



HAL
open science

Comportements suicidaires à l'adolescence en situation de migration : expériences masculines

T. Vivier, Marie Rose Moro, Thierry Baubet, Nancy Pionnie-Dax, Salomé Grandclerc, Jonathan Lachal

► To cite this version:

T. Vivier, Marie Rose Moro, Thierry Baubet, Nancy Pionnie-Dax, Salomé Grandclerc, et al.. Comportements suicidaires à l'adolescence en situation de migration : expériences masculines. *L'Encéphale*, 2021, 47 (2), pp.123-129. 10.1016/j.encep.2020.04.024 . hal-03218466

HAL Id: hal-03218466

<https://hal.science/hal-03218466v1>

Submitted on 22 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Comportements suicidaires à l'adolescence en situation de migration : expériences masculines

Suicidal behaviors in migrant youths: Male experiences

Thibault VIVIER^{1*}, Marie-Rose MORO^{2,3,4}, Thierry BAUBET^{4,5,6}, Nancy PIONNIE-DAX⁷, Salomé GRANDCLERC^{2,7}, Jonathan LACHAL^{2,3,4}

1) Univ. Paris 13, UFR des Lettres, des Sciences de l'Homme et des Sociétés Unité Transversale de Recherche Psychogénèse et Psychopathologie, UTRPP EA4403, F-93430 Villetaneuse

2) APHP, Hôpital Cochin, Maison de Solenn, F-75014 Paris, France

3) Université de Paris, PCPP, F-92100 Boulogne-Billancourt, France

4) Université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm, CESP, Team DevPsy, F-94807, Villejuif, France.

5) Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP), hôpital Avicenne, service de psychopathologie, Université de Paris 13, F-93009 Bobigny cedex, France

6) Centre National de Ressources et de Résilience (CNRR), F-93009 Bobigny, France

7) Etablissement Public de Santé Mentale ERASME, Pôle de Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, F-92160 Antony

* Auteur correspondant : Thibault VIVIER
e-mail : vivier.thibault@gmail.com

Résumé

Objectif : Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. Les garçons sont plus touchés que les filles, mais déclarent moins de tentatives de suicide et recourent moins aux soins. Peu d'études se sont intéressées à l'expérience des idées et comportements suicidaires des jeunes garçons. Il s'agit d'explorer les spécificités de l'expérience suicidaire d'adolescents en France en prenant en compte les aspects liés au contexte culturel et au parcours migratoire. **Méthode :** Étude qualitative auprès d'adolescents ayant des idées suicidaires, avec ou sans passage à l'acte recrutés dans trois centres de soin d'Île de France. Les entretiens semi-structurés sont retranscrits puis analysés à l'aide de l'*Interpretative Phenomenological Analysis*. **Résultats :** Dix adolescents ont été inclus dans l'étude. Trois axes d'expérience émergent : le rapport à soi, le rapport à l'autre, le rapport à la mort. L'expérience des garçons apparaît singulière dans le récit autour de la mort, et dans le vécu d'une expérience parfois paradoxalement positive. Les difficultés dans la construction du lien à l'autre apparaissent centrales. La construction identitaire des adolescents interrogés est marquée par des difficultés dans le lien à l'autre, dont les spécificités liées au genre sont à considérer de façon dynamique afin de favoriser la mise en récit du mal-être. **Conclusions :** La prise en charge thérapeutique doit explorer et respecter les représentations de la masculinité de l'adolescent, pour ensuite les mobiliser pour amener le jeune à reconsidérer sa perception du soin et des comportements suicidaires. Une réflexivité de la part du soignant sur ses propres conceptions de la masculinité est pour cela nécessaire.

Mots clefs : Adolescent ; Tentative de Suicide ; Expérience ; Sexe ; Masculinité

Abstract

Objectives: Suicide is the second leading cause of death among adolescents. Boys are more affected than girls, although they report fewer suicide attempts and rely less on care. Few studies have examined the experience of suicidal thoughts and behavior among young boys. In order to improve their health care, it is necessary to consider the socio-cultural aspects and the construction of the meaning given by adolescent boys to suicidal behaviors in France. **Method:** This is a qualitative, complementary and inductive study. All teens included have presented suicidal thoughts in the months preceding the inclusion. The existence of self-mutilation and / or suicidal act is sought but is not included within the criteria of inclusion, the various contexts will enrich the data. Semi-structured interviews are transcribed and analyzed by the Interpretative Phenomenological Analysis. **Results:** Ten adolescents between 14 and 20 years old were included in the study. Three axes of experience emerge: the relationship to oneself, the relationship to the other, the relationship to death. Some themes are common to experiences of both boys and girls, others are more specific to the boys' experience. *The inner struggle, testing one's limits and an isolating unspeakable* are thus common, highlighting the difficulty for adolescents to mentalize and verbalize emotions and feelings. Difficulties in connecting with others, and feelings of loneliness and isolation, are at the core of the participants' experience. However, the experience of boys appears specific in the difficulty to represent the irreversibility of death which can lead to suicidal behavior without direct intentionality. The narrative of suicidal acts, in its formulation, is quite different from that of young girls. One can assume that the difficulty of expressing suffering could lead young boys to develop a discourse that overshadows the question of their death, or in contrast magnifies it in a rewarding stage from which they pride themselves. The fear of being isolated or rejected seems almost insurmountable for the boys interviewed. The fear of the judgment of peers or the family is mixed with the imperative to face the problem by oneself and reinforces the feeling of isolation

in a retroactive loop. The story of the suicidal act can take a positive and enriching tone in the participant's stories. This only applies to adolescents with a history of suicidal gesture. The experience of acting out and its consequences seems to be integrated by the adolescent as elements which participate to a certain extent to the construction of their identity. This ameliorative feature can be compared to the hegemonic social models of masculinity. The sociological notion of gender identity makes it possible to think of this construction in a dynamic way and to propose adaptations of the caregivers' attitude during the first interviews with a suicidal teenager. During the first meetings, the caregiver should explore the adolescent's representations of the suicidal crisis in a neutral, self-interested, and unbiased way, including when the representations are disturbing or shocking for the caregiver. For example, when the patient values or glorifies suicidal behavior or when care is experienced as a sign of weakness and vulnerability. Respect of these proposals can indeed support weakened narcissistic foundations and favor encounter and alliance. This can only be done with the conviction that these representations are not frozen, but in construction, and that they can be secondarily mobilized in the therapeutic relationship. For that purpose, a work of elaboration on the representations of the masculinity will be able to lead the young person to reconsider his perception of care and suicidal behaviors. Reflexivity on the part of the caregiver about his own representations of masculinity seems necessary. **Conclusion:** Therapeutic management must explore and respect the adolescent's representations of masculinity and then mobilize them to bring the young person to reconsider his perception of care and suicidal behavior.

Keywords: Teenager ; Suicide Attempt ; Experience ; Sex ; Masculinity

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide est responsable de plus de 800 000 décès dans le monde chaque année (1). Il s'agit de la deuxième cause de mortalité pour les 15-24 ans (1,2). Aux États-Unis, le taux de suicide chez les 15-24 ans est à son plus haut niveau depuis l'année 2000, avec une augmentation importante depuis 2014 chez les 15-19 ans (3). En France, en 2014, 373 décès par suicide ont été constatés chez les 15-24 ans, dont 75 % d'hommes (2). En effet, les hommes se suicident plus que les femmes, quelle que soit la tranche d'âge (1,2,4). Les taux tendent à diminuer depuis 2000 mais restent importants (2).

Les conduites suicidaires sont fréquentes durant la période adolescente (1,2,5). En 2014, en France, près de 3 % de l'ensemble des jeunes de 17 ans interrogés dans l'étude ESCAPAD déclarent avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation, et un adolescent sur dix (10,4 %) avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois (2,6). Les filles déclarent ainsi, plus de pensées suicidaires et de tentatives de suicides que les garçons (4), ce qui est cohérent avec la littérature internationale (4,7) ; bien qu'il existe des situations spécifiques au sein desquelles cette tendance s'inverse (7-9).

Les jeunes migrants et enfants de migrants sont particulièrement touchés par les comportements suicidaires. Plusieurs études récentes ont montré une association entre le passé migratoire (propre ou familial) et l'augmentation de la prévalence de comportements suicidaires chez les adolescents (10-12). Les facteurs post-migratoires, notamment d'appartenir à une minorité culturelle dans un pays, pourraient avoir un impact plus important que la migration elle-même (13,14).

Les facteurs de risque du suicide chez l'adolescent ont fait l'objet de nombreuses études récentes (4,7,15). L'adolescence est une période de vulnérabilité où penser à la mort est ordinaire (16). Néanmoins, certains adolescents vont mettre en acte cette pensée par des conduites suicidaires,

et ce, afin de tenter de résoudre des conflits tant internes qu'externes ; signant un échec du travail d'élaboration ainsi qu'une marche vers l'autodestruction (17). Différents auteurs ont mis en avant des spécificités liées au sexe dans les prises en charge des comportements suicidaires (9,18–22). L'expression symptomatique des hommes serait différente, avec par exemple des comportements agressifs, violents ou suicidaires plus fréquents (19), une moindre capacité à solliciter de l'aide (23,24), ou encore à comprendre et réguler ses émotions et pensées négatives (25). Ces expressions sont variables suivant le contexte culturel, peuvent susciter des réactions émotionnelles chez les soignants (26) et nécessitent d'être prises en compte dans les programmes de prévention et de traitement (21). Malgré des taux plus importants de suicide chez les adolescents garçons, il n'existe que peu d'études spécifiques s'intéressant à l'expérience subjective de ces comportements suicidaires (2,22,27). Ce récit subjectif de leur expérience participe à la construction de leur « identité narrative », concept proposé par Ricoeur(28), et permet notamment d'appréhender la part culturelle et genrée de cette identité. En effet, afin d'améliorer leurs prises en charge sanitaires, il est nécessaire d'étudier les clés de compréhension socio-culturelle et la construction du sens donné par les adolescents garçons aux comportements suicidaires en France (2). Notre étude inclut des adolescents issus de famille ayant connu une migration vers la France, ainsi que des familles n'en ayant pas connu. L'objectif de cette étude est d'approfondir la compréhension du sens donné aux comportements suicidaires par les garçons. Les résultats seront mis en perspective avec un précédent travail de notre équipe qui interrogeait la même question chez les jeunes filles (29,30). Le contexte culturel et les parcours de migrations seront pris en compte dans l'analyse.

Méthode

Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle et exploratoire basée sur une démarche qualitative, phénoménologique et inductive. La méthode qualitative permet l'exploration de l'expérience subjective des enfants et des adolescents (31). Elle permet également d'appréhender les comportements suicidaires dans leur complexité, individuelle, environnementale et socio-culturelle avec des adolescents présentant notamment une situation de double-culture (27,32,33). Le projet a obtenu l'accord du comité d'évaluation de l'éthique des projets de recherche biomédicales Paris Nord en 2015 (IRB00006477).

Population

Il s'agit d'une population d'adolescents recrutés dans 3 centres différents, parmi les patients pris en charge à la Maison des Adolescents de l'hôpital Avicenne à Bobigny (93) (Service du Pr Thierry Baubet, Hôpital Avicenne, AP-HP), au centre hospitalier de Gonesse (93) (Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile du Dr Rozencwajg, Centre Hospitalier de Gonesse), et au Centre Médico-Psychologique de Meudon (92) (Service du Dr Nancy Pionne-Dax, Etablissement Public de Santé Mentale ERASME). Les adolescents ont entre 14 et 20 ans au moment de la recherche. Les adolescents de famille non migrante sont des adolescents nés en France de parents nés en France. Les adolescents de famille migrante sont nés dans un autre pays ou ont au moins un parent ayant une expérience migratoire, sans critère de sélection sur le pays d'origine. Tous les adolescents inclus ont présenté des idées suicidaires dans les mois précédents cette inclusion. L'existence d'automutilations et/ou de passage à l'acte suicidaire est recherchée mais n'entre pas dans les critères d'inclusion –les contextes variés permettront d'enrichir les données. L'étude est proposée à l'adolescent par l'équipe médicale responsable de la prise en charge pédopsychiatrique et un consentement écrit des adolescents et des parents est recueilli après information des modalités de l'étude.

Recueil des données

Un entretien semi-structuré d'environ une heure est réalisé avec l'adolescent. Un guide d'entretien, illustré dans le tableau 1, est réalisé pour explorer cette expérience subjective. Le guide n'est pas fixe et il est adapté au fur et à mesure de la recherche. Durant cet entretien, le chercheur explore le récit de vie de l'adolescent, le récit du passage à l'acte et ses modalités, l'histoire familiale, les aspects relationnels familiaux et sociaux, l'impact éventuel des réseaux sociaux, le vécu des relations familiales et sociales ainsi que l'influence de la culture sur le travail de sens attribué à ces gestes. Les différents thèmes cités sont approfondis à plusieurs reprises durant cet entretien.

Tous les entretiens sont enregistrés audio-numériquement, retranscrits littéralement et intégralement, y compris les questions et anonymisés. Ils sont menés par le même chercheur (TV).

[Analyse des résultats](#)

L'analyse est menée selon la méthode de l'*Interpretative Phenomenological Analysis*, qui permet d'étudier le sens que le sujet construit à partir d'expériences vécues (26,34,35). L'analyse méticuleuse des entretiens, au fur et à mesure des passations, permet d'aboutir à un jeu de méta-thèmes, eux-mêmes reliés à plusieurs thèmes, décrivant l'ensemble des récits d'expériences. Les thèmes ne sont pas choisis uniquement sur la base de la prévalence dans les données. D'autres facteurs, y compris la richesse des passages qui mettent en évidence les thèmes, et la façon dont le thème aide à éclairer d'autres aspects du récit sont également pris en compte.

Deux chercheurs (TV et JL) analysent séparément les entretiens des populations adolescentes. Puis les analyses sont mises en perspectives afin d'exposer les différents récits d'expériences.

Résultats

Treize adolescents ont été inclus issus des trois différents centres de recrutement. Sept d'entre eux ont un passé migratoire personnel ou familial. Ils sont âgés de 15 à 18 ans. Trois refus ont été observés : un concernant les parents qui craignaient une recrudescence des idées suicidaires, et deux concernant les adolescents, qui s'inscrivaient dans un rejet de l'institution sanitaire. Les résultats reposent sur l'analyse de 10 entretiens. Les caractéristiques principales des adolescents interrogés sont résumées dans le tableau 2.

Les résultats s'organisent autour des 3 axes d'expérience précédemment identifiés chez les jeunes filles : le rapport à soi, le rapport à l'autre, le rapport à la mort. Certains thèmes sont communs aux expériences des garçons et des filles, d'autres sont plus spécifiques à l'expérience masculine. Les verbatims des entretiens sont regroupés dans le tableau 3.

[Le rapport à soi](#)

La réponse à un défaut de sens

La plupart des adolescents interrogés évoquent une difficulté à penser une utilité, une valeur à leur propre vie. Du manque de sens découle une perte de maîtrise de leur existence. Penser la mort et sa mort, deviendrait ainsi un moyen de s'appropriier son existence plutôt que de la subir, en actant un choix (*Verbatim n°1*) (*Verbatim n°2*). À ceci s'ajoute un désintérêt ou sentiment de non-appartenance à leur famille. Ce sentiment est plus marqué chez les adolescents migrants (*Verbatim n°3*). La quête de sens semble alors entravée par l'impossibilité de métisser des signifiants culturels autour du suicide, et l'appartenance à une double culture rend confus la construction identitaire.

Le combat intérieur

Les adolescents expriment une tension interne importante résultant d'un conflit interne. Il s'agit d'un conflit qui peut être ancien et dont la résolution semble impossible pour l'adolescent. La douleur morale engendrée par ce conflit est parfois qualifiée d'*insupportable*. La mise en mots est difficile et le passage à l'acte peut alors servir à réguler cette tension. Le passage à l'acte suicidaire peut prendre différentes formes dans ce contexte (automutilations ou conduites ordaliques) (*Verbatim n°4*). Parfois la tension interne n'est pas représentable et prend initialement la forme d'un symptôme somatique (*Verbatim n°5*). Le suicide vient résoudre par une action sur le corps ce qui est intolérable dans l'expérience corporelle.

Du passé traumatique à l'avenir inquiétant

Pour plusieurs adolescents, l'histoire personnelle est vécue comme un obstacle insurmontable dont la seule évocation peut être douloureuse. Le passé empêche l'appréhension d'un présent ou d'un futur, s'immiscant dans le quotidien. Il en est ainsi du garçon n°8 dont le vécu de la migration apparaît traumatique (*Verbatim n°6*).

Par symétrie, le futur peut également prendre la forme d'un objet invisible et menaçant pour certains participants. Les injonctions de l'environnement à grandir coûte que coûte dans un présent déjà vécu comme insurmontable sont vécues comme des contraintes externes. Le suicide devient une réponse aux angoisses, une solution maîtrisée face à un avenir incertain (*Verbatim n°7*).

[Le rapport à l'autre](#)

Un indicible qui isole

Les adolescents rencontrés évoquent des difficultés à parler de leur mal-être et de leurs idées suicidaires. L'expérience relationnelle avec les pairs est marquée par un sentiment de rejet, de différence, voire de mise en difficulté des autres par son propre témoignage. Les adolescents se sentent différents et ils témoignent d'une expérience d'incompréhension de la part de leurs pairs qui n'ont pas les mêmes difficultés (*Verbatim n°8*) (*Verbatim n°9*).

Le silence peut aussi parfois servir à protéger l'autre d'une contagion du mal-être, et ainsi maintenir une forme de relation aux autres. Lorsque le partage des expériences négatives est trop fréquent, le risque est en effet paradoxalement l'éloignement des pairs et l'isolement (*Verbatim n°10*).

Au sein de la famille également, l'expérience d'incompréhension est associée à la peur de parler de suicide par peur de faire mal au parent. Ainsi, garçon n°10 raconte avoir protégé sa mère en n'évoquant jamais les idées suicidaires directement avec elle (*Verbatim n°11*).

Chez les participants migrants, l'isolement familial induit par la migration isole les familles et paradoxalement renforce la fusion familiale. Dans ce contexte, on passe sous silence le mal-être synonyme de différenciation et d'isolement (*Verbatim n°12*).

Pouvoir dire et montrer à travers les réseaux sociaux

Quatre adolescents dans cette étude utilisaient les réseaux sociaux pour évoquer leur expérience suicidaire ou d'automutilations. À l'inverse de l'expérience d'impossibilité à dire dans la réalité, les automutilations ou les comportements suicidaires sont des expériences transmissibles dans l'espace virtuel. Les réseaux sociaux permettent aux participants d'investir des groupes sociaux qui peuvent réunir autour du mal-être – dépression, automutilation, tentative de suicide – mais également de multiples thématiques, et ainsi de développer de véritables liens avec des pairs. Ces liens, souvent absents dans la vie réelle, sont de véritables soutiens et permettent le récit d'un indicible dans le cercle habituel de l'adolescent (*Verbatim n°13*) (*Verbatim n°14*). Cependant, les réseaux sociaux peuvent être aussi un espace de mise en scène de la souffrance (*Verbatim n°15*). Ce n'est plus le lien et l'entraide qui est alors recherchés, mais plutôt la domination de l'autre et la valorisation de soi par le côté extrême des propos ou des actes

montrés.

Aspects thérapeutiques de la relation aux autres

Le lien à l'autre, même fragile, est pourtant souvent décrit par nos participants comme le fil qui retient à la vie. Ainsi, un lien d'affection avec un membre de la famille ou une relation amoureuse permet parfois de résoudre ou d'atténuer la souffrance qui conduit aux comportements automutilatoires ou suicidaires. L'intégration dans un ensemble ou un collectif permettrait aux adolescents d'accepter un soutien et une résolution relative des facteurs de mal-être (*Verbatim n°16*).

Pourtant, l'espace relationnel thérapeutique, s'il est souvent vecteur de soutien et d'amélioration, a pu être vécu comme contraint et intrusif, lorsqu'il est proposé dans une mauvaise temporalité à certains participants (*Verbatim n°17*).

[Le rapport à la mort](#)

Tester ses limites

Certains adolescents interrogés évoquent à travers les tentatives de suicides et les conduites à risques une manière d'explorer leurs limites. La notion de risque et d'irréversibilité de la mort ne semble pas toujours perçue par nos participants, le passage à l'acte se transforme alors en une recherche de sensation dont l'adolescent pense avoir le contrôle (*Verbatim n°18*). Ainsi un participant évoque à travers des mésusages de médicaments achetés sur Internet et des prises de risques inconsidérées, une quête de sens (*Verbatim n°19*). Dans son discours, pas de désir de mourir : la réalité de la mort demeure abstraite.

Une fin possible à une histoire de vie difficile à penser

Les participants décrivent des idées et des scénarii suicidaires qu'ils imaginent paradoxalement pour se rassurer. Dans ces pensées, le suicide et la mort deviennent en effet des « portes de sortie » accessibles et contrôlables qu'ils ont la possibilité d'ouvrir lorsque le présent devient insupportable (*Verbatim n°20*).

La mise en scène est parfois complète, et la fin de l'histoire est écrite dans un journal ou une lettre (*Verbatim n°21*).

Une expérience paradoxalement "positive"

Enfin, parmi les adolescents interrogés ayant fait une tentative de suicide, plusieurs décrivent cette expérience comme riche et positive dans leur parcours. Ils évoquent paradoxalement une source d'enseignement, une expérience singulière et unique participant à leur individuation (*Verbatim n°22*). La tentative de suicide, la confrontation avec la mort, les conséquences de cet acte, sont autant d'éléments qui, selon eux, ont participé à leur construction identitaire. Pour un des participants, l'acte suicidaire acquiert même une dimension valorisante, preuve de courage face au sentiment d'inutilité ou de dureté de la vie (*Verbatim n°23*).

Discussion

Cette étude qualitative, menée auprès d'adolescents garçons de trois centres de soin de région parisienne, a permis d'explorer pour la première fois en profondeur l'expérience d'adolescents vivant en France et présentant des idées ou des comportements suicidaires.

Certains thèmes communs à l'expérience des jeunes filles (30) ont pu être identifiés. *Le combat intérieur*, *Tester ses limites* et *Un indicible qui isole* ont ainsi été retrouvés dans les deux études. Le premier thème, évoquant un conflit interne, peut être relié aux difficultés que présentent les adolescents dans la mentalisation et la verbalisation des émotions et ressentis (36). Le passage

à l'acte, évoqué par les adolescents, vient alors réinscrire sur le corps ce qui n'est pas pensable ou dicible, et représente alors une tentative de maîtriser ce qu'ils craignent de subir, ce qu'ils ne peuvent pas se représenter sur la scène interne de leur espace psychique (37). Enfin, le sentiment d'isolement semble majoré par le sentiment d'incapacité à contrôler l'ensemble des modifications internes et externes, et à exprimer les ressentis.

Une particularité est apparue dans les entretiens de garçons dans le rapport à la mort : la difficulté à se représenter le caractère irréversible de la mort, qui peut amener à des conduites suicidaires sans intentionnalité directe. L'impulsivité est souvent présente à l'adolescence et peut expliquer la difficulté des adolescents à prendre en considération les conséquences négatives de ces agissements (38). Pourtant, si la mort est parfois mise en scène et magnifiée chez les jeunes filles, elle reste le plus souvent pensée et existe dans le discours. Chez certains de nos adolescents, la réalité de la mort est parfois complètement occultée.

Au cœur des thèmes abordés par les adolescents garçons de cette étude, les difficultés dans les liens à l'autre et le sentiment de solitude et d'isolement apparaissent centraux. Ces résultats ne sont pas spécifiques à notre étude et ont déjà été largement décrits dans différents contextes (26). Pourtant, le récit des passages à l'acte suicidaire, dans leur formulation, apparaît ici très différent de celui des jeunes filles. On peut faire l'hypothèse que la difficulté à exprimer la souffrance pourrait conduire les jeunes garçons à dérouler un discours qui occulte la question de leur mort, ou au contraire la magnifie dans une étape valorisante et dont ils s'enorgueillissent. La peur d'être isolé, rejeté, semble quasi-insurmontable pour les garçons interrogés. La crainte du jugement des pairs ou de la famille se mêle à l'impératif d'affronter le problème seul et par soi-même et renforce le sentiment d'isolement, dans une boucle rétroactive. Les adolescents garçons consultent ainsi plus rarement que les jeunes filles pour un mal-être, et abandonnent plus rapidement les soins (2).

Un élément nous a semblé particulièrement spécifique de l'expérience des jeunes garçons : le récit du passage à l'acte suicidaire comme une expérience positive et enrichissante. Cela ne concerne que les adolescents ayant des antécédents de geste suicidaires. L'impression d'avoir « vu » la mort de près est présentée comme une expérience valorisante pour l'adolescent, également comme un atout auprès de ses pairs. L'expérience du passage à l'acte et ses conséquences semblent intégrées par l'adolescent comme des éléments qui participent dans une certaine mesure à leur construction identitaire. Ceux-ci peuvent être des leviers pour la construction de nouvelles affiliations et combler des fragilités narcissiques, à une période où les réaménagements de personnalité amènent le sujet à s'appuyer sur des objets externes de réassurance (39). Or, la construction identitaire des adolescents s'inscrit entre une filiation (inscription dans les générations) et une affiliation (inscription dans des groupes), les amenant à construire une identité « métissée » (40). Les tentatives de suicide pourraient alors être comprises comme un marqueur d'incapacité à négocier cette construction identitaire sans recourir à des actes extrêmes (41). On peut également rapprocher ce caractère mélioratif des modèles sociaux hégémoniques de la masculinité (42,43). Avoir affronté la mort ou une expérience extrême peut être autant de représentations masculines du « triomphe suicidaire » (44). Si les modèles hégémoniques de la masculinité ont été décrits et discutés, leur transmission s'inscrit en partie dans une dimension culturelle (45,46). Survivre à une tentative de suicide est associé à la féminité et peut être stigmatisant pour les garçons selon les résultats d'une étude

américaine (47). De nombreuses études chez l'adulte, dans différents contextes, mettent ainsi en évidence une plus grande réticence des hommes à consulter après une tentative de suicide (20,22,42,48).

Sur le plan sociologique, la notion d'identité de genre développée par Connell permet de mieux comprendre ce phénomène (45). Les idéaux dominant de masculinité (puissant, invulnérable et autoritaire) sont mis à mal lors d'une prise en charge sanitaire, qui exige l'expression de la douleur et des besoins. Certains auteurs proposent par exemple d'accompagner les patients à reconsidérer le soin avec des normes sociales positives telles le courage ou le leadership (49). Mais Connell va plus loin en proposant une approche théorique dépassant la dichotomie catégorielle des sexes. Il s'agit de penser le genre dans une dimension relationnelle, qui permet de voir l'hégémonie masculine comme une « configuration des pratiques de genre », et donc sujette au changement. L'expression et la réception du mal-être des adolescents garçons peuvent ainsi être considérées de façon dynamique et réflexive, et conduire patient et soignant à analyser ces manifestations du genre dans leur complexité (50).

En pratique, c'est dans les premiers contacts que l'attitude du soignant doit être adaptée. Durant la rencontre, le soignant doit explorer les représentations de l'adolescent sur la crise suicidaire de manière neutre, intéressée, et sans a priori. Y compris lorsque les représentations sont perturbantes ou choquantes pour le soignant, par exemple lorsque ce dernier valorise ou glorifie les comportements suicidaires, ou que le soin est vécu comme une marque de faiblesse et de vulnérabilité. Respecter ces propositions peut en effet soutenir des assises narcissiques fragilisées et favoriser la rencontre et l'alliance. Cela ne pourra se faire qu'avec la conviction que ces représentations ne sont pas figées, mais en construction (50), et qu'elles pourront être secondairement mobilisées dans la relation thérapeutique. Pour cela, un travail d'élaboration sur les représentations de la masculinité pourra amener le jeune à reconsidérer sa perception du soin et des comportements suicidaires. Une réflexivité de la part du soignant sur ses propres représentations de la masculinité est pour cela nécessaire.

Conclusion

Le suicide et les comportements suicidaires sont un enjeu majeur de santé publique en France. Cette étude qualitative a permis d'explorer les spécificités de l'expérience suicidaire de dix jeunes garçons. Si les conflits internes irréprésentables et la recherche de limites entre la vie et la mort sont communs aux jeunes garçons et aux jeunes filles, l'expérience du rapport à l'autre et le récit des comportements suicidaires présentent des spécificités qui sont propres aux jeunes garçons. Durant les premiers temps de la rencontre, le soignant doit explorer les représentations de l'adolescent sur la crise suicidaire de manière neutre, intéressée, et sans a priori, y compris lorsque les représentations sont perturbantes ou choquantes. L'élaboration sur les représentations ne pourra s'effectuer qu'après construction d'une alliance de bonne qualité. La prise en compte de ces spécificités permettra une meilleure appréhension dans la prévention et la prise en charge des comportements suicidaires des adolescents.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Bibliographie

1. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
2. Observatoire National du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
3. Miron O, Yu K-H, Wilf-Miron R, Kohane IS. Suicide Rates Among Adolescents and Young Adults in the United States, 2000-2017. *JAMA*. 18 juin 2019;321(23):2362.
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54.
5. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. Elsevier Health Sciences; 2018. 945 p.
6. Janssen E, Spilka S, Beck F. Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 nov 2017;65(6):409-17.
7. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 23 juin 2012;379(9834):2373-82.
8. Baudelot C, Establet R. Suicide - L'envers de notre monde. Paris: Points; 2018. 288 p.
9. WASSERMAN D, CHENG Q, JIANG G-X. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*. juin 2005;4(2):114-20.
10. Aldridge RW, Nellums LB, Bartlett S, Barr AL, Patel P, Burns R, et al. Global patterns of mortality in international migrants: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 15 déc 2018;392(10164):2553-66.
11. McMahon EM, Corcoran P, Keeley H, Cannon M, Carli V, Wasserman C, et al. Mental health difficulties and suicidal behaviours among young migrants: multicentre study of European adolescents. *BJPsych Open*. 30 nov 2017;3(6):291-9.
12. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe—a systematic literature review. *Eur J Public Health*. 1 févr 2015;25(1):63-71.
13. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Full Spectrum of Psychiatric Disorders Related to Foreign Migration: A Danish Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 1 avr 2013;70(4):427-35.
14. Krieger N. Discrimination and Health Inequities. *Int J Health Serv*. 1 oct 2014;44(4):643-710.

15. du Roscoät E, Legleye S, Guignard R, Husky M, Beck F. Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *Journal of Affective Disorders*. janv 2016;190:517-21.
16. Marcelli D, Le Breton D. Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse [Internet]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/Dictionnaire_de_ladolescence_et_de_la_jeunesse
17. Birraux A, Lauru D. L'Enigme du suicide à l'adolescence [Internet]. Albin Michel. 2012 Disponible sur: <https://www.albin-michel.fr/ouvrages/lenigme-du-suicide-a-ladolescence-9782226243911>
18. Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*. déc 2000;177(6):484-5.
19. Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L, Schmied V. 'Big build': hidden depression in men. :11.
20. Kizza D, Knizek BL, Kinyanda E, Hjelmeland H. Men in despair: A qualitative psychological autopsy study of suicide in Northern Uganda. *Transcult Psychiatry*. nov 2012;49(5):696-717.
21. Breton J-J, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, et al. Protective Factors Against Depression and Suicidal Behaviour in Adolescence. *Can J Psychiatry*. févr 2015;60(2 Suppl 1):S5-15.
22. Player MJ, Proudfoot J, Fogarty A, Whittle E, Spurrier M, Shand F, et al. What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. *PLOS ONE*. 19 juin 2015;10(6):e0128180.
23. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *AJP*. juin 2002;159(6):909-16.
24. Howerton A, Byng R, Campbell J, Hess D, Owens C, Aitken P. Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *BMJ*. 10 févr 2007;334(7588):303.
25. Rutz W, Rihmer Z. Suicide in men: Suicide prevention for the male person [Internet]. Oxford University Press; Disponible sur: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198570059.001.0001/med-9780198570059-chapter-35>
26. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of Youth Suicidal Behaviours: Perspectives of Youth, Parents, and Health Care Professionals. Dalal K, éditeur. *PLOS ONE*. 22 mai 2015;10(5):e0127359.
27. Hjelmeland H, Knizek BL. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. févr 2010;40(1):74-80.
28. Ricœur P. L'identité narrative. *Esprit* (1940-). 1988;(140/141 (7/8)):295-304.
29. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro M-R. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. Botbol M, éditeur. *PLOS ONE*. 18 avr 2016;11(4):e0153760.

30. Grandclerc S, Moro M-R, Lachal J. Étude des spécificités de l'expérience automutilatoire et suicidaire chez des adolescentes en situation transculturelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juin 2017;65(4):245-56.
31. Herpin N, Barney G, Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. *Stratégies pour la recherche qualitative*. Lectures [Internet]. 26 oct 2010; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1357>
32. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 11 août 2001;358(9280):483-8.
33. Rich M, Ginsburg KR. The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*. 1 déc 1999;25(6):371-8.
34. Smith JA, éditeur. *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. 2nd ed. Los Angeles, Calif: SAGE Publications; 2008. 276 p.
35. Smith JA. Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*. 1 févr 1996;11(2):261-71.
36. Badoud D, Speranza M, Debbané M. Vers un modèle du développement des dimensions de la mentalisation à l'Adolescence. *Revue québécoise de psychologie*. 2016;37(3):49.
37. Jeammet P. Le passage à l'acte. *Imaginaire Inconscient*. 2005;no 16(2):57-63.
38. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric Aspects of Impulsivity. *AJP*. 1 nov 2001;158(11):1783-93.
39. Marcelli D, Humeau M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. [//www.em-premium.com/data/traites/ps/37-43521/](http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-43521/) [Internet]. 8 déc 2006; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/55201?redirectTo=EM>
40. Baubet T, Moro MR. Psychopathologie transculturelle [Internet]. Elsevier; 2009. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294704345X00019>
41. Skandrani S, Le Toumelin P, Taïeb O, Baubet T, Wargon M, Moro M-R. Facteurs associés aux tentatives de suicide des adolescents d'origine maghrébine en France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 juill 2008;166(6):473-80.
42. Emslie C, Ridge D, Ziebland S, Hunt K. Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine*. 1 mai 2006;62(9):2246-57.
43. Bourdieu P. *La domination masculine*. Seuil. 1998. (Essais).
44. Pommereau DX. *L'adolescent suicidaire - 3ème édition*. Dunod; 2013. 284 p.
45. Connell R, Hagège M, Vuattoux A. *Masculinités*. Amsterdam. 2014.
46. Demetriou DZ. La masculinité hégémonique : lecture critique d'un concept de Raewyn Connell. *Genre, sexualité & société* [Internet]. 1 juin 2015;(13). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/3546>

47. Canetto SS. Meanings of Gender and Suicidal Behavior during Adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1997;27(4):339-51.
48. Medina CMO, Dahlblo K, Dahlgren L, Herrera A, Kullgren G. I Keep My Problems to Myself: Pathways to Suicide Attempts in Nicaraguan Young Men. :13.
49. Kilmartin C. Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *The Journal of Men's Health & Gender*. 1 mars 2005;2(1):95-9.
50. Vuattoux A. Penser les masculinités. *Les Cahiers Dynamiques*. 2013;n° 58(1):84-8.

Tableaux

Tableau 1 – Guide de l'entretien semi-structuré

Tableau 2 – Caractéristiques des participants

Tableau 3 – Verbatims des participants

Tableau 1 – Guide de l'entretien semi-structuré

-Peux-tu m'expliquer ce qui t'a amené à consulter, selon toi ? Raconte-moi comment tu es arrivé jusqu'ici.

-T'es-tu arrivé de te faire du mal ou de penser à te donner la mort ? Dans quelles circonstances ? Qu'est-ce qui t'a conduit à te faire du mal ?

-Quels sont tes rapports à la famille ? Comment vous entendez-vous ? Ces rapports ont-ils changés à la suite de ton geste ?

-A l'école ou à l'extérieur du foyer, quels sont tes rapports aux copains-copines ? Comment ont évolués ces liens depuis que tu vas moins bien ?

-Avec les amis, quels sont tes échanges sur les réseaux sociaux ? Comment utilises-tu internet ou les réseaux sociaux ? Y avait-il un lien avec le geste suicidaire ? Ton utilisation a-t-elle changé à la suite du geste ?

Tableau 2 – Caractéristiques des participants

N°	Âge	Contexte familial	Fratrie	IDS	AM	TS	Scolarité	Lieu des soins	Génération de migration
1	15	Parents séparés	1 sœur	Oui	Oui	Oui	Collège	Hospitalisation	N
2	17	Mariés	2 frères	Oui	-	-	Lycée	Consultation	N-1
3	16	Parents séparés	4 frères	Oui	Oui	Oui	Lycée	Hospitalisation	-
4	18	Mariés	1 frère, 1 sœur	Oui	-	-	Lycée	Consultation	N-1
5	16	Parents séparés	1 frère, 1 sœur	Oui	Oui	-	Lycée	Consultation	-
6	17	Mariés	2 frères, 2 sœurs	Oui	-	Oui	Lycée	Hospitalisation	N-2
7	18	Mariés	1 frère	Oui	-	-	Lycée	Consultation	N-1
8	18	NC	NC	Oui	-	-	Non	Consultation	N
9	16	Parents séparés	1 frère, 2 sœurs	Oui	Oui	Oui	Lycée	Consultation	-
10	18	Parents séparés	-	Oui	-	-	Déscolarisation	Consultation	N-2

Légende – AM : automutilations ; IDS : idées suicidaires ; N : génération de l'adolescent ; NC : non connu ; TS : tentative de suicide

Tableau 3 – Verbatims des participants

<p>Le rapport à soi</p>	<p>VERBATIM N°1 (Garçon n°9) <i>Je voyais ma vie trop insupportable. Je crois que pour moi à ce moment-là, la valeur de la vie n'existait pas. Je crois pas en Dieu. Je croyais en rien.</i></p> <p>VERBATIM N°2 (Garçon n°3) [à propos du suicide] <i>C'était la dernière solution utile. J'avais aussi un désintérêt total de la vie, je me disais « ça sert à rien la vie », c'est fade c'est vide, y'a rien. C'est le nihilisme ça.</i></p> <p>VERBATIM N°3 (Garçon n°6) <i>Non c'est juste que je suis en conflit en moi-même. Parce que à force, je suis très frustré de me dire « pourquoi j'arrive pas à dire en chinois ? » ! [...] C'est juste que ça me saoule tout le temps de pas maîtriser la langue chinoise du coup à quoi bon. Autant faire table rase du passé et faire autre chose dans la suite.</i></p> <p>VERBATIM N°4 (Garçon n°6) <i>Ça a toujours été la colère qui m'encourageait à le faire [les passages à l'acte]. Colère contre moi. C'est le fait d'être pas bien. Quand je suis pas bien ça me met en colère.</i></p> <p>VERBATIM N°5 (Garçon n°2) <i>J'ai eu des douleurs à la tête, constantes, même en ce moment, qui deviennent de plus en plus douloureuses. J'ai mal à la tête. Je comprends pas, ça me dérange pendant le cours, je deviens de plus en plus dépressif. [...] Mutilations, overdose, sauter par le toit, le train. Ou au-dessus d'un pont où y'a des rails. Sur le moment où je passe, ça me passe par la tête. Ou dans les moments où je suis vraiment pessimiste, je commence à penser à ça.</i></p> <p>VERBATIM N°6 (Garçon n°8) <i>J'aime pas voir certains gens qui s'habillent comme ça [selon la tradition du pays d'origine] et qui sont beaucoup, mais ils m'ont pas fait du mal, mais des fois je peux en voir dans les transports, c'est quelque chose qui me donne pas l'envie de vivre.</i></p> <p>VERBATIM N°7 (Garçon n°7) <i>Vu que mes parents me disent tout le temps dans ma tête « à force si tu continues comme ça tu vas avoir un mauvais boulot », tu vas avoir le même boulot que tes parents, et à force ça m'a mis ça dans la tête, si tu rates, tu vas échouer dans ta vie. Genre t'as une chance et t'en as pas d'autre ensuite.</i></p>
<p>Le rapport à l'autre</p>	<p>VERBATIM N°8 (Garçon n°2) <i>Y'a des personnes qui me parlent au lycée, mais qui sont plutôt sympathiques. Eux ils ont jamais vécu ce que j'ai ressenti en fait. Du coup ils peuvent pas comprendre.</i></p> <p>VERBATIM N°9 (Garçon n°1) <i>J'ai dit à mon meilleur pote [que j'étais déprimé] qui m'a dit 'ouais arrête ça', il savait pas trop comment réagir mais normal. Il me disait d'arrêter mais c'est pas ça qui allait me faire arrêter. J'en ai plus reparlé à mon pote parce qu'il savait pas comment réagir.</i></p> <p>VERBATIM N°10 (Garçon n°5) <i>C'est à dire que des fois ça m'arrivait de pleurer, entre autres en lui parlant. En lui disant absolument tout tout, c'est à dire que je parlais beaucoup beaucoup même beaucoup trop. Je lui parlais tellement qu'au final ça lui faisait même du mal à elle. Parce que à force que je lui dise des choses qu'au final elle essayait de me rassurer mais ça servait à rien parce que j'étais trop mal et que je continuais à penser négativement. Au final ça lui a fait du mal à elle et on a fini par ne plus se parler à cause de ça.</i></p> <p>VERBATIM N°11 (Garçon n°10) <i>Moi personnellement face à face, je lui ai jamais dit avoir eu des pensées suicidaires ou quoi. Parce que je savais que ça allait lui faire plus de mal qu'autre chose en fait. [...] Elle aurait eu beaucoup beaucoup de mal à s'en remettre.</i></p> <p>VERBATIM N°12 (Garçon n°2) <i>J'ai jamais abordé le terme de suicide, parce que ma famille pense pas du tout à ça. Je suis le seul à penser à ça. Toute ma famille, ils ont très confiance en eux même, ils sont assez soudés. Par rapport au reste je suis plutôt isolé. Du coup ils comprennent pas ce que j'ai.</i></p> <p>VERBATIM N°13 (Garçon n°5) <i>C'est via les réseaux sociaux où j'ai rencontré des gens. J'ai rencontré des gens, beaucoup de personnes et je suis devenu ami. [...] Je leurs parle, on se fait des sortes de groupe, et je peux dire quand je vais mal et les gens ils viennent me voir, ils viennent m'aider, ou quand les gens vont mal je viens les voir.</i></p> <p>VERBATIM N°14 (Garçon n°10) <i>C'étaient beaucoup d'amis que j'ai jamais vu dans la vraie vie, et pourtant on avait un lien très fort d'amitié. Et du coup on se racontait absolument tout, et moi j'avais pas peur, j'avais pas honte de dire "voilà les amis, ça va pas. Je vais plus trop à l'école en ce moment..." C'était de fil en aiguille quoi, je parlais du négatif et tout ce qui se passait dans ma vie.</i></p> <p>VERBATIM N°15 (Garçon n°9) <i>J'utilisais beaucoup [les réseaux sociaux] en mode « Regardez ce que je me suis fait, vous vous faites pas ça vous êtes trop inférieurs ». J'ai arrêté y'a un mois ou deux, parce que j'ai vu que d'autres gens [...] qui étaient aussi mal que moi, ils faisaient pareils. Ils mettaient des citations tristes dans leur Story, mettaient leurs scarifications, ils se donnaient même des conseils pour se scarifier. Je pensais que j'étais le seul à le faire mais en fait pas du tout ! J'ai juste suivi la masse en fait et là ça m'a dégoûté et j'ai arrêté.</i></p> <p>VERBATIM N°16 (Garçon n°10) <i>Mais après je me suis dit la vie elle vaut peut-être la peine d'être vécu, car c'est quand même un truc rare, et c'est surtout mes amis qui m'ont permis de voir autrement, "ta vie elle est comme ça mais tu peux la changer à n'importe quel moment", qui m'ont permis de, ils m'ont encouragé, ils m'ont redonné de l'espoir. C'est à partir de là que j'ai commencé à aller mieux.</i></p> <p>VERBATIM N°17 (Garçon n°8) <i>Avant j'étais à [lieu de consultations], là-bas tu vois un psychologue, mais ça m'intéressait pas beaucoup, on me forçait de parler de choses qui m'ont fait du mal [...] Ils ont vu mon état, et ils m'ont dit qu'il fallait parler. Qu'il fallait que je voie une psychologue. Ils m'ont pris des rendez-vous donc je suis allé, je les ai respectés, mais tout le temps on me faisait parler des choses que j'aimais pas c'est pour ça que j'ai arrêté.</i></p>
<p>Le rapport à la mort</p>	<p>VERBATIM N°18 (Garçon n°9) <i>Comment peux-tu connaître la vie si t'as pas vu la mort dans les yeux ou si t'as même pas essayé ? C'est comme ça que je vois.</i></p> <p>VERBATIM N°19 (Garçon n°6) [à propos d'un mésusage de médicament] <i>Parce que on m'avait dit que ça provoquait des hallucinations à haute dose donc je voulais essayer. J'ai des histoires avec des médicaments, et alcool et cannabis. C'est l'exploration. Découvrir de nouvelles choses. J'étais en recherche de sensations. Je m'attendais pas à ce que ce soit si fort que ça parce que au final j'ai fait un black-out, je ne me souviens pas de ce que j'ai eu. [...] Une fois en scooter, j'ai traversé, y'a un rond-point en particulier, que je traversais sans regarder les voitures. Je traversais sans regarder, alors que potentiellement je pouvais me prendre une voiture. C'est à dire que j'y allais, j'y pensais, je regardais pas si les voitures arrivaient, je me concentrais sur l'accélérateur et j'accélérais. [...] Je savais que c'était ultra dangereux mais je</i></p>

ne le vivais pas à ce moment-là comme quelque chose de dangereux. Je sais pas si ce serait de la recherche de sensation, mais je sais que je recherchais quelque chose en faisant ça.

VERBATIM N°20 (Garçon n°3) Du coup maintenant je repense au truc et je pense que c'est pas forcément nécessaire, mais c'est une porte de sortie si c'est vraiment trop compliqué de vivre. On peut dire que y'a toujours un moyen de disparaître, totalement. Ça reste à l'esprit quoi.

VERBATIM N°21 (Garçon n°9) Il y a un mois, j'ai dû écrire pas une lettre de testament mais comme j'écris une sorte de journal intime, ouais j'pense que je vais planifier une tentative qu'on va essayer de pas foirer cette fois-là mais ces derniers temps j'ai pas envie.

VERBATIM N°22 (Garçon n°10) Toutes les choses dans ma vie que je fais maintenant, c'est des choses que j'aurais jamais appris avant. Toutes les mauvaises choses que j'ai accumulées dans la vie m'ont fait apprendre des choses que j'aurais jamais appris autrement. Parce que c'est des expériences uniques, qu'on ne peut pas apprendre ailleurs.

VERBATIM N°23 (Garçon n°9) La personne qui s'est suicidée, elle sait que la vie ça sert à rien, ou que sa vie à elle n'a pas d'importance, et qu'elle a voulu et qu'elle a eu le courage de se dresser contre la vie. La personne a eu le courage de regarder la vie dans les yeux et de dire « stop ». Et d'arrêter de vivre. Je vois plus le suicide comme ça.