



HAL
open science

Approche qualitative et quantitative du passage à l'acte suicidant des femmes en Bretagne

Virginie Jacob Alby, Sylvie Lemonnier, Céline Kopp-Bigault

► To cite this version:

Virginie Jacob Alby, Sylvie Lemonnier, Céline Kopp-Bigault. Approche qualitative et quantitative du passage à l'acte suicidant des femmes en Bretagne. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2021, 179 (5), pp.465-468. 10.1016/j.amp.2021.03.018 . hal-04517955

HAL Id: hal-04517955

<https://hal.science/hal-04517955>

Submitted on 22 Jul 2024

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

Communication

Approche qualitative et quantitative du passage à l'acte suicidant des femmes en Bretagne

Qualitative and quantitative approach of women's suicide in Brittany

Virginie Jacob Alby ^a, Sylvie Lemonnier ^b, Céline Kopp-Bigault ^c

a) Enseignante chercheure Habitée à Diriger des Recherches en psychopathologie clinique, Université Catholique de l'Ouest Bretagne Nord : 37, Avenue du Maréchal Foch, 22200 Guingamp, France. Laboratoire RPpsy (EA4050), composante UCO Angers.

b) Enseignante en psychologie, Université Catholique de l'Ouest Bretagne Nord, 37, Avenue du Maréchal Foch, 22200 Guingamp, France. Doctorante au laboratoire RPpsy.

c) Docteure en psychologie, chargée de cours à l'Université Catholique de l'Ouest Bretagne Nord, 37, Avenue du Maréchal Foch, 22200 Guingamp, France. Laboratoire Teams MOODS INSERM U1178 CEPS-Université Paris Saclay, Le Kremlin-Bicêtre.

Auteur correspondant : Virginie Jacob Alby, Université Catholique de l'Ouest Bretagne Nord : 37, Avenue du Maréchal Foch, 22200 Guingamp, France

Email : vjacobal@uco.fr

Résumé

Les femmes, dans leur passage à l'acte suicidaire, ne sont plus à envisager comme des hystériques qui mentent aux médecins et dont la psychanalyse se proposerait de donner la vérité du symptôme. Confrontées, dans nos recherches, à des chiffres particulièrement élevés en Bretagne, quant au passage à l'acte suicidant des femmes, nous avons retenu trois cas cliniques de femmes décédées pour repérer, dans leurs trajectoires de vie, les facteurs de vulnérabilité qui les auraient menées au suicide. En référence au texte centenaire de Freud *Au-delà du principe de plaisir*, nous nous sommes particulièrement intéressées au contexte de précipitation de l'acte et de ce besoin impératif de faire cesser le vivant en excès.

Mots-clés : Bretagne ; Femmes ; Maternel ; Suicides ; Vivant

Abstract

Women, in their suicide, are no longer to be considered as hysterical women who lie to doctors and whose psychoanalysis would propose to give the symptom's truth. Faced, in our

research, with particularly high figures, in Brittany, regarding the transition to the suicidal act of women, we have retained three clinical cases of dead women to identify, in their life trajectories, the vulnerabilities that would have led them to suicide. In reference to Freud's centenary text *Au-delà du principe de plaisir*, we were particularly interested in the context of the haste of the act and of this imperative need to stop the living in excess.

Key words: Brittany; Living; Maternal; Suicide; Women

1. Introduction

Les femmes, dans leur passage à l'acte tels les tentatives de suicide, ne sont plus à envisager comme des hystériques qui mentent aux médecins et dont la psychanalyse se proposerait de donner la vérité du symptôme dont est née la psychanalyse freudienne dans sa fonction. Nos travaux à propos du passage à l'acte suicidaire et suicidant des femmes se centreront davantage sur l'état des femmes, des femmes dans tous leurs états émotionnels prenant en compte un matériel psychique aux prises avec un matériau biologique, un cerveau « tracé » [2] par l'histoire de chaque femme issue d'événements du vivant. En effet, toute vie est un détour sur le chemin de la mort, c'est ainsi l'inscription de la pulsion de mort dans la logique du vivant qui orientera notre propos quant au passage suicidaire des femmes.

2. Un territoire particulièrement touché par le suicide des femmes

En Bretagne, la population des femmes connaît des taux standardisés de mortalité par suicide les plus élevés en France [9, 16]. Au niveau départemental, les Côtes-d'Armor est le département le plus touché, particulièrement le pays de Guingamp, Lannion-Trégor communauté et Loudéac communauté. Les Côtes-d'Armor présentent également les taux standardisés de recours à l'hospitalisation le plus élevé, surtout chez les jeunes femmes de 15-24 ans, avec un second pic entre 45-54 ans. Une étude menée auprès de 2 090 patients, ayant été pris en charge pour tentative de suicide dans le pays de Guingamp et Lannion Trégor communauté, montre qu'il s'agit majoritairement de femmes, de personnes inactives, ayant,

pour plus de la moitié d'entre elles, déjà fait une tentative de suicide. Le précipitant principal s'avère être le conflit conjugal ou sentimental¹.

De nombreuses études ont permis d'identifier les facteurs de risques déterminants dans les tentatives de suicide et dans les suicides [15]. Les troubles dépressifs sont mis en évidence ainsi que les événements de vie douloureux pendant l'enfance ou l'adolescence, un climat de violence familiale et surtout le fait d'avoir subi des violences sexuelles, facteur le plus fortement associé aux tentatives de suicides pour les hommes comme pour les femmes². Des études explorant les trajectoires de vie des personnes suicidées mettent également en évidence les problèmes toxicomaniaques, une exposition précoce à des événements traumatiques, et la présence de troubles de santé mentale, particulièrement chez les personnes exposées à des traumatismes [20].

Qu'en est-il des chiffres associés à ces facteurs de risque au niveau de la Bretagne ? En ce qui concerne les violences conjugales et des violences sexuelles, comparativement au reste de la France, la région Bretagne ne se démarque pas particulièrement quant au taux d'homicides au sein des couples [5] et au taux d'incidence des infractions à caractère sexuel [4]. Quant à l'alcool, les femmes bretonnes ne se démarquent pas en ce qui concerne la consommation hebdomadaire, mais elles ont des alcoolisations ponctuelles importantes. La Bretagne est en effet la deuxième région la plus touchée en France concernant l'alcoolisme ; mais elle est la première région concernant les passages aux urgences en lien avec l'alcool [19]. Notons que la Bretagne est aussi la région qui présente le taux standardisé de prise en charge pour troubles dépressifs le plus élevé chez les femmes [3].

Mais connaître ces chiffres, ces facteurs de risque, ne s'avère pas toujours utile pour le clinicien. En effet, face à un sujet présentant des idéations suicidaires et pour lequel se pose la question d'une hospitalisation, il reste complexe pour le praticien de déterminer quelle considération clinique accorder à chacun de ces déterminants. Certains auteurs dénoncent le manque de spécificité de ces facteurs de risque et la nécessité de sortir du paradigme épidémiologique quant à l'approche de la problématique suicidaire [17].

Il existe d'ailleurs des théories du suicide, tentant, pour leur part, de saisir la dynamique à l'œuvre dans la crise suicidaire. La théorie de Joiner indique notamment qu'au moment de la crise, le sentiment d'être un fardeau et le manque d'appartenance sont des éléments prégnants. Cette théorie distingue ces deux affects, favorisant la survenue des idées

¹ OMS. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. 2014.

² ORSB. Tentatives de suicide prises en charge dans les services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Lannion, Paimpol. ORSB; 2017.

suicidaires, des comportements à risque entraînant une diminution de la peur de mourir et favorisant le passage à l'acte [14]. D'autres chercheurs s'intéressent aux vulnérabilités héréditaires et génétiques [6] ainsi qu'aux spécificités neurologiques. Il a été démontré que les suicidants prenaient des décisions plus risquées que les non-suicidants, interrogeant des dysfonctionnements au niveau du cortex orbito-frontal [6].

Il nous semble aujourd'hui nécessaire et important de développer des recherches qualitatives permettant une meilleure appréhension du passage à l'acte suicidaire et une compréhension psychopathologique des facteurs de risques et des facteurs précipitant. Sur ce point, nous postulons que les théories psychanalytiques peuvent apporter un éclairage parce qu'elles prennent en compte l'existence d'un sujet de l'inconscient et la dynamique pulsionnelle à l'œuvre en chacun de sujets concernés par le risque de passage à l'acte suicidaire et suicidant.

Posons par exemple la question de savoir pourquoi la perte, le deuil, les conflits sont des facteurs de risques et facteurs déclenchants des passages à l'acte suicidaire³ ? Freud a tenté de répondre à cette question lorsqu'il comparait le deuil dit normal avec la pathologie du sujet mélancolique [7]. Il a développé le concept de « pulsion de mort » dès 1920 lorsqu'il s'est interrogé sur les manifestations énigmatiques de l'agressivité, sur la compulsion de répétition et l'acte de se donner la mort [8]. Plus récemment, Jeammet [13] a souligné l'importance des vulnérabilités narcissiques dans la compréhension des passages à l'acte. En effet, lorsqu'un sujet se sent menacé dans son identité, lorsque l'autre est vécu comme trop intrusif ou trop abusif, la violence peut apparaître comme un moyen de restaurer le sentiment d'existence qui permet de s'extraire d'une position trop passive. D'autres auteurs psychanalystes, comme André [1], considèrent que le geste suicidaire peut représenter une tentative de traitement psychique. Pommier distingue, lui, deux formes de tentatives de suicide liées à la question des statuts d'objet et de sujet propres à tout être parlant : soit la tentative permet un retour à l'état d'aliénation, d'objectification, où elle permet une tentative de subjectivation, soit il s'agit alors de lever l'inhibition qui empêche d'agir, et d'agir pour soulager l'angoisse [18].

Nous engageons actuellement des travaux de thèse en sciences humaines, dont l'une vise à tenter d'identifier la dynamique psychique à l'œuvre au moment du passage à l'acte suicidaire, dans une approche psychanalytique. Il s'agit d'une étude exploratoire qui porte un

³ OMS. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. 2014.

intérêt particulier au moment de bascule de l'idéation suicidaire au passage à l'acte, ainsi qu'à la signification et à la fonction de la tentative de suicide pour le sujet.

3. Trois études de cas

Aussi, trois études de cas^{*}, recueillis en Bretagne, dans la région de notre étude, visent à nous éclairer quant aux trajectoires de vie de femmes se terminant, dans ces cas, dramatiquement par un suicide. Ces cas cliniques illustrent les parcours de vie de femmes avec les éléments qui ont pu les fragiliser au cours de leur vie et les éléments précipitant le passage à l'acte suicidaire. Trois femmes qui meurent à des âges différents de la vie ; elles ont des histoires singulières mais pourtant certains points communs dans leur parcours de vie pourraient être des pistes à explorer.

3.1. Jessica

L'histoire de vie de Jessica, âgée d'une trentaine d'années, décédée par auto-intoxication médicamenteuse, est marquée par de nombreux moments d'adversité dès le plus jeune âge. Elle est la dernière fille d'une fratrie de deux. Sa mère a une grossesse compliquée avec un risque de perdre le bébé et une forte anxiété associée. Elle naît avec un petit poids de naissance et connaît rapidement de grosses difficultés d'alimentation. Elle cristallise alors beaucoup d'inquiétudes, elle aura tout au long de sa vie des problèmes de santé, souvent graves, nécessitant des hospitalisations. Jessica est décrite comme une enfant agitée, qu'il fallait contenir lors de ses premières hospitalisations. À cinq ans, elle sait gérer sa douleur et cherche elle-même les solutions pour se soulager. Sa mère décrit qu'elle a des alternances émotionnelles fortes dès l'enfance, avec de grandes fragilités se manifestant par des angoisses nocturnes persistantes à l'âge adulte, une claustrophobie, une certaine impulsivité.

Très tôt dans sa vie, Jessica a été témoin des violences de son père à l'égard de sa mère dans un contexte d'alcoolisation. Elle sert par moments de protection à sa mère. La séparation des parents se fit dans un moment traumatique où le père menace son épouse avec une arme à feu et où elle et ses filles trouvent refuge à la gendarmerie. On note également une agression et du harcèlement au collège.

* Note dans l'article : Les prénoms ont été changés, les maladies également, les âges ne sont pas précis et ne correspondent qu'à une tranche d'âge.

Le début de la vie de jeune adulte de Jessica est marqué par l'obtention d'un travail qu'elle investit positivement. C'est alors du côté de ses relations amoureuses que l'instabilité se manifeste. Elle trouve des compagnons blessés psychologiquement comme elle, et tente d'une manière ou d'une autre de les soigner et de les aider. Elle a eu deux filles, comme sa mère, mais de pères différents. Avec le père de la dernière, elle se retrouve en miroir de sa mère, victime de violences conjugales sur fond de toxicomanie. C'est dans ce contexte qu'elle réalise une première tentative de suicide. Durant cette même période, son père se suicide et elle développe alors une addiction à l'alcool, comme lui. Les relations avec ses ex-compagnons sont très tendues, voire violentes, avec des recours réguliers de leur part pour tenter de la déchoir de son rôle de mère et nous trouvons là un facteur de vulnérabilité majeur.

Pourtant, peu de temps après cette première tentative de suicide, Jessica s'installe avec un nouveau compagnon qui paraît plus stable et bienveillant. Autour de ses 30 ans, elle demande de l'aide pour se soigner et bénéficie d'une prise en charge pour son addiction.

Les six derniers mois de sa vie sont marqués par le développement d'une maladie somatique invalidante pour laquelle un traitement était en cours d'instauration et d'adaptation. Elle dit souffrir de terribles maux de tête. Les deux pères de ses enfants relancent alors des procédures pour lui enlever la garde de ses filles estimant qu'elle n'est plus en capacité de s'en occuper. Jessica est concernée par : des antécédents familiaux de suicide, des antécédents personnels de suicide, une impulsivité notée dès la toute petite enfance ; notons également des facteurs distaux de vulnérabilité tels que : l'exposition à la violence et au traumatisme ainsi que des problèmes de santé récents induisant la douleur et surtout la menace de destitution en tant que mère. Nous considérons que l'excès de la douleur corporelle associée à une douleur morale importante quant à l'attaque de sa parentalité sociale, qui l'a atteinte dans sa parentalité psychique [11] a précipité Jessica dans son passage à l'acte suicidaire.

3.2. Pauline

Pauline a une cinquantaine d'années lorsqu'elle décède par noyade volontaire. Son histoire de vie décrit pourtant une certaine stabilité dans l'enfance. Elle est la seconde d'une fratrie de quatre enfants. Son père travaille et sa mère est au domicile. Cette dernière est décrite comme très soucieuse du soin et de l'hygiène des enfants. Les naissances sont marquées d'événements : le grand-père paternel décède au moment de la naissance de sa sœur, son frère aîné développe une maladie inflammatoire à la naissance du dernier garçon. Aussi, les garçons deviennent le centre des préoccupations maternelles. Pendant son

adolescence, son frère aîné a un accident qui nécessite qu'il soit amputé. La famille se disloque le temps des soins, chaque enfant étant envoyé chez d'autres membres de la famille.

Pauline est décrite comme excellente élève, avec de grandes capacités de travail, très méthodique, appliquée, s'imposant de très fortes exigences personnelles de réussite et de conduite. Elle ne faisait pas de bêtises, ne dérogeait jamais, ne mentait pas, n'aimait pas les conflits et les médisances, elle cherchait toujours la perfection. Elle ne disait pas ses émotions, ne parlait pas de ses fragilités.

Au moment de la retraite de son père, ses parents s'installent dans le bourg où il y a la maison de famille. Elle-même décidera d'habiter une maison mitoyenne de ses parents dans le corps de ferme. Elle se marie et le couple reste dans cette maison. Elle n'a pas tout à fait 30 ans lors de sa première grossesse, pendant laquelle sa mère développe un cancer dont elle décédera peu de temps après la naissance de l'enfant, un garçon. Ce décès est un choc pour Pauline, d'autant qu'il survient en période périnatale (Jacob Alby ; 2017). Sa sœur dit : « Elle n'était pas sevrée. » Cinq ans plus tard, Pauline donne naissance de son deuxième enfant, une fille, c'est le moment d'une importante dépression, la seconde apparaissant dans les suites de sa retraite. D'autres décès ont ponctué la vie de Pauline, dont le suicide d'une petite-nièce jeune adulte, et un décès par intoxication éthylique d'une autre nièce au même âge ; notons également le décès d'une cousine germaine, de maladie, toujours jeune adulte. Le décès ultime, qui fera rupture, sera pour Pauline celui de son petit frère, de quatre ans de moins qu'elle. Il consommait de l'alcool et a fait une chute. C'est le moment de l'apparition de bouffées délirantes pour elle. La thématique délirante est du côté de la contamination, de la maladie, et plus particulièrement une maladie dite « honteuse ». La semaine qui précède son suicide, Pauline arrête son traitement psychiatrique.

Dans ce cas, nous remarquons la présence de suicides dans l'histoire de famille mais Pauline ne montrait pas ses émotions, elle avait des difficultés à parler et une personnalité rigide, il y avait, surtout, une stigmatisation du recours à la psychiatrie par le milieu familial, préférant, comme très souvent dans la culture bretonne, des recours à des praticiens tel qu'un magnétiseur, un étiope. Nous notons ici également que ses moments de forte vulnérabilité sont liés à la période périnatale.

3.3. Marianne

Marianne s'est suicidée en s'évacuant de la vie dans un centre de retraitement des déchets. Elle est la plus âgée de ces trois femmes présentées et grand-mère d'une septantaine

d'années. Là encore de multiples traumatismes se retrouvent dans son histoire de vie. Enfant, elle a été abusée par un de ses frères aînés. Adolescente, deux de ses frères décèdent dans un accident de la circulation. Puis, elle se marie et à une belle relation avec son mari. Trois garçons naîtront de cette union.

Son mari a un accident de moto qui va nécessiter presque un an d'hospitalisation et sa place comme aidante et soignante. Lorsqu'elle a une quarantaine d'années, son second fils a également un accident de la voie publique pour lequel il sera hospitalisé plusieurs années. Elle raconte que lorsqu'il rentrait à la maison, elle le portait dans les escaliers pour le monter dans sa chambre.

Au milieu de sa cinquantaine, son dernier fils, âgé d'une vingtaine d'années, décède devant elle, écrasé par un engin motorisé. Elle n'aura aucun soutien psychologique à ce moment-là. Son mari décédera ensuite, au moment de sa retraite à elle, après plusieurs opérations liées à un cancer. Elle dit s'être occupée de lui jusqu'à la fin, se mettant à nouveau en position d'aidante.

Depuis le décès de son époux, Marianne est en dépression et elle vivra de nombreuses hospitalisations jusqu'à ce qu'un travail psychothérapeutique intensif lui apporte un soulagement notable et la possibilité de réinvestir des activités de la vie quotidienne : des projets, des voyages, des liens avec ses petits-enfants...

Deux ans avant son suicide, après une période de rémission, elle voit le véhicule de son second fils devant chez elle en ouvrant la fenêtre, et plusieurs collègues en sortir, mais pas ce dernier. À ce moment-là, elle hurle – un cri primal de douleur d'une mère qui imagine que son fils est mort : elle vit alors une réminiscence traumatique du décès de son autre enfant, un cri tel une expression littérale de l'émergence de la mort. Pourtant, son fils en question n'est pas décédé, il est accidenté et hospitalisé.

C'est un moment de rupture psychique pour Marianne qui ne se reconsolidera plus psychiquement. Ce fils s'installe avec elle en sortant de l'hôpital, il souffre physiquement et devient irritable. Il ne comprend pas alors pas l'immense douleur de sa mère liée à la trace de la perte de son premier fils et son état de traumatisme psychique. Il peut se montrer virulent avec elle, culpabilisant, minimisant sa douleur psychique en la comparant à la douleur physique qui était la sienne et l'impotence associée.

Marianne se perd dans une dépression sévère malgré les soins. Elle est alors hospitalisée pour une première tentative de suicide très violente ; elle sort quinze jours plus tard de l'hôpital. Son état psychique ne s'améliore pas ; malgré l'inquiétude majeure des soignants de proximité qui la connaissent, elle n'est pas hospitalisée de nouveau, sous

prétexte que ces idées suicidaires, et l'inquiétude qu'elles suscitent, seraient une forme de théâtralisation et de mécanisme relationnel particulier à travailler en psychothérapie.

Marianne se suicide moins d'une semaine après sa sortie de l'hôpital. Tout au long de sa vie, elle aura porté les autres, supporté les décès, les maladies, les accidents des autres mais une dernière réactualisation psychotraumatique associée à l'absence d'écoute et de compréhension de sa douleur psychique par un de ceux qui portent imaginativement et réellement ses traumatismes, les hommes, dont son fils, ont fait craquer ses capacités à supporter « l'insupportable » de sa douleur psychique de fille, de femme et surtout de mère.

4. Accueillir le vivant en excès pour tenter de mieux prévenir le passage à l'acte

Le cri de Marianne n'est pas sans évoquer le cri intime [12] poussé par le bébé lorsque le vivant en excès l'attrape. Un cri, qui avant d'être un cri « pour » (un cri adressé parce que reconnu comme tel par l'Autre), est un cri « pur », une pure émergence du vivant en excès dont le bébé est l'objet à la naissance. Dans sa seconde topique, bien plus tard que sa rencontre avec les hystériques, dans son texte *L'au-delà du principe de plaisir* (1920), Freud a posé que c'est l'excès de vivant qui déborde le petit d'homme car il n'est pas capable, seul, de décharger l'excitation originaires qu'il subit. C'est alors l'acte de l'Autre (la mère porteuse d'émotions et de langage) qui va permettre, dans la rencontre, mais ni trop tôt ni trop tard, lors d'une fenêtre temporelle, que la mère apaise le vivant en excès dont le bébé est victime.

Ainsi, les travaux de recherches que nous engageons, à propos du passage à l'acte suicidaire et suicidant des femmes, porteront sur la temporalité et sur les coïncidences liées à l'intervention de l'Autre soignant, en ce qui nous concerne, qui permettrait la baisse du déplaisir dont Freud dit alors, en novembre 1920, que ce serait cela le plaisir : une baisse de déplaisir. Car, qu'en est-il lorsque le déplaisir ne baisse plus, lorsqu'il est en excès ? N'aurions-nous pas ici une des causes majeures du passage à l'acte, éclairée par le concept de l'au-delà du principe de plaisir, qui reste encore peu exploré quant à ses conséquences psychopathologiques, même un siècle après la publication de ce texte.

Aussi, en partant du principe que le besoin ultime du sujet suicidaire serait que ce qu'il subit « d'en trop » cesse, alors nous postulons que la rencontre qui l'apaiserait, quant à l'excès de vivant qui fait trace et qui le pousse à l'acte, serait une rencontre plus basée sur la sensorialité d'une parole contingente plutôt que sur une parole qui viserait à interpréter et à donner sens ; c'est là que réside l'enjeu de notre proposition quant à une façon de rencontrer

les sujets à risque et que nous allons continuer à interroger dans les travaux de recherche⁴ en psychopathologie, engagés et à venir, quant aux passages à l'acte suicidaire des femmes. Lacan a défini le féminin tel qu'entre « pure absence et pure sensibilité⁵ ». L'absence des mots pour le dire n'exclut pourtant pas la part sensible propre à chaque sujet, dont il relève de la responsabilité des soignants qu'elle soit accueillie.

Conflit d'intérêt : à compléter

Références

- [1] André J. De la maîtrise « autocalmante » des excitations au geste suicidaire, une tentative d'hystérisation du trauma. *Revue française de psychosomatique* 2013;(1):149-64.
- [2] Ansermet F, Magistretti P. À chacun son cerveau, Plasticité neuronale et psychanalyse. Paris: Odile Jacob; 2004. P. 270.
- [3] Badjadj L, Chan Chee C. Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-P. *Bull Epidemiol Hebd* 2017;10:178-85.
- [4] Baux D, Bernardi V, Delobel L, Estival A, Filatriau O, Hama S, et al. Insécurité et délinquance en 2019: bilan statistique. 2020.
- [5] Bernardi V, Hama S. Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2019. 2020.
- [6] Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. In: *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*. Wiley Online Library; 2005:13-24.
- [7] Freud S. Deuil et mélancolie, tr. fr. *Œuvres complètes*. 1917;13:259-78.
- [8] Freud, S. Au-delà du principe de plaisir, trad. fr. *Essais de psychanalyse*. 1920 :7-81.

⁴ La faculté de sciences humaines de notre université, implantée au cœur du territoire qui est le plus touché par le suicide des femmes en France, engage un programme longitudinal de recherche à propos du passage à l'acte suicidaire. Ce territoire est aussi celui dans lequel est née la psychologie scientifique grâce à Théodule Ribot qui occupa la chaire de psychologie scientifique au collège de France jusqu'en 1901. Il est le fondateur de la psychologie française. Cette même psychologie scientifique est née de dialogues entre la philosophie et les sciences de la fin du XIX^e siècle lors des rencontres d'intellectuels français, dites de « Sorbonne Plage », sur nos sublimes côtes du pays du Trégor où le plus beau côtoie le pire.

⁵ Ce texte fut présenté lors d'un colloque international de psychanalyse qui eut lieu à Amsterdam du 5 au 9 septembre 1960. Lacan précise lors de sa publication qu'il l'écrivit deux ans avant le congrès. Il parut pour la première fois dans *La psychanalyse*, 1964, n° 7, « La sexualité féminine » [10, p. 3-14].

- [9] Kopp-Bigault C, Walter M, Thevenot A. The social representations of suicide in France: An inter-regional study in Alsace and Brittany, *International journal of social psychiatry* 2016;62:737-48.
- [10] Lacan J. « Propos directifs pour un congrès sur la sexualité féminine », *La psychanalyse* « La sexualité féminine ». 1964;7:3-14.
- [11] Jacob Alby V. Nouvelles parentalités : l'enjeu de la parentalité psychique. *Ann Méd Psychol* 2018;176:429-33.
- [12] Jacob Alby V. De l'intimité et des intimités chez l'enfant. *Cliniques Méditerranéennes* 2013;88:175-84.
- [13] Jeammet P. Passage à l'acte. *Cliniques* 2015;10:72-81.
- [14] Joiner Jr TE, Van Orden KA. The interpersonal–psychological theory of suicidal behavior indicates specific and crucial psychotherapeutic targets. *International Journal of Cognitive Therapy* 2008;1:80-9.
- [15] Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, et al. Impaired decision making in suicide attempters. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:304-10.
- [16] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E. Le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. *Baromètre de Santé publique France 2017 : Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidémiol Hebd* 2019;3-4.
- [17] Peter F. Le geste suicidaire. *Perspectives Psy* 2016;55:88-96.
- [18] Pommier G. Spécificité du « passage à l'acte » suicidaire. *La clinique lacanienne*. 2011;(2):97-112.
- [19] Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V. le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd* 2019;5-6.
- [20] Séguin M, Di Mambro M, Desgranges A. L'apport de la recherche en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. *Santé mentale au Québec* 2012;37:95-105.