

Les hommes

25-247-01W

Malgré des progrès et le développement de services spécifiques dédiés aux hommes³, ces derniers se suicident trois fois plus que les femmes¹⁷. Ceci s'explique en partie par le fait qu'ils ont tendance à utiliser des moyens plus létaux, dont la pendaison et les armes à feu. Ils adhèrent également plus souvent à un système de valeur qui les amène à moins solliciter le soutien dont ils ont besoin. Parmi les hommes âgés de 25 à 64 ans, on remarque une augmentation du taux de suicide avec l'âge, le groupe des 50-64 ans enregistrant le taux de suicide le plus élevé¹.

Plusieurs éléments contribuent au fait que les hommes présentent des états de vulnérabilité plus préoccupants face au suicide :

- Chez les hommes, les signes et symptômes liés à des troubles mentaux peuvent être masqués^{2,4,5,6} par des comportements agressifs (envers du matériel, envers soi ou envers les autres), de l'impulsivité, la prise de risques indus (comportements sexuels à risque, conduite en état d'ébriété, paris et jeux de hasard, etc.), la consommation excessive de drogues ou d'alcool, l'automutilation, le travail compulsif (workaholism) ou l'absentéisme, ce qui en complique le repérage et, par conséquent, le traitement.
- Ils ont tendance à avoir des connaissances restreintes sur la santé (physique, mentale et sociale) et ils peuvent ainsi avoir de la difficulté à reconnaître les symptômes associés à leurs problèmes de santé – mentale, particulièrement – et à solliciter l'aide appropriée⁷.

- Les hommes peuvent avoir une attitude négative envers la demande d'aide⁷, ce qui fait qu'ils sont plus susceptibles de retarder ou d'éviter de consulter pour des enjeux de santé mentale^{2,7,8}.
- Les hommes peuvent avoir tendance à posséder une connaissance moins poussée des stratégies d'adaptation (coping) comparativement aux femmes⁹ ou ils connaissent des stratégies d'adaptation moins appropriées. Ils sont alors plus vulnérables aux événements difficiles¹⁰.

L'adhésion aux normes de la masculinité traditionnelle, dont certaines valorisent l'indépendance et l'invulnérabilité¹¹ et, conséquemment, dévalorisent la demande d'aide¹¹, renforce la perception de la détresse émotionnelle comme une faiblesse et une perte de contrôle¹¹. Ces normes reliées au modèle traditionnel de masculinité sont directement liées au fait de recevoir moins de services de santé,

particulièrement de santé mentale¹¹. Ces normes sociales sont particulièrement pénibles pour les jeunes hommes qui tardent à acquérir leur autonomie¹² de même que pour les hommes plus âgés, en transition vers la retraite¹¹, qui sentent une perte de contrôle sur leur vie et la perte de leur rôle social¹¹.

De plus, l'impulsivité est souvent liée à l'acte suicidaire. Même si le passage à l'acte est impulsif, il survient généralement après des mois de souffrance^{8,12} et il est parfois précédé de signaux verbaux, non verbaux ou comportementaux¹² (ex. : parler de la mort en général, énoncer des souhaits pour ses funérailles, parler de la mort comme un endroit de réconciliation ou de libération, apparaître à nouveau sociable et joyeux après une période sombre).

Sans être directement liés au suicide, certains éléments représentent un facteur de risque supplémentaire pour les hommes. Ainsi, la présence d'insomnie⁴, de problèmes de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété⁴, de dépendance⁴, d'événements traumatiques passés⁴ (ex. : agression sexuelle pendant l'enfance, service militaire en zone de guerre) de même que le fait de vivre en région rurale ou éloignée⁴ sont des facteurs prédisposant au suicide chez les hommes. La fin d'une relation amoureuse^{4,10}, la perte d'un emploi^{4,13} ou un événement affectant profondément l'image de soi^{12,13} (erreur irréversible, problème perçu comme insoluble, situation faisant vivre un sentiment de honte, etc.) ainsi que l'apparition d'une maladie incurable⁴ ou causant des douleurs insoutenables⁹ sont des facteurs pouvant précipiter le passage à l'acte suicidaire.

Les hommes font moins confiance au système de santé et de services sociaux en général et à l'approche de thérapie par la parole pour traiter les symptômes dépressifs en particulier¹⁰. Tout délai dans le traitement d'une demande d'aide dans

ce contexte renforce l'idée que leur problème n'est pas pris au sérieux et qu'ils devraient être en mesure de le régler par eux-mêmes. La rapidité de prise en charge revêt donc une grande importance pour la suite de l'intervention⁹. De plus, lorsqu'ils consultent, les hommes mettent généralement de l'avant des maux physiques, passant sous silence leur souffrance émotionnelle ou psychologique; il est important pour les professionnelles et les professionnels de la première ligne de pousser l'investigation plus loin afin d'identifier les problèmes psychosociaux et de santé mentale ainsi que les risques suicidaires chez les hommes⁹. À l'inverse, le fait de penser à leurs proches et de considérer la souffrance que le suicide causerait à ceux-ci agit comme un facteur de protection chez les hommes, et peut être comme un frein aux comportements suicidaires⁹.

Les hommes peuvent avoir une attitude négative envers la demande d'aide⁷, [...]



Pratiques à promouvoir

- **Répondre rapidement à leur demande d'aide⁹.**
Être attentif à leur souffrance et non uniquement au danger de passage à l'acte. Dans le cas où l'organisation doit recourir à une liste d'attente, faire un suivi régulier afin de surveiller les changements dans leur situation et intervenir en cas de crise¹⁴.
- **Renforcer et valoriser le comportement de demande d'aide** (ex. : « Demander de l'aide est un geste courageux et sage », « demander de l'aide est une façon de reprendre le contrôle sur votre vie ») auprès de ceux qui adhèrent au modèle traditionnel de masculinité⁹.
- **Normaliser le fait qu'ils utilisent différentes stratégies de prévention et de gestion concernant leur santé mentale**, les encourager à en essayer de nouvelles (ex. : faire de l'activité physique ou du yoga, méditer, prendre un temps d'arrêt)².
- **Encourager et faciliter la participation à des interventions de groupe ou à des groupes d'entraide entre pairs⁵.**
- **Favoriser l'intervention de proximité dans les milieux qu'ils fréquentent** (ex. : en milieu de travail⁸, ligue de sport amateur)³.
- **Être proactif, utiliser des stratégies pour aller vers les hommes** (*reaching-out*), proposer de l'aide plutôt que d'attendre la demande d'aide formelle^{15,3}.
- **Recourir à des programmes et à des interventions adaptées aux hommes**, par exemple par le biais d'activités sportives et d'équipe¹⁶, ainsi qu'à des opportunités d'interventions formelles et informelles¹¹ qui créent un espace sécuritaire et familier pour aborder les questions de détresse émotionnelle et de santé mentale¹⁶.
- **Amener les hommes à découvrir de nouveaux intérêts**, à s'investir dans de nouveaux cercles sociaux en intégrant des activités sociales ou sportives.
- **Faire une place à leurs proches dans le suivi** lorsqu'ils y consentent et tenter de briser leur isolement social.
- **Aider les hommes à retrouver un sentiment d'utilité (rôle social)¹⁰.**
- **Favoriser les interventions qui font croître le niveau de littéracie en santé mentale** afin d'augmenter leur capacité à reconnaître les signes et symptômes d'un problème de santé mentale nécessitant de l'aide professionnelle⁷.
- **Recevoir des demandes d'aide faites par les proches d'un homme et y répondre.**
- **Porter attention à l'intersectionnalité des facteurs de vulnérabilité au suicide**, par exemple le fait d'être un homme, d'évoluer dans le domaine agricole, d'être une personne de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres (homosexuelle, bisexuelle, trans, non binaire, etc.), de provenir des Premières Nations, etc.

Réalisation

L'Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a conçu les fiches « Prévenir le suicide - besoins et réalités de groupes spécifiques » dans le cadre de la Politique gouvernementale de prévention en santé. Elles contribuent également à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 « Rallumer l'espoir ».

Rédaction principale

Medjine Léonard, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Consultation

Gilles Tremblay, Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes, IUPLSSS, CIUSSS de la Capitale Nationale

Philippe Roy, École de travail social de l'Université de Sherbrooke

Direction artistique et design graphique

ouiflo.ca : Noémie Ledoux et Marie-Anne C. Duplessis

Les fiches « *Prévenir le suicide - besoins et réalités de groupes spécifiques* » présentent une synthèse de l'information sur les besoins et les réalités de groupes spécifiques en matière de prévention du suicide.

Elles s'ajoutent aux différents outils et formations développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses mandataires pour favoriser la prévention du suicide au Québec. Les professionnels et intervenants sont d'ailleurs encouragés à suivre la formation « *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* »* pour organiser leurs interventions en fonction d'un processus clinique structurant en prévention du suicide.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie annuellement des données sur les comportements suicidaires au Québec. Elles sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/sujets/suicide>. Les différents acteurs en prévention du suicide sont invités à s'y référer.

Il est à noter que la présente fiche ne se substitue pas au jugement clinique des intervenants. Ce jugement doit s'exercer au moment de recourir aux pratiques présentées dans cette fiche, et ce, dans l'optique d'en arriver à une prise de décision éclairée pour intervenir auprès d'une personne qui pense au suicide ainsi qu'auprès de son entourage.

* La formation est accessible via l'Environnement numérique d'apprentissage pour les intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et via la plateforme FCP-Partenaires pour les intervenants des organismes et partenaires.

Bibliographie

1. Levesque, P., Pelletier, É. et Perron, P. A. (2019). Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 pages.
2. Proudfoot, J., Fogarty, A. S., McTigue, I., Nathan, S., Whittle, E. L., Christensen H., Player, M. J., Hadzi-Pavlovic, D. et K. Wilhelm. (2015). Positive strategies men regularly use to prevent and manage depression: a national survey of Australian men. *BMC Public Health*. DOI 10.1186/s12889-015-2478-7
3. Roy, P., Tremblay, G. et Duplessis-Brochu, É. (2017). Problematizing Men's Suicide, Mental Health, and Well-Being: 20 Years of Social Work Innovation in the Province of Quebec, Canada. *Crisis*. 39(2). 137-143.
4. Lemieux, A. M., Saman, D. M. et Lutfiyya, M. N. (2014). Men and suicide in primary care. *DiseaseMonth*. 60. 155-161.
5. Sher, L. (2016). Commentary: Help-Seeking Patterns and Attitudes to Treatment amongst Men Who Attempted Suicide. *Front Public Health*. DOI: 10.3389/fpubh.2016.00088
6. Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D. et J. S. Ogrodniczuk. (2018). Male Depression Subtypes and Suicidality : Latent Profile Analysis of Internalizing and Externalizing Symptoms in a Representative Canadian Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 26(3). 169-172.
7. Oliffe, J. L., Hannan-Leith, M. N., Ogrodniczuk, J. S., Black, N., Mackenzie, C. S., Lohan, M. et Creighton, G.. (2016). Men's depression and suicide literacy: a nationally representative Canadian survey. *Journal of Mental Health*. 25(6). 520-526.
8. Cleary, A. (2017). Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide. *Journal of Mental Health*. 26(3). 220-224.
9. House, J., Marasli, P., Lister, M. et Brown, J. S. L. (2018). Male views on help-seeking for depression: A Q methodology study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 91. 117-140.
10. Knizek, B. L. et Hjelmeland, H. (2018). To die or not to die: a qualitative study of men's suicidality in Norway. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1843-3>
11. Centre for suicide prevention. (2020). *Les hommes et le suicide*. Trousse d'outils pour la prévention du suicide. https://www.suicideinfo.ca/local_resource/les-hommes-et-le-suicide/
12. Rasmussen, M. L., Dieserud, G., Dyregrov, K. et Haavind, H. (2014). Warning signs of suicide among young men. *Nordic Psychology*. 66(3). 153-167.
13. Rasmussen, M. L., Haavind, H. et Dieserud, G. (2018) *Young Men, Masculinities, and Suicide*. *Archives of Suicide Research*. 22(2). 327-343.
14. SOM. (2018). *Sondage auprès des hommes Québécois. Rapport final*. https://www.rpsbeh.com/uploads/4/5/8/0/45803375/r20285v2p4rohim_.hommes_.pdf
15. Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D. et J. S. Ogrodniczuk. (2018). Male Depression Subtypes and Suicidality : Latent Profile Analysis of Internalizing and Externalizing Symptoms in a Representative Canadian Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 26(3). 169-172.
16. Seaton, C. L., Botorff, J. L., Jones-Bricker, M., Oliffe, J. L., DeLeenheer, D. et K. Medhurst. (2017). Men's Mental Health Promotion Interventions: A Scoping Review. *American Journal of Men's Health*. 11(6). 1823-1837.
17. Institut national de santé publique du Québec. (2023, 19 octobre). *Surveillance des comportements suicidaires au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2842>