en compte dans la recherche et la clinique

1 **Barrigon ML, Cegla-Schvartzman F. Sex, Gender, and Suicidal Behavior. In: Baca-Garcia E, editor. Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm. Cham: Springer International Publishing, 2020; p. 89-115.

2 *Canetto SS, Sakinofsky I. The Gender Paradox in Suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28:1-23.

3 Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004;4:37.

4 Balta G, Dalla C, Kokras N. Women's Psychiatry. *Adv Exp Med Biol* 2019;1192:225-49.

5 Gilligan C. In a Different voice: Psychological Theory and Women's Development. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1993.

6 Möller-Leimkühler AM. The Gender Gap in Suicide and Premature Death or: Why Are Men so Vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:1-8.

7 *Olliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, et al. Men's Depression and Suicide. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21:103.

8 Lenz B, Röther M, Bouna-Pyrrou P, et al. The Androgen Model of Suicide Completion. *Prog Neurobiol* 2019;172:84-103.

9 *Canetto SS. Suicide: Why Are Older Men so Vulnerable? *Men Masc* 2017;20:49-70.

10 Saunders KE, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and Knowledge of Clinical Staff Regarding People Who Self-harm: A Systematic Review. *J Affect Disord* 2012;139:205-16.

11 Freeman A, Mergl R, Kohls E, et al. A Cross-national Study on Gender Differences in Suicide Intent. *BMC Psychiatry* 2017;17:234.

12 *Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The Gender Paradox in Suicidal Behavior and its Impact on the Suicidal Process. *J Affect Disord* 2012;138:19-26.

13 Ellemers N. Gender Stereotypes. *Annu Rev Psychol* 2018;69:275-98.

14 Milner A, Scovelle AJ, Hewitt B, et al. Shifts in Gender Equality and Suicide: A Panel Study of Changes over Time in 87 Countries. *J Affect Disord* 2020;276:495-500.

15 Michaud L, Dorogi Y, Gilbert S, Bourquin C. Patient Perspectives on an Intervention after Suicide Attempt: The Need for Patient Centred and Individualized Care. *PLoS One* 2021;16:e0247393.

* à lire

** à lire absolument