Document generated on 07/14/2025 11:18 p.m.

Santé mentale au Québec

Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide ?

Can social support help prevent men from suide attempt ?

¿Puede el apoyo social proteger a los hombres de la tentativa de suicidio?

O apoio social pode proteger os homens da tentativa de suicídio?

Janie Houle, Brian L. Mishara and François Chagnon

Volume 30, Number 2, Fall 2005

Le soutien social

URI: https://id.erudit.org/iderudit/012139ar
DOI: https://doi.org/10.7202/012139ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Houle, J., Mishara, B. L. & Chagnon, F. (2005). Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide ? *Santé mentale au Québec*, *30*(2), 61–84. https://doi.org/10.7202/012139ar

Article abstract

The goal of this study is to investigate whether social support may constitute a protective factor for attempted suicide among men and, if so, to identify the most important sources and forms of support. The study compares two groups of men who experienced comparable stressful events during the last 12 months : 40 men admitted to hospital emergency following suicide attempts, and 40 men with no history of suicide attempts. Results indicate that the men who attempted suicide perceive less support available and are less satisfied with the support they received following the most difficult stressful event that occurred in the last year. Concrete help and reassurance of worth are the forms of support that appear to be of most importance. This study highlights the importance of social support in the prevention of suicidal behaviours among men.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2005

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide ?

Janie Houle*
Brian L. Mishara**
François Chagnon***

Cette étude tente d'examiner si le soutien social peut constituer un facteur de protection de la tentative de suicide chez les hommes et, le cas échéant, à identifier quelles sont les formes et les sources de soutien les plus importantes. Elle compare deux groupes d'hommes qui ont vécu des événements de vie sévères au cours des 12 derniers mois : 40 hommes admis à l'urgence d'un hôpital suite à une tentative de suicide et 40 hommes sans antécédent suicidaire. Les résultats indiquent que les hommes qui ont tenté de se suicider perçoivent moins de soutien disponible dans leur entourage et sont moins satisfaits du soutien reçu suite à l'événement le plus difficile survenu au cours de la dernière année. L'aide tangible et l'assurance de sa valeur sont les formes de soutien les plus importantes. L'étude souligne l'importance du soutien social dans la prévention des comportements suicidaires chez les hommes.

Dans presque tous les pays du monde, les hommes sont trois à quatre fois plus nombreux à s'enlever la vie par suicide que les femmes (World Health Organization, 2001). Au Québec, leur taux de suicide n'a cessé d'augmenter au cours des 25 dernières années, alors que celui des femmes demeurait stable (St-Laurent et Bouchard, 2004). À chaque année, plus d'un millier d'hommes meurent par suicide, ce qui en fait la première cause de mortalité chez les 15-44 ans (Institut de la statistique du Québec, 2004). Les tentatives de suicide, beaucoup plus prévalentes

* Chercheure, Direction de santé publique de Montréal.

** Directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Professeur titulaire à l'Université du Québec à Montréal.

*** Directeur adjoint du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Professeur associé à l'Université du Québec à Montréal.

Remerciements

Cette étude a été réalisée avec l'appui financier du Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) et du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Les auteurs souhaitent remercier Mme Carole Poulin pour la révision linguistique de cet article ainsi que M. Michel Fournier pour l'expertise statistique.

que les décès, constituent également un problème important de santé publique. L'enquête sociale et de santé réalisée au Québec en 1998 estime à 5 pour 1 000 la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les hommes et les femmes de 15 ans et plus (Boyer et al., 2000).

L'identification de facteurs de protection est un enjeu crucial en prévention du suicide. Il est reconnu que le soutien social a un effet protecteur face à divers problèmes de santé physique (Uchino et al., 1996) et psychologique (Leavitt, 1983). Plusieurs chercheurs ont tenté de vérifier s'il en était de même pour les comportements suicidaires. Les études indiquent généralement que les personnes qui ont fait une tentative de suicide perçoivent moins de soutien disponible dans leur entourage que les personnes sans antécédent suicidaire (Botnick et al., 2002 ; Eskin, 1995 ; Lewinsohn et al., 1993 ; Sokero et al., 2003 ; Veiel et al., 1988), bien qu'une telle différence ne soit pas toujours rapportée (Kotler et al., 1993 ; Mullis et Byers, 1987). Le soutien social pourrait protéger des comportements suicidaires, mais les mécanismes par lesquels s'exerce cette influence protectrice sont méconnus.

Effet protecteur du soutien social

Les études portant sur le soutien social se limitent généralement à mesurer la perception du sujet, qu'en cas de besoin, des personnes de son entourage lui procureront l'aide nécessaire. Cependant, des recherches suggèrent que le soutien véritablement reçu pendant ou après un événement difficile serait crucial pour prévenir l'apparition des problèmes de santé et prévaudrait sur le soutien que la personne croyait pouvoir obtenir (Brown et al., 1986). Une seule étude s'est intéressée au soutien reçu en lien avec les comportements suicidaires (Tousignant et Hanigan, 1993). Elle n'a trouvé aucune différence dans la qualité du soutien reçu suite à une perte chez des adolescents suicidaires (n = 24) et non suicidaires (n = 24). Toutefois, la taille restreinte de l'échantillon confère davantage à cette étude un caractère exploratoire qu'une valeur de preuve.

La controverse entourant l'effet principal ou tampon du soutien social demeure également non résolue et complexifie davantage la compréhension du lien entre le soutien social, son effet protecteur et le suicide. Des études (Clum et Febbraro, 1994 ; Hovey, 1999 ; Schutt et al., 1994) suggèrent que le soutien social préviendrait les idées suicidaires en ayant, à la fois, une influence bénéfique indépendante des sources de stress (effet principal) et un effet d'amortisseur du stress (effet tampon). Schutt et al. (1994) montrent, par exemple, que les

personnes qui perçoivent du soutien dans leur entourage sont moins en détresse et moins suicidaires que celles qui estiment manquer de soutien. Ils constatent également que le soutien social interagit avec la détresse : les individus qui rapportent vivre de la détresse psychologique et qui perçoivent des niveaux élevés de soutien sont moins susceptibles d'avoir des idées suicidaires que ceux qui vivent de la détresse et bénéficient de moins de soutien. Il est toutefois prématuré de généraliser ces résultats aux personnes qui tentent de se suicider puisque aucune étude semblable n'a été réalisée auprès de cette population.

Sources de soutien social

L'efficacité du soutien social comme facteur de protection du suicide varierait également en fonction de la source du soutien. Des études ont rapporté que le soutien offert par des personnes très proches, telles que des membres de la famille ou des partenaires amoureux, était le seul à exercer un effet tampon (Frey et Röthlisberger, 1996 ; Lin et al., 1985). La source du soutien a toutefois été peu examinée dans les études sur les comportements suicidaires. Les quelques données disponibles vont néanmoins dans le même sens : les personnes qui tentent de s'enlever la vie perçoivent moins de soutien de leur famille que les personnes sans antécédent suicidaire, alors qu'il n'y a aucune différence quant au soutien des amis (Eskin, 1995 ; Lewinsohn et al., 1993 ; Veiel et al., 1988).

Fonctions du soutien social

Le soutien social peut prendre des formes variées et remplir différentes fonctions. Weiss (1973) propose l'existence de cinq fonctions du soutien social : l'intégration émotionnelle, l'intégration sociale, l'occasion de se sentir utile et nécessaire, l'assurance de sa valeur et l'obtention d'aide tangible et matérielle. Il est probable que certaines formes de soutien soient plus importantes que d'autres pour prévenir les comportements suicidaires, toutefois aucune recherche n'a vérifiée cette question. Par ailleurs, les personnes ne reçoivent pas toujours un soutien adéquat de la part des membres de leur entourage. Elles peuvent se sentir jugées, incomprises ou blâmées par les personnes à qui elles ont demandé du soutien. Ces interactions négatives seraient dommageables pour la santé : plutôt que de prévenir l'apparition de problèmes, elles en augmenteraient l'occurrence (Caron et al., 2002 ; Stansfeld et al., 1998). Une meilleure connaissance des formes de soutien les plus profitables faciliterait l'élaboration de stratégies de prévention plus ciblées et possiblement plus efficaces.

Soutien social et différence de genre

Les différences de genre doivent également être considérées dans la compréhension du lien entre le soutien social et le suicide, car les hommes et les femmes se distinguent de manière importante en ce domaine. En général, les hommes disposent de moins de soutien social que les femmes, particulièrement dans sa forme émotive (Burda et al., 1984 ; Julien et al., 2000 ; Olson et Schulz, 1994 ; Stokes et Wilson, 1984 ; Turner, 1994). Ils sont d'ailleurs plus réticents que les femmes à demander du soutien aux membres de leur entourage (Ashton et Fuehrer, 1993 ; Nadler et al., 1984 ; Oliver et al., 1999 ; Rickwood et Braithwaite, 1994). Quelques études suggèrent également que les hommes entretiennent une dépendance plus grande à l'endroit de leur partenaire amoureux dans la satisfaction de leurs besoins émotifs que les femmes (Antonnuci et Akimaya, 1987 ; Gerstel, 1988 ; Turner, 1994). Alors que les femmes font surtout appel à leurs amies pour obtenir du soutien émotif, les hommes sollicitent principalement, et certains même uniquement, leur conjointe. En cas de séparation amoureuse, ces hommes subiraient donc, à la fois, la perte de leur conjointe et de leur principale source de soutien émotif. Considérant la fréquence importante des séparations amoureuses dans les semaines précédant les comportements suicidaires, il est possible que cette dépendance à l'égard de la conjointe puisse contribuer à expliquer la prévalence plus élevée des décès par suicide chez les hommes.

La présente étude vise à déterminer si le soutien social peut jouer un rôle dans la prévention des comportements suicidaires chez les hommes et, le cas échéant, à identifier les formes et les sources de soutien les plus importantes à cet effet. Une meilleure compréhension de cette question pourrait contribuer à développer des stratégies plus ciblées de prévention du suicide chez les hommes.

Méthode

Recrutement et sélection des participants

Cet échantillon volontaire comporte 80 participants qui se répartissent en deux groupes : 40 hommes admis à l'urgence d'un hôpital suite à une tentative de suicide (groupe avec tentative de suicide) et 40 hommes sans antécédent suicidaire (groupe sans tentative de suicide). L'ensemble des participants sont francophones, âgés de 20 à 59 ans et ont vécu au moins un événement difficile grave au cours de l'année précédant l'entrevue.

Les participants du groupe avec tentative de suicide ont été recrutés dans les salles d'urgence de quatre hôpitaux montréalais où ils

avaient été admis, en moyenne trois jours auparavant (*Médiane* = 2 ; *ET* = 3 ; *Min* = 1 ; *Max* = 14), suite à une tentative de suicide. Les participants du groupe sans tentative de suicide ont été recrutés dans le département d'hospitalisation d'un jour de l'un des hôpitaux participant à l'étude. Cette stratégie de recrutement a été privilégiée parce que la clientèle de ce département est composée d'hommes et de femmes d'âge et de niveau socio-économique variés, ce qui permet d'éviter les biais associés à d'autres méthodes de recrutement, telles que les annonces dans les médias ou le recrutement dans des organismes d'aide.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants selon le groupe. Les deux groupes sont comparables par rapport à l'ensemble des variables, à l'exception du revenu annuel, qui

Tableau 1
Description des participants selon le groupe

Groupe avec	Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		tentative de suicide (n = 40)	
n	%	n	%	
Âge				
20 à 29 ans	12	30,0	12	30,0
30 à 39 ans	8	20,0	7	17,5
40 à 49 ans	12	30,0	10	25,0
50 à 59 ans	8	20,0	11	27,5
Orientation sexuelle homosexuelle	10	25,0	10	25,0
Niveau de scolarité				
Secondaire 5 et moins	21	52,5	13	32,5
Collégial	12	30,0	16	40,0
Universitaire	7	17,5	11	27,5
Revenu				
19 999 $ et moins	20	50,0	9	22,5**
20 000 $ à 39 999 $	13	32,5	17	42,5
40 000 $ à 59 999 $	5	12,5	7	17,5
60 000 $ et plus	2	5,0	7	17,5
Origine ethnique				
Canadienne	34	85,0	36	90,0
Autre	6	15,0	4	10,0
Avoir un partenaire amoureux	11	27,5	25	62,5**
Vivre seul	19	47,5	14	35,0
Maladie physique grave	9	22,5	12	30,0

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

est significativement moins élevé chez les participants du groupe avec tentative de suicide ($F [1,78] = 7,329$; $p < 0,01$), et du fait d'avoir un partenaire amoureux, les participants du groupe avec tentative de suicide étant proportionnellement plus nombreux à en être dépourvus ($\chi^2[1] = 9,899$; $p < 0,01$).

Mesures

Toutes les variables sont mesurées dans le cadre d'une entrevue semi-structurée, d'une durée approximative d'une heure, effectuée en face à face par l'un des auteurs (Houle, 2005). L'entrevue évalue notamment les événements difficiles récents, le soutien social perçu, le soutien social reçu ainsi que les troubles mentaux.

Événements difficiles

Les événements difficiles considérés dans cette étude sont : a) un divorce ou une séparation amoureuse ; b) le bris d'une relation importante ; c) le décès d'une personne chère ; d) une perte d'emploi ; e) une perte de ses capacités physiques (à cause d'une maladie ou d'un accident) ; f) une perte financière importante ; ou g) tout autre événement grave ayant entraîné un stress significatif chez le participant. Ces événements ont été choisis en raison de leur forte prévalence chez les personnes décédées par suicide (Boardman et al., 1999 ; Cavanagh et al., 1999 ; Cooper et al., 2002). Lors de l'entrevue, le participant devait préciser s'il avait vécu l'un ou l'autre de ces événements au cours de la dernière année. Lorsque plus d'un événement était identifié, le participant devait préciser lequel avait été le plus éprouvant et quantifier, sur une échelle Likert à quatre points, son importance et le sentiment de contrôle perçu dans la situation.

Soutien social perçu

L'Échelle de provisions sociales (*Social Provisions Scale*, Cutrona et Russell, 1987), traduite et validée en langue française par Caron (1996), a été utilisée pour mesurer le soutien social perçu. Cette échelle comprend 24 énoncés mesurant six dimensions du soutien social : attachement, conseils, intégration sociale, aide tangible et matérielle, assurance de sa valeur et besoin d'être utile et nécessaire. Pour chacun des énoncés, le participant doit indiquer son niveau d'accord sur une échelle Likert à quatre points. L'instrument possède une excellente consistance interne, avec des alpha de Cronbach allant de 0,91 à 0,96 pour l'échelle totale et de 0,73 à 0,88 pour les sous-échelles. La stabilité temporelle est également acceptable, avec une corrélation de Pearson test-retest de 0,66 après un intervalle d'un mois (Caron, 1996). Des

questions complémentaires développées par Caron et al. (2002) sont utilisées afin de mesurer le nombre de personnes disponibles dans le réseau pour offrir chacune des formes de soutien mesurées par l'Échelle de provisions sociales et la nature du lien (familial ou autre) qui les unit au participant.

Soutien social reçu

Le protocole d'entrevue développé par Tousignant et Hanigan (1993) pour mesurer le soutien social reçu suite à une perte a été adapté pour la présente étude. En faisant référence à l'événement le plus difficile vécu au cours de la dernière année, le participant doit d'abord identifier les personnes avec qui il en a parlé dans les jours suivants. Pour chacune de ces personnes (maximum de trois), il doit ensuite évaluer, à l'aide d'échelles Likert à quatre points, les dimensions suivantes : a) s'être senti réconforté ; b) s'être senti compris ; c) s'être senti jugé ; d) être satisfait de l'aide reçue. Une question supplémentaire examine les réactions négatives suscitées par les confidences ou la demande d'aide du participant.

Troubles mentaux

Il existe une association importante entre les comportements suicidaires et les troubles mentaux, particulièrement la dépression majeure et les troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (Tanney, 2000). Afin d'exercer un contrôle statistique de l'effet de ces troubles, nous en avons évalué la présence chez les participants au cours de la dernière année. L'épisode de dépression majeure était identifié à l'aide de la section appropriée de l'entrevue clinique structurée pour les diagnostics (*Structured Clinical Interview for Diagnostic* (SCID), First et al., 1997). Cette section comporte dix questions vérifiant la présence de chacun des critères diagnostics de la dépression décrits dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996). Le trouble d'abus ou de dépendance aux drogues était mesuré par la version française (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1982) du DAST-20 (Drug Abuse Screening Test, Skinner, 1982). Cet instrument normalisé possède une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,92) et une structure factorielle unidimensionnelle (Skinner, 1982). Le point de césure utilisé de 5 respecte la norme recommandée (Gavin et al., 1989 ; Staley et el-Guebaly, 1990). Le trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool est évalué par la version française (Gache et al., soumis) de l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor et al., 2001), dont les qualités psychométriques ont été maintes fois démontrées auprès d'échantillons variés (Aertgeerts et al., 2000 ; Allen et al.,

1997 ; Maisto et al., 2000 ; Skipsey et al., 1997). Le point de césure standard de 8 a été utilisé (Babor et al., 2001).

Résultats

Événements difficiles et troubles mentaux au cours de la dernière année

Les deux groupes de participants sont comparables quant au nombre d'événements vécus au cours de la dernière année (groupe avec tentative de suicide M = 2,45 ; ET = 1,22 ; groupe sans tentative de suicide M = 2,10 ; ET = 0,90 ; F[1, 78] = 2,14 ; p = 0,15) et à la nature de ces événements. La séparation amoureuse est l'événement le plus fréquent et est rapportée par près de la moitié des participants (47,5 % chez le groupe avec tentative de suicide, et 45,0 % chez le groupe sans tentative de suicide). La durée moyenne des relations amoureuses rompues est de 4 ans et les deux groupes sont similaires à cet égard (groupe avec tentative de suicide M = 4,11 ; ET = 8,34 ; groupe sans tentative de suicide M = 4,24 ; ET = 6,13). Aucune différence n'est observée quant à l'importance accordée à l'événement le plus difficile et au contrôle perçu sur celui-ci. La prévalence des troubles mentaux au cours de la dernière année diffère toutefois de manière importante entre les groupes (voir tableau 2). Les hommes qui ont fait une tentative de suicide sont plus nombreux à souffrir de troubles mentaux que les hommes sans antécédent suicidaire et présentent également une forte comorbidité.

Tableau 2
Troubles mentaux au cours de la dernière année

Groupe avec	Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		tentative de suicide (n = 40)	
n	%	n	%	
Souffrir d'au moins un trouble	37	92,5	21	52,5***
Souffrir de deux troubles ou plus	20	50,0	7	17,5**
Épisode de dépression majeure	24	60,0	16	40,0
Abus ou dépendance à l'alcool	24	60,0	12	30,0**
Abus ou dépendance à la drogue	12	30,0	3	7,5*

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Soutien social perçu

Puisque les groupes se différencient d'une manière significative quant au fait d'avoir ou non un partenaire amoureux et que cette différence pourrait contribuer à expliquer des variations dans la disponibilité du soutien social, nous avons contrôlé statistiquement l'effet de cette variable confondante en effectuant une analyse de variance à deux facteurs. Après avoir contrôlé statistiquement l'effet de la présence d'un partenaire amoureux, on ne retrouve aucune différence entre les groupes quant au nombre de personnes disponibles dans le réseau social pour donner du soutien (groupe avec tentative de suicide M = 6,5 ; ET = 4,1 ; groupe sans tentative de suicide M = 8,3 ; ET = 3,2 ; F[1,77] = 1,68, p = 0,20). Toutefois, une différence significative est observée quant au score total à l'Échelle de provisions sociales ainsi qu'à chacune de ses sous-échelles (tableau 3). Les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie perçoivent donc moins de soutien disponible dans leur entourage que les hommes sans tentative de suicide, et l'écart entre les deux groupes est considérable puisqu'il correspond à plus d'un écart-type et s'observe pour toutes les formes de soutien social.

Tableau 3
Résultats à l'Échelle de provisions sociales

Groupe avec	Groupe sans tentative de suicide (n = 40)		tentative de suicide (n = 40)		
M	*ET*	*M*	*ET*	*F*	
Score total	64,9	12,2	80,4	11,3	25,25**
Attachement	10,0	2,7	12,9	2,6	13,67**
Aide tangible	11,5	3,3	14,6	2,1	20,64**
Conseils	11,0	2,9	13,8	2,2	18,40**
Intégration sociale	10,5	2,5	12,9	2,3	16,19**
Assurance de sa valeur	11,2	2,1	13,6	2,2	19,68**
Sentiment d'être utile	10,7	2,9	12,6	2,5	6,01*

* p < 0,05 ; ** p < 0,001

Afin de déterminer si l'absence d'un partenaire amoureux est associée à une perte plus importante de soutien social chez les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie, des comparaisons intra-groupe ont été effectuées entre les participants selon la présence ou non d'un partenaire

amoureux. Ces analyses révèlent qu'en l'absence de partenaire amoureux, les participants qui ont fait une tentative de suicide perçoivent une moins grande disponibilité de soutien et identifient en moyenne trois personnes de moins dans leur réseau social, alors qu'aucune différence n'est observée chez les participants sans antécédent suicidaire (tableau 4).

Tableau 4
Comparaison du soutien social selon le groupe et le fait d'avoir ou non un partenaire amoureux

Groupe avec	Groupe sans tentative de suicide (n = 40)					tentative de suicide (n = 40)				
Sans	Avec partenaire (n = 29)		Sans partenaire (n = 11)			Avec partenaire (n = 15)		partenaire (n = 25)		
	M	*ET*	*M*	*ET*	*F*	*M*	*ET*	*M*	*ET*	*F*
Soutien social perçu	62,2	10,9	71,8	13,1	5,5*	80,4	10,1	80,3	12,2	0,0
Nombre de personnes dans le réseau	5,5	3,8	9,1	3,8	4,2*	7,8	3,6	8,6	2,9	0,8
Famille	2,9	2,0	4,7	2,2	5,7**	3,1	2,2	4,7	2,4*	4,7*
Autre	2,7	3,3	4,4	3,4	1,0	4,7	2,9	3,8	2,8	0,8

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Soutien social reçu

Près du tiers (32,5 %) des participants qui ont tenté de se suicider disent n'avoir parlé à personne de ce qu'ils vivaient suite à l'événement le plus difficile vécu au cours de la dernière année, comparativement à 7,5 % des hommes sans antécédent suicidaire ($\chi 2[1] = 7,81$; $p < 0,01$). Il s'est avéré impossible d'exercer un contrôle statistique de l'effet du partenaire amoureux dans cette analyse car, en raison de la taille restreinte de l'échantillon, plus du tiers (3/8) des cellules des tableaux croisées avaient un nombre attendu de participants inférieur au minimum recommandé.

Parmi les participants qui ont parlé à un membre de leur réseau suite à l'événement difficile, les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie sont significativement moins satisfaits de l'aide reçue (voir tableau 5). Ils rapportent s'être sentis moins bien compris, moins réconfortés et plus jugés que les hommes sans tentative de suicide. Le sentiment d'être jugé

est celui qui est le plus fortement corrélé avec la tentative de suicide ($r = 0,37$; $p < 0,01$).

Tableau 5
Soutien reçu suite à l'événement le plus difficile au cours de la dernière année

Groupe avec	Groupe sans tentative de suicide (n = 27)		tentative de suicide (n = 37)		
M	*ET*	*M*	*ET*	*F*	
Réconfort ressenti	1,9	0,8	2,3	0,7*	4,3*
Compréhension ressentie	2,0	0,6	2,4	0,6*	4,4*
Jugement ressenti	0,7	0,8	0,2	0,3**	10,0**
Satisfaction vis-à-vis l'aide reçue	2,1	0,6	2,5	0,7*	6,2*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Prédiction de la tentative de suicide

Considérant la différence importante entre les groupes sur le plan des troubles mentaux, nous avons vérifié, à l'aide d'une analyse de régression logistique, si le soutien social ajoutait une contribution significative à la prédiction de la tentative de suicide, lorsque celle des troubles mentaux était prise en compte. Les résultats confirment que le soutien social ajoute une contribution significative à la prédiction de la tentative de suicide ($\chi 2[2] = 22,55$; $p < 0,001$), lorsqu'on exerce un contrôle statistique sur l'effet des troubles mentaux. L'examen des ratios de cote (tableau 6) révèle que le fait d'avoir parlé à un membre de son entourage suite à l'événement difficile est associé à un risque cinq fois moins élevé de faire une tentative de suicide, tandis qu'une augmentation d'un point à l'échelle de provisions sociales se traduit par une réduction de 8,6 % du risque de faire une tentative de suicide.

Tableau 6
Résultats de la régression logistique pour la prédiction de la tentative de suicide

p	Ratio de cote		IC (95 %)	
Avoir un trouble mental	0,029	6,59	1,22	35,61
Soutien social perçu	0,001	0,92	0,87	0,96
Avoir parlé à son entourage suite à l'événement difficile	0,025	0,17	0,03	0,80

R2 de Nagelkerke = 0,525

Formes de soutien qui protègent le mieux de la tentative de suicide

Notre étude visait également à déterminer les formes de soutien social qui protègent le mieux des comportements suicidaires. Une régression logistique a été effectuée en utilisant les six sous-échelles de l'Échelle de provisions sociales comme variables de prédiction de la tentative de suicide. La taille restreinte de notre échantillon ne nous donnait cependant pas la puissance statistique nécessaire pour vérifier simultanément l'ensemble de ces variables. Nous avons donc retiré progressivement les variables de l'analyse par ordre croissant de la valeur bêta jusqu'à ce que le modèle ne regroupe que les variables qui contribuent de manière significative à la prédiction de la tentative. Le modèle final (tableau 7) comporte deux sous-échelles : l'aide tangible et l'assurance de sa valeur. Ces deux formes de soutien seraient donc les plus importantes pour protéger les hommes des comportements suicidaires.

Tableau 7
Résultats de la régression logistique pour la détermination des formes de soutien les plus importantes

p	Ratio de cote		IC (95 %)	
Aide tangible	0,023	0,74	0,57	0,96
Assurance de sa valeur	0,025	0,71	0,53	0,96

R2 de Nagelkerke = 0,408

Tableau 8
Synthèse des principaux résultats

- Les hommes qui ont tenté de se suicider disposent d'un réseau social de taille comparable à celui des hommes sans antécédent suicidaire, mais ils perçoivent moins de soutien disponible dans ce réseau. Ils sont également moins nombreux à demander du soutien à un membre de leur réseau social suite à un événement difficile grave survenu au cours de la dernière année et sont moins satisfaits du soutien obtenu.
- L'absence de partenaire amoureux est associée à une perte de soutien social chez les hommes qui ont tenté de se suicider, mais pas chez les hommes sans antécédent suicidaire.
- Le soutien social peut diminuer le risque de faire une tentative de suicide chez les hommes, même lorsqu'on exerce un contrôle statistique de l'effet des troubles mentaux.
- L'aide tangible et l'assurance de sa valeur sont les formes de soutien qui ont le potentiel de protéger le mieux les hommes de la tentative de suicide.

Discussion

Cette étude confirme l'effet protecteur du soutien social sur les comportements suicidaires. Elle montre que les hommes qui ont fait une tentative de suicide perçoivent moins de soutien social disponible dans leur réseau que les hommes sans antécédent suicidaire, et ce, même lorsqu'on contrôle statistiquement l'effet des troubles mentaux et de l'absence d'un partenaire amoureux. Ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés dans des études précédentes (Botnick et al., 2002 ; Eskin, 1995 ; Lewinsohn et al., 1993 ; Sokero et al., 2003 ; Veiel et al., 1988). Toutefois, contrairement à ces études, nous n'observons aucune différence entre les groupes quant à la taille du réseau de soutien. Ceci suggère que pour réduire le risque de comportements suicidaires, la quantité de sources d'aide potentielles importerait moins que le sentiment, qu'en cas de besoin, ces personnes rempliront adéquatement leur rôle de soutien.

Une explication possible au fait que les hommes qui ont tenté de se suicider perçoivent, malgré un réseau social de taille comparable,

moins de soutien disponible dans leur entourage pourrait se résumer par l'expression consacrée : « ils ont épuisé leur réseau ». On peut en effet émettre l'hypothèse que les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves, particulièrement d'alcoolisme et de toxicomanie, exercent une pression considérable sur leurs proches. Au fil du temps, il est probable que les proches exposés à cette pression se découragent et se distancient de la personne, cessant alors d'exercer leur rôle de soutien. L'épuisement du réseau de soutien est très bien documenté pour les personnes en perte d'autonomie (Yee et Schulz, 2000) et les personnes qui souffrent de troubles mentaux (Wittmund et al., 2002 ; Lavoie et al., 2002), mais peu de recherches se sont intéressées à cette question en lien avec les comportements suicidaires. Un processus de découragement et de désengagement de l'entourage semble toutefois caractériser les derniers mois de la vie d'hommes décédés par suicide, selon l'étude québécoise de Tousignant et Séguin (1999). Dans notre étude, les hommes qui ont fait une tentative de suicide rapportent avoir été moins bien soutenus par les personnes à qui ils ont parlé suite à l'événement le plus difficile qu'ils ont vécu au cours de la dernière année. Ils se sont notamment sentis davantage jugés et moins bien compris. Ces résultats tendent à appuyer l'hypothèse de l'épuisement du réseau.

Notre étude suggère également que les hommes qui ont fait une tentative de suicide seraient plus réticents à demander de l'aide à leur entourage que les hommes sans antécédent suicidaire, puisqu'ils sont beaucoup moins nombreux à avoir parlé à une personne de leur entourage suite à l'événement le plus difficile qu'ils ont vécu au cours de la dernière année. La demande d'aide étant définie comme « toute communication à propos d'un problème ou d'un événement préoccupant visant à obtenir du support, des avis ou de l'assistance en cas de détresse » (Dulac, 1997, 18), nos résultats tendent à appuyer l'hypothèse selon laquelle la réticence à demander de l'aide accroît le risque de poser un geste suicidaire chez les hommes. Cette attitude étant beaucoup plus courante chez les hommes que chez les femmes (Ashton et Fuehrer, 1993 ; Nadler et al., 1984 ; Oliver et al., 1999 ; Rickwood et Braithwaite, 1994), il est possible qu'elle contribue à expliquer la prévalence plus élevée de décès par suicide chez les hommes.

Par ailleurs, l'absence plus fréquente de partenaire amoureux chez les participants qui ont tenté de se suicider, pourrait contribuer à expliquer pourquoi ils sont moins nombreux à avoir parlé de ce qu'ils vivaient suite à l'événement difficile. Des études antérieures ont montré que les hommes sollicitent principalement, et certains même uniquement leur conjointe pour obtenir du soutien émotif (Antonnuci et

Akimaya, 1987 ; Gerstel, 1988 ; Turner, 1994). Cette dépendance à l'égard de la conjointe s'expliquerait, selon Dulac (2001), par le fait que la socialisation masculine valorise l'indépendance et stigmatise les comportements de demande d'aide. Les hommes ne s'autoriseraient donc à parler de leurs problèmes que dans un cadre protégé, celui du couple. En outre, les hommes entretiendraient eux-mêmes peu de liens directs avec leur réseau naturel et peu d'amitiés masculines, ce qui contribuerait également à faire de la conjointe la source principale de soutien (Dulac, 1997). Notre étude tend à appuyer cette hypothèse puisqu'elle montre que, chez les hommes qui ont tenté de s'enlever la vie, l'absence de partenaire amoureux s'accompagne d'une moins grande disponibilité de soutien et d'un réseau social moins étendu. Les hommes sans tentative de suicide semblent, quant à eux, protégés de l'influence négative de l'absence de partenaire amoureux, possiblement parce qu'ils ont compensé ce manque en développant un réseau plus étendu à l'extérieur de la famille, ce qui n'est pas le cas des hommes qui ont tenté de s'enlever la vie. Nos résultats suggèrent donc que les hommes avec tentative de suicide seraient davantage dépendants de leur partenaire amoureux dans le développement et le maintien de leurs liens sociaux, ce qui augmenterait leur vulnérabilité lorsqu'ils en sont privés. En d'autres termes, ce ne serait pas la séparation amoureuse en elle-même qui augmenterait le risque de faire une tentative de suicide, mais plutôt le fait de vivre une séparation amoureuse lorsqu'il y a dépendance à l'endroit du partenaire amoureux comme source de soutien.

Notre étude indique également que l'aide tangible (prêter une somme d'argent, héberger temporairement, aider à déménager, par exemple) et l'assurance de sa valeur (valoriser la personne, reconnaître ses compétences, par exemple) seraient les formes de soutien les plus importantes pour protéger des comportements suicidaires chez les hommes. L'importance de l'aide tangible s'explique possiblement par le fait que cette sous-échelle mesure une forme de soutien qui va bien au-delà de l'aide matérielle et instrumentale à laquelle le terme « tangible » fait généralement référence, en évaluant plutôt la disponibilité du soutien lors des moments de crise et d'urgence. Deux énoncés tirés de cette sous-échelle représentent bien cette idée : « Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence », « Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin ». Notre étude suggère donc que le fait de percevoir peu ou pas de soutien disponible dans notre entourage dans les moments difficiles accroît d'une manière importante le risque de faire une tentative de suicide. Ceci semble appuyer l'hypothèse de l'effet tampon du soutien social, qui suggère que c'est lors des moments difficiles que la présence de soutien dans l'entourage

est cruciale et fera une réelle différence entre les personnes qui s'en sortiront sans trop de dommages et celles qui subiront davantage les impacts négatifs des événements éprouvants. Cet effet avait déjà été observé pour les idéations suicidaires (Clum et Febbraro, 1994 ; Hovey, 1999 ; Schutt et al., 1994).

L'assurance de sa valeur avait déjà été identifiée comme étant la forme de soutien, avec l'attachement, la plus fortement associée à la qualité de vie chez un groupe de 60 patients psychiatriques (Caron et al., 1998). L'assurance de sa valeur réfère au fait de percevoir, dans son réseau, des personnes qui reconnaissent nos forces et nos habiletés. Son importance dans la prédiction de la tentative de suicide s'explique possiblement par la proximité de cette forme de soutien avec l'estime de soi, laquelle a déjà été associée à un risque accru d'idéations suicidaires (de Man et Gutierrez, 2002 ; Van Gastel et al., 1997 ; Vella et al., 1996 ; Vilhjalmsson et al., 1998). Les personnes qui ont une faible estime de soi se reconnaissent elles-mêmes peu de compétences et d'habiletés, de sorte qu'il leur est probablement plus difficile de reconnaître que d'autres personnes puissent les juger talentueuses et compétentes.

Impacts pour la pratique

Des implications pour la pratique peuvent être dégagées de cette étude. Tout d'abord, les proches des personnes suicidaires ou souffrant de troubles mentaux devraient pouvoir bénéficier de programmes de soutien afin de prévenir leur épuisement et leur éventuel désengagment. L'entourage est rarement considéré dans les interventions auprès des personnes en détresse, alors que cette étude confirme le rôle crucial qu'il peut jouer en prévention du suicide. Il serait important d'offrir à ces proches un espace pour se libérer de la tension émotionnelle inhérente au soutien d'une personne en détresse et recevoir des outils pour faciliter leur intervention auprès d'elle. Une étude québécoise récente (Mishara et al., 2005) a montré que les services offerts par un centre de prévention du suicide aux proches d'hommes à haut risque de suicide avaient des impacts bénéfiques chez les proches, mais également chez les hommes suicidaires. Ces interventions permettaient non seulement de rejoindre des hommes qui n'auraient probablement pas consulté le centre de prévention du suicide par eux-mêmes, mais également d'améliorer la communication entre le proche et l'homme suicidaire, d'augmenter l'utilisation de mécanismes d'adaptation positifs par le proche et de diminuer les idées et les comportements suicidaires chez les hommes à risque.

Enfin, la dépendance observée chez certains hommes suicidaires à l'égard du soutien procuré par le partenaire amoureux souligne

l'importance d'encourager les hommes à avoir recours à des sources de soutien à l'extérieur du couple. Les programmes de pairs aidants en milieux de travail pourraient s'avérer une avenue intéressante à cet égard. Ces programmes visent spécifiquement les hommes qui ont de la difficulté à exprimer leur détresse et à demander de l'aide. Ils favorisent l'entraide et la communication entre hommes en formant des aidants naturels à dépister et à soutenir leurs collègues en détresse. De tels programmes ont été implantés avec succès dans plusieurs milieux de travail, particulièrement dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean qui s'est fixé comme objectif de contrer l'impact négatif de certains facteurs de vulnérabilité propres à la culture masculine (Garneau, 2004).

Limites de l'étude

Plusieurs facteurs limitent les conclusions de cette recherche. D'abord, la taille réduite de notre échantillon nous incite à la prudence dans l'interprétation et la généralisation des résultats. En outre, le recrutement des participants qui ont fait une tentative de suicide a été principalement réalisé dans les urgences psychiatriques. Par conséquent, les personnes qui ont obtenu leur congé sans évaluation par un psychiatre ainsi que celles qui ont été hospitalisées dans des unités de soins physiques sans être admises à l'urgence psychiatrique ne sont pas représentées dans l'échantillon. Une autre limite concerne les participants du groupe sans tentative de suicide qui présentent une prévalence de troubles mentaux plus élevée que celle de la population générale. Cette différence s'explique possiblement par le fait qu'un des critères d'inclusion à la recherche était d'avoir vécu un événement difficile au cours de la dernière année. Il importe néanmoins de tenir compte de cette disparité dans l'interprétation des résultats.

Références

AERTGEERTS, B., BUNTINX, F., BANDE-KNOPS, J., VANDERMEULEN, C., ROELANTS, M., ANSOMS, S., FEVERY, J., 2000, The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24, 1, 53-57.

ALLEN, J. P., LITTEN, R. Z., FERTIG, J. B., BABOR, T., 1997, A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 4, 613-619.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996, *Mini DSM-IV, Critères diagnostiques*, Masson, Paris.

ANTONUCCI, T. C., AKIYAMA, H., 1987, An examination of sex differences in social support among older men and women, *Sex Roles*, 17, 737-749.

ASHTON, W. A., FUEHRER, A., 1993, Effects of gender and gender role identification of participant and type of social support resource and support seeking, *Sex Roles*, 28, 8, 461-476.

BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C., SAUNDERS, J. B., MONTEIRO, M. G., 2001, *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for use in Primary Care*, Second Edition, World Health Organization, Geneva.

BOARDMAN, A. P., GRIMBALDESTON, A. H., HANDLEY, C., JONES, P. W., WILLMOTT, S., 1999, The North Staffordshire Suicide Study : a case-control study of suicide in one health district, *Psychological Medicine*, 29, 1, 27-33.

BOTNICK, M. R., HEATH, K. V., CORNELISSE, P.G., STRATHDEE, S. A., MARTINDALE, S. L., HOGG, R. S., 2002, Correlates of suicide attempts in an open cohort of young men who have sex with men, *Canadian Journal of Public Health*, 93, 1, 59-62.

BOYER, R., SAINT-LAURENT, D., PRÉVILLE, M., LÉGARÉ, G., MASSÉ, R., POULIN, C., 2000, Idées suicidaires et parasuicides in *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, 355-366.

BROWN, G. W., ANDREWS, B., HARRIS, T., ADLER, Z., BRIDGE, L., 1986, Social support, self-esteem and depression, *Psychological Medicine*, 16, 813-831.

BURDA, P. C., VAUX, A., SCHILL, T., 1984, Social support resources : Variation across sex and sex role, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 1, 119-126.

CARON, J., LATIMER, E., TOUSIGNANT, M., 2002, *Les relations entre les composantes du soutien social, la santé mentale et la qualité de vie chez des populations défavorisées au niveau socio-économique*, Rapport de recherche présenté à l'Institut canadien d'information sur la santé.

CARON, J., TEMPIER, R., MERCIER, C., LEOUFFRE, P., 1998, Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group, *Community Mental Health Journal*, 34, 5, 459-475.

CARON, J., 1996, L'échelle de provisions sociales : une validation québécoise, *Santé mentale au Québec*, 21, 2, 158-180.

CAVANAGH, J. T., OWENS, D. G., JOHNSTONE, E. C., 1999, Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland : a case-control study using the method of psychological autopsy, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 12, 645-650.

CLUM, G. A., FEBBRARO, G. A. R., 1994, Stress, social support and problem-solving appraisal/skills : Prediction of suicide severity within a college sample, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 1, 69-83.

COOPER, J., APPLEBY, L., AMOS, T., 2002, Life events preceding suicide by young people, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 6, 271-275.

CUTRONA, C. E., RUSSELL, D. W., 1987, The provisions of social support and adaptation to stress, *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.

DE MAN, A. F., GUTIERREZ, B. I., 2002, The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 34, 4, 235-238.

DULAC, G., 2001, *Aider les hommes… aussi*, VLB Éditeur, Montréal.

DULAC, G., 1997, *Les demandes d'aide des hommes*, AIDRAH, Montréal.

ESKIN, M., 1995, Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students : A cross-cultural investigation, *Journal of Clinical Psychology*, 51, 2, 158-172.

FIRST, M. B., SPITZER, R. L., GIBBON, M., WILLIAMS, J. B., 1997, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders — Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*, New York State Psychiatric Institute, New York.

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIe, 1982, *Questionnaire sur la consommation de drogues*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto.

FREY, C. U., RÖTHLISBERGER, C., 1996, Social support in healthy adolescents, *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 1, 17-31.

GACHE, P., MICHAUD, P., LANDRY, U., ACCIETTO, C., ARFAOUI, S., BERNSTEIN, M., DAEPPEN, J. B., soumis, The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessibe drinking in primary care : Reliability and validity of a french version, *Addiction*.

GARNEAU, L., 2004, Une stratégie d'actions pour susciter la demande d'aide de la part des hommes et de leurs proches en milieu de travail, *Vis-à-vie*, 14, 1, 21-23.

GAVIN, D. R., ROSS, H. E., SKINNER, H. A., 1989, Diagnostic validity of the DAST in the assessment of DSM-III drug disorders, *British Journal of Addiction*, 84, 301-307.

GERSTEL, N., 1988, Divorce and kin ties : The importance of gender, *Journal of Marriage and the Family*, 50, 209-219.

HOULE, J., 2005, *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide*, thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.

HOVEY, J. D., 1999, Moderating influence of social support on suicidal ideation in a sample of Mexican immigrants, *Psychological Reports*, 85, 78-79.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 2004, Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2002, Site internet : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm.

JULIEN, M., JULIEN, D., LAFONTAINE, P., 2000, *Environnement de soutien in Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, Québec, 499-522.

KOTLER, M., FINKELSTEIN, G., MOLCHO, A., BOTSIS, A. J., PLUTCHIK, R., BROWN, S.-L., VAN PRAAG, H. M., 1993, Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population : Coping styles and social support, *Psychiatry Research*, 47, 281-290.

LAVOIE, S., LEMOINE, O., FOURNIER, L., POULIN, C., POIRIER, L.-R., CHEVALIER, S., 2002, *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 2 : les aidants naturels*, Direction de santé publique de Montréal.

LEAVITT, R. L., 1983, Social support and psychological disorder : A review, *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.

LEWINSOHN, P. M., ROHDE, P., SEELEY, J. R., 1993, Psychosocial characteristics of adolescents with history of suicide attempt, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1, 60-68.

LIN, N., WOELFEL, M. W., LIGHT, S. C., 1985, The buffering effect of social support subsequent to an important life event, *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-263.

MAISTO, S. A., CONIGLIARO, J., MCNEIL, M., KRAMER, K., KELLEY, M. E., 2000, An empirical investigation of the factor structure of the AUDIT, *Psychological Assessment*, 12, 3, 346-353.

MISHARA, B. L., HOULE, J., LAVOIE, B., 2005, Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 3, 329-342.

MULLIS, M. R., BYERS, P. H., 1987, Social support in suicidal patients, *Journal of Psychosocial Nursing*, 25, 4, 16-19.

NADLER, A., MALER, S., FRIEDMAN, A., 1984, Effects of helper's sex, subjects' androgyny, and self-evaluation on males and females willingness to seek and receive help, *Sex Roles*, 10, 5-6, 327-339.

OLIVER, J. M., REED, C. K. S., KATZ, B. M., HAUGH, J. A., 1999, Student's self-reports of help-seeking : The impact of psychological problems, stress and demographic variables on utilization of formal and informal support, *Social Behavior and Personality*, 27, 2, 109-128.

OLSON, D. A., SCHULZ, K. S., 1994, Gender differences in the dimensionality of social support, *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 14, 1221-1232.

RICKWOOD, D. J. BRAITHWAITE, V. A., 1994, Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems, *Social Science and Medicine*, 39, 4, 563-572.

SCHUTT, R. K., MESCHEDE, T., RIERDAN, J., 1994, Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults, *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 134-142.

SKINNER, H. A., 1982, The drug abuse screening test, *Addictive Behavior*, 7, 4, 363-371.

SKIPSEY, K., BURLESON, J. A., KRANZLER, H. R., 1997, Utility of the AUDIT for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients, *Drug and Alcohol Dependence*, 45, 3, 157-163.

SOKERO, T. P., MELARTIN, T. K., RYTSALA, H. J., LESKELA, U. S., LESTELA-MIELONEN, P. S. ISOMETSA, E. T., 2003, Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 9, 1094-1100.

STALEY, D., EL-GUEBALY, N., 1990, Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in a psychiatric patient population, *Addictive Behaviors*, 15, 3, 257-264.

STANSFELD, S. A., FURHER, R., SHIPLEY, M. J., 1998, Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study), *Psychological Medicine*, 28, 881-892.

ST-LAURENT, D., BOUCHARD, C., 2004, *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?*, Institut national de santé publique, Québec.

STOKES, J. P., WILSON, D., 1984, The Inventory of Socially Supportive Behavior : Dimensionality, prediction and gender differences, *American Journal of Community Psychology*, 12, 1, 53-69.

TANNEY, B. L., 2000, *Psychiatric diagnoses and suicidal acts in Comprehensive Textbook of Suicidology*, The Guilford Press, New York, 311-341.

TOUSIGNANT, M., SÉGUIN, M., 1999, Le dilemme de la protection de la vie privée dans l'assistance aux personnes suicidaires, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 30, 23-26.

TOUSIGNANT, M., HANIGAN, D., 1993, Crisis support among suicidal students following a loss event, *Journal of Community Psychology*, 21, 83-96.

TURNER, H. A., 1994, Gender and social support : Taking the bad with the good ?, *Sex Roles*, 30, 8, 521-541.

UCHINO, B. N., CACIOPPO, J. T., KEINCOLT-GLASER, J. K., 1996, The relationship between social support and physiological processes : A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health, *Psychological Bulletin*, 119, 3, 488-531.

VAN GASTEL, A., SCHOTTE, C., MAES, M., 1997, The prediction of suicidal intent in depressed patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 4, 254-259.

VEIEL, H. O. F., BRILL, G., HÄFNER, H., WELZ, R., 1988, The social supports of suicide attempters : The different roles of family and friends, *American Journal of Community Psychology*, 16, 6, 839-861.

VELLA, M. L., PERSIC, S., LESTER, D., 1996, Does self-esteem predict suicidality after controls for depression ?, *Psychological Reports*, 79, 1178.

VILHJALMSSON, R., KRISJANSDOTTIR, G., SVEINBJARNARDOTTIR, E., 1998, Factors associated with suicide ideation in adults, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 3, 97-103.

WEISS, R. S., 1973, *Loneliness : The Experience of Emotional and Social Isolation*, MIT Press, Cambridge.

WITTMUND, B., WILMS, H.-U., MORY, M., ANGERMEYER, C., 2000, Depressive disorders in spouses of mentally ill patients, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 177-182.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, *Mental Health : New Understanding, New Hope*, World Health Organization, Geneva.

YEE, J. L., SCHULZ, R., 2000, Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers : A review and analysis, *The Gerontologist*, 40, 2, 147-164.

ABSTRACT

Can social support help prevent men from suide attempt ?

The goal of this study is to investigate whether social support may constitute a protective factor for attempted suicide among men and, if so, to identify the most important sources and forms of support. The study compares two groups of men who experienced comparable stressful events during the last 12 months : 40 men admitted to hospital emergency

following suicide attempts, and 40 men with no history of suicide attempts. Results indicate that the men who attempted suicide perceive less support available and are less satisfied with the support they received following the most difficult stressful event that occurred in the last year. Concrete help and reassurance of worth are the forms of support that appear to be of most importance. This study highlights the importance of social support in the prevention of suicidal behaviours among men.

RESUMEN

¿Puede el apoyo social proteger a los hombres de la tentativa de suicidio?

Este estudio intenta examinar si el apoyo social puede constituir un factor de protección de la tentativa de suicidio en los hombres y, en caso contrario, identificar cuáles son las formas y fuentes de apoyo más importantes. Compara dos grupos de hombres que han vivido experiencias graves en el curso de los últimos 12 meses: 40 hombres admitidos en urgencias de un hospital después de una tentativa de suicidio y 40 hombres sin antecedentes de suicidio. Los resultados indican que los hombres que han intentado suicidarse perciben menos ayuda disponible en su entorno y están menos satisfechos del apoyo recibido después del evento más difícil transcurrido en el curso del último año. La ayuda tangible y tener la seguridad de ser valiosos son las formas de apoyo más importantes. El estudio subraya la importancia del apoyo social en la prevención de los comportamientos suicidas en los hombres.

RESUMO

O apoio social pode proteger os homens da tentativa de suicídio?

Este estudo tenta examinar se o apoio social pode constituir um fator de proteção da tentativa de suicídio nos homens e, se for o caso, identificar quais são as formas e as fontes de apoio mais importantes. Ele compara dois grupos de homens que viveram acontecimentos de vida graves durante os últimos 12 meses: 40 homens recebidos na urgência de um hospital por uma tentativa de suicídio e 40 homens sem antecedente suicidário. Os resultados indicam que os homens que tentaram se suicidar recebem menos apoio disponível ao seu redor e são menos satisfeitos do apoio recebido após o acontecimento mais difícil que ocorreu durante o último ano. A ajuda tangível e a segurança de seu valor são as formas de apoio mais importantes. O estudo ressalta a importância do apoio social na prevenção dos comportamentos suicidários nos homens.